
Duelo

Grief

S.D. Flórez

RESUMEN

El duelo no es un trastorno mental, es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa. A pesar de no ser un trastorno mental las consultas por duelo no son infrecuentes en la práctica clínica, lo que hace necesario que los médicos estén preparados para la atención de este tipo de situaciones. Toda consulta por duelo debe ser tenida en cuenta y valorada cuidadosamente, para así definir el tipo de terapia a seguir y la necesidad o no de una intervención especializada. Es importante tener presente que no todos los duelos tienen una evolución normal y una resolución satisfactoria, y es aquí donde el profesional de la salud debe estar capacitado para saber cuándo un duelo se está desviando hacia lo patológico, requiriendo estar más atentos a estos casos e interviniendo de forma oportuna y adecuada. También es importante recalcar que duelo no es sinónimo de depresión, pero que muchos duelos pueden terminar provocando un episodio depresivo, y por ende la necesidad de instaurar un tratamiento precoz, para evitar las complicaciones que pueda llevar un episodio depresivo mal tratado, como por ejemplo, el suicidio. Por último, está demostrada la relación entre duelo y psicopatología; es sabido que los duelos insuficientemente elaborados o con una evolución anormal pueden dar lugar a psicopatología, generalmente a un episodio depresivo mayor, así como también un trastorno mental establecido puede dificultar la elaboración de un trabajo de duelo.

Palabras clave. Duelo. Luto. Sentimiento de pérdida. Depresión.

ABSTRACT

Grief is not a mental disorder, it is a painful and unexpected process in response to the death of a family member or a loved one (bereavement), or a significant loss. Despite the fact that grief is not a mental disorder, consultations about grief are fairly frequent in clinical practice, which is why clinicians must be trained for these situations. Every consultation about grief must be taken into account and evaluated carefully in order to define the kind of therapy to be followed and whether or not a consultant psychiatrist should intervene. It is important to bear in mind that not every process of grief follows a normal development and reaches a satisfactory solution, and this is where health care professionals must be qualified to recognise when grief is becoming a pathological disease; they must be more alert to these cases and intervene in an opportune and appropriate way. It is also important to stress that grief is not a synonym for depression, but many grief-stricken people may enter a depressive state, and they therefore require early treatment in order to avoid complications that might arise from the unsuitable treatment of a depressive episode, such as suicide for example. Finally, the relationship between grief and psychopathological disorder has been demonstrated. It is also known that grief that is insufficiently elaborated, or which follows an abnormal development, may give rise to a psychopathological disorder, generally a major depressive episode, just as an established mental disorder may hinder the elaboration of a process of working through grief.

Key words. Grief. Mourning. Bereavement. Depression.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 77-85.

Psiquiatra. Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia

Correspondencia:
Saúl David Flórez Mesa
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquía
Calle 64 51D-38
Medellín, Colombia
E-mail: sdflorez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Habitualmente el duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el término duelo y procesos de duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante). Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y laboral. En un sentido más amplio podemos entender el duelo y procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva^{1,2}.

El duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica³, y la CIE 10 clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos⁴.

El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento².

Las personas que viven un proceso de duelo normal pocas veces solicitan asistencia psiquiátrica, por lo tanto el médico de atención primaria no debe recomendar

de manera rutinaria que la persona en duelo consulte con un psiquiatra; sin embargo, debe estar preparado para ayudar a las personas en duelo que soliciten su ayuda y sobre todo para reconocer cuándo la evolución de un duelo no es la normal, y requiera una intervención más cuidadosa². Es importante tener en cuenta la relación entre procesos de duelo y psicopatología. Los duelos insuficientemente elaborados pueden dar lugar a la aparición de psicopatología, así como un trastorno mental establecido puede suponer dificultades en la elaboración de un trabajo de duelo¹.

