

EL DUELO AL PERDER A LA PAREJA

Jaime Sanz Ortiz

Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

EL DUELO COMO FENÓMENO ANTROPOLÓGICO

La vida es un mosaico de tiempos diversos. Todo tiempo está marcado por algo que se deja y por algo que se descubre. La biografía de toda persona está sembrada de una miríada de pérdidas, que recuerdan constantemente la precariedad y provisionalidad de todo vínculo y de toda realidad. El duelo es universal, es inevitable, comprota sufrimiento, es portador de crecimiento y no se realiza por medio de fármacos. Es necesario para poder continuar viviendo, para separarse de la persona perdida conservando lazos diferentes con ella y para reencontrar la libertad de funcionamiento psíquico. Intentar escapar a él significa introducirse en una vía de complicaciones graves. Es un proceso a largo plazo, y su culminación no será un estado como el que tenían antes del mismo. Las relaciones de Pareja son algo que a todos nos interesa, puesto que todos tendemos, hemos tenido o tenemos relaciones de pareja, bien sea hombre-mujer, hombre-hombre o mujer-mujer. Las Parejas de hecho, están formadas por dos personas que no están casadas viven unidas como si lo estuvieran. El término matrimonio de hecho o pareja se refiere a personas de sexo opuesto que no sean hermano y hermana, padre e hija, madre e hijo o que tengan cualquier otra relación de parentesco, aunque a veces también engloba a parejas de homosexuales. La pérdida por muerte de la pareja (cualquiera de ellas) está situada en primer lugar de los acontecimientos vitales estresantes y se relaciona con el desarrollo de la enfermedad física. Es, por lo tanto importante prestarle la atención adecuada para evitar en lo posible los riesgos.

DEFINICIONES DE DUELO

Según el diccionario de lengua española la palabra duelo puede derivar de dos vocablos latinos diferentes. Uno es *duellum* (combate) que significa combate con armas entre dos personas a consecuencia de un reto o desafío. El otro es *dolus* (dolor) que traduce el dolor profun-

do o pesar que se manifiesta por la muerte de una persona. También con el nombre de duelo se denomina a una reunión de personas que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver, al cementerio o a los funerales.

¿QUÉ ES EL DUELO?

El duelo tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, aunque suele ser más intenso tras el fallecimiento de algún ser querido. No es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados, no siendo posible el acortar este período de tiempo. Es la respuesta emotiva a **la pérdida** de alguien o de algo que es importante para nosotros. Es el precio que pagamos por el amor que profesamos a la persona o cosa perdida. La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. La palabra duelo deriva del latín "dolus" que significa dolor... La biografía de toda persona está sembrada de una miríada de pérdidas, que recuerdan constantemente la precariedad y provisionalidad de todo vínculo y de toda realidad. Todos conocemos la fecha de nuestro nacimiento pero ninguno conoce la de su muerte. La muerte se silencia porque tenemos miedo a hablar de ella. La muerte de un ser querido es una gran responsabilidad y una carga pesada para los sobrevivientes⁽¹⁾. Cuando el funeral ha terminado y el difunto está enterrado la familia finalmente queda sola. En ese momento comienza su propio proceso de duelo.

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la **"pérdida"** de una persona o cosa **"querida"** asociándose a síntomas físicos y emocionales.

Es necesario distinguir los tres componentes que integran lo que denominamos duelo (Tabla 1):

1. El proceso del duelo (Bereavement) representa el estado en que queda la persona tras pérdida a la que se está unida.
2. La aflicción, pena o dolor (Grief). Representan las reacciones particulares subjetivas que experimenta la persona que está en proceso de duelo.
3. El luto o comportamiento social (Mourning) Representa los actos culturalmente definidos que son usualmente realizados después de la muerte; incluye rituales y comportamientos que son específicos a cada cultura y religión.

Tabla 1: Definiciones anglosajonas.

