

Duelo Complicado: Relación de ayuda Enfermera.

Complicated Grief: Nursing Support



AUTORA: MARÍA SANZ GONZÁLEZ.

DIRECTORA DEL TRABAJO: M^a CARMEN ORTEGO MATÉ

**TRABAJO FIN DE GRADO.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.**

FECHA PRESENTACIÓN: JUNIO 2013.

ÍNDICE:

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
INTRODUCCIÓN	4
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	6
CAPÍTULO I: DUELO Y DUELO COMPLICADO	8
• ¿Qué es el duelo?.....	8
• Las fases del duelo normal.....	9
• Duelo complicado, subtipos.....	10
CAPÍTULO II: PERFIL DEL DOLIENTE; FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES ANTE EL DUELO COMPLICADO	12
CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO DE DUELO COMPLICADO	15
CAPÍTULO IV: DUELO DURANTE LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO VITAL	20
• El duelo en la infancia.....	20
• El duelo en la adolescencia.....	21
• El duelo en la senectud.....	22
CAPÍTULO V: DUELO COMPLICADO EN SITUACIONES ESPECIALES	22
• Duelo complicado como consecuencia de una enfermedad neoplásica.....	23
• Duelo complicado como consecuencia de un suicidio.....	23
• Duelo complicado como consecuencia de la muerte de un hijo.....	24
• Duelo consecuente con una muerte violenta.....	25
CAPÍTULO VI: TRATAMIENTO/ RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERA AL DUELO COMPLICADO	25
• Intervención/ soporte a las personas en duelo.....	27
• Estrategias terapéuticas al duelo complicado.....	29
• El profesional de Enfermería ante el duelo complicado.....	31
REFLEXIONES FINALES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	37

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

Históricamente la sociedad occidental ha vivido de espaldas a la muerte. El duelo, se define como aquel proceso doloroso e inesperado en respuesta a la pérdida de un ser querido, una reacción emocional ante el vínculo afectivo que se rompe. Ha de tenerse en cuenta que dicho proceso puede complicarse e incluso prolongarse en el tiempo. Cada ser humano reacciona de forma diferente ante la pérdida, al igual que una misma persona, lo hará de forma distinta ante las diversas pérdidas de su vida. No todos los duelos tendrán una evolución normal ni serán resueltos satisfactoriamente. Existen factores predictores y predisponentes al desarrollo de duelo complicado, referentes tanto a la propia personalidad del individuo, como a factores socio-familiares, circunstancias de la muerte, contexto de la misma... El profesional de Enfermería, al igual que los demás profesionales sanitarios, han de estar capacitados en la detección de aquellos procesos complicados para así poder intervenir oportunamente. En esta monografía se define el duelo complicado, así como los aspectos que pueden llevar a su desarrollo, profundizando y haciendo un especial hincapié en aquellas herramientas necesarias para el establecimiento de una relación de ayuda eficaz y fructífera.

Palabras clave: *Enfermería, duelo complicado, muerte, sufrimiento, relación de ayuda.*

Western society has lived historically with its back to death. The grief is defined as a painful and unexpected state of mourning in response to the loss of a loved one and is an emotional reaction in the face of an affective bond broken. It has to keep in mind that grief can be complicated and even last a considerable amount of time. Every human being reacts differently coping with grief, and each individual will react in a different way in the face of a wide range of losses. Not every grief will have a normal evolution nor will be successfully solved. There are predictive and risk factors underlying a complicated grief related with individual personality as well as social and family factors, death circumstances and context, and so on. In order to provide a timely intervention, nurses, as well as other health professionals, must have the ability to detect those complicated grieves. In this monograph we define the complicated grief as well as other aspects that could facilitate its emergence, going into details and highlighting those tools and skills needed to build a successful and fruitful helping relationship.

Key words: *Nursing, complicated grief, death, bereavement, nursing support.*

INTRODUCCIÓN:

Históricamente la muerte ha constituido y constituye aún a día de hoy, un tabú en nuestra sociedad. Desde nuestra infancia la tratamos superficialmente, sin involucrarnos en ella. Tanto el propio fallecimiento como sus periodos anexos nos generan rechazo. Pese a ello, la vida es inherente a la muerte, a la pérdida.

La vida del ser humano está irrevocablemente relacionada con las pérdidas. *Somos, en gran medida, el resultado de nuestro crecimiento y de nuestro desarrollo, y tanto uno como otro dependen de la manera en que hayamos podido o no enfrentar nuestras pérdidas: experiencias penosas pero, por lo dicho, determinantes de nuestra manera de ser en el mundo, que incluye, por supuesto, la propia manera de enfrentar los duelos. Se evoluciona y aprende desde las frustraciones. Nadie puede moverse hacia su madurez sin dolor (1).*

Toda muerte conlleva una pérdida, *cada uno de nuestros duelos es único y cada manera de afrontarlos es irreplicable (1).*

A lo largo de la historia numerosos autores han abordado el duelo. A principios del siglo XX, Sigmund Freud postulaba que *una ausencia, un objeto perdido, crea exactamente las mismas condiciones de dolor que una parte herida del cuerpo (2).*

En el estudio de las etapas del duelo destaca la aportación de Elisabeth Kübler-Ross, quien dedicó su carrera al estudio de la muerte y el duelo. Fue pionera en el campo de investigación sobre la muerte y el proceso de morir. En su libro *On Death and Dying* (1969), propone cinco fases para el proceso de duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Señaló que estas etapas no suceden necesariamente en este orden, ni todas son experimentadas por todos los pacientes (3).

Estado actual del tema:

En la actualidad se acepta el modelo de Niemeier que define el duelo como *una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo del doliente en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de los autores más tradicionales.* Postula además que la elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los que tiene que ser reconstruidos después de la pérdida (4).

Aunque si bien es cierto el duelo se ha descrito en términos de etapas o tareas a realizar, la mayoría de los autores destacan que *no se trata de un proceso rígido, claro y ordenado, sino que está formado por fases que se solapan entre sí y que son una mezcla de emociones y respuestas ante ellas.* Coinciden también en que *tanto las reacciones normales de duelo como el duelo complicado son un espectro de síntomas, que nunca se presentan con límites nítidos (5).* Resulta por ello, difícil en ocasiones establecer la etiqueta de duelo complicado.

El duelo complicado o patológico se define como aquella situación en que *las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, la duración*

de la reacción es anormalmente larga o aparecen síntomas inhabituales (alucinaciones referidas a visiones o voces del fallecido, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes). Se puede manifestar a nivel psicológico en forma de autorreproches, de pensamientos de muerte persistentes o de una irritabilidad inhabitual contra terceras personas (6). Puede ir acompañado además, de múltiple sintomatología física.

Los recursos desplegados para superar el duelo constituyen un reflejo del instinto de supervivencia para hacer frente a las dificultades de la vida. Cada persona reacciona de forma diferente ante la pérdida y a su vez, lo hace de manera distinta en cada nueva situación (6).

Del mismo modo que cada persona es única e irrepetible, las reacciones ante su pérdida lo serán también de unos individuos a otros. Es por ello, que las respuestas adaptativas desencadenadas durante el duelo son muy variables de unos casos a otros (6).

Entre el 10 y el 20% de las personas afectadas por una pérdida pueden necesitar ayuda profesional. En estos casos el tratamiento debe darse de forma temprana para evitar la cronificación de los síntomas (6).

En cuanto a la duración normal del duelo tampoco parece existir un consenso claro y la mayoría de los autores se muestran de acuerdo en la inutilidad de establecer plazos. Si existe uniformidad al afirmar que un duelo está acabado cuando se es capaz de pensar en el fallecido sin dolor, y las emociones vuelven a estar puestas en la vida y en los vivos (7).

Las circunstancias en que tuviera lugar la muerte pueden repercutir también en la posterior elaboración del duelo por el doliente. Así, aquellas ocurridas en circunstancias violentas, homicidios, suicidios, catástrofes naturales, accidentes, y en definitiva repentinas e inesperadas conllevan una prevalencia más elevada de duelo complicado (1, 8,9).

Resulta de suma importancia por parte del personal de Enfermería la identificación de los factores de riesgo y de la población vulnerable al duelo complicado con objeto de establecer una adecuada y efectiva relación de ayuda. Hemos de ser conscientes de que el duelo es una parte de la vida por la que probablemente todos pasaremos y que *un acompañamiento eficaz requiere que se respeten dos condiciones fundamentales: cada persona recorre diversos caminos para llegar a la aceptación y cada uno de nosotros marcha a diferentes velocidades por el camino (10).*

Motivo de elección del tema:

Desde la visión del profesional de Enfermería voy a realizar un acercamiento y visión reflexiva sobre el acompañamiento y la relación de ayuda que establecemos con nuestros pacientes en el duelo complicado. La muerte forma parte inexorablemente de la propia vida y como cuidadores de vidas humanas hemos de proveer de ayuda a nuestros pacientes ante el proceso de elaboración de un duelo.

Hemos de prestar ayuda efectiva al doliente porque *el ajuste ante una pérdida implica considerable dolor y esfuerzo antes de poder reconocer la realidad de la misma, aceptar*

que la persona muerta ya no está más y buscar otras relaciones y vías de interacción social productiva (7).

Objetivos:

Los objetivos perseguidos con este trabajo son:

Objetivo general:

- Analizar la relación de ayuda enfermera en el duelo complicado.

Objetivos específicos:

- Identificar el perfil doliente en duelo complicado.
- Describir las actuaciones enfermeras en duelo complicado.

Descripción de los capítulos:

La monografía se ha estructurado en seis capítulos donde se abordan los siguientes aspectos:

- Capítulo I: Definición de duelo y duelo complicado: diferentes subtipos de duelo complicado.
- Capítulo II: Perfil del doliente, factores de riesgo y factores protectores ante duelo complicado
- Capítulo III: Diagnóstico de duelo complicado.
- Capítulo IV: Duelo durante las diferentes etapas del ciclo vital.
- Capítulo V: Duelo complicado en situaciones especiales.
- Capítulo VI: Tratamiento, relación de ayuda enfermera en duelo complicado.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Durante los meses de febrero y marzo de 2013 se realizó una revisión de la literatura existente en torno a duelo complicado en cinco bases de datos, del campo de la Enfermería así como de la Psicología, en castellano y en inglés.

Se realizó también una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas citadas en los artículos o trabajos que fueron seleccionados y que se consideraron de relevancia para la monografía.

Las bases de datos consultadas fueron:

- Cuiden Plus.
- Dialnet.
- Psycodoc.
- Medline- Pubmed.
- Google Académico.

Los términos DeCs utilizados fueron:

- Pesar.
- Actitud frente a la muerte.
- Aflicción.
- Relaciones enfermero- paciente.
- Inteligencia emocional.

Asimismo, los términos MeSh utilizados fueron:

- Grief.
- Attitude to Death.
- Death.
- Bereavement.
- Nurse- patient relations.
- Emotional intelligence.

Respecto al perfil de búsqueda, y según las características de cada base de datos, se hizo una búsqueda avanzada utilizando diferentes combinaciones de las palabras clave a través de los descriptores booleanos AND, OR y NOT. La búsqueda se delimitó al tiempo comprendido desde 2007 hasta la actualidad. Se realizaron excepciones en términos temporales para algunos artículos considerados de relevancia y carentes de revisión posterior.

Tras los resultados obtenidos y una vez eliminadas las repeticiones, se hizo una primera selección de los trabajos, a través del título y del resumen, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos originales o de fuentes secundarias.
- Trabajos publicados de 2007 hasta la actualidad.
- Estudios sobre el duelo complicado, perfil de doliente y duelo en situaciones especiales.
- Intervenciones del personal de Enfermería en duelo complicado.
- Publicaciones anteriores a 2007 de peso para la monografía sin revisión posterior.

Del mismo modo las causas de exclusión fueron:

- Artículos sin disponibilidad de texto completo.
- Trabajos comprendidos fuera del plazo señalado en el apartado anterior.
- Publicaciones en idioma diferente al castellano o inglés.
- Estudios multifactoriales donde el objeto de estudio en cuestión no es directamente el duelo/ duelo complicado.

De toda la bibliografía revisada, fueron seleccionados 25 artículos y 6 libros que se detallan posteriormente en las referencias bibliográficas.

Capítulo I: DUELO Y DUELO COMPLICADO.

Duelo:

¿Qué es el duelo?:

La pena y el vacío que el ser humano puede llegar a sentir ante la pérdida de un ser querido supone una de las experiencias más dolorosas de la vida. Ese dolor, fruto del sentimiento de pérdida, no es si no el precio a pagar por el fin de una relación valiosa y significativa. Se trata de la conversión del amor hacia el otro que ya no está. Todos, a lo largo de nuestra existencia, experimentamos esta pena. Se trata por ello, de una reacción natural que incluso se podría concebir de una forma positiva como una expresión póstuma del amor (11).

En ocasiones resulta complicado discernir qué es un duelo normal, o cuando por el contrario, nos encontramos ante “señales de alarma” de duelo complicado. A continuación, ambos conceptos serán definidos, teniendo en cuenta que con frecuencia la frontera entre ambos no se encuentra delimitada.

El duelo requiere un esfuerzo, no debe ser entendido como algo que nos sucede, sino como un acontecimiento vital en el que participamos activamente, una experiencia por ende, que no debe delegarse. La comprensión de la idea que el duelo es como un trabajo y como un camino, va a influir decisivamente en la resolución adecuada de la pena (11).



Así, se define duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) como *la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, que incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y*

significado de la pérdida (12). En términos generales se trata de un proceso normal, que no requiere de intervenciones psicológicas externas para su resolución (12, 13).

De forma generalizada, existe la idea de duelo únicamente dentro del contexto de la pérdida de un ser querido, pero puede producirse también ante rupturas amorosas, pérdida de la libertad, proyectos vitales frustrados etc. (13). En definitiva, ante aquellas situaciones o acontecimientos vitales en que el ser humano siente una pérdida, o la ruptura de un vínculo.

Sin embargo, se puede afirmar, que en términos generales, entre todos los procesos de duelo, el más doloroso y difícil en cuanto a asimilación y manejo por el ser humano, es el referente al de la pérdida de nuestros seres queridos y la finitud de nuestra propia vida (13).

Del mismo modo, ha de decirse que no toda muerte conlleva un duelo. Para que éste último tenga lugar, ha de existir por parte de la persona un sentimiento de pérdida y que existan lazos de unión entre éste y el fallecido.

Las fases del duelo:

Como se menciona anteriormente, el duelo no es un proceso lineal ni enmarcado en unos límites precisos (11). Cada persona en la elaboración de su duelo, sigue unos patrones de comportamiento diferentes. Ocurre lo mismo con el factor tiempo. Hay que contemplar el duelo como aquel trabajo en el que cada doliente sigue su propio ritmo y elabora su propio camino.

Siguiendo la teoría de Elisabeth Kübler-Ross, en el duelo se pueden describir cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Dentro del desarrollo clínico del duelo, encontramos tres grandes etapas:

- El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de shock, que puede ser más o menos intenso (13). En ella, el doliente encuentra sus emociones bloqueadas, anestesiadas. Esta reacción es una forma inconsciente e instintiva de autoprotección. Parece como si la mente se desconectara de la realidad. En ocasiones es el culto fúnebre el que despierta a la persona hacia una nueva realidad dolorosa. La reacción inicial de autoprotección *explica porque la persona no puede llorar o incluso no siente una gran pena durante los primeros días* (11).
- Etapa central: constituye el núcleo del duelo. Caracterizado por un estado depresivo y una mayor duración que la etapa anterior (13). En los inicios de esta etapa la evocación hacia el fallecido ocupa la mayor parte del tiempo en el día a día del doliente. A medida que pasa el tiempo se alternan momentos de dolor con la paulatina reorganización de su vida. *El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido* (13). Es durante esta fase cuando se instaura un gran sentimiento de soledad, social y emocional.
- Etapa final: se trata del periodo de restablecimiento de “reconciliación” con la vida cotidiana. El doliente es capaz de centrar su atención en nuevas relaciones, nuevas metas. El recuerdo del fallecido aunque persiste, deja de constituir el centro de su vida. Se

desarrollan nuevas relaciones personales o se recuperan antiguas ya perdidas. El doliente es capaz de recordar al fallecido sin sentir dolor (13).

En esta fase es importante no tomar decisiones importantes, existe el riesgo de que se produzcan tentativas prematuras y precipitadas y que pueden suponer una detención en el desarrollo del proceso de duelo (12). Un duelo bien realizado supone un proceso de maduración personal, que permite a la persona salir del duelo siendo mejor de lo que era cuando empezó (5).

DUELO COMPLICADO:

Se define duelo complicado como *la intensificación del duelo al nivel que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución... esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de un adecuado desarrollo de proceso de duelo* (13).

Este duelo anormal aparece en diversas formas y ha sido catalogado de manera diferente según los autores.

En líneas generales, se tiende a pensar que existe riesgo de duelo complicado cuando el dolor se prolonga en el tiempo; cuando su intensidad sobrepasa los límites socialmente aceptados como normales o cuando impide al doliente centrar su atención en otros estímulos diferentes al culto al muerto (13).

Existen también formas anormales de duelo, que se dan *cuando aspectos del duelo se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas* (14). Puede ser considerado normal que exista por parte del doliente, la negación de ciertos aspectos dolorosos de la muerte, pero no lo es la negación absoluta, a partir de la premisa de que la persona muerta sigue viva.

Dentro del término duelo complicado se han incluido diferentes subtipos de duelo:

- Duelo inhibido o negado: aquella situación caracterizada por la ausencia de muestras de dolor cuando habrían de esperarse. El duelo no se expresa ya que la persona no afronta la realidad de la pérdida (13, 15).
- Duelo crónico: aquella respuesta emocional intensa con una duración excesiva y que no llega a concluir de forma correcta. La vida del doliente en duelo crónico se encuentra desorganizada y con frecuencia presentan episodios depresivos, trastornos de ansiedad, hipocondría... el duelo crónico llevado al extremo tiene su máximo exponente en lo que Gorer denominó momificación, caracterizada por la creencia de que la persona muerta de algún modo regresará, por ello frecuentemente mantendrá las pertenencias y asuntos del fallecido intactos, de forma que los encuentre a su regreso tal y como los dejó (13, 15).
- Preduelo: consiste en la creencia de que el enfermo ha fallecido ya “en estado de salud”. No se reconoce a la persona que es ahora, tras haber sido transformada por la enfermedad (13).

Resulta de importancia también con respecto al duelo aclarar que su intensidad es directamente proporcional a la fuerza del apego. Parkers y Bowlby, dos investigadores destacados en el campo que nos ocupa afirmaban que este proceso no es, si no la consecuencia de nuestros apegos afectivos. Es por esta razón que su intensidad va a depender del valor que le atribuimos a las personas-objetos perdidos y no a la naturaleza de los mismos. Por lo anteriormente expuesto puede darse el caso en que se reaccione de un modo más trágico ante la pérdida de un objeto significativamente valioso que ante la muerte de una persona querida, con la cual, a pesar del afecto no existen vínculos emocionales tan fuertes (12).

Por otro lado, los límites entre duelo y depresión en muchas ocasiones no están claros, siendo difícil establecer dónde empieza uno y dónde termina la otra. Así, comparten características comunes en cuanto a sintomatología: tristeza, trastornos del sueño, pérdida del apetito y desinterés generalizado por el mundo exterior. No obstante, la diferencia está basada en la gravedad de los síntomas y en su duración. La certeza de que el duelo tiene un límite temporal resulta fundamental. La mayoría de las personas deprimidas no conciben el mejorar debido a la desesperanza que sienten. Es importante recordar que aquellos pacientes con episodios previos de depresión tienen un mayor riesgo de recaer cuando se produce una pérdida importante. Algunos pacientes con duelo complicado terminarán desarrollando un trastorno depresivo mayor (14).

Dada la comorbilidad del duelo y el trastorno depresivo mayor, el DSM-IV-TR establece que aquella situación en la que los síntomas prevalecen más allá de dos meses corresponde a un trastorno depresivo mayor (14). Asimismo se señala que en el trastorno depresivo mayor, que aparece tras el duelo, los síntomas más frecuentes son (14):

- Culpa asociada al momento y circunstancias que rodearon la muerte.
- Preocupaciones mórbidas sobre la propia valía.
- 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 morirle 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 culpa o 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 fallecida.

El duelo es un proceso normal, aunque intensamente doloroso que responde bien al apoyo, la comprensión y el paso del tiempo (14). Han de ser los profesionales sanitarios quienes establezcan cuando el duelo sigue un curso normal o, por el contrario, se ha convertido en duelo complicado o trastorno depresivo mayor.

Capítulo II: PERFIL DEL DOLIENTE; FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES FRENTE AL DUELO COMPLICADO.

Tal como se mencionó anteriormente la muerte es inherente a la propia vida, el duelo es por tanto, una experiencia común y dolorosa que antes o después todos experimentaremos (16).

Es un proceso asociado a una serie de características y circunstancias que pueden actuar como factores protectores ante el duelo complicado, o por el contrario hacerlo como predisponentes.

Ciertos rasgos de la personalidad, la red social del doliente o incluso la forma en que se produjo el fallecimiento pueden jugar un papel clave en el desarrollo de este trastorno.

Por aportar algún dato, existen estudios epidemiológicos que demuestran que para aquellas personas que viven solas, el riesgo de lesiones y/o muerte es más acusado que para las personas que viven acompañadas. Se considera que la socialización y la ayuda mutua es un garante para la supervivencia individual y como especie (15).

En todos los duelos habrá características comunes, dado que se parte de una información básica heredada e íntimamente ligada a la supervivencia. No se ha de olvidar que la experiencia, la personalidad, el aprendizaje y otros factores externos darán la forma final de respuesta de duelo a cada individuo (15).

La existencia de factores predisponentes o de riesgo al duelo complicado resultarán de ayuda a la hora del despistaje para establecer un diagnóstico firme. Determinadas personalidades o rasgos de la conducta son más proclives al desarrollo de complicaciones en este ámbito.

De forma general se establecen como factores de predicción de duelo complicado (16, 6):

- Elaboración de duelos complicados anteriormente, depresiones u otras enfermedades psíquicas.
- Muerte de una persona joven.
- Fallecimiento repentino o no esperado; circunstancias en que se produjo la pérdida.
- Pérdida de varios seres queridos a la vez; pérdidas dentro de un contexto incierto, traumático o catastrófico.
- Que el doliente se encuentre en las franjas de edad de niño, adolescente o anciano.
- Persona muy dependiente de la persona fallecida, con dificultades para desarrollar la vida cotidiana de forma independiente.
- Escasez de recursos personales, económicos y emocionales.
- Escaso apoyo social o familiar.

Más allá del hecho de la propia muerte, es el significado de la misma para el doliente la que despertará los efectos más devastadores (6), siendo esto último el desencadenante del duelo complicado.

Los vínculos y grado de sentimientos hacia la persona fallecida influyen en gran medida: la pérdida de un ser querido supone para el ser humano uno de los mayores desastres emocionales de la vida. Esto torna mayor gravedad si esa muerte se produce de forma repentina y si se trata de un hijo. *El proceso de aceptación de su muerte es el más difícil de todos. La muerte de un hijo es un hecho antinatural, que produce una inversión del ciclo biológico normal* (6). Pérez Trenado, afirma que alrededor del 20% de los padres que pierden a un vástago no llegan a superarlo nunca (6). El estrés y la devastación emocional que supone una pérdida de esta magnitud provoca además conflictos entre los padres, así por ejemplo, cuando un cónyuge siente que sufre más que el otro, esto puede ser motivo de reproches, discusiones y lejanía entre la pareja (6).

La pérdida de la pareja por fallecimiento supone también, a nivel emocional, un choque emocional muy intenso, de mayor intensidad si el superviviente dependía emocionalmente de ella y a su vez carece de habilidades, o salud para readaptarse a esta nueva situación (6).

De forma generalizada puede afirmarse que aquellas pérdidas que resultan más impactantes para la persona que se queda, son las de las personas más cercanas de su ámbito familiar o relacional.



Asimismo el tipo y circunstancias que rodearon la muerte van a resultar de importancia en la posterior creación y desarrollo del duelo. Aquellas muertes producidas desde el seno de la violencia (homicidios, víctimas de atentados y guerras), los suicidios y en definitiva los fallecimientos repentinos e inesperados van a suponer una carga extra y una mayor complejidad para integrar un proceso de duelo adecuado y superarlo con éxito (6).

Igualmente son muertes facilitadoras de duelo complicado las resultantes de enfermedades cortas y repentinas, las de niños, adolescentes y personas jóvenes. Del mismo modo una muerte a la que antecede una enfermedad larga o dolorosa, no asumida por el paciente, puede añadir mayor dificultad a la superación del duelo (6).

En referencia a las muertes violentas, existe un mayor riesgo de duelo complicado cuando se añade la doble victimización (casos de asesinato con una previa violación o vejación de la víctima, cuando no aparece el cadáver o en aquellas situaciones en que al agresor/agresores no han sido detenidos) (6).

El tipo de personalidad y las características psíquicas del doliente influyen en la creación de un duelo complicado. La inestabilidad emocional previa y los antecedentes de enfermedades psíquicas actúan como factores de riesgo en el proceso que nos ocupa.

Entre los tipos de personalidades proclives a desarrollar un duelo complicado se encuentran (17):

- Las de predominio narcisista, ya que con frecuencia no aceptan la muerte y la viven como un fallo propio, resultando la vivencia de culpa una constante en ellos.
- La rumiadora y autofocalizante, donde cada emoción es magnificada al límite, se convierte en un problema y se recrean en el dolor.
- Los rasgos obsesivos y las personalidades paranoides ya que con frecuencia realizan una proyección externa de la rabia, buscan culpables y no son capaces de aceptar y asimilar la muerte ni crear un curso normal de duelo.
- Las personas dependientes y sumisas porque se muestran incapaces de reestructurar su vida cotidiana una vez que el fallecido ya no está, no asumen los roles propios ni son capaces de producir la reestructuración de su propia vida.
- Las personalidades depresivas y tendentes al pesimismo.

Existen casos también, en que las complicaciones vienen marcadas por la disfuncionalidad del duelo. Así las personalidades histriónicas convertirán la pérdida en motivo de centro de atención y cuidado permanente por sus familiares o relaciones sociales (17).

Las personas con rasgos simbióticos e incapacidad para la individualización (*deuil-a-deux*) convierten el duelo en el eje y sentido de la unión. De este modo la pareja no tendría sentido y no se produce *separación precisamente en honor del fallecido* (17).

En definitiva, existen determinados rasgos psíquicos proclives al desarrollo de un duelo complicado: la inestabilidad previa del paciente, aquellas personas con antecedentes de depresión o trastornos de ansiedad, la existencia de fracasos en el estilo de afrontamiento anterior, personas obsesivas, agresivos, dependientes emocionalmente... corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y sufrir duelo complicado ante una muerte próxima. Las personas con salud frágil también, presentan una mayor tendencia a caer enfermas durante el duelo (6).

Por otro lado, una experiencia previa negativa añade mayor probabilidad de desarrollo de duelo complicado. Esto ocurre cuando una persona ha experimentado múltiples o recientes pérdidas y cuando la reacción ante las mismas fue particularmente intensa y duradera (6).

Por último, determinadas variables psicosociales influyen también negativamente en la elaboración del duelo: situación económica complicada, presencia de cargas familiares, imposibilidad para rehacer la propia vida, escasez de vínculos familiares y sociales...

Actualmente, la investigación sobre los factores protectores ante duelo complicado permanece en sus inicios. Pese a ello, en sentido inverso, los factores que han mostrado una mayor resistencia al estrés, y en general pronostican y favorecen una mejor evolución son (6, 18):

- Control de las emociones propias y una valoración positiva de uno mismo, potenciación de la autoestima.
- Mantener un estilo de vida equilibrado.
- Apoyo social, participación en actividades sociales.
- Implicación activa en el proyecto de vida, en la profesión, en la familia, actividades de voluntariado, etc.
- Afrontamiento eficaz de las dificultades cotidianas.
- Poseer aficiones gratificantes, sentido del humor.
- Mantener una actitud positiva ante la vida.
- Aceptación de las limitaciones personales.
- Vida espiritual.
- La resiliencia.
- Autoestima.
- Salud física y psíquica.

Capítulo III: DIAGNÓSTICO DE DUELO COMPLICADO.

La muerte de un ser querido constituye una experiencia amarga (6) y el conjunto de reacciones que se desencadenará con posterioridad dependerá tanto de las características extrínsecas como intrínsecas de la persona. El conocimiento de los factores predisponentes al duelo complicado, sin duda, ayudará en gran medida a la hora de realizar un certero despistaje diagnóstico.

Resulta importante recordar que el diagnóstico de complicación de una persona en duelo es de suma complejidad por la similitud de síntomas con la depresión. Los síntomas propios del proceso de duelo son aplicables a su vez al síndrome depresivo. De esta manera, en la fase aguda se complica la diagnosis, siendo la evolución la que condiciona el diagnóstico en una u otra dirección (15).

La ausencia de un epígrafe específico para el duelo complicado en la clasificación DSM-IV-TR no aporta claridad a este tema, son diversos autores los que reclaman su inclusión en el DSM-V (5).

Con el DSM-V se espera que la categoría diagnóstica sobre el duelo se modifique, y así poder establecer diferencias entre el proceso de duelo normal y complicado (19).

El DSM-V en este sentido, plantea la posibilidad de crear una etiqueta diagnóstica propia llamada "Trastorno por Duelo Complejo Persistente" (19). Éste se definiría a partir de la presencia de criterios tales como que el individuo haya vivido la muerte de un familiar hace al menos seis meses o que desde el fallecimiento haya experimentado, de manera diaria alguno de los siguientes síntomas: anhelos por lo que se ha perdido, dolor intenso por la separación, preocupación por el difunto o las circunstancias del fallecimiento, dolor por la separación con marcada dificultad para aceptar la muerte. Se manifiesta también dificultad para recordar positivamente al fallecido así como evitación excesiva de recordatorios de la pérdida. Se puede producir asimismo una interrupción de la identidad social con dificultad para confiar en terceros y deseo de la propia muerte para estar con el fallecido (19).

De igual modo el CIE-10 establece el código Z634 para el duelo normal (*“desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia”*), mientras que utiliza los trastornos de adaptación F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración consideradas como anormales por sus manifestaciones o contenido (19).

Por otro lado, existen varias situaciones que de forma genérica pueden orientar a la hora de “etiquetar” a un duelo como complicado. Estas son (6, 16):

- Aquellas situaciones en que la persona solicita ayuda de manera explícita, independientemente del profesional al que acuda. Habitualmente se busca ayuda terapéutica debido a la pena, o bien por la aparición de algún síntoma físico o psiquiátrico, siendo esta segunda vía mucho más frecuente.
- Cuando el profesional sanitario valora la necesidad de que esa persona reciba ayuda profesional.
- En aquellas situaciones en que existen determinados factores que orientan hacia posibles complicaciones en el proceso de elaboración de duelo.

Sin duda, una de las principales dificultades para el diagnóstico del duelo complicado es su detección. No obstante, para el personal sanitario es de vital importancia discernir entre las manifestaciones de un duelo normal (tabla 1) de aquellas propias de un proceso complicado (5). Por otro lado, es también de relevancia para el personal sanitario conocer que el duelo complicado puede manifestarse tanto a nivel psicológico como físico (6). (Ver anexo 1).

En el plano psicológico es frecuente la aparición de autorreproches, pensamientos persistentes en torno a la muerte o irritabilidad acusada contra terceros. Esta tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como falta de cuidado personal, aislamiento social, consumo abusivo de sustancias, etc. (6). En los estudios de poblaciones clínicas, el duelo complicado presenta una considerable correlación con ideación suicida y con altas tasas de intentos consumados en pacientes con trastorno bipolar (20).

A nivel físico, se pueden dar trastornos persistentes del sueño, del apetito, dolores musculares, hipocondría, cefaleas, etc. Asimismo, los dolientes en duelo complicado tienen una mayor morbilidad de padecer cáncer, enfermedad cardíaca, hipertensión, abuso de sustancias, además del suicidio (20).

Varios estudios relacionan el duelo complicado con la aparición de cambios en el sistema inmunológico. En este sentido, se ha demostrado que en etapas iniciales del duelo, se produce un aumento de los niveles de catecolaminas y el cortisol. Aunque esta respuesta no puede ser considerada como específica a patognomónica al duelo complicado, ya que las mismas variaciones hormonales tendrán lugar ante otros factores estresores en la vida, como pueda ser el fin de una relación, la pérdida de un trabajo, conflictos familiares... (21).

Del mismo modo, se han establecido unos biomarcadores inmunológicos de la pena. A lo largo de las dos últimas décadas, numerosos estudiosos han aportado claridad en referencia a este tema. En general, se establece que en los individuos en duelo complicado, respecto a la población, presentan una respuesta linfocítica menor frente a los agentes patógenos externos (21). Dichos estudios plantean la hipótesis de la pérdida

como una forma de estrés vital, que aunque de forma más grave, opera mediante los ya conocidos patrones de respuesta al estrés. En este sentido se puede afirmar que el estrés producido por la pérdida conduce irremediabilmente a una disminución de la función defensiva celular (21).

Se ha de tener en cuenta también, que los cuidadores principales con un alto nivel de estrés en el final de la vida de su familiar, presentarán una mayor predisposición a desarrollar complicaciones durante la elaboración del duelo (19).

Tabla 1: Manifestaciones de duelo

MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO*
<p>SENTIMIENTOS</p> <p>Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y auto-reproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional,...</p>
<p>SENSACIONES</p> <p>Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño,...</p>
<p>COGNICIONES</p> <p>Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto,...</p>
<p>ALTERACIONES PERCEPTIVAS</p> <p>Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia,...</p>
<p>CONDUCTAS</p> <p>Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido,...</p>

Nota: Extraído de "Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso de duelo". Fernández A, Rodríguez B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso de duelo. MEDIFAM 2002,12(3):218-225.

Es frecuente que durante las fases iniciales del duelo predominen los síntomas físicos frente a los de carácter psicológico (6). Con el paso de los meses, según afirma Clayton, éstos comienzan su declive a favor de la sintomatología psicológica: desesperanza, ira, desvalorización, deseos de morir, etc. (6).

Por otro lado, para hacer una evaluación de duelo complicado la entrevista constituye una de las herramientas más utilizadas por los profesionales de la salud en el estudio de dicho proceso. A través de ella, el profesional es capaz de identificar tanto los puntos fuertes como las vulnerabilidades del paciente, y del transcurso del proceso de duelo (19). Algunas de las preguntas que se pueden emplear en el desarrollo de una entrevista son (19):

- ¿Puede hablarme sobre él?
- ¿Puede hablarme de cómo murió?
- El resto de la familia... ¿cómo ha reaccionado desde entonces?
- ¿Cómo ha afectado esta muerte al resto de su familia?
- ¿Qué dificultades detecta usted para superar el pasado?
- ¿Puede usted hablarme de algún proyecto u otras cosas que a día de hoy le ilusionen o motiven?

Además del empleo de la entrevista semiestructurada, esta se puede combinar con la utilización de diferentes escalas creadas para tal fin, como la tabla diagnóstica elaborada por Lacasta y Soler (5). En esta tabla el diagnóstico se hace a través de cuatro criterios (5):

El criterio tipo A corresponde al estrés por la separación afectiva que implica la muerte, para que el doliente sea incluido dentro de este criterio ha de presentar, cada día y de forma acusada, al menos tres de los cuatro síntomas siguientes:

1. Pensamientos intrusivos, que entran en la mente sin control, acerca del fallecido.
2. Añoranza del fallecido; recuerdo de su ausencia sin poder evitar sentir una enorme y profunda tristeza.
3. Conductas de búsqueda del fallecido, aún sabiendo certeramente el doliente que está muerto.
4. Sentimientos persistentes de soledad como consecuencia del fallecimiento.

Los criterios tipo B corresponden al estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Deben aparecer cada día, o de forma acusada y siempre consecuencia del fallecimiento, al menos cuatro de los síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo resulta inútil respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
4. Sentir que la vida está vacía y/o no tiene sentido.
5. Sentir que parte de uno mismo murió con el fallecido.
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él de algún modo.
7. Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con el fallecimiento.
8. Alteración en la manera de ver o interpretar el mundo.

El criterio C se corresponde con la cronología, siendo necesario que la duración de los síntomas citados anteriormente sea al menos de seis meses.

Por último, el criterio D hace referencia al deterioro. El trastorno de duelo complicado causa un importante deterioro en la vida social del doliente, en lo laboral o en otras actividades hasta ahora significativas en su vida.

El Inventario de Duelo Complicado (ICG), un cuestionario autoadministrado que contiene treinta y cuatro preguntas, todas ellas asociadas a síntomas del duelo complicado. Una puntuación mayor o igual a treinta al menos seis meses después del fallecimiento se considera un resultado positivo y se asocia con deterioro, malestar significativo y en definitiva consecuencias negativas para la salud (20). Existe una adaptación al castellano. (ver anexo 2).

El Inventario de Experiencias en Duelo (IED) de Sanders, Manger y Strong (1985), adaptado al castellano, es también un cuestionario autoadministrado de ciento treinta y cinco ítems dicotómicos que explora las áreas somática, emocional y relacional del paciente a través de dieciocho escalas (19).

El Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC), un cuestionario de ocho ítems de respuesta tipo Likert cumplimentado por profesionales para identificar a los dolientes en riesgo. Existe a su vez, una traducción al castellano, que se encuentra en la actualidad en fase de validación (19).

Además existen cuestionarios de evaluación de carácter más específico, para evaluar situaciones particulares, un ejemplo es el Grief Experience Questionnaire (GEQ), creado para evaluar el duelo tras un suicidio, que consta de cincuenta y cinco ítems divididos en once subescalas de cinco ítems cada una (19).

En la evaluación de factores predisponentes y protectores al desarrollo de duelo complicado, resulta de utilidad también, la elaboración de un genograma destinado a conocer datos tales como la edad de los miembros de la familia, saber quiénes componen el núcleo familiar, el número de pérdidas sufridas anteriormente, los vínculos existentes entre los diferentes familiares... (19).

Como consideraciones finales al diagnóstico de duelo complicado es importante resaltar que cada individuo es único y cada proceso de duelo lo es también. Dentro de una misma persona la respuesta no será igual en las diferentes pérdidas sufridas a lo largo de su vida.

La variabilidad de respuesta ante una pérdida y las diferencias individuales a nivel de personalidad entre los dolientes dificultan en gran medida el diagnóstico. El uso de escalas e instrumentos de medición objetivos ayudan a la hora de instaurar el diagnóstico de duelo complicado. Sin embargo, la visión del profesional sanitario es de suma importancia. La realización de una correcta anamnesis a lo largo del proceso evitará la cronificación y persistencia de complicaciones (20).

El uso de estos instrumentos de probada utilidad en la diagnosis, no eximen al profesional sanitario de evaluar al paciente de forma constante. Al ser el duelo, un proceso tan personal, individual y característico en cada ser humano, su evolución lo será del mismo modo obligándonos a reevaluar en cada consulta con el fin de reorientar un posible tratamiento o terapia.

Capítulo IV: DUELO DURANTE LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO VITAL.

La etapa vital en la que se encuentre el sobreviviente al producirse la pérdida del ser querido va a influir en gran medida en la forma de elaborar y superar el duelo. De esta manera, existen determinados grupos de edad con mayor morbilidad de desarrollo de duelo complicado. A continuación se exponen aquellas etapas del ciclo vital que por unos motivos u otros presentan mayor propensión a las complicaciones.

El duelo en la infancia:

Existe cierta controversia respecto a la edad en que se puede hablar de duelo. Una minoría de los autores niega su existencia antes de la adolescencia, otros sin embargo observan manifestaciones del mismo desde los seis meses de vida, cuando el niño comienza a experimentar angustia tras ser separado de su madre (5).

La muerte como tal, se comprende mejor desde la vivencia que desde la inteligencia. *Cuando la muerte acontece en la proximidad del niño, éste percibe su fatalidad y todo el dolor que moviliza a su alrededor, lo comprende de golpe afectivamente, sin necesidad de razonamientos. La muerte derrumba todo lo que uno creía inamovible (7).*

El concepto de muerte durante la infancia es, en la inmensa mayoría de los casos, abstracto y la forma en que se establecerá la relación de ayuda va a depender de factores tales como la edad, educación, aspectos emocionales... (14).

Teniendo en cuenta la variable edad, se establece que hasta los 3-4 años existe una relativa ignorancia del significado estricto de la muerte, no considerándola como algo definitivo. Existe cierta tendencia a confundir la muerte con el dormir. Entre los 4 y 7 años pueden aparecer “pensamientos mágicos” hasta el punto de considerar que un mal pensamiento suyo provocó la muerte. En torno a los 5 y 10 años, dependiendo del niño en cada caso individual, comienzan a percibir la muerte como algo final e irreversible. En cualquier caso y para la mayoría de las edades y niños se considera un hecho que ocurre a los demás y no se piensa en la propia (5).



De cualquier modo, los tres componentes básicos de la muerte nos son asimilados por lo menos hasta los cinco años, estos son (5):

1. La muerte es definitiva, permanente e irreversible.
2. Ausencia absoluta de las funciones vitales.
3. Es universal, todos habremos de morir.

Los profesionales de Enfermería han de tener en cuenta que existen tres temores principalmente durante la elaboración del duelo infantil (5):

1. Miedo a haber causado la muerte.
2. Temor del niño a que le pase lo mismo.
3. Inseguridad sobre quién lo cuidará si el fallecido es uno de sus progenitores.

Existen tres fases principalmente en el duelo infantil, éstas son: protesta, desesperación y ruptura del vínculo (14). Durante la fase de protesta el niño añora muy amargamente al fallecido y puede aparecer llanto suplicando que vuelva. En la siguiente fase, de desesperanza, comienza a aceptar que la persona amada ya no volverá, el llanto es intermitente y se muestra apático. La última fase o de ruptura del vínculo, se caracteriza por una progresiva desvinculación del menor con el fallecido, vuelve a aflorar el interés por el mundo (14).

En general, en los niños, se han encontrado más mecanismos de negación que en la edad adulta, una pérdida temprana hace el duelo más difícil y puede generar problemas en el desarrollo de la personalidad a largo plazo (22).

Un estudio perteneciente a C. Villanueva y J. García Sanz en el que se analizaron 124 casos de duelo infantil mostró que un 20% de ellos sufrió fracaso escolar, un 15% síntomas depresivos y un 28% desarrolló duelo complicado, siendo situaciones catastróficas un 5% (22).

En la relación de ayuda al duelo infantil cobra vital importancia reforzar su entorno familiar, medio educativo... (22).

El duelo en la adolescencia:

El duelo en el adolescente viene condicionado por las propias características de esta etapa vital: supone una crisis madurativa, la más decisiva en cuanto a la configuración definitiva de la personalidad. Otras etapas de la vida pueden verse acompañadas por crisis biográficas, pero aquí forman parte de la propia idiosincrasia del momento evolutivo (22).

La pérdida de un ser querido durante la adolescencia, sumado a la susceptibilidad propia de este grupo de edad, puede dar lugar a determinados comportamientos autodestructivos (véase suicidio, consumo y abuso de sustancias, delincuencia juvenil...). Dichas conductas pueden ser evitables y desde luego deben ser tratadas (23).

En líneas generales, la elaboración óptima de la pérdida se ve favorecida cuando existe una estabilidad previa. El marco de la adolescencia, que sin duda constituye una época de transición, va a favorecer el desarrollo de complicaciones, las pérdidas aquí suponen una crisis sobre otras ya preexistentes (22). Sin embargo, este periodo de edad encaja muy bien la resiliencia, capacidad de adaptación positiva ante la adversidad.

El duelo a estas edades implica en ocasiones, el paso de una etapa vital a otra (de la adolescencia a la edad adulta) de forma repentina o forzada, lo cual provoca cambios a nivel psíquico. De igual manera puede dar lugar a tendencias regresivas y al posterior desarrollo de un proceso complicado (22).

El duelo en la senectud:

La pérdida, es la experiencia emocional más común en la ancianidad (14). Esta etapa del ciclo vital se caracteriza por la acumulación de pérdidas (22).

Durante la vejez, el ser humano se ve abocado a afrontar múltiples y diversas pérdidas (cónyuge, amigos, hermanos, los que en su día fueron colegas profesionales...), además del cambio de estatus laboral y el decaimiento de las capacidades físicas (14).

Un estudio sobre la depresión en los ancianos, muestra que un 20% de los casos tuvo como factor desencadenante la pérdida de un familiar (22). La posterior evolución de esta patología se verá en gran medida influenciada por el estado de salud del doliente y el apoyo familiar/social recibidos. Factores de gran importancia también en la evolución y resolución del duelo complicado (22).

Existen casos de ancianos que viven en una situación de permanente duelo debido a la pérdida en cadena de familiares y personas cercanas. Cuando se da esta situación, las sucesivas manifestaciones afectivas del duelo son menos intensas, pero permanecen silentes, sin llegar a desaparecer por completo en ningún momento (14).

Simone de Beauvoir afirma en su obra "La Vejez" que *un anciano es alguien que tiene muchos muertos ante sí*". Durante la ancianidad, los repetidos duelos por familiares y amigos pertenecientes a la misma generación hacen perder una parte de ese pasado compartido, de la propia vida (22). En este sentido, la muerte en esta etapa de la vida, se muestra más cercana. En la clínica se evidencia que a pesar de todo esto, la mayoría de las veces el duelo no se torna en complicado. La adaptación previa, debida a las múltiples pérdidas ya sufridas favorece cierta insensibilización o acomodación, posterior al impacto inicial que produce la noticia (22). Sin embargo, la muerte de los hijos, e incluso de nietos a los que se ha cuidado, actúa cerrando aquellos proyectos de vida depositados en ellos, con consecuencias nefastas para el anciano (22).

Capítulo V: DUELO COMPLICADO EN SITUACIONES ESPECIALES:

Tal como se ha tratado en anteriores capítulos, la muerte ha constituido un tabú desde tiempos antiguos. Especialmente la muerte de un ser cercano, puede provocar sentimientos enfrentados difíciles de manejar en aquellos que permanecen con vida.

Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte, este hecho, nos empuja a la necesidad de querer olvidar rápido, reponernos deprisa, no expresar el dolor públicamente... como resultado de todos estos factores, crece el número de personas que no son capaces de elaborar su duelo dentro de los cauces socialmente conocidos como normales (24).

Si a lo anteriormente expuesto añadimos el hecho de pertenecer a un grupo de riesgo de desarrollo de duelo complicado, encontramos que determinados sujetos o circunstancias presentan peculiaridades en cuanto a la elaboración del duelo.

Duelo complicado como consecuencia de una enfermedad neoplásica:

Psicológicamente, padecer una enfermedad considerada grave supone por sí solo, un acontecimiento vital altamente perturbador. Pese a los avances médicos y científicos, todavía la palabra "cáncer" sigue constituyendo un término con una alta carga emocional negativa (5).

Es por ello, que la muerte por cáncer suele constituir la crónica de una muerte anunciada, sin que muchas veces se esté preparado para ello, y viviendo este hecho como un *fracaso de la tecnología que por momentos nos hace olvidar que después de todo somos mortales* (18).

Cuando un paciente y su familia inician su "andadura" por esta enfermedad, comienza para ellos un nuevo recorrido, lejos de seguridades y garantías que hasta ese momento les había ofrecido la sensación subjetiva de salud (5).

En determinadas ocasiones, la muerte oncológica sobreviene demasiado deprisa, de manera que la familia se ve obligada a asimilar la muerte, aún cuando están procesando el diagnóstico de enfermedad (7).

La vivencia de la propia enfermedad por el fallecido y especialmente cuando ésta no ha sido asumida, añade mayor dificultad a la elaboración del duelo y posterior superación del mismo por el superviviente (6).

Ha de tenerse en cuenta, que la enfermedad oncológica aparece en cualquiera de las etapas de la vida, es por ello que el doliente mantiene una serie de expectativas y necesidades ligadas a la fase del ciclo vital en la que se encuentra, que puede llevar a que se muestre incapaz de asumir la nueva realidad que tiene ante sí (14).

La respuesta emocional ante una muerte por enfermedad oncológica puede ser muy diversa, siendo la reacción más habitual la de quebranto. Este factor sin duda condicionará una negativa evolución y resolución del duelo (14).

Duelo complicado como consecuencia de un suicidio:

La pérdida de un ser querido por suicidio constituye una experiencia altamente dolorosa y con connotaciones muy negativas para el doliente. Los sentimientos de tristeza, soledad y pérdida habituales después de cualquier pérdida se magnifican y se ven acompañadas por culpa, rechazo, ira, vergüenza... en aquellos sobrevivientes a una muerte por suicidio (8).

Diversos estudios demuestran que los familiares de aquellos muertos consecuentes a un suicidio presentan mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, conductas suicidas de repetición, así como una elaboración/ evolución desfavorable del duelo (8).

Aproximadamente un millón de personas fallecen al año por suicidio a nivel mundial, siendo éste una de las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes. Sólo en 2008, el 0,5% de la población adulta de Estados Unidos realizó un intento de suicidio (8). Se estima además que en esta nación el 85% de los habitantes conocerá personalmente a alguien que ha completado el suicidio. Por cada suicidio consumado, al menos seis seres queridos se van a ver afectados directamente por la muerte. En términos generales, las personas más relacionadas con el difunto van a ser las más perjudicadas por este fallecimiento (8).

El efecto de un suicidio constituye una verdadera tragedia familiar y social, siendo un grave problema de salud pública a escala planetaria según la Organización Familiar de Salud (OMS). Es un evento emocionalmente muy significativo e implica un cambio radical en la vida. Los supervivientes, se enfrentarán a una situación del todo desconocida para la cual sus recursos de adaptación y mecanismos de defensa habituales no funcionan (25).

Una vez consumado el suicidio, supone la devastación emocional, social y en ocasiones física de aquellos familiares y amigos que no están preparados para una vivencia de tal magnitud. En este punto, los profesionales de Enfermería deben intervenir, buscando acciones orientadas a mantener el equilibrio de salud de los sobrevivientes, analizando su conducta y buscando aquellos estímulos tanto internos como externos, que potenciarán la adecuada adaptación a la nueva realidad (25).

Un adecuado conocimiento y comprensión sobre los temas con los que el doliente habrá de enfrentarse (culpa, sentimiento de responsabilidad, síntomas de trauma...) acompañado de una adecuada detección del duelo complicado y potenciales complicaciones son puntos clave en el manejo de estos pacientes (26).

La principal e inmediata respuesta a un suicidio será la negación, reacción común como se ha visto ante la pérdida de un ser querido, esta consiste en que la persona no acepta sintiendo que aquel aún permanece con vida (25).

Además el difícil afrontamiento de la pérdida se suele asociar con cambios de conducta tales como consumo de alcohol y otras sustancias, agresividad ante la propia familia, tensión, dificultad para la expresión de las emociones en torno a lo sucedido... (25). Dada la problemática y condicionantes añadidos a este tipo de muertes, desde el sistema sanitario ha de brindarse un especial seguimiento y acercamiento a la familia, con el fin de ofertar apoyo emocional individualizado, siendo recomendable comenzar en estos casos la relación de ayuda, tan pronto sea posible (25).

Duelo complicado como consecuencia de la muerte de un hijo:

Al sufrir una pérdida de tal calibre, el proyecto vital esperado se ve interrumpido, roto (5). Al dolor por la propia pérdida se ha de añadir el sufrimiento por esa inversión del ciclo natural. Sobrevivir a un hijo constituye una experiencia dura y antinatural.

El impacto emocional a la muerte de un hijo es enorme, siendo mayor aún en las muertes traumáticas como producto de accidentes, violencia, etc. (22).

La literatura apoya que la relación de parentesco resulta ampliamente significativa en cuanto a la dificultad de afrontamiento de la pérdida, siendo éste mucho mayor al tratarse de los propios hijos (22).

Tras la muerte de un hijo se suelen producir además, cambios a nivel de la pareja teniendo como resultado una intensificación del apoyo mutuo o por el contrario tronarse conflictiva e incluso dar lugar a una separación. Las muertes de otros hijos marcan también a los descendientes nacidos a posteriori, ocurre lo mismo con el duelo por los abortos o por aquellos hijos no nacidos (22).

Cuando el hijo fallecido se trata de un niño, marca especialmente a los padres y su medio familiar y social. Hay estudios que demuestran la prolongación en la resolución del duelo consecuente a la pérdida de un hijo durante su infancia. En general este tipo de duelo deriva en complicado (22).

Duelo consecuente con una muerte violenta:

La prevalencia de duelo complicado entre aquellos dolientes afligidos por muerte violenta se sitúa dependiendo del estudio, entre el 12,5 y el 78% (9). Esto se debe en gran medida en que al hecho de la propia pérdida han de añadirse factores facilitadores tales como: falta de preparación para la muerte, dificultad para encontrarle algún tipo de sentido, el alto nivel de connotación negativa sobre la misma etc. (9).

La muerte causada por un asesinato, catástrofe, accidente o desastre natural es repentina e inesperada. De este modo, los duelos por “muerte traumática” resultan más complicados, con una mayor dificultad para reponerse y salir de ellos, que aquellos referentes a una muerte natural (9).

En el caso de las catástrofes, la muerte puede llegar a convertirse en un espectáculo dantesco con connotaciones altamente negativas y destructivas para el sobreviviente (7).

Por otro lado, aquellas personas que viven una catástrofe y no mueren en ella, van a requerir de un cuidado especial, pues sus vidas quedarán marcadas para siempre (7).

En los casos de muerte violenta causadas por delincuencia, va a influir en gran medida en la evolución del duelo, la propia evolución del proceso legal o jurídico (9).

Capítulo VI: TRATAMIENTO/ RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERA AL DUELO COMPLICADO.

La pérdida de un ser querido supone una situación desbordante y no deseada que sumerge a la persona en una crisis vital. Tal como hemos visto, no todos dispondrán de recursos suficientes y/o adecuados para la correcta elaboración del duelo. Si bien es cierto que no todo duelo precisa de ayuda profesional, si es de importancia concienciar al

ámbito sanitario del hecho de que si supone una grave crisis. Por ello, requerirá que el individuo sea evaluado de forma individual y con rigor, vigilando su evolución y expectantes ante la posible aparición de señales de alarma (14).

La presencia de pena o sufrimiento intenso, no son indicadores por si solos de patología, pero sí de necesidad de ser abordados (27). La principal premisa en la relación de ayuda al doliente ha de ser la sensibilidad, el respeto por cada proceso individual y el rigor profesional (27).

El profesional sanitario ha de poseer unas habilidades y formación mínimos para prestar ayuda de forma eficiente. Resulta imprescindible ser poseedor de conocimientos acerca de las patologías o hechos vitales que conducen a la muerte, la problemática principal derivada de la enfermedad y los recursos que facilitarán la adaptación a éstas circunstancias por los pacientes (27).

La empatía, un buen manejo de las emociones y autorregulación personal, así como una comunicación eficaz y bidireccional resultarán imprescindibles (27). Asimismo han de desarrollarse habilidades en la relación con las familias. El counselling es un instrumento de gran utilidad en éste área; abarca el apoyo por malestar específico, la prevención de consecuencias patológicas y el tratamiento de éstas cuando aparecen (27).

La formación en bioética constituye otro de los pilares de la relación de ayuda. El profesional sanitario se verá abocado a intervenir en situaciones que plantean decisiones cruciales (véase sedación, documento de voluntades anticipadas, etc.) (27).

Se han de conocer y ser diestro en el manejo de las principales técnicas psicoterapéuticas (27), así como poseer habilidades para el trabajo en equipo. Un buen manejo del paciente en duelo complicado requiere de la actuación interdisciplinar de los distintos miembros del equipo sanitario de forma coordinada y con la visión de unos objetivos comunes. La disciplina, los valores comunes y unas buenas habilidades de relación hacia los otros profesionales y hacia el propio paciente, son pilares básicos en la relación de ayuda (27).

Barreto destaca también la importancia de un adecuado autocuidado emocional por parte del profesional. La búsqueda del equilibrio entre implicarse y vincularse resulta en ocasiones imposible de realizar. A veces, el cuidado no es posible desde la distancia física o afectiva. Acompañar en la elaboración del duelo o estar presente ante emociones que indican un sufrimiento intenso no es una tarea fácil (27).

La idea de que humanizar la práctica clínica es uno de los retos más importantes debe prevalecer en el proceso de atención enfermera. Para un corazón doliente *no hay mejor medicina que la empatía que se genera entre dos seres humanos, la cual no cuesta ni genera efectos secundarios y es efectiva para liberar emociones nocivas que afectan al orden biológico* (28).



Según la Doctora Elizabeth Kübler Ross *si no utilizas además de la cabeza tu corazón y tu alma, no ayudarás nunca a nadie.*

Intervención/ soporte a las personas en duelo:

Worden describió cuatro procesos que deben superar aquellos que han sufrido una pérdida antes de reencontrar el equilibrio emocional (12):

1. Aceptar la realidad de la pérdida: aunque resulte evidente, es la tarea más difícil. La aceptación precisa de un tiempo, ya que ha de ser asumida no sólo desde el plano intelectual, sino también emocionalmente (12).
2. Dar expresión al dolor producido por la pérdida: la resolución de un duelo sin dolor no es posible, lo cual requerirá un esfuerzo y un trabajo. Del mismo modo, este dolor ha de ser expresado, exteriorizado (12). Es una vez que la gente vuelve a su rutina diaria cuando comienza el dolor acompañado de un fuerte sentimiento de soledad. Llorar cobra una vital importancia. Las lágrimas contienen una endorfina (leucina- encefalina), esto explica el alivio que se siente al llorar. Una represión reiterada del llanto, puede terminar produciendo problemas físicos, ya Séneca afirmaba que *ciertas reacciones no dependen de nuestra voluntad: vierten lágrimas aun quienes intentan reprimirlas, y derramadas con profusión, alivian el espíritu* (12). Es importante facilitar al doliente los desahogos. Este proceso se verá favorecido por un interlocutor que ofrece comprensión y empatía (12).
3. Adaptarse al ambiente en que el fallecido ya no está (12): sin duda esta tarea exige de la participación activa del doliente. Cultivar los recuerdos en torno al fallecido tiene como fin el ayudar a las personas en duelo a describir lo que era su vida anterior a la pérdida y la nueva realidad a la que se enfrentan ahora. Con frecuencia el doliente desea recordar detalles en torno a la muerte, y es una manera de elaboración de duelo y de asumir la pérdida (12).

4. Invertir la energía positiva en otras personas o relaciones (12): el duelo se define como un proceso de cambio, con la muerte termina la vida, pero no una relación. Se modificará la relación de presencia a ausencia, lo cual no obliga a olvidar (12).

Dos señales positivas que indican que el doliente va superando el luto son la capacidad de recordar y de hablar de la persona amada sin llorar ni desmoronarse y el establecimiento de nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida (12).

En cuanto al tratamiento como tal, existen dos vertientes bien diferenciadas, la primera de ellas se ocupa de la prevención, del control de los grupos vulnerables o de riesgo. La segunda centra sus intervenciones en la curación, sus acciones van dirigidas a aquellos individuos que ya han desarrollado un duelo complicado como tal (5).

Desde el plano preventivo, las intervenciones irán encaminadas hacia los grupos de riesgo de elaboración de un duelo complicado tras la muerte (5):

- Realizar un adecuado y exhaustivo control de los síntomas.
- Evitar conflictos entre el personal sanitario, de modo que no aparezcan sentimientos de amargura después de la muerte.
- Favorecer la comunicación entre los distintos miembros de la familia de modo que se solventen los posibles asuntos pendientes. Una comunicación eficaz favorece la expresión de los sentimientos y emociones, y propicia un clima adecuado para las despedidas.
- Prevenir y corregir los sentimientos de culpa. La implicación en el cuidado previo al fallecimiento, fomenta sentimientos de bienestar hacia uno mismo y disipa la culpa.
- Favorecer los vínculos ya existentes, tanto de soporte familiar como social.
- Favorecer las actividades que faciliten la aceptación de la muerte a favor de una óptima elaboración del proceso de duelo.

El tratamiento curativo, como se mencionó con anterioridad, va dirigido a aquellos individuos con duelo complicado ya instaurado. Las acciones, pese a no existir una pauta rígida de tratamiento, irán orientadas a la resolución del proceso. El método terapéutico de elección es la entrevista psicológica, que puede ser a su vez, complementada o no con grupos de terapia o de apoyo (5). Será el profesional sanitario quien establezca la pertinencia de uno u otro.

Las principales acciones a tener en cuenta serán (5):

- Revisión de los criterios diagnósticos previa a la intervención terapéutica con el fin de discernir si realmente nos encontramos ante un duelo complicado o ante una elaboración lenta de un curso de duelo normal.
- Identificar si existen elementos agravantes como puede ser adicción a sustancias, trastornos psiquiátricos previos, disfuncionalidad familiar grave, etc. Con el fin de intervenir sobre el mismo.
- Favorecer la aceptación de la muerte así como la reconstrucción del yo después de la pérdida. Promover también las relaciones sociales del doliente y su interacción con el mundo exterior.
- Potenciar las conductas adaptativas hacia la nueva realidad y desalentar del mismo modo las negativas o inconvenientes.

- Dotar de las herramientas necesarias para afrontar eficazmente el proceso y sus potenciales complicaciones, esto constituye un punto clave en la relación de ayuda enfermera al doliente en duelo complicado. Para ello, se instruirá al paciente en técnicas de relajación que favorezcan el control de la ansiedad. Se le enseñarán técnicas de autocontrol, de expresión de las emociones y de detención de pensamientos recurrentes. Se fomentará su participación en actividades de ocio y su reinserción en grupos sociales, que faciliten su bienestar.
- Valorar la instauración de un tratamiento farmacológico. En general, se establece que en aquellos casos en que existe un trastorno psiquiátrico subyacente, su uso es obligatorio. Sin embargo, cuando no existe un trastorno psiquiátrico no debe ser utilizado como tratamiento inicial. Por otro lado, pueden existir casos en que la prescripción de un ansiolítico durante un tiempo determinado, resulta útil para desbloquear una situación en que la ansiedad no deje elaborar correctamente el proceso de duelo.

De forma genérica, en las dos vertientes de tratamiento al duelo complicado se persiguen unos objetivos comunes; éstos serán mejorar la calidad de vida del doliente así como aumentar su autoestima, disminuir el estrés y aislamiento social y mejorar la salud mental del mismo (13).

Estrategias terapéuticas al duelo complicado:

Existen dos vías de intervención recomendadas para aquellos pacientes que han desarrollado un duelo complicado: el tratamiento individual y/o familiar dándose en algunos casos la combinación de ambas modalidades (6).

La intervención individual sobre el paciente favorece la individualización de la intervención y una valoración específica de las conductas problemáticas de la persona afectada (6).

Una intervención grupal o familiar optimiza recursos y resultados al brindar apoyo social además de facilitar una especie de encuentro donde expresar y compartir pensamientos y emociones (6).

Barreto y Soler abogan por la combinación de ambas técnicas con el fin de obtener las ventajas de cada una de ellas (6).

Se ha reconocido el valor de los grupos de autoayuda en aquellos duelos complicados producidos por la muerte de un hijo, un suicidio, asesinato o atentado terrorista. En otras personas, sin embargo, los grupos de autoayuda pueden resultar negativos debido a que el dolor de los otros les hace recordar y revivir su propio dolor. Por ello es importante que un profesional sanitario valore e identifique qué sujetos pueden ser beneficiarios de este tipo de tratamiento (6).

El objetivo general del tratamiento no es olvidar al fallecido, nada más lejos de la realidad, se trata de recolocar a ese ser querido en la nueva realidad del superviviente. De este modo se distinguen cinco metas fundamentales en la terapia del duelo complicado; si éstas se ven satisfechas puede afirmarse que se ha concluido con éxito (6):

1. Recolocar la figura del fallecido en la nueva realidad del doliente, para ello hay que analizar la relación del paciente con el fallecido, animándole a exteriorizar la forma en qué ha vivido la pérdida.
2. Impedir que el doliente se recree en la tristeza y la añoranza, rompiendo con aquellas conductas que no permitan el avance del paciente y lo anclen al pasado. Se ha de utilizar la técnica de *lamentación dirigida* consistente en *exponer cognitivamente al paciente a recuerdos vivenciales en relación con la persona fallecida... la evocación de los recuerdos, la lectura de cartas o la presentación de un álbum de fotografías puede facilitar este tipo de exposición cuando hay una fuerte inhibición emocional* (6). El paciente debe describir repetidamente este tipo de situaciones hasta que disminuya el malestar. Reforzar los avances y los aspectos positivos del paciente, facilitando la aceptación por el mismo de sus propias limitaciones.
3. Facilitar la reinserción del doliente en su realidad social, atendiendo a los problemas cotidianos que se vayan generando e incluyendo actividades gratificantes en el ámbito social.
4. Facilitar la consecución de metas futuras, consiguiendo que el paciente se sienta útil y recupere la ilusión por vivir.

El ritmo al que se consigan estas metas será variable de unos pacientes a otros y se abordará con la flexibilidad necesaria (6).

Para la correcta consecución de estas metas y una adecuada resolución del duelo han de tenerse en cuenta determinados puntos que a continuación se exponen:

- En la relación con el doliente es importante evitar los consuelos fáciles y frases hechas (“es ley de vida”, “el tiempo todo lo cura”, “ya ha descansado”...). Mucho más útil que estas frases hechas es el uso de la comunicación no verbal (12, 16, 27). Al inicio del duelo la necesidad fundamental de muchas personas es llorar. Si no se sabe que decir para reconfortar, lo mejor es no decir nada. El simple hecho de escuchar y permanecer al lado del doliente por sí sólo, ya constituye un buen acompañamiento (16).
- En los casos en que la intervención profesional se estime necesaria se ha de aclarar con el doliente la naturaleza de esta ayuda, con el fin de evitar la búsqueda del terapeuta como “confidente suplente” del fallecido. Es de utilidad plantear un número previo de sesiones que podrá ser modificado si las necesidades así lo requieren (27).
- Se ha de trabajar en un modelo de búsqueda de estrategias que dinamicen el duelo que hasta el momento no se ha desarrollado adecuadamente. Se buscarán estrategias centradas en las emociones con el fin de facilitar, la resolución de aquellos procesos con complicaciones significativas (27).
- Promover la expresión de las emociones positivas; investigaciones recientes relacionan este hecho con un buen pronóstico (27).
- Por último, ha de tenerse presente que una óptima atención al duelo consiste en encontrar el equilibrio entre el respeto al ritmo personal del doliente y por otro lado, la necesidad de estimular el avance. Esta búsqueda del equilibrio exige por parte del personal sanitario adaptación a la singularidad de cada persona (27).

La Asociación Viktor E. Frankl (Asociación para la ayuda en el sufrimiento, en la enfermedad y ante la muerte) plantea ante el duelo complicado, un programa de tratamiento basado en el modelo de Neimeyer y en el enfoque de Foa y Rothbaum. El programa sigue el siguiente esquema (29):

- Psicoeducación: se proporciona al paciente información básica sobre las reacciones más frecuentes ante los acontecimientos traumáticos de la vida. Se presentan aquellos elementos fundamentales en el tratamiento y la razón por la que se incluyen, con ello, se pretende fomentar el crecimiento personal del paciente.
- Afrontamiento de problemas: se pretende que el paciente tome conciencia de los problemas que va experimentando. Se analiza el hecho de tener problemas desde otra perspectiva y la forma de poder afrontarlos más eficazmente en el futuro; se usa la “Carta de proyección hacia el futuro” (basado en el trabajo de Neimeyer).
- El libro de la vida: tiene como propósito reflejar las situaciones, emociones y pensamientos importantes en relación con el fallecido, se basa asimismo en las recomendaciones de Neimeyer en relación al tratamiento del duelo. Consiste en reevocar toda esa información que causaba dolor y sufrimiento y reestructurarla para elaborar nuevos significados alternativos a los elaborados previamente.
- Contribución de las nuevas tecnologías: las TICs y muy especialmente la realidad virtual parecen tener utilidad en los trastornos psicológicos ayudando a los pacientes a expresar y canalizar sus emociones.

El profesional de Enfermería ante el duelo complicado:

La Enfermería se ocupa del cuidado del ser humano, cuidados en la vida y en la muerte. La visión del paciente como un ser bio-psico-social implica el cuidado del mismo desde un punto de vista holístico.

El profesional de Enfermería ante el duelo complicado, ha de proporcionar al paciente ayuda desde las tres dimensiones posibles. En el ejercicio de nuestra profesión, el contacto directo con las familias nos convierte en uno de los pilares básicos de ayuda ante la elaboración de un duelo y la resolución del mismo (30).

La relación de ayuda enfermera basará sus intervenciones en estimular la exteriorización de sus sentimientos sobre el ser perdido y las relaciones mantenidas con él, intentado así reconstruir ese pasado reciente, con el fin de que el doliente sea capaz de liberar e identificar las emociones implicadas en esa relación, y las actuales tras producirse la pérdida (rabia, ira, culpabilidad, ansiedad, tristeza y otras formas menos explícitas pero igualmente importantes a la hora de tratar) (7).

El profesional de Enfermería ayudará al doliente en duelo complicado en la toma de decisiones para que así pueda, afrontar su recuperación libre de culpabilidad por aferrarse a la vida, a sus nuevas relaciones... y en definitiva, aprender a aceptar la distancia emocional con el fallecido (7).

Se estimulará el conocimiento del propio ser a raíz de la propia experiencia de duelo, y se solventarán los posibles conflictos habidos en relación al mismo. Es importante dar la oportunidad al doliente de integrar la experiencia de la muerte y del duelo no sólo con la connotación de pérdida, sino también como un enriquecimiento moral y espiritual para sí mismo (7).

En la mayoría de los casos, gracias a la relación de ayuda, el doliente termina por incorporarse al ritmo de esa vida que sigue (7).

Esta relación de ayuda acaba cuando el paciente es capaz de reactivar los recuerdos de la pérdida del fallecido sin sentirse abrumado o excesivamente nostálgico. Así, se da por terminado el duelo en el momento que la vida del doliente recupera un sentido y es capaz de disfrutar de nuevo de las pequeñas cosas de la vida; de sus relaciones íntimas con otras personas, su trabajo, sus actividades de ocio y el sentido del humor (6, 31).

La asistencia al doliente, igualmente que la asistencia al moribundo, debe constituir una necesidad fundamental para el equipo asistencial y para los familiares (7).

REFLEXIONES FINALES:

La sociedad occidental sigue viviendo de espaldas a la muerte. Somos conscientes de que todos algún día habremos de morir, sin embargo, el concepto “muerte” sigue constituyendo un tabú. Toda muerte conlleva un duelo, el ser humano a lo largo de su vida, va a enfrentarse a diversas pérdidas, a la ruptura de aquellos vínculos que se han ido tejiendo a lo largo de su existencia.

Cada persona desarrolla un proceso de duelo individual, no reaccionando del mismo modo ante las diferentes pérdidas de su vida. Sin embargo, resulta de vital importancia, por parte del profesional de Enfermería, normalizar el duelo, pues se trata de un proceso por el que todo ser humano va a pasar. La Enfermería ha de ayudar al doliente a encontrar las herramientas necesarias para superarlo de forma satisfactoria, como participante activo en su propio proceso.

En mi opinión, durante nuestra formación como profesionales se nos instruye en patologías, realización de técnicas, educación para la salud... quedando en un discreto segundo plano la relación de ayuda ante la muerte. Situación en la que los profesionales enfermeros, como agentes de cuidados nos vemos tan inmersos y, en demasiadas ocasiones tan sobrepasados.

Mi experiencia profesional me ha enseñado la importancia de la empatía, del saber escuchar cuando ni se espera ni se puede hacer otra cosa. El proporcionar una “buena muerte” influirá de forma muy positiva en la posterior elaboración del proceso de duelo de familiares y allegados.

Resulta obvio decir, que tenemos un papel fundamental en el duelo de nuestros pacientes. Cuando hablamos de duelo complicado hemos de ser capaces de identificar aquellos factores predisponentes o facilitadores al desarrollo del mismo. En ocasiones, dedicar unos minutos a realizar una adecuada anamnesis del doliente puede evitar complicaciones futuras.

Como profesionales de la salud tenemos la obligación moral de ayudar a nuestros pacientes, durante su vida y también durante su muerte; y después de ésta a establecer una adecuada relación de ayuda enfermera con el fin de que el doliente recupere su salud emocional de la forma más saludable posible.

Tras la realización de esta monografía, mi propia visión sobre el duelo ha cambiado, le he perdido el miedo a enfrentarme a estas situaciones. Algunas premisas que considero de importancia son:

- Cada persona establece un proceso de duelo individual, propio. No todas las personas reaccionarán de igual forma ante una misma pérdida ni una misma persona lo hará del mismo modo frente a las diversas pérdidas de su vida.
- El doliente ha de ser participante activo en su propio proceso, el duelo se asemeja a un camino. Para cada individuo será diferente y a su vez, ha de recorrerlo por sí sólo, enfrentándose y participando activamente de las dificultades del mismo.
- No todos los duelos tendrán la misma duración ni las mismas características. Factores como las experiencias previas, el apoyo socio-familiar, las circunstancias en que se produjo la muerte... influirán de manera determinante en la elaboración del mismo y en las potenciales complicaciones.
- Un adecuado conocimiento por parte del profesional enfermero de aquellos rasgos de carácter, situaciones, o factores predisponentes al desarrollo de un duelo complicado serán de vital importancia para establecer una adecuada y temprana relación de ayuda, evitando complicaciones y cronificaciones en el tiempo.
- El profesional de Enfermería ha de establecer una relación de confianza con el doliente, dejando patente desde un principio la naturaleza de la misma. La profesionalidad, el respeto mutuo, la cercanía y la claridad serán los pilares fundamentales de la misma.
- No toda muerte va a entrañar necesariamente un duelo, para ello es preciso que exista un significado contundente de la pérdida. Los vínculos y el apego hacia el fallecido serán los verdaderos condicionantes a este respecto.
- Una adecuada resolución del duelo implica que el doliente sea capaz de recordar al fallecido sin sentir un intenso dolor y al mismo tiempo recuperar la ilusión por las pequeñas cosas. Incluyendo el reestablecimiento de su vida social de forma paulatina.

Para concluir quiero manifestar la necesidad de formación y capacitación de los profesionales de Enfermería acerca de la muerte, los moribundos y los diversos procesos de duelo. Desde el desconocimiento no seremos capaces de ayudar a nuestros pacientes. Una formación adecuada y unas pautas básicas para establecer esa relación de ayuda, nos otorgarán una mayor autonomía y autoconfianza, indispensables para brindarles un adecuado soporte emocional a nuestros dolientes.

“La muerte no nos roba los seres amados. Al contrario, nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo. La vida sí que nos los roba muchas veces y definitivamente.”

François Mauriac

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bucay J. El camino de las lágrimas. 2ª ed. Barcelona: Debolsillo; 2006.
2. Rodríguez M, García A, Brito P, Toledo C. Pérdida, duelo y Enfermería. Lenguaje del Cuidado.2010;2(5):7-15.
3. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados. 6ª ed. Barcelona: Debolsillo; 2007.
4. Reglero MJ. La muerte y el duelo. Trabajo social hoy. 2007; Monográfico. Jul-Dic:155-166.
5. Sociedad Española de Oncología Médica. Duelo en Oncología. 1ª ed. Camps C, Sánchez P, editor. Madrid: Grunenthal; 2007.
6. Echeburúa E, Herrán A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? Anál. Modif. Conduct. 2007;33(147):31-50.
7. Gómez M. La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones S.L.; 2004.
8. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Llapakurti M, et al. Suicide, bereavement and complicated grief. Dialogues Clin Neurosci.2012;12(2):177-86.
9. Nakajima S, Ito M, Shirai A, Konishi T. Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. Dialogues Clin Neurosci.2012;14(2):210-4.
10. Moreno R, García GR, Morales Romero A. Proceso de un duelo atascado. Arch Memoria [Internet] 2009 [acceso 30 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/ar30819.php>
11. Silva L, Ramos F, Extremera C, Rodríguez J, Alés M, Instituto Asturiano de Odontología et al. Valoración y cuidados de enfermería en el enfermo terminal. Principales problemas. Dolor: Características y escalas de medida. Duelo: tipo y manifestaciones. Apoyo al cuidador principal y familia. ATS/ DUE Servicio Cántabro de Salud. En: MAD la editorial del opositor. 1ª ed. Sevilla:Editorial MAD;2009. p. 504-529.
12. López E. Enfermería en cuidados paliativos. 1ª ed. Madrid:Editorial Médica Panamericana;2000.
13. Meza DEG, García S, Torres GA, Castillo L, Sauri SS, Martínez SB. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev Esp Med Quir [Internet] 2008 [acceso 28 de marzo de 2013];13(1):28-31. Disponible en:

http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2008/ene-mar/M-Q28-31.pdf

14. Flórez SD. Duelo. ANALES Sis San Navarra [Internet] 2002 [acceso 17 de marzo de 2013];25(supl.3):77-85. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/05.%20Duelo.pdf>
15. Altet J, Boatas B. Reacciones de duelo. Inf Psiquiatr. 2000;159.
16. Induráin I, Eulate I, Lafuente FJ. El duelo. Pulso Revista del Colegio de Enfermería de Navarra [Internet] 2008 [acceso 30 de marzo de 2013];(56):27-29. Disponible en: http://www.enfermerianavarra.com/fileadmin/documentos/revista/Pulso_56.pdf
17. Pérez P, Hernangómez L, Santiago C. Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. Psiquiat. Pública.2000;12(3)1-12.
18. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. Psicooncología. Rev. Interdiscip. Invest. Clin. Biopsich. Oncol. 2008;5(2-3):383-400.
19. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. Psicooncología. Rev. Interdiscip. Invest. Clin. Biopsich. Oncol. 2012;9(2-3):355-368.
20. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry [Internet] 2009 [acceso: 27 de marzo de 2013];8(2):67-74. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pubmed/,DanalInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov+19516922>
21. O'Connor MF. Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. Dialogues Clin Neurosci.2012;14(2):141-8.
22. Gamo E, Pazos P. El duelo y las etapas de la vida. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet] 2009 [acceso: 14 de abril de 2013];29(104):455-69. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/11.pdf>
23. Leiva V, López z ME, Torres A. Conocimiento y prácticas del personal docente en relación al abordaje del proceso de duelo en adolescentes. Enfermería actual en Costa Rica [Internet] 2011 [acceso: 29 de marzo de 2013];(21):1-9. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/duelo.pdf> ISSN 1409-4568
24. Pérez MC. Efectividad de una intervención psicoeducativa enfermera como herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil. Nure Inv [Internet] 2009 [acceso: 19 de abril de 2013];6(41):[aproximadamente 17 pantallas]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proydueinf_41.pdf
25. Sandoval MM, Nava r J, Ruiz M. Respuestas adaptativas de familias que han sufrido el suicidio de un hijo adolescente. Revista Científica Electrónica de Psicología [Internet] 2012 [acceso: 07 de abril de 2013];(14):1-8. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/221/206>

26. Sweet H, Madowitz J, Zisook S. Bereavement after suicide. *Trastor. Ánimo* [Internet] 2010 [acceso: 20 de marzo de 2013];6(1):6-14. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=594248&indexSearch=ID>
27. Barreto P. Intervención psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. *INFOCOP ONLINE. Consejo General de la Psicología en España* [Internet] 2008 [acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2052
28. López A. Importancia de la atención del paciente en duelo. *Rev Esp Med Quir* [Internet] 2009 [acceso 04 de abril de 2013];14(4):153-4. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2009/octubre-noviembre/EMQ%204-3%20EDITORIAL.pdf
29. Asociación Viktor E. Frankl. *El duelo "aquí y ahora". Observar el duelo para elaborar el sentido.* 1ª ed. Barcelona: Sello Editorial; 2009.
30. Shear MK. Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereave Care.* 2010;29(3):10-14.
31. Miller MD. Complicated grief in late life. *Dialogues Clin Neurosci.*2012;14(2):195-202.

ANEXOS:

Anexo 1: SINTOMATOLOGÍA DE DUELO SEGÚN LOS AUTORES:

NANDA-I	Worden	Barreto-Soler	García-Rodríguez
Alt. del nivel de actividad	Tristeza	Irrealidad	Síntomas de separación (reacción simpática al estrés): ansiedad, pánico, depresión, anhelo y búsqueda, respiración entrecortada, taquicardia, sequedad de boca, sudores, problemas digestivos, sensación de ahogo, desasosiego e insomnio, tensión muscular
Alt. de la función inmunitaria	Enfado	Preocupación, rumiaciones	
Alt. en la función neuroendocrina	Impotencia	Insensibilidad	
Alt. en los patrones del sueño	Trastornos del sueño	Alteraciones del sueño	
Alt. en los patrones de pesadillas	Soledad	Vivencia de abandono y soledad	
Cólera	Fatiga	Confusión	
Culpa	Culpa y autoreproche	Ideas de culpa y autoreproche	
Indiferencia	Anhelo	Incredulidad	
Desespero	Emancipación	Pensamientos recurrentes	
Desorganización	Alivio	Desinterés	
Alivio	Ansiedad	Liberación	Cogniciones: Incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia, alucinaciones
Mantenimiento de la conexión con el fallecido	Trastornos alimentarios	Dificultades de atención, concentración y memoria	Conductas: Trastornos alimentarios y del sueño; conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recuerdos del fallecido, Buscar y llamar en voz alta, llorar, suspirar, hiperactividad desasosogada, visitar lugares o llevar objetos, señales o tatuajes que recuerden al fallecido, atesorar objetos que pertenecían al fallecido
	Conducta distraída	Obsesión por recuperar la pérdida	
Dolor	Aislamiento social	Dolor de cabeza	
Conducta de pánico	Soñar con el fallecido	Alucinaciones visuales y auditivas leves	
Crecimiento personal	Evitar recordatorios	Búsqueda de sentido y cuestionamiento religioso	
Distrés psicológico		Aumento de la morbimortalidad	
Sufrimiento	Buscar y llamar en voz alta	Sensaciones en el estómago y de vacío	
Búsqueda de significados	Hiperactividad desasogada		
	Sentimiento de presencia	Hipersensibilidad a los ruidos	
	Visitar lugares y llevar objetos	Sensación de presencia	
	Atesorar objetos	Añoranza	Lesiones de la pérdida: Desorganización, enfermedades cardiovasculares, alt. de la función inmunitaria, cirrosis hepática, suicidio, aumento del riesgo de muerte.
	Suspirar, llorar	Astenia y debilidad	
		Suspirar y llorar	
		Trastornos del apetito	
		Palpitaciones	
		Autoaislamiento social	
		Hiperactividad	
		Hipoactividad	
		Llamar o hablar con el fallecido	
		Conductas impulsivas y dañinas	
		Usar ropas del fallecido y acudir a lugares que frecuentaban	
		Llevar o atesorar objetos del fallecido	
		Opresión en pecho y garganta	

Anexo 2: INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO – REVISADO. Entrevista Clínica Estructurada para el Profesional. (IDC-R-ECEP)

Holly Prigerson, Stanislav Kasl & Selby Jacobs. (versión original en inglés, 2001)
Jesus A García-García, Victor Landa, Holly Prigerson,, Margarita Echeverria, Gonzalo Grandes, Amaia Mauriz & Izaskun Andollo (versión adaptada al español, 2001).

Instrucciones

Los espacios en blanco y subrayados son para poner el nombre de la persona fallecida. Explicar al doliente que en el cuestionario hay principalmente dos tipos de respuestas: 1) Unas que se refieren a la frecuencia con que aparece el sentimiento, emoción, pensamiento, conducta, síntoma, etc.: Casi nunca 1 (menos de una vez al mes o nunca), Pocas veces 2 (una vez al mes o más, pero menos que una vez a la semana), Algunas veces 3 (una vez a la semana o más, pero menos que una vez al día), Muchas veces 4 (una vez cada día), Siempre 5 (varias veces cada día), Ns/Nc 6 (no sabe/no contesta). 2) Otras que se refieren a la intensidad de su aparición: No o nada (1), Un poco (2), Algo (3), Mucho (4), Muchísimo (5), Ns/Nc (6). Situar al doliente en el tiempo que nos interesa explorar, con la siguiente frase: "Por favor, cuando conteste a las siguientes preguntas piense en como se ha sentido desde la muerte de (nombre del fallecido) hasta ahora, pero más especialmente durante el último mes.

CRITERIO A

Estrés por la separación que conlleva la muerte

A1. ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo para usted?

Si (1)

No (2)

Ns/Nc (6)

A2.1. ¿En algún momento ha notado que desea con todas sus fuerzas que (nombre del fallecido) esté con usted, y que el recuerdo de su ausencia le provoca una enorme y profunda tristeza?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)

Pocas veces (cada mes) (2)

Algunas veces (cada semana) (3)

Muchas veces (cada día) (4)

Siempre (varias veces al día) (5)

Ns/Nc (6)

A2.2. ¿En algún momento se ha sentido atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)

Pocas veces (cada mes) (2)

Algunas veces (cada semana) (3)

Muchas veces (cada día) (4)

Siempre (varias veces al día) (5)

Ns/Nc (6)

A2.3. ¿En algún momento se ha sentido solo/a durante el último mes?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)

Pocas veces (cada mes) (2)

Algunas veces (cada semana) (3)

Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

CRITERIO A: ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo (responder "Sí" en A1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 ("Muchas veces" o "Siempre") en al menos 2 de las 3 preguntas A2? Si No

CRITERIO B

Estrés por el trauma que supone la muerte

B1. ¿Ha sido la pérdida traumática para usted?

No (1)
Algo (2)
Mucho (3)
Ns/Nc (6)

B2. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan que (nombre del fallecido) está muerto?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B3. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan a (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B4a. ¿Hay cosas que antes de la muerte (nombre del fallecido) solía hacer y ahora no hace (o personas que solía ver y ahora no ve)?

Si (1)
No (2)
Ns/Nc (6)

B4b. Si esto es así, ¿cuánto le afecta no hacer esas cosas que hacía antes o no ver a esas personas que solía ver?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B5. ¿Cree que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil sin (nombre del fallecido)?

Nada (1)
Un poco (2)

Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B6. ¿En algún momento durante el último mes se ha sentido distante de las personas que le importan o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B7. ¿Durante la mayor parte del último mes se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B8. ¿En algún momento ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o o conmocionada/o por la muerte de (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B9. ¿En algún momento ha sentido que no se podía creer que (nombre del fallecido) estuviera muerto?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B10. ¿En algún momento ha tenido problemas para aceptar su muerte?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B11. ¿Cree que la vida está vacía o que no tiene sentido sin (nombre del fallecido)?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)

Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B12. ¿En algún momento ha sentido que no se podía imaginar una vida plena sin (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B13. ¿En algún momento ha sentido que una parte de usted mismo/a se ha muerto con (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B14. ¿Cree que la muerte de (nombre el fallecido) ha cambiado su manera de ver y entender el mundo?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B15. Sitúese en el último mes ¿ha sido difícil para usted confiar en los demás?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B16. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de seguridad o de estar a salvo que tenía antes?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B17. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de control que tenía antes?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)

Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B18. ¿En algún momento ha tenido los mismos dolores que (nombre del fallecido) o alguno de sus síntomas, o ha asumido algo de su forma de ser o a veces se ha comportado como él/ella lo hacía?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B19. ¿En algún momento ha sentido rabia o enfado por la muerte de (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B20. ¿Hasta que punto está amargado/a por la muerte de (nombre del fallecido)?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B21. A veces las personas que han perdido a un ser querido se sienten mal por seguir adelante con su vida. ¿Es difícil para usted seguir adelante con su vida, por ejemplo, hacer nuevos amigos o interesarse por cosas nuevas?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B22. ¿Le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hace normalmente porque está pensando demasiado en (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B23. ¿En algún momento le han afectado y trastornado los recuerdos de (nombre del fallecido)?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)

Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B24. ¿En algún momento ha oído la voz de (nombre del fallecido) que le habla?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B25. ¿En algún momento ha visto a (nombre el fallecido) como si lo tuviera delante?

Casi nunca (menos de una vez al mes) (1)
Pocas veces (cada mes) (2)
Algunas veces (cada semana) (3)
Muchas veces (cada día) (4)
Siempre (varias veces al día) (5)
Ns/Nc (6)

B26. Sitúese en el último mes, ¿se ha sentido nervioso/a, irritable o asustadizo/a?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B27. Sitúese en el último mes, ¿qué tal ha dormido?

Bien (1)
Un poco mal (2)
Algo mal (3)
Muy mal (4)
Fatal (5)
Ns/Nc (6)

B28. ¿Cree que es injusto seguir vivo/a estando (nombre del fallecido) muerto, o se siente culpable por ello?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)
Muchísimo (5)
Ns/Nc (6)

B29. ¿En algún momento ha sentido envidia de la gente que nunca ha perdido a un ser querido?

Nada (1)
Un poco (2)
Algo (3)
Mucho (4)

Muchísimo (5)

Ns/Nc (6)

CRITERIO B: ¿Ha sido la pérdida traumática (responder "Algo" o "Mucho" en la pregunta B1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 ("Muchas veces" o "Siempre", "Mucho" o "Muchísimo", "Muy mal" o "Fatal") en al menos 14 de las 28 preguntas B (no se incluye la B4a)? Si No

CRITERIO C

Cronología y curso del proceso de duelo

C1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la muerte de (nombre del fallecido)?

Meses y días:

C2. ¿Al de cuánto tiempo después de su muerte empezaron estos sentimientos de los que hemos estado hablando?

Meses y días:

C3. ¿y cuánto tiempo lleva notándolos?

Meses y días:

C4. ¿Ha habido algún momento en el que estos sentimientos hayan desaparecido y luego han vuelto otra vez?

Si (1)

No (2)

Ns/Nc (6)

C5. ¿Puede decir como han ido cambiando sus sentimientos desde la muerte de (nombre del fallecido) hasta ahora?

CRITERIO C: ¿La duración del trastorno (síntomas referidos en los criterios A y B) es de al menos 6 meses (C3 es mayor o igual a 6 meses)?

Si (1)

No (2)

Ns/Nc (6)

CRITERIO D

Deterioro

¿Cree que, como consecuencia de su dolor, se han deteriorado de una manera importante sus relaciones sociales, su trabajo u otras actividades significativas de su vida?

Si (1)

No (2)

Ns/Nc (6)

DIAGNOSTICO DE DUELO COMPLICADO

¿Cumple los criterios A, B, C y D?

Si (1)

No (2)

EVALUACION SUBJETIVA DEL ENTREVISTADOR

Después de realizar la entrevista y a su juicio, ¿cree Vd. que esta persona está aquejada de un diagnóstico de duelo complicado clínicamente significativo?

Si (1)

No (2)

OBSERVACIONES:

Anexo 3. Referencias de las imágenes insertadas en la monografía

Imágenes de la portada, Fuente:

<http://renacerelsalvador.files.wordpress.com/2009/05/maricart1.jpg>

<http://www.psicologosenbilbao.com/noticias/duelos%20ni%C3%B1os2.jpg>

<http://padrenuestro.net/blog/wp-content/uploads/2011/12/manos-juntas.jpg>

http://1.bp.blogspot.com/_oUx5YkBuWkg/TPEf7xl6IRI/AAAAAAAAADw/sU452ldVxyk/s1600/foto5.jpg

<http://www.elblogalternativo.com/wp-content/uploads/2011/07/duelo-500x384.jpg>

Imagen pg. 8. Fuente:

http://2.bp.blogspot.com/_yZ61nBZhNHc/R1wDTOcTq0I/AAAAAAAAAd0/Vq1H7qLGmuA/s400/camino.jpg

Imagen pg. 13. Fuente:

http://1.bp.blogspot.com/_w11vlulDgIQ/ULk7casi77I/AAAAAAAAAGs/nRriWvFgjuQ/s1600/p%C3%A9rdida2.jpg

Imagen pg.21. Fuente:

<http://www.novedosotarotbaratisimo.com/wp-content/uploads/2010/05/las-manos.jpg>

Imagen pg. 27. Fuente:

http://api.ning.com/files/YHf7ur6JXlnO*40lFeCEXJzp9NmWEeGMHCbVRTqi3tetWXEqXNSGD2v1WMIFDmOjYsTurJavbe9Y8NgxsGScTIDafN72nT7h/Ni_os_de_espaldas.jpg

