



Inicio: Guías Médicas.

Guías Médicas

## EL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS

### Autores:

María Antonia Lacasta Reverte

Eladio Darío García Rodríguez

1. Introducción. Definición. Duración. Epidemiología. Eficacia de los tratamientos. Niveles asistenciales.
2. Atención al duelo en Cuidados Paliativos. Manifestaciones del duelo normal. Predictores de riesgo de duelo complicado. Objetivos y manejo de la atención al duelo en adultos. Objetivos, manejo de la atención al duelo y señales de alerta en niños y adolescentes.
3. Duelo complicado. Definición y criterios. Intervención en duelo complicado.
4. Instrumentos de evaluación del duelo.
5. Técnicas y estrategias psicológicas.
6. Tratamiento farmacológico.
7. Bibliografía.

### 1. INTRODUCCIÓN

**Definición:** La palabra "duelo" proviene del término latino "dolus" que significa dolor. El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV, en problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, incluye el duelo y lo define como la reacción ante la muerte de una persona querida(1). El duelo es el proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca en el doliente van a depender de varios factores. Éstos son, entre otros, la relación emocional y de dependencia con el ser perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de preparación para la pérdida, etc. También tiene mucha importancia los recursos de que disponen los sobrevivientes, tanto a nivel personal como familiar y social, así como las reacciones de respuesta en situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente. El duelo es, en principio, un proceso normal que cumple una función adaptativa. No requiere en la mayoría de los casos de intervenciones específicas, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados tanto internos como externos para hacer frente a la pérdida(2).

**Duración:** La duración del duelo es muy variable dependiendo de cada persona y situación. La mayoría de artículos clásicos refieren una duración inferior a un año. Otros más recientes consideran que la persona que ha tenido una pérdida importante comienza a recuperarse en el segundo año.

**Epidemiología:** La muerte de un ser querido es considerado como el acontecimiento vital más estresante que puede afrontar el ser humano. Algunos estudios concluyen que las personas en duelo tienen una morbimortalidad superior a la población general. Se ha mostrado que tras una pérdida mayor las dos terceras partes de las personas en duelo evolucionan con normalidad y el resto padece alteraciones en su salud física, mental o ambas. El duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicósomáticas, cardiovasculares y de suicidio y una cuarta parte de los viudos o viudas padecen depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida. Otros autores refieren que un tercio de las consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos y que de ellas, una cuarta parte se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida(2-12)

**Eficacia de los tratamientos:** Los resultados de las investigaciones realizados sobre la eficacia de los tratamientos concluyen la utilidad de la intervención terapéutica en la prevención en dolientes de "alto riesgo", en el duelo complicado y los trastornos relacionados con la pérdida. No se ha mostrado la eficacia de la prevención primaria o dirigida a la población en general excepto en niños y adolescentes(3,9,13-15).

**Niveles asistenciales:** De acuerdo con la bibliografía consultada podríamos hablar de diferentes niveles de atención, tales como a) el acompañamiento( nivel 1) llevado a cabo principalmente por voluntarios entrenados para ello , b) el asesoramiento o counselling (nivel 2) efectuado por profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajo social) y c) la intervención especializada(nivel3) en duelo dirigida a dolientes de "alto riesgo", duelo complicado, trastornos relacionados con el duelo, realizada por personal sanitario especializado (psicólogos y psiquiatras)(3).

### 2. ATENCIÓN AL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS.

El proceso de duelo comienza desde el momento que se tiene conciencia de pérdida. Es decir, desde que se confirma un diagnóstico con pronóstico de evolución desfavorable. El objetivo principal es facilitar el proceso de adaptación y prevenir un duelo complicado. La atención al duelo en Cuidados Paliativos incluye tres periodos: antes del fallecimiento, durante el proceso de agonía y debe prolongarse, si es necesario, después del fallecimiento (2,3,6-9,16,17). Los predictores de riesgo nos van a permitir identificar a las personas que probablemente necesitarán apoyo tras la pérdida de su familiar. Esto nos permite ofrecer alternativas de prevención antes y después del fallecimiento con el objetivo de facilitar la elaboración del duelo y la adaptación a la nueva situación. En la tabla 1 se recogen los factores personales, sociales, relacionales y circunstanciales, predictores de riesgo de duelo complicado de acuerdo con la bibliografía consultada (2,3,8,9,18,19,20).