DUELO, LUTO Y SENTIMIENTO DE PÉRDIDA

El duelo, el luto y el sentimiento de pérdida, son términos que se refieren a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa. El duelo es el sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido. Suele utilizarse como sinónimo de luto, aunque en sentido estricto, el luto se refiere al proceso mediante el cual se resuelve el duelo, a la expresión social de la conducta y las prácticas posteriores a la pérdida. El sentimiento de pérdida es el estado de sentirse privado de alguien a consecuencia de la muerte². En general, es preferible hablar del luto para referirnos a los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos psicológicos del duelo y reservar el término de duelo y procesos de duelo para los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales del fenómeno¹.

Por elaboración del duelo o trabajo de duelo se entiende la serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad. Es un proceso psicológico complejo para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la pérdida^{1,2}.

CONCEPCIÓN BIOPICOSOCIAL DEL DUELO

Perspectiva psicológica. No es posible evitar los duelos, pero las formas de reaccionar ante ellos varía. Desde el punto de vista psicológico se sabe que la no elabo-

ración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos. Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados puede cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología, así mismo puede hacer recaer al individuo en su psicopatología ya existente¹.

Perspectiva psicosocial. La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico de la misma, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia, son las llamadas transiciones o crisis psicosociales. En la tabla 1, se ilustran las principales transiciones psicosociales para cada grupo de edad¹.

Perspectiva social y etológico-antropológica. La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. Es la situación que el luto ritualiza con la obligada permanencia de la persona en duelo en casa, estándole "socialmente prohibidas" diversiones, vestidos visto-

sos, etc.; así podrá concentrarse en el "trabajo interno" del duelo.

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo tienen una triple función: permitir la expresión al nivel de la sociedad de esos procesos, tender a ayudar en el proceso psicológico del duelo (de ahí de la importancia de determinados ritos como los funerales) y por último, facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los vivos ocasión de consagrarse con los muertos y allegados, y preparándolos para nuevas relaciones a través de los actos sociales¹.

Perspectiva biológica. El duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales. Se desconoce si los cambios inmunológicos son significativos, pero el

Tabla 1. Transiciones psicosociales fundamentales.

En la infancia

Pérdida o separación de los padres.

Pérdida del contacto con el medio del hogar familiar por acontecimientos tales como, el ingreso en un hospital, en un internado o en una escuela.

En la adolescencia

Separación de los padres, del hogar y de la escuela.

En los adultos jóvenes

Ruptura matrimonial.

Embarazo (especialmente el primero).

Aborto (más si es de repetición).

Nacimiento de un niño disminuido.

Pérdida del trabajo.

Pérdida de un progenitor.

Emigración.

En los adultos y ancianos

Jubilación.

Pérdida de las funciones físicas.

Duelo por familiares o allegados.

Pérdida del ambiente familiar (ingreso en residencias de ancianos).

Enfermedad o incapacidad en miembros propios de la familia.

índice de mortalidad de viudos en un periodo próximo al fallecimiento de su cónyuge es mayor que el de la población general².

En general se han evidenciado complejas interacciones psico-neuro-endocrino-inmunitarias, con alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal¹.

DUELO NORMAL O NO COMPLICADO

El duelo normal o duelo no complicado es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo. Al principio suele manifestarse como un estado de "shock" caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llanto y suspiros. También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio; son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño.

Es común el autorreproche, menos intenso que en un duelo patológico, caracterizado por pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer con el difunto.

Las personas que se sienten aliviadas de que se haya producido la muerte del otro y no la suya suelen experimentar lo que se denomina culpabilidad del superviviente; creen, a veces, que son ellos los que deberían haber muerto.

A lo largo del proceso del duelo tienen lugar varias formas de negación; con frecuencia la persona que experimenta el duelo se comporta o reacciona como si la muerte no se hubiera producido. Los intentos por perpetuar la relación perdida se manifiestan en actitudes tales como seguir comprando objetos que gustaban al difunto o estimulan su recuerdo (objetos de unión).

Es frecuente la sensación de presencia del fallecido, que puede ser tan intensa que llegue a provocar ilusiones o alucinaciones (oír la voz o sentir la presencia del difunto), en un duelo normal, sin embargo, el superviviente reconoce que la percepción no es real.

También pueden presentarse fenómenos de identificación, en los que el superviviente puede adoptar cualidades, gestos y características de la persona fallecida con objeto de perpetuarla de un modo concreto. Estas maniobras pueden alcanzar proporciones potencialmente patológicas, desarrollando síntomas físicos similares a los que padeció el fallecido o que sugieren la misma enfermedad que provocó la muerte².

FASES DE UN DUELO NO COMPLICADO

En un duelo no complicado pueden describirse tres fases, cada una con manifestaciones distintas a nivel emocional, somático, contenido del pensamiento y motivación:

La fase 1 es la fase de "shock", caracterizada por aturdimiento, perplejidad, nudo en la garganta, suspiros, vacío en el estómago, sentido de irrealidad, negación, y desconfianza.

La fase 2 ó de preocupación, se caracteriza por rabia, tristeza, insomnio, anorexia, debilidad, agotamiento, culpabilidad, sueños y pensamientos sobre el difunto, anhedonia e introversión.

La fase 3 ó de resolución, en la cual la persona en duelo puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones².

A su vez Bowlby⁵ planteó cuatro fases en el duelo:

La fase 1, "fase de entumecimiento o shock", es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

La fase 2, "fase de anhelo y búsqueda", es un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.

La fase 3 o "fase de desorganización y desesperanza", en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

La fase 4, "fase de reorganización", es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida^{1,6}.

DUELO ANTICIPATORIO

El duelo anticipatorio es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable. El duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y el individuo expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce².

PERÍODO DEL DUELO

Aunque todos los individuos manifiestan su duelo de manera muy distinta, las manifestaciones del duelo tienden a per-

durar en el tiempo. La duración e intensidad del duelo, sobre todo en sus fases más agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera más o menos inesperada. Si la muerte se produce sin aviso, el "shock" y la incredulidad pueden durar mucho tiempo; cuando la muerte se espera desde hace mucho tiempo (duelo anticipatorio), gran parte del proceso de duelo ya se ha realizado cuando se produce la muerte. Tradicionalmente el duelo dura entre seis meses y un año, algunos signos y síntomas pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar. Por lo general los síntomas agudos del duelo se van suavizando y entre el primer y segundo mes posterior a la pérdida, la persona en duelo es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas².

VARIABLES QUE AFECTAN AL CURSO DE UN PROCESO DE DUELO

Variables antropológicas. Hay pérdidas que suelen desencadenar, en la mayoría de las personas, procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen "contra la secuencia natural de la vida" (por ejemplo, en los jóvenes).

La infancia y la senescencia, hacen más difícil la completa elaboración de los duelos graves, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención tanto intrapersonales como psicosociales.

Variables relacionadas con las circunstancias de la pérdida. Tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se llega a poseer seguridad de su muerte o cuando el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras o las pérdidas inesperadas pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.

VARIABLES PSICOSOCIALES. Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.

VARIABLES INTRAPERSONALES. Todas las circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del sujeto en duelo. Asimismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración de un proceso de duelo, como en el caso de relaciones ambivalentes o de dependencia con el fallecido^{1,6}.

DUELO PATOLÓGICO

El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos.

Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido.

Otras formas anormales de duelo se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el fallecido o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es. Oír la voz efímera y momentánea del fallecido puede ser normal; no obstante las alucinaciones auditivas complejas y persistentes no son normales. La negación de ciertos aspectos de la muerte es normal; sin embargo, la negación

que implica la certeza de que la persona muerta sigue viva, no lo es².

EL DUELO EN POBLACIONES ESPECIALES

El duelo en los niños

El proceso de duelo en los niños es un proceso similar al de los adultos, sobre todo cuando el niño es capaz de entender la irreversibilidad de la muerte. El proceso de duelo se parece al de separación porque ambos tienen tres fases: protesta, desesperación y ruptura del vínculo. En la fase de protesta el niño añora amargamente a su madre o a su sustituto fallecidos y llora suplicando que vuelvan; en la fase de desesperanza, el niño empieza a perder la esperanza de que su madre regrese, llora de manera intermitente y se sumerge en un estado de abandono y apatía; en la fase de la ruptura del vínculo, el niño empieza a renunciar a parte del vínculo emocional con el fallecido y a mostrar un cierto interés por el mundo que le rodea.

La duración de un período de duelo normal en niños puede variar y depende particularmente del apoyo que recibe.

Al tratar a un niño en duelo, el médico debe reconocer su necesidad de encontrar un sustituto del padre o la madre perdidos. Los niños suelen transferir esa necesidad a varios adultos, en lugar de a uno solo. Si no encuentra a nadie que pueda satisfacer sus necesidades, puede sufrir un daño psicológico grave que le impida seguir buscando o esperar encontrar intimidad en ninguna relación futura.

La importancia de manejar la reacción de duelo en los niños se avala por pruebas de que los trastornos depresivos y los intentos de suicidio son más frecuentes entre los adultos que vivieron durante su infancia la pérdida de uno de sus padres.

Una duda que suele plantearse es si el niño debe o no acudir al funeral de sus padres. No existe una regla clara. La mayoría de los expertos coinciden en que, si el niño lo desea se debe respetar su decisión; si el niño se muestra reacio o se niega a asistir, se debe también respetar su deseo. En la mayoría de los casos es mejor, pro-

bablemente animar al niño a que asista, para que la ceremonia no quede envuelta en un misterio o fantasía aterradora.

Los niños que se encuentran en un periodo típico de duelo pueden también cumplir criterios de trastorno depresivo mayor cuando los síntomas persisten más de dos meses después de la pérdida².

El duelo en los padres

Los padres reaccionan ante la muerte de un hijo o ante el nacimiento de un hijo deforme siguiendo unas fases similares a las que describió Kubler-Ross⁷ en los enfermos terminales: "shock", negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. La muerte de un niño puede ser una experiencia emocional más intensa que la de un adulto. Los sentimientos parentales de culpa y de desolación pueden ser insoportables; los padres creen que de alguna manera no supieron proteger a su hijo. Una causa adicional del dolor es la destrucción de las esperanzas, deseo y expectativas que se habían puesto en la nueva generación. Las manifestaciones del duelo pueden muy bien perdurar para toda la vida.

La muerte repentina suele ser más traumática que la muerte prolongada, porque cuando la muerte es inminente puede iniciarse el duelo anticipatorio. El estrés que provoca la muerte de un hijo puede provocar la desintegración de un matrimonio en el que hubiera conflictos previos. Uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad mortal del hijo, sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. Algunos estudios indican que más del 50% de los matrimonios que pierden un hijo o que tienen un hijo con malformaciones terminan en divorcio.

Hasta hace poco se infravaloraba en los casos de muerte perinatal, el valor de los lazos que se establecen entre el feto y el neonato y sus futuros o recientes padres. En la actualidad se considera que la pérdida perinatal es un importante trauma para ambos padres. Los padres que experimentan esta pérdida atraviesan por un periodo de duelo similar al que se produce con la muerte de un ser querido.

También se produce un sentimiento de pérdida ante el nacimiento de un feto

muerto o ante un aborto inducido a causa de una anomalía fetal diagnosticada previamente. Como se ha mencionado antes, el vínculo con el hijo no nacido se establece incluso antes del nacimiento y el luto y el duelo acompaña a su pérdida, independientemente del momento en que ésta se produzca. Sin embargo, el duelo que se experimenta después de una pérdida producida en el tercer trimestre de embarazo suele ser más intenso que el que acompaña a la pérdida en el primer trimestre. Algunos padres no quieren ver el feto muerto y sus deseos deben respetarse. Otros prefieren tenerlo en sus brazos y este acto puede contribuir al proceso de duelo².

El duelo en ancianos

La pérdida es el tema principal que caracteriza a las experiencias emocionales de los ancianos. Tienen que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (del esposo o esposa, los amigos, los familiares, los colegas), el cambio de estatus laboral y de prestigio y el declive de las capacidades físicas y de salud. Gastan cantidades elevadas de energía física y emocional en el duelo, la resolución y la adaptación a los cambios que produce la pérdida. Muchos ancianos pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas (familiares, amigos, compañeros del hogar de jubilados). En esta situación, las sucesivas manifestaciones afectivas del duelo son menos intensas, pero sin embargo, no desaparecen por completo.

DUELO FRENTE A DEPRESIÓN

El duelo y la depresión comparten muchas características: tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten y las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente poco importantes. En el duelo las fluctuaciones son normales, se experimenta en forma de oleadas, en las que la persona en duelo se hunde y va

saliendo, incluso en el duelo intenso pueden producirse momentos de felicidad y recuerdos gratos.

Los sentimientos de culpa son frecuentes en la depresión, y cuando aparecen en el duelo, suelen estar motivadas porque se piensa que no se ha hecho lo suficiente por el fallecido antes de morir, y no porque el individuo tenga la certeza de que es despreciable e inútil, como ocurre con frecuencia en la depresión.

La certeza de que el duelo tiene un límite temporal es fundamental. La mayoría de las personas deprimidas se sienten desesperanzadas y no pueden imaginar que algún día puedan mejorar.

Las personas deprimidas hacen más intentos de suicidio que las personas en duelo, las cuales, salvo en circunstancias especiales como por ejemplo, un anciano físicamente dependiente, no desea realmente morir, aunque aseguren que la vida se les hace realmente insoportable.

Es importante tener en cuenta que las personas con episodios previos de depresión tienen riesgo de recaer cuando se produce una pérdida importante³. Algunos pacientes con duelo complicado terminan presentando un trastorno depresivo mayor; la diferenciación está basada en la gravedad de los síntomas y en su duración.

Según el DSM-IV el diagnóstico de trastorno depresivo mayor sólo se hace cuando los síntomas prevalecen dos meses después de la pérdida. La presencia de síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal pueden ayudar a diferenciar entre un episodio depresivo y una reacción de duelo. Los síntomas que se ven con mayor frecuencia en el trastorno depresivo mayor que aparece tras un duelo son:

- Preocupaciones mórbidas sobre la propia valía.
- Culpa asociada a temas que van más allá de los que rodean la muerte de un ser querido (sobre cosas distintas de lo que se hizo o se dejó de hacer en el momento de la muerte).
- Preocupación por la muerte, independientemente de los pensamientos de

estar muerto para estar con el fallecido o más allá de la sensación de que hubiera sido mejor morirse él mismo en lugar del fallecido.

- Retardo psicomotor importante.
- Alteraciones funcionales graves y prolongadas: pérdida de peso, trastornos del sueño, y dolores inespecíficos.
- Ideación suicida.
- Sentimientos de haber hecho algo que ha provocado la muerte del ser querido.
- Experiencias alucinatorias diferentes a las percepciones transitorias de oír o ver a la persona fallecida⁴.

Los médicos deben determinar cuándo un duelo se ha convertido en patológico y ha evolucionado a un trastorno depresivo mayor. El duelo es un proceso normal, aunque intensamente doloroso que responde bien al apoyo, la comprensión y el paso del tiempo. El trastorno depresivo mayor en cambio, exige la intervención inmediata para impedir futuras complicaciones, como el suicidio⁵.

LA ATENCIÓN A LOS PROCESOS DE DUELO

El duelo por la muerte de un ser querido es una situación no deseada que sumerge a la persona en una importantísima crisis vital, y que como en todas ellas, podrá concluir con su superación y mayor crecimiento personal, o por el contrario debilitarle y predisponerle a todo tipo de crisis y trastornos.

No puede suponerse que todas las personas dispondrán de recursos suficientes para enfrentarse y elaborar adecuadamente una pérdida. Puesto que existen continuas muertes y la mayoría de las personas no consultan por trastornos derivados de ella, parecería lógico suponer que será porque no lo necesitan, luego de ahí se deduce que la tendencia natural del duelo sea hacia su fácil superación, pero esto no es totalmente cierto en un importante número de casos.

Aunque no todo duelo necesita ser atendido, es importante la concienciación de los profesionales en el hecho de que el duelo es

una crisis vital con características específicas y que en función de una serie de factores concomitantes puede evolucionar mal, por lo que cada caso que consulte, debería ser evaluado individualmente con cuidado, observando un seguimiento y vigilancia si existieran factores de riesgo⁸.

El profesional de atención primaria puede desempeñar un importante papel en el duelo de esposos, familiares y amigos, en la prevención de algunos duelos patológicos y también en intentar reencauzar duelos que presentan un curso posiblemente desviado^{1,2}.

Según cómo el profesional comunique una "mala noticia", el duelo subsiguiente podrá verse facilitado en su elaboración o por lo contrario desfavorecido. Cuando se produzca la muerte del paciente, el médico debe invitar a la familia a que manifieste sus sentimientos. Si se inhibe la respuesta emocional, es muy probable que los sentimientos se expresen con más intensidad más adelante. Las manifestaciones del duelo son más favorables si la persona en duelo puede interactuar con los que comprenden o comparten su pérdida.

El médico de atención primaria debe centrarse en:

- Acompañar el duelo de los pacientes que lo soliciten o pidan ayuda.
- Atender a la desviación patológica del duelo e intentar intervenir para prevenirla si es previsible; o reencauzarla si ello es posible.
- Atender especialmente a una serie de situaciones en las que es más frecuente la evolución patológica del duelo.
- Poder valorar adecuadamente la posible aparición de psicopatología que precise de la ayuda especializada de los equipos de salud mental¹.

Como se había mencionado anteriormente no todas las personas en duelo necesitan o solicitan atención. Las personas que viven un proceso de duelo normal rara vez solicitan asistencia psiquiátrica porque aceptan sus reacciones y sus con-

ductas como normales. Por lo tanto el médico de atención primaria no debe recomendar de manera rutinaria que la persona en duelo consulte con un psiquiatra, excepto en el caso de que observe reacciones claramente divergentes con el proceso normal.

Se suele solicitar atención profesional del médico de familia para que recete somníferos. En algunos casos, puede estar recomendado el uso de sedantes suaves que induzcan el sueño, pero no suele estar indicado el uso de medicación antidepresiva o de ansiolíticos en el duelo normal. Las personas en duelo deben completar el proceso, por doloroso que sea, para que se produzca una resolución satisfactoria. La administración inadecuada de psicofármacos puede interferir un proceso normal cuyo resultado final es generalmente positivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. TIZÓN GARCÍA J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 1998: 519-540.
2. KAPLAN H, SADOCK B. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica*. Ed. Médica Panamericana S.A. 8ª edición. Madrid. 1999: 78-83.
3. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Ed. Masson, Barcelona. 2002.
4. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid. 1992.
5. BOWLBY J. Process of mourning. *Int J Psychoanal* 1961; 42: 317-328.
6. OLMEDA MS. Evolución del duelo. En: Olmeda M.S. *El duelo y el pensamiento mágico*. Ed. Master Line, S.L. Madrid, 1998: 109-136.
7. KUBLER ROSS G. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, Grijalvo, 1969.
8. OLMEDA MS. La terapia en el duelo. En: Olmeda M.S. *El duelo y el pensamiento mágico*. Ed. Master Line, S.L. Madrid, 1998: 155-174.