Bereavement	Grief	Mourning
Situación tras la pérdida	Reacción psicológica y emocional	Comportamiento social
Duelo	Pena, Dolor	Luto

¿QUÉ ES EL PROCESO DE DUELO (PÉRDIDA)? ⁽²⁾

En muchos aspectos el duelo debe ser considerado como una enfermedad. La lesión en el shock está en el mitocondria, y lesión en el proceso de duelo está en las relaciones personales.⁽³⁾ Es una experiencia inevitable que conlleva sufrimiento. La pérdida que condiciona el proceso de duelo es psicológicamente traumática en la misma medida que lo es **una herida** o una quemadura, por lo cual es siempre **dolorosa**⁽⁴⁾. Como toda herida necesita un tiempo para cicatrizar y además debe cicatrizar fisiológicamente sin dejar lesiones residuales. Un ejemplo de cicatrización patológica es un queloide. En el proceso de duelo la cicatrización sería patológica si la persona afecta no pudiera realizar su vida normal como tenía antes de sufrir la pérdida. En ese caso estaríamos ante un duelo denominado patológico. El periodo de **tiempo necesario para su cicatrización normal** (bereavement) y recuperar el equilibrio normal es lo que caracteriza al periodo de duelo. Cualquier retraso en la cicatrización reabre la herida. La separación y las pérdidas son inevitables a lo largo de la vida, afectan a todo ser humano y en cualquier edad (niños). Son múltiples desde el nacimiento hasta la propia muerte. Producen pena y dolor intensos.

¿QUÉ ES LA AFLICCIÓN (PENNA, DOLOR)?

A parte del dolor del duelo dos factores más acompañan al proceso: la estigmatización social (cambio de roles en la sociedad) y la privación (ausencia de una persona o cosa necesaria). Hay dolores que son debidos a lesión tisular concomitante como es el caso del espasmo (cólico), isquemia, inflamación, necrosis, fractura, infiltración tumoral, hipertensión en víscera hueca. Sin embargo hay dolores que no se acompañan de lesión tisular identificable como la pena y el dolor que caracterizan al proceso de duelo. Otras circunstancias que comparten esa misma propiedad son: la tristeza, la depresión, la soledad, el abandono, la desesperanza, el

miedo, la aniquilación, la incomunicación y la culpabilidad. Cualquiera de ellas puede formar parte o no del proceso de duelo. La pena tiene carácter privado y se expresa con lloros, suspiros y la búsqueda de la persona perdida. En ocasiones con alucinaciones con visión del fallecido.

La sociedad hace reprimir este proceso personal imprescindible para que se pueda recuperar el equilibrio personal previo al evento. Se acompaña de cambios de hábitos y en los comportamientos y funciones sociales. Si no se produce la pena y no se exterioriza el proceso de cicatrización de la herida del duelo queda interrumpido. "La pena que no se desahoga en lágrimas puede hacer llorar otros órganos" (H. Mandsley). El dolor del duelo es semejante a un dolor físico, es una herida psicológicamente traumática ⁽⁵⁾. Algunas formas de sentir la pena o dolor son: impotencia, sensación de pérdida o amputación de un miembro, la casa "se viene encima", dolor físico como una cuchillada, sentirse "golpeado", sensación de estar en un ataúd al no poder liberar las emociones, sentimiento abandono por la otra persona.

¿QUÉ ES EL LUTO?

La palabra luto deriva del latín "lugere" que significa llorar ⁽⁶⁾. Se manifiesta por signos externos visibles, comportamientos sociales y ritos religiosos. Es una forma de comportamiento de la persona afligida y combina signos, costumbres y comportamientos sociales convencionales. Debido a la tanatofobia de nuestra sociedad hoy nadie se viste de negro para hacer público su dolor por la pérdida sufrida. En la sociedad actual es evidente la supresión del luto. Tenía una función importante de manera que la gente le preguntaba y él se sentía socialmente autorizado a contar lo sucedido, facilitando de esta forma la elaboración del duelo y la liberación de la pena ⁽⁷⁾.

¿CUÁLES SON LOS SENTIMIENTOS DE DUELO?

No es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados, no siendo posible el acortar este período de tiempo.

Aunque todos somos diferentes, el orden en que experimentamos estos sentimientos es muy similar para la mayoría de nosotros. El duelo es más frecuente tras el fallecimiento de alguien al que conocíamos desde hace algún tiempo. No obstante, parece claro que aquellas personas que han tenido un aborto o que han experimentado la pérdida de niños muy pequeños sufren una experiencia muy similar al duelo y precisan de la misma clase de cuidados y consideración.

En las pocas horas o días que siguen al fallecimiento la mayoría de los afectados se sienten simplemente aturridos o confundidos ya que no se llegan a creer lo que realmente ha ocurrido. Esta sensación puede tener lugar a pesar de que el fallecimiento hubiera sido esperado. Este entumecimiento o adormecimiento emocional puede ser de ayuda a la hora de afrontar los importantes cometidos que hay que llevar a cabo tras el fallecimiento, tales como el contactar con los demás parientes y la organización del funeral. Sin embargo, esta sensación de irrealidad puede llegar a ser un problema si persiste durante mucho tiempo. El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar esta fase. De forma similar, para algunas personas, el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la realidad de lo acontecido.

El ver el cuerpo del difunto o el atender al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son las únicas formas de que disponemos para decir adiós a aquellos que hemos amado. Estas actividades pueden parecer tan dolorosas que puede surgir la tentación de no afrontarlas, aunque con frecuencia esto conduce en el futuro a una sensación de profundo disgusto. Pronto, no obstante, desaparece este aturdimiento que suele ser reemplazado por una intensa sensación de agitación y desasosiego con anhelo de la persona fallecida. El afectado por el duelo alberga en algún modo el deseo de encontrarse con el fallecido aunque sabe que esto es claramente imposible. Esto hace difícil el relajarse o concentrarse en cualquier actividad, así como también resulta difícil el dormir adecuadamente. Los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunas personas pueden sentir que "ven" a su persona amada en cualquier sitio al que van: la calle, el parque, alrededor de la casa, o en cualquier lugar en el que hubieran estado juntos con anterioridad. Los afectados frecuentemente se sienten muy "enfadados" en este momento del duelo, y suelen estarlo con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con sus familiares y amigos quienes no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los ha abandonado.

Se calcula que aproximadamente un 16 % de las personas que han padecido la pérdida de un ser querido presentaron un cuadro de depresión durante un año o más después del fallecimiento.

Otro sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido. Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar

que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.

¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS AMIGOS Y FAMILIARES?

Los familiares y amigos pueden ayudar dedicando tiempo a la persona que está en duelo. No se necesitan demasiadas palabras de consuelo sino más bien la voluntad de estar con ellos durante el período de tiempo de su dolor y pena. Un brazo amable sobre los hombros expresará atención y apoyo cuando las palabras no son suficientes. Es importante que, si lo desean, las personas en duelo puedan llorar ante alguien con quien puedan hablar sobre sus sentimientos de dolor y pena sin que se les diga que se sobrepongan.

Con el tiempo, ellos podrán superarlo, pero primero necesitan hablar y llorar. A algunas personas les puede resultar difícil el comprender porqué el que está en duelo persiste en hablar sobre lo mismo una y otra vez, pero esto forma parte del proceso normal de resolución del duelo y debe ser estimulado. Si usted no sabe que decir, o incluso no sabe si hablar sobre ello o no, sea honesto y dígalos. Esto dará a la persona en duelo una oportunidad para expresarle su deseo, qué es lo que quiere. Con frecuencia los demás evitan el mencionar el nombre de la persona fallecida por miedo al trastorno que esto pueda causar. Sin embargo, la persona en duelo puede interpretar este hecho como que los demás han olvidado su pérdida, añadiendo una sensación de soledad a sus sentimientos de dolor.

¿CUÁLES SON LAS POBLACIONES EN RIESGO DE DUELO PATOLÓGICO?

En las siguientes circunstancias las posibilidades de duelo patológico aumentan: jóvenes y niños si familia cercana, carácter tímido, relación de sumisión con la persona desaparecida, presencia de sentimientos ambivalentes en la relación, personas introvertidas que no expresan sus sentimientos, pérdida de recursos económicos con el fallecido, presencia de crisis familiares previas no resueltas, nivel social bajo, sentimientos de culpa.

Otras circunstancias que favorecen el riesgo de duelo patológico son: viudas con niños jóvenes, muerte por accidente o tras corta enfermedad, muertes múltiples (accidentes), cadáver desaparecido, somatización, ingesta de alcohol y tranquilizantes. Las características de la muerte son importantes. Las muertes súbitas tienen mayor riesgo de duelo patológico (Tabla 2). En el caso del cáncer, enfermedad prolongada, hay más tiempo para realizar un duelo anticipado

que mejora las posibilidades de duelo normal. En la Tabla 3 se recogen los síntomas de alarma en el duelo patológico.

Tabla 2. Predictores del duelo patológico.

- La falta de salud física o mental previa
- La ambivalencia afectiva con agresividad
- Duelos repetidos
- Mayor fragilidad en el varón
- La muerte repentina

Tabla 3. Síntomas de alarma en el duelo patológico.

- Ideas de suicidio en el primer mes
- Retardo psicomotor
- Culpabilidad morbosa

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA RESPUESTA A LA PÉRDIDA?

1. Nivel de apego al ser querido fallecido
2. Características de la muerte
3. La personalidad que uno tenga
4. Participación en el cuidado del paciente
5. La duración de la enfermedad
6. Disponibilidad de Apoyo social-familiar
7. Nivel de comunicación entre nosotros y nuestros familiares o amigos y viceversa
8. Crisis concurrentes (problemas que suceden al mismo tiempo)

¿CUÁNDO COMIENZA?

En oncología normalmente antes de que la pérdida tenga lugar. En el caso del cáncer comienza cuando se conoce el diagnóstico. Desde el momento en que se recibe el pronóstico de enfermedad progresiva y terminal la persona afecta y sus allegados comienzan al mismo tiempo.

po a sufrir el proceso de pérdida. Es lo que se denomina el duelo anticipado. La "aflicción anticipatoria" o "duelo anticipado" se define como el período de tiempo durante el cual -y ante una muerte esperada o que parece altamente probable- el individuo experimenta una serie de sentimientos y emociones semejantes a una aflicción real pero de menor intensidad, como una forma de preparar intelectualmente el duelo real y disminuir así el impacto de la pérdida. Es una forma de retirar lentamente la libido del objeto amado. Como tal, es una respuesta adaptativa a la amenaza de una pérdida real. Es también un período durante el cual el individuo puede intentar la resolución de conflictos previos.

¿CUÁNDO FINALIZA O CUÁNTO DURA?

Termina cuando las tareas del proceso han sido finalizadas. Por lo tanto no hay respuesta concreta. Dos años es la fecha más aceptada. El hablar de la persona desaparecida sin dolor es un indicador de que el duelo ha terminado. Hay personas que nunca completan el duelo reapareciendo la pena de vez en cuando. Predecir cuanto tiempo le tomará a un individuo completar el proceso de recuperación es difícil. Algunos podrán hacerlo en unos meses, para otro se requerirán 3-4 años. La cantidad de tiempo invertido depende de muchas variables que interfieren y crean distintos patrones. La intensidad del apego al difunto (tipo de relación), intensidad del shock inicial, presencia/ausencia de la aflicción anticipatoria (cuando la persona tiene tiempo de afligirse previamente a la muerte del ser querido; p.ej., en casos de enfermedad crónica y muerte esperada), crisis concurrentes (problemas graves que se presenten simultáneamente), obligaciones múltiples (crianza de los hijos, dificultades económicas, etc.), disponibilidad de apoyo social, características de la muerte (muerte súbita/muerte anticipada), situación socioeconómica, estrategias de afrontamiento y religiosidad son algunos de los factores que influyen en la duración del duelo.

Como ya conocemos toda herida necesita su tiempo para cicatrizar. Hay personas que nunca completan el duelo reapareciendo la pena de vez en cuando. El tiempo medio de recuperación del equilibrio normal es de 4 meses a 1 o 2 años. A veces no existe punto final y estamos ante un duelo crónico. En otras ocasiones el duelo es retrasado y no se produce inmediatamente después de la pérdida. A veces el duelo aparece enmascarado durante un tiempo y debuta después con síntomas físicos o psiquiátricos que son difíciles de relacionar con la pérdida previa. El Mito: "El tiempo lo cura todo". Un conocido mito afecta de forma notable el desarrollo del duelo es aquél que hace referencia a que "el tiempo lo cura todo" o que "todo es cuestión de tiempo" en relación con el proceso de recuperación, dando a entender que el dolor mejorará con el paso de los días. No obstante, en el duelo este no suele ser el caso; por el contrario, van pasando los días y el

dolor va empeorando. Esto se debe a que no todos los tiempos en los que vivimos los seres humanos tienen la misma importancia o presencia durante el transcurso del duelo.

¿CUÁLES SON LAS TAREAS QUE TIENEN QUE REALIZARSE PARA UNA CICATRIZACIÓN NORMAL DE LA HERIDA DEL DUELO?

1. **ACEPTAR** la realidad de la pérdida
2. **SUFRIR** pena y dolor emocional
3. **AJUSTE** al medio sin la persona desaparecida
4. **QUITAR** la energía emocional del fallecido reconduciéndola hacia otras relaciones

Para conseguir el restablecimiento del equilibrio personal tras el fallecimiento de un ser querido es necesario el cumplimiento del proceso secuencial de las tareas del duelo (Tabla 4). El proceso de duelo dura el tiempo que cada persona necesite para completar dichas tareas. Cualquier circunstancia interfiera o bloquee su realización interrumpirá el proceso reparador, dando lugar a duelos patológicos, retardados o nunca completados

Tabla 4. Tareas proceso de duelo.

1ª Aceptar	2ª Sufrir	3ª Ajuste	4ª Quitar
Realidad de la pérdida	Pena y dolor emocional	Miedo al ambiente sin la persona	Energía emocional del fallecido
Ver cadáver	Llorar	Coger el rol del fallecido	Desprenderse de la persona desaparecida
Negación: mantiene el cuerpo días antes de comunicar la pérdida	Toda circunstancia que evite o suprime la pena prolonga el duelo	Comienza tres meses después de la pérdida	Encontrarla un lugar en su vida emocional. Poder amar nuevamente
Momificación conserva las pertenencias listas	Negación de sentimiento conduce a duelo patológico	Aprender y asumir nuevas tareas	Hablar del fallecido sin que se afecte emocionalmente



¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES DEL DUELO?

- a) Sentimientos: Tristeza, Soledad, Añoranza, Ira, Culpabilidad, autoreproche.
- b) Sensaciones físicas: Estómago vacío, Tirantez en tórax o garganta, Hipersensibilidad a los ruidos, Sentido de despersonalización, Sensación de ahogo, Boca seca.
- c) Cogniciones o pensamientos: Incredulidad, Confusión, Preocupación, Presencia del fallecido, Alucinaciones visuales y auditivas.
- d) Comportamientos o Conductas: Sueño con el fallecido, Trastornos del apetito por defecto o por exceso, Conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), Retirada social, Suspiros, Hiperactividad y llorar, Frecuentar los mismos lugares del fallecido.

Las fases y sentimientos en el proceso de duelo se recogen en la Tabla 5.

Tabla 5. Fases y sentimientos en el proceso de duelo.

1ª Shock	2ª Añoranza o anhelo	3ª Desorganización	4ª Reorganización
Atontamiento. Dura horas o semanas	Negación, alucinaciones	Incapacidad de funcionar	Comienza a vivir de otra manera
Incredulidad	Ira, miedo, culpa, tristeza	El medio compartido es un freno para vivir	Puede querer a otras personas sin olvidar
Evadida	Ve al fallecido. Búsqueda persona pérdida	Anhedonia, desinterés. Rasgos del fallecido	Disfrutar. Reparación esperanza
Confusión	Experimenta pena y dolor. Llorar	El futuro ofrece poco. Desesperanza	El futuro no será tan malo. Reparación

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE UN DUELO PATOLÓGICO?

- Lo que diferencia el duelo normal del anormal es la intensidad y duración de las reacciones en el tiempo
- Sentimiento de culpa
- Cancerofobia
- Superidealización de la persona fallecida
- Dependencia excesiva de medicación o alcohol
- Comportamiento antisocial y psicótico
- Amenaza de suicidio
- Esperanza crónica en el retorno del fallecido
- Objetos personales del desaparecido limpios y preparados
- Distanciamiento de lugares y situaciones que recuerdan a la persona perdida

Los tipos de duelo complicado se recogen en la Tabla 6.

Tabla 6. Tipos de duelo complicado.

- Duelo ausente o retardado
- Duelo inhibido
- Duelo prolongado o crónico
- Duelo no resuelto
- Duelo intensificado
- Duelo enmascarado
- Reacciones de aniversario

¿CUÁL ES LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD DURANTE EL DUELO?

El proceso de duelo es capaz de constituir una causa de muerte⁽⁶⁾. El duelo es un periodo de crisis capaz de poner en marcha, agravar o producir enfermedades, tanto psíquicas como físicas.

- Encuesta a 6.763 médicos atención primaria el 55% encuentran frecuentemente problemas en los familiares en duelo
- Aumento de la mortalidad en varones > 75 en el primer año
- Miedo a contraer la misma enfermedad

- Aumento de las enfermedades cardiovasculares
- 19 a 24% de pacientes en consulta de psiquiatría tienen un duelo no resuelto
- Mortalidad en el primer año de duelo es 6,4% y en grupo control de la misma edad es de 0,68%

***Mortalidad después de la hospitalización de la esposa*⁽⁹⁾. “efecto viudedad”**

La enfermedad grave o la muerte del cónyuge, cuando se trata de personas mayores, puede repercutir negativamente en la salud del otro miembro de la pareja e incluso acelerar su fallecimiento. Esta observación popular ha sido ahora certificada científicamente en un estudio a gran escala con más de un millón de personas mayores de 65 años. El estudio realizado a 518.240 parejas, más de un millón de personas, de edades comprendidas entre los 65 y 98 años en EE.UU avala el llamado “efecto viudedad” y muestra además que el riesgo varía según la enfermedad que sufra el cónyuge. El 21% de los hombres y el 17% de las mujeres aumentan el peligro de morir después de que su esposa o esposo hayan fallecido en un hospital. A lo largo del estudio, 383.480 maridos (el 74%) Y 347.269 esposas (el 67%) fueron hospitalizados al menos una vez, y 252.557 maridos (el 49%) y 156.004 esposas (el 30%) fallecieron. La edad media de los varones es de 75 años y la de las mujeres 72.

Cuando un cónyuge está hospitalizado, el riesgo de muerte de su pareja aumenta significativamente y se mantiene alto durante un periodo de hasta dos años. La etapa de mayor riesgo es a corto plazo, a los 30 días de la hospitalización o el fallecimiento del cónyuge. Durante ese periodo de tiempo, la hospitalización del enfermo puede someter a su pareja a un riesgo de muerte casi tan elevado como el fallecimiento real del primero. La enfermedad o la muerte de un cónyuge puede causar estrés a su pareja o privarla de apoyo social, emocional, económico u otra ayuda práctica. Cuando un cónyuge cae enfermo o muere, su pareja puede acentuar una conducta perjudicial, como la bebida. El estrés y la falta de apoyo social también pueden afectar negativamente a la actividad inmunológica, de modo que la hospitalización de un cónyuge puede tener efectos fisiológicