Atención en el duelo

¿Qué es el duelo?

Estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática y, por tanto, dolorosa. Se considera una reacción adaptativa normal y necesaria. No por ello deja de ser un acontecimiento vital de los más estresantes que existen, y por ello relacionado con un aumento de la morbimortalidad, ya sea por problemas físicos (cardiovasculares, gastrointestinales, etc) o psíquicos (depresión, ansiedad, suicidios). En este proceso se ha de hacer una transición de una visión del mundo personal y establecida a una visón nueva, de la cual no se tienen referencias.

Síntomas

FÍSICOS:Anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución de la libido, boca seca, despersonalización, estómago vacío, hipersensibilidad a los ruidos, sensación de ahogo, tirantez en tórax o garganta, debilidad muscular, suspiros. Las personas en duelo presentan una mayor morbi-mortalidad. Mayor incidencia en uso de alcohol y fármacos.
PSÍQUICOS: Bajo estado de ánimo, tristeza, desinterés, sentimientos de culpa, deseo de haber muerto en lugar de la otra persona, ideas obsesivas sobre la muerte, ansiedad, dificultades para atención y concentración, alucinaciones visuales o auditivas relacionadas con el difunto, culpabilidad, autorreproche, soledad, incredulidad, confusión. Trastornos del apetito. Frecuentar los mismos lugares del fallecido.
SOCIALES: Abandono de actividades sociolaborales, rechazo a los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad, conducción temeraria. Bajas laborales.

¿Cuándo debe el EAP prestar atención al duelo familiar?
Tanto antes como después de la muerte del paciente.

Fase previa a la muerte

En esta fase el "futuro saludable" del familiar se construye en dos sentidos:

- Actuando en beneficio del enfermo. La familia va incrementando sus habilidades prácticas y emocionales en este sentido.
- Conociendo y expresando su aflicción, verbalizando supuestas culpas.

Objetivo en esta fase:

Que la familia y el enfermo aprovechen su tiempo al máximo, evitando el llamado **"duelo anticipado o premuerte"** caracterizado por el shock ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima con ansiedad y miedo. El duelo anticipado puede ayudar a tomar conciencia de lo que está sucediendo y liberar los propios estados de ánimo, pero si el familiar se queda anclado en la pena por la "muerte que viene" perderá la oportunidad de aprovechar de forma positiva el tiempo que le queda de vida al paciente. Hay que ayudarle a ver que la convivencia con el enfermo es una **SITUACIÓN PRIVILEGIADA** en la que el familiar debe invertir **tiempo y dedicación.** Es la última oportunidad de compensar o reparar aspectos negativos de la relación entre ambos.

Los **objetivos de trabajo con la familia** deben, por tanto, dirigirse a:

- REDUCIR EL IMAPCTO EMOCIONAL
- INCREMENTAR HABILIDADES PARA CUIDAR
- INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE REPARAR RELACIONES DAÑADAS

Actuaciones para lograr estos objetivos:

- Detección de necesidades individuales
- Incorporación activa de la familia en el proceso de comunicación-información con el enfermo y su equipo (facilitar expresión emocional, empatía, disponibilidad
- Educación de la familia para cuidar. Control práctico de la situación (movilización, higiene, nutrición…) y educación en "qué decir" y "cómo estar" con el enfermo.

El profesional debe ADELANTARSE (prever eventualidades en la evolución) y DAR INSTRUCCIONES claras y precisas sobre cómo actuar en situaciones de crisis.

Fase posterior a la muerte

El familiar se encuentra inmerso en un ***proceso de pérdida*** desde el inicio de la enfermedad, pero es en el momento de la muerte cuando se entra bruscamente en el **duelo agudo**.
En esta fase se producen circunstancias **FAMILIARES, SOCIALES Y PERSONALES** nuevas.
El médico de familia suele ser el único especialista al que acude el doliente y el único en atender el *dolor, incapacidad y disfunción* relacionados con el duelo.
El médico de familia debe conocer los procesos de adaptación que el deudo experimentará después de la muerte y los diferentes modelos de elaboración del duelo, así como los sentimientos, conductas, sensaciones y características propias de cada uno de ellos.

Fases:
1.- Incredulidad-embotamiento-protesta (angustia, miedo e ira). Pena y dolor.
2.- Nostalgia-búsqueda (preocupación por la persona perdida, inquietud física, llanto). Culpabilidad. Resentimiento.
3.- Desorganización (falta de objetivos). Apatía. Desinterés.
4.- Desesperación (reiterada reviviscencia de recuerdos, preocupaciones somáticas)
5.- Reorganización (nuevos patrones y objetivos; surgen recuerdos apreciados). Reaparición de esperanza. Reconducción de la vida.

(Según autores, se consideran solapadas las fases 3 y 4)

Tareas en esta fase:

- **Aceptar** la realidad de la pérdida. Intelectual y emocional. Necesita tiempo.
- **Sufrir** pena y dolor emocional. Expresar y exteriorizar (no narcotizar el dolor)
- **Ajuste** al medio sin la persona desaparecida
- **Reconducir**la energía emocional: del fallecido hacia otras relaciones.

La **actitud del profesional** ha de ser de acompañamiento y facilitación de los cuidados familiares y sociales.Contactar telefónica o personalmente con la familia en las 72h después del exitus. Expresar nuestra condolencia. En principio, no requiere del uso de psicofármacos para suresolución. No debe privarse a la persona de la oportunidadde experimentar un proceso que puede ser de fortalecimiento. Aclarar dudas. Hablar de las circunstancias en que se produjo la muerte. Fomentar la expresión de emociones. Explorar si hay sentimiento de culpa. Ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste. Alerta para identificar duelos patológicos. Ofrecer siempre la posibilidad de nuevas consultas (recordar nuestra disponibilidad)

Duelo complicado o patológico

Se caracteriza por reacciones patológicas a la aflicción: pensamientos intrusos, añoranza, búsqueda del fallecido, soledad, falta de metas, inutilidad, frialdad, negación, sentimiento de muerte de uno mismo y del mundo que le rodea, amargura, enfado con la muerte… DE MÁS DE 6 MESES DE DURACIÓN.

Proviene de REPRIMIR O EVITAR la aflicción.

PROVOCA deterioro en la vida social, laboral o familiar del paciente.

Duelo retardado y evitado: la persona queda bloqueada, su vida es aparentemente normal. Aparentemente son personas que tienen el control, no muestran sufrimiento. La no resolución del duelo las hace vulnerables en su capacidad de afrontamiento emocional. Evitan hablar del fallecido, se aíslan afectivamente, desplazan la ira hacia otros hechos o personas… Pueden entrar en depresión al acontecer algo asociado a la pérdida que no se lloró (aniversario, alcanzar la edad del fallecido, sufrir otra pérdida…)
Duelo exagerado y crónico: se convierte la vivencia de la muerte en el centro de la nueva vida. Incapacidad para reinsertarse al ritmo de vida normal. Tienen la sensación de mantener vivo a su ser querido a través de su dolor. Gran dependencia del fallecido.

El EAP debe iniciar *estrategia terapéutica* (farmacológica o no) y derivar a los profesionales de Salud Mental cuando proceda.

Factores de riesgo de un duelo patológico

Los EAP deben conocer los factores de riesgo del duelo patológico para IDENTIFICARLOS A TIEMPO. Son los siguientes:

- Propios de la persona. Carácter, personalidad (falta de capacidad para expresar emociones), duelos difíciles anteriores, patología emocional previa, edad, etc
- Relacionales: tipo de parentesco, relación ambivalente con el enfermo, dependencia, etc
- Circunstanciales: forma de morir, evolución larga y penosa, muerte inesperada, traumática (suicidio, asesinato, accidente), pérdidas inciertas (no aparece cadáver), etc
- Socioculturales: inexistencia de red de apoyo, tipo de muerte negada culturalmente (suicidio, aborto), estatus socioeconómico bajo, poco apoyo familiar real o sentido, distanciamiento de las convicciones ético religiosas de apoyo, etc

¿Cuándo se puede considerar superado un duelo?

Cuando aparece capacidad de recordar y de hablar de la persona perdidasin llorar ni desconcertarse.

Cuando se adquiere otra vez la capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptarlos retos de la vida.

ANEXO

ASOCIACIONES de APOYO EN EL DUELO (Atención grupal y personal)

1.- CAMINAR ASOC VALENC APOYO AL DUELO (Valencia)
http://www.ayudaduelocaminar.com/es/
96 374 78 63
676 197 806

2.- ASOC VICTOR FRANKL (Valencia)
http://asociacionviktorfrankl.es/setescapa/
963 510 113

3.- Teléfono de la esperanza (Valencia)
http://www.telefonodelaesperanza.org
963 91 60 06

4.- Asociación de acompañamiento y soporte en el duelo de la muerte por suicidio:
http://www.despresdelsuicidi.org/

5.- Asociación Juan Navío de ayuda mutua en el duelo. Grupo de Ayuda Mutua en el duelo por la pérdida de un ser querido. Centro de Mayores del a Plaza del Rollo. Villena (Alicante).

LINKS DE INTERÉS

1. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=479 Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo y anexos
2. ATENCIÓN PROFESIONAL A LA PÉRDIDA Y EL DUELO DURANTE LA MATERNIDAD: https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/atencion-profesional-la-perdida-y-el-duelo-durante-la-maternidad
3. HABLEMOS DE DUELO Manual practico para abordar la Incluye un apartado dedicado a la discapacidad intelectual muerte con niños y adolescentes: http://www.fundacionmlc.org/uploads/media/default/0001/01/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf
4. El duelo ante la muerte: http://atusalud07.blogspot.com.es/2013/01/duelo.html
5. CURSOS SOBRE DUELO EN: http://www.humanizar.es/formacion/cursos-sobre-duelo.html

Actualización

Febrero 2018

Autoras

- **Rosa González**
  Médico de familia. Centro de Salud Salvador Pau.
  Miembro del Grupo de Atención Domiciliaria de la SVMFIC
- **Anabel Jiménez**
  Médico de familia.
  Miembro del Grupo de Atención Domiciliaria de la SVMFIC

Autora para correspondencia

Anabel Jiménez
e-mail: ojala_20002000@yahoo.es

Bibliografía

1.- A. Martín Zurro, J. F. Cano y J. GenéBadía
ATENCIÓN PRIMARIA. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia.
Ed. Eselvier. 2014

2.- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
Guía de Cuidados Paliativos.

3.- M. Gómez Sancho y M. Ojeda Martín.
CUIDADOS PALIATIVOS. CONTROL DE SÍNTOMAS. Unidad de Medicina Paliativa.
Hospital Universitario de Gran Canaria. Ed. Lab MEDA, 2009

4.- C. López de Ayala, T. Galea Martín, R. Campos Méndez
GUÍA CLÍNICA: SEGUIMIENTO DEL DUELO.
Ed. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. 2011.