#### **Objetivos en la atención al duelo en adultos antes del fallecimiento(2,3,6-9):**

- Garantizar la atención integral al enfermo y su familia durante todo el proceso de la enfermedad. Asegurar el no abandono. Evitar recuerdos dolorosos.
- Mantener un nivel de información y comunicación honrada y veraz en cada momento del proceso.
- Valorar y aliviar necesidades y dificultades de la familia. Favorecer el desahogo emocional. Prevenir sentimientos de culpa.
- Identificar y potenciar los recursos de la familia. Facilitar su capacidad de dar cuidados a su ser querido y de comunicación emocional.
- Establecer un Plan de Cuidados de acuerdo con la familia que establezca normas de actuación y prevenga riesgos de claudicación familiar.
- Facilitar pautas de participación y actuación con los niños, adolescentes, mayores y discapacitados.
- Orientar sobre necesidades de organización familiar, cambios de rol, burocracia, testamentos, etc.
- Facilitar y promover las reconciliaciones. La resolución de temas pendientes.
- Informar de los recursos sociales y sanitarios disponibles
- Evaluar factores de riesgo (tabla 1) y derivar, si es necesario, al familiar de riesgo a un profesional experto en duelo (psicólogo del equipo de cuidados paliativos).

**Tabla 1. Predictores de riesgo de duelo complicado en adultos, niños y adolescentes.**  
[Marcar los puntos para hacer una valoración global y derivar al psicólogo si el evaluador considera que reúne criterios (2,3,8,9)]

#### **ADULTOS**

##### **FACTORES RELACIONALES**

- Pérdida de hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia
- Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido. Adaptación complicada al cambio de rol.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.

##### **FACTORES CIRCUNSTANCIALES**

- Juventud del fallecido.
- Pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, incierta y/o múltiple.
- Duración de la enfermedad y de la agonía.
- No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. Imposibilidad de ver el cuerpo.
- Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros.
- Muerte estigmatizada (SIDA, pareja homosexual o no aceptada socialmente)

##### **FACTORES PERSONALES**

- Ancianidad o juventud del superviviente
- Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- Problemas de salud física y/o mental previos (ansiedad, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo y trastorno de personalidad).
- Escasez de aficiones e intereses.
- Duelos anteriores no resueltos
- Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.

##### **FACTORES SOCIALES**

- Ausencia de red de apoyo social/familiar o conflictos de relación con éstas.
- Recursos socio-económico escasos.
- Responsabilidad de hijos pequeños.
- Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido, etc.

##### **NIÑOS Y ADOLESCENTES**

- Ambiente inestable con falta de figura responsable de los cuidados.
- Aislamiento en el proceso de información o participación en el cuidado del fallecido.
- Dependencia con el progenitor superviviente y forma inadecuada de reaccionar éste ante la pérdida.
- Sentimientos de abandono o soledad.
- Existencia de segundas nupcias y relación negativa con la nueva figura.
- Pérdida de la madre para niñas menores de 11 años y del padre en varones adolescentes.
- Falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o adolescente.

## Imprimir Tabla

### Objetivos en la atención al duelo en adultos durante la agonía y fallecimiento:

- Control de síntomas adecuados. Garantizar el no sufrimiento o disminuir al máximo el impacto de la pérdida.
- Información continuada sobre los cambios de situación, de síntomas y de objetivos.
- Promover el acompañamiento de los familiares y su organización para evitar el agotamiento.
- Informar y prevenir la presión de los familiares de última hora.
- Favorecer el desahogo emocional. Orientar y promover la despedida.
- Prevenir sentimientos de culpa. Normalizar pensamientos y sentimientos.
- Facilitar ritos religiosos o espirituales.
- Orientar y facilitar la resolución de la burocracia de la muerte.
- Facilitar la aceptación de la pérdida: ver al fallecido, permitir la expresión del dolor, ir al entierro.

### Objetivos en la atención al duelo en adultos después del fallecimiento (2,3,7-9):

La atención al duelo después del fallecimiento puede ser preventiva si se dirige aquellas personas que presentan "alto riesgo" de duelo complicado, que demandan atención por experimentar dificultades emocionales que no son capaces de solucionar o terapéutica cuando ha aparecido duelo complicado o cualquier trastorno relacionado con la pérdida como se verá más adelante. Los objetivos preventivos (nivel 3) a tener en cuenta tras el fallecimiento son:

- Facilitar la realidad de la pérdida.
- Aconsejar que durante un tiempo, el afrontamiento a la pérdida se realice en el mismo lugar físico que se compartía con el fallecido en el caso de convivientes.
- Favorecer que sea el propio doliente (acompañado o no) y a su ritmo el que recoja y reorganice las cosas de la persona fallecida.
- Orientar sobre prevención de riesgos de morbilidad durante los primeros meses tras el fallecimiento (no abandonar tratamientos, precaución en la conducción, en el uso de máquinas domésticas, accidentes laborales, etc.).
- Informar y normalizar sobre el proceso de duelo. Las manifestaciones normales (cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales) (tabla 2).
- Favorecer la expresión y especialmente la elaboración de pensamientos, sentimientos y emociones. Completar asuntos inacabados.
- Facilitar la adaptación a la nueva situación (toma de decisiones en el tiempo adecuado, promover desarrollo de nuevos roles y tareas, estimular afrontamiento a nuevas situaciones, manejo de estresores de la vida, reforzar los elementos adaptativos existentes, reestructurar pensamientos desadaptativos, ayudarles a definir nuevos objetivos en su vida,...)
- Identificar y potenciar las estrategias de afrontamiento utilizadas e implementar estrategias cognitivas y habilidades conductuales si fuera necesario.
- Evaluar apoyo sociofamiliar percibido y potenciarlo.
- Recolocar emocionalmente al fallecido.
- Ayudar a encontrar sentido a la vida.
- Mostrar disponibilidad para cuando lo necesiten.
- Identificar aquellas personas que presenten duelo complicado o trastornos relacionados con el duelo.
- Realizar un seguimiento.

**Tabla 2. Manifestaciones normales del duelo en adultos( 2, 3, 8,9)**

#### COGNITIVAS

- Incredulidad/irrealidad
- Confusión
- Alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves
- Dificultades de atención, concentración y memoria
- Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes
- Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos
- Distorsiones cognitivas

#### AFECTIVAS

- Impotencia/indefensión
- Insensibilidad
- Anhelos
- Tristeza, apatía, abatimiento, angustia
- Ira, frustración y enfado
- Culpa y auto reproche
- Soledad, abandono, emancipación y/o alivio
- Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual

#### FISIOLÓGICAS

- Aumento de la morbimortalidad

- Vacío en el estómago y/o boca seca
- Opresión tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones
- Dolor de cabeza
- Falta de energía/debilidad
- Alteraciones del sueño y/o la alimentación

#### **CONDUCTUALES**

- Conducta distraída
- Aislamiento social
- Llorar y/o suspirar
- Llevar o atesorar objetos
- Visitar lugares que frecuentaba el fallecido
- Llamar y/o hablar del difunto o con él
- Hiper-hipo actividad
- Descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria

#### **Protocolo de actuación en la atención al duelo:**

De acuerdo con la experiencia y la bibliografía consultada se sugieren algunas recomendaciones(2-3):

- Valorar el riesgo de duelo complicado de acuerdo a los factores indicados en la tabla 1 y/o el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). Anotar en la historia aquel/los familiar/es que presenten necesidades particulares y/o factores de riesgo de duelo complicado.
- Si el/los familiar/es no requiere/n atención especializada, establecer si es necesario ,un plan de actuación psicoeducativo antes del fallecimiento donde se recojan los objetivos, se desarrollen las acciones y se planifique el seguimiento según las recomendaciones expuestas (Nivel 2).
- Si se valora a la persona como de "alto riesgo" de duelo complicado( Cuestionario de riesgo de duelo complicado) y el familiar acepta la ayuda, es aconsejable iniciar la intervención por parte del psicólogo del equipo siguiendo las líneas mostradas con anterioridad (Nivel 3).
- Cuando el enfermo fallezca, conviene apoyar a los familiares teniendo en cuenta las recomendaciones ya comentadas, poniendo especial atención en los cuidados post-mortem, permitiendo, orientando y favoreciendo el proceso de la despedida, la expresión del dolor, el desarrollo de los ritos funerarios que decida la familia, etc.
- Entre la tercera y quinta semana posterior al fallecimiento (nunca después de la octava), se recomienda contactar telefónicamente con las familias de todos los enfermos fallecidos y si se considera oportuno concertar una visita de duelo en la que se reúna el equipo y la familia. El objetivo será expresarles nuestra condolencia, reforzar su papel de cuidadores, facilitar la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos, aclarar sus dudas, ofrecer soporte básico, manifestarles nuestra disponibilidad y valorar si el cuidador principal o cualquier otro familiar requiere de un soporte específico (Nivel 2). Hay equipos que envían una carta de condolencia.
- A partir de la valoración telefónica o la visita de duelo, continuará la intervención preventiva iniciada con los familiares que presentaban "alto riesgo" de duelo complicado (Cuestionario de riesgo de duelo complicado) y empezará con aquellos que en el momento de la llamada soliciten ayuda por experimentar dificultades emocionales que no son capaces de solucionar (Nivel 3).
- Con aquellos familiares que no se inicie ninguna intervención, se puede realizar un seguimiento telefónico , si se considera necesario,después de los 2 y de los 6 meses para detectar los que presenten duelo complicado (Inventario de duelo complicado e Inventario de duelo complicado revisado) o trastornos relacionados con la pérdida.
- En cualquier momento del proceso, si el familiar requiere de atención biopsicosocial habrá que derivarlo al profesional específico del tema en cuestión.

#### **Atención al duelo en los niños y adolescentes.**

El concepto de la muerte es complejo para los niños. Hasta los 5 años no consideran la muerte como algo definitivo. De los 5 a los 9 es definitiva para los demás y no para él. A partir de los 10 años la consideran como irreversible e inevitable para todos(3,4,6,8,9,21).

Las manifestaciones normales de duelo en los niños pueden ser:

- Conmoción y confusión
- Ira e irritabilidad
- Alteraciones del sueño y/o alimentación
- Enojo
- Miedo a la posible pérdida del padre no fallecido.
- Regresión a etapas anteriores del desarrollo
- Culpabilidad
- Tristeza

Las manifestaciones del duelo en los adolescentes se asemejan a las de los adultos aunque en los más jóvenes predomina el malestar fisiológico y en los mayores el psicológico.

#### **Objetivos en la atención al duelo en niños y adolescentes.**

El objetivo es el mismo que en los adultos, es decir, prevenir un duelo dificultoso teniendo en cuenta los factores de riesgo de duelo complicado(6,8) que se exponen en la tabla 1 y facilitar el proceso de adaptación. Para ello va a ser

necesario(2,3,6,8,9,21-24):

- Implicarles, de acuerdo a su edad, en los cuidados del enfermo.
- Informarles de la situación (enfermedad grave, muerte,...) de forma sencilla y natural.
- Facilitar la despedida si quieren.
- Permitirles ver el cadáver si lo desean y participar en los ritos funerarios acompañados por una persona cercana (velatorio, funeral, entierro,...). Se les explicará previamente cada situación.
- Favorecer la expresión de las emociones a través del juego, dibujos, música, etc. Compartir el dolor con ellos y ofrecerles modelos de actuación.
- Eliminar los sentimientos de culpa.
- Garantizarles afecto. La madre, padre o familiar cercano, debe dedicar un tiempo diario a estar con el niño, integrado dentro del plan de cuidado de la persona enferma.
- Retomar el ritmo cotidiano de las actividades para normalizar su vida.
- Evitar expectativas o responsabilidades excesivas.
- Potenciar los elementos adaptativos.
- Evitar que ocupen "el lugar o papel" de la persona fallecida como forma de agradar y satisfacer a los adultos.

#### Señales de alerta en el niño y en el adolescente:

Es conveniente pedir ayuda a un profesional especializado si se da una presencia prolongada de alguno o varios de los problemas referidos en el cuadro expuesto a continuación(3,9,21), ya que puede indicar la existencia de una depresión o dolor sin resolver en el niño:

#### Tabla.3 Señales de alerta en niños y adolescentes.

[Marcar los puntos para hacer una valoración global y derivar al psicólogo si el evaluador considera que reúne criterios (3,9,21)]

- Llorar en exceso durante periodos prolongados.
- Rabietas frecuentes y prolongadas.
- Apatía e insensibilidad.
- Pérdida de interés por los amigos o actividades que le resultaban agradables durante un periodo prolongado.
- Pesadillas y problemas de sueño frecuentes.
- Miedo a quedarse solo.
- Comportamiento infantil durante un tiempo prolongado (por ejemplo, orinarse, hablar como un bebé o pedir comida a menudo).
- Frecuentes dolores de cabeza, solos o acompañados de otras dolencias físicas.
- Imitación excesiva de la persona fallecida y expresiones repetidas del deseo de reencontrarse con él/ella.
- Cambios importantes en el rendimiento escolar o no querer a ir a la escuela.

[Imprimir Tabla](#)

### 3. DUELO COMPLICADO.

No hay consenso diagnóstico en lo que se refiere al "duelo complicado" y por lo tanto no está incluido en clasificación del DSM-IV-TR. Sin embargo en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, se indican seis síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" y que pueden ser útiles en la diferenciación con el episodio depresivo mayor(1) (tabla 4).

Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds III, Maciejewski, Davidson(25,26) elaboraron los primeros criterios de duelo complicado. Estos criterios (CDC-R) han sido adaptados por García, Landa, Prigerson, Echearría, Grandes, Matriz y Andollo(27) y se presentan en la tabla 5.

#### Tabla 4. 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.

#### Tabla 5. 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 -aún 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.

[Imprimir Tabla](#)

### Intervención en el duelo complicado

Los objetivos generales más importantes de la intervención especializada (Nivel 3) en el duelo complicado en adultos y los trastornos relacionados con la pérdida son(3-4,9,15):

- Realizar una evaluación precisa de la/s conducta/s problemática/s (cognitiva/s, motora/s y fisiológica/s) y de su mantenimiento con el fin de determinar el tratamiento más adecuado, de acuerdo a las diferencias individuales y culturales.
- Favorecer la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la reconstrucción de la representación del yo, los otros y el mundo tras el cambio producido por la muerte de su ser querido.
- Ayudarle a mantener una forma de relación con el fallecido que resulte adecuada en la situación actual.
- Potenciar y reforzar las conductas adecuadas existentes, disminuir las desadaptativas e implementar los comportamientos necesarios para conseguir su bienestar emocional.
- Disminuir o suprimir las rumiaciones en general y los pensamientos e imágenes intrusivos que se refieren al fallecido o guardan relación con las circunstancias de la muerte.
- Reestructurar los pensamientos distorsionados causantes de las emociones excesivas en intensidad y/o duración.
- Favorecer el revivir el trauma en caso de muertes particularmente "traumáticas" y, posteriormente, trabajar los aspectos específicos de la pérdida.
- Reservar la prescripción de tranquilizantes o antidepresivos para las situaciones en que resulten necesarios.
- Monitorizar cuidadosamente la medicación en el periodo posterior a la pérdida cuando hay niveles altos de vulnerabilidad psiquiátrica previa (por ejemplo, en el caso de un doliente que presenta un trastorno bipolar) e incorporar un tratamiento psicológico centrado en la resolución del duelo.

## 4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL DUELO

La evaluación para realizar un diagnóstico debe llevarse a cabo mediante la recopilación y el análisis de los datos obtenidos a través de fuentes diversas (entrevistas, genograma, autorregistros, observación directa, historia de vida y cuestionarios). A continuación señalamos algunos instrumentos específicos de duelo(2-4,28) .

### En Adultos:

A) Para evaluar sintomatología en duelo:

- Inventario de experiencias en duelo (IED), 2001. Grief Experience Inventory (GEI), 1977.
- Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD), 2005. Texas Inventory of Grief(TRIG), 1981 .

B) Para diferenciar duelo normal y patológico:

- Inventario de Duelo Complicado (2005). Inventory of Complicated Grief (ICG), 1995.
- Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R), 2002. Inventory of Complicated Grief (ICG-r), 2001

C) Para identificar riesgo de duelo complicado:

- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC), 2002. RIX INDEX (RI), 1983.

### En Niños:

A) Para evaluar sintomatología en duelo:

- Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB), 1991.

B) Para diferenciar duelo normal y patológico:

- The Complicated Grief Website, (1999).

## 5. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS

Algunas técnicas y estrategias que han resultado útiles para la consecución de los objetivos se enumeran a continuación (2,3,6-9,14,16,24,29)

- La utilización, en aquellas personas que lo precisen, de fotos, videos, cartas, diarios, cassettes, poesía, pintura, visualización e imaginación guiada, pueden servir para la estimulación de recuerdos y emociones tanto positivas como negativas, reconciliación y despedida.
- La "reestructuración Cognitiva" como técnica psicológica que ayuda a cambiar los pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos.
- Las "auto instrucciones positivas" o mensajes que la persona se da a sí misma para facilitar el enfrentamiento a situaciones difíciles.
- El "juego de roles" para representar y enfrentarse a situaciones que les producen ansiedad o miedo. También utilizada para reconciliaciones y elaboración de sentimientos de culpa.
- La "resolución de problemas" ayuda en la toma de decisiones.
- La técnica de "detención del pensamiento" resulta útil cuando éste resulta repetitivo e ineficaz en la consecución del los objetivos del doliente.
- El "manejo de contingencias" como el refuerzo de conductas que se consideren adaptativas, la extinción de las desadaptativas y el auto refuerzo para adquisición de habilidades.
- Las técnicas de "autocontrol" favorecen la realización de programas de actividades agradables y la planificación de la reintegración a las actividades de la vida diaria.
- El entrenamiento en "habilidades sociales" ayuda a conseguir un apoyo social efectivo.
- Las técnicas de "relajación" facilitan el manejo de las situaciones de ansiedad e insomnio.
- Visualización e imaginación de escenas temidas, como paso previo a la exposición in vivo
- La "biblioterapia" utiliza la lectura de temas relacionados con la pérdida ofreciendo formas de afrontamiento.
- La "exposición repetida y graduada" a estímulos evitados con el objetivo de disminuir o suprimir la ansiedad.
- "Tareas conductuales" que ayuden a aumentar la realidad de la pérdida.

## 6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El duelo, en principio, no requiere de tratamiento con fármacos. En general estos tratamientos se utilizaran como adyuvantes del proceso de adaptación a la pérdida y siempre que sean estrictamente necesarios. Con frecuencia se abusa de psicofármacos para controlar la ansiedad del doliente(30). La familia y vecinos, presionan a los profesionales sanitarios, o incluso toman ellos la iniciativa, de administrar un tranquilizante al familiar que está expresando su dolor por la pérdida. La sedación excesiva por el uso de tranquilizantes puede complicar la evolución adecuada del duelo. Produce un desplazamiento de la expresión de la pérdida a un tiempo posterior y fuera de contexto. Se pierde la vivencia de la pérdida en el tiempo correcto, muy importante para la elaboración correcta del duelo.

Es necesario hacer una evaluación individualizada de cada persona en duelo. Dolientes que tengan antecedentes depresivos o de alteración emocional, necesitarán con mucha frecuencia que se instaure un tratamiento farmacológico. En muchas ocasiones, estas personas ya están recibiendo tratamientos previos por lo que solo será necesario un ajuste de la pauta previa.

Los tratamientos más utilizados en situaciones adaptativas son las benzodiacepinas ya que producen una reducción de la hiperactivación y ayudan a conciliar el sueño. Se sugiere utilizar benzodiacepinas de vida media corta (como el lorazepam o temacepam). Evitar las de vida media larga o que provoquen confusión como el nitrazepam. También es recomendable evitar las presentaciones retardadas. Hay que intentar usar siempre las dosis más baja posible, reevaluando con frecuencia la situación, y empezando la reducción progresiva de la dosis, hasta su retirada, lo antes posible para evitar el riesgo de dependencia.

Es importante hacer una evaluación del insomnio antes de prescribir un hipnótico. Debemos tener en cuenta que durante las primeras semanas de la pérdida es normal tener dificultades de conciliación y despertares frecuentes durante la noche. Hay que valorar la recomendación de pautas de higiene del sueño, de técnicas de relajación y de otras medidas, como infusiones relajantes, etc., que puedan ayudar antes de recurrir a los fármacos. También es importante recomendar la realización de alguna actividad física moderada (paseos, natación,...) durante la tarde que provoque un ligero cansancio físico, sin llegar al agotamiento que puede ser contraproducente.

También se utilizan antidepresivos como estabilizadores del ánimo o en casos de tristeza mantenida. Algunos autores recomiendan no utilizar antidepresivos hasta pasados por lo menos seis meses del fallecimiento de su familiar. Si se emplea algún antidepresivo con acción sedante, se indicará tomarlo por la noche, disminuyendo o evitando el uso de otras benzodiacepinas.

Un fármaco que podría ser útil, de forma puntual en periodos de gran apatía y decaimiento, es el metilfenidato (psicoestimulante), que a dosis bajas mejora el estado de ánimo, disminuye la fatiga y mejora el apetito(31).

Un aspecto importante del tratamiento farmacológico del duelo es el control adecuado de las pautas terapéuticas de los familiares en duelo: tratamiento para la HTA, cardiopatías y, sobre todo, para la diabetes. En momentos cercanos a la muerte de su familiar es frecuente disminuir la ingesta de alimentos provocada por la ansiedad, manteniéndose la pauta de antidiabéticos con el importante riesgo de hipoglucemia.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001.

2. Lacasta MA, Sastre P. El manejo del duelo. En: M. Die y E. López, eds. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; 491-506.
3. Lacasta MA, Soler MC. El duelo. En González Barón M y Ordóñez Gallego A, eds. Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Editorial Panamericana, 2006; Capítulo 71.
4. Lacasta MA, Soler MC. El duelo en Cuidados Paliativos. En prensa
5. Raphael B, Minkov C, Dobson M. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 587-612.
6. Gómez Sancho M. Atención a la familia. El duelo y el luto. En: Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad. Madrid: Arán, 1998; 481-542.
7. Lacasta MA. Un programa de grupos de duelo en Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa, 1999; 6(1): 27-50.
8. Soler MC, Jordá E. El duelo manejo y prevención de complicaciones. Medicina Paliativa 1996; 3(2): 18-27.
9. Lacasta MA, Soler MC. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: Dispublic, SL 2004:713-730.
10. Olmeda MS, García Olmos A y Basurte I. Rasgos de personalidad en duelo complicado. Trabajo presentado en el III congreso virtual de psiquiatría. 06 de febrero 2002. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
11. Parkes CM. Bereavement in adult life BMJ 1998; 316:856-859
12. Bayés, R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
13. Lindemann E, Symptomatology and management of Acute Grief. American Journal Psychiatry 1944; 101:141-149.
14. Schut H, Stroebe MS, Bout J Terheggen M. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 705-737.
15. Soler Sáiz MC. Intervención en el duelo complicado. Medicina paliativa 2003; 10(1): 69-71.
16. Lacasta Reverte MA. El duelo en cuidados paliativos. En 2º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Santander, 1998; 112-117.
17. Raphael B, Middleton W, Martinek N, Misso V. Counselling and therapy of the bereaved. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 427-453.
18. Stroebe W, Schut H. Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 349-371.
19. Sanders CM. Risk factors in bereavement outcome. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds, Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 1999; 255-267.
20. Stroebe W, Schut H. Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 349-371.
21. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de duelo para familiares. En prensa (2ª edición). Disponible en [www.Alfinlibros.com](http://www.Alfinlibros.com).
22. Oltjenbruns KA. Developmental Context of childhood: Grief and regrief phenomena. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 169-197.
23. Balk DE, Corr CA. Bereavement during adolescence: A review of research. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 199-218.
24. Lacasta MA, Ordóñez A, González-Barón M, Zamora P, Espinosa E. Un grupo de duelo para hijos de pacientes fallecidos por cáncer. Revista de la Sociedad Española del dolor 2003; 211-217
25. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds III CF, Maciejewski PK, Davidson JRT, Rosenheck RA, Pilkonis PA, Wortman CB, Williams JB, Widiger TA, Frank E, Kupfer DJ, Zisook S. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. British Journal of Psychiatry 1999; 174: 67-73.
26. Prigerson HG, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds, Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001; 613-645.



27. García-García JA, Landa V, Prigerson H, Echeverria M, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). Medicina Paliativa 2002; 9(2): 10-1.

28. Lacasta MA, Soler MC. El duelo. En: González Barón M, Lacasta Reverte MA, Ordóñez Gállego A, Eds. Instrumentos de evaluación en Oncología y Cuidados Paliativos. Madrid, 2006. En prensa.

29. Lacasta MA, Sánchez M, García A. Bibliotherapy as a complement in bereavement treatment. European Journal of Palliative Care .Abstracts of the 8th Congress of the European Association for Palliative Care . The Hague, 2003; 43.

30. Gómez Sancho, M. El duelo y el luto. La atención del doliente. En: Gómez Sancho, M. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Arán, 1999; 1095-1132.

31. Ramírez Castañón, I. Tratamiento Psicofarmacológico. En: Die Trill, M. López Imedio, E. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con la Familia. Madrid: ADES, 2000; 335-349.

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad  
de Cuidados

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad  
de Cuidados

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad  
de Cuidados

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad  
de Cuidados

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad Española  
de Cuidados Paliativos

Sociedad  
de Cuidados

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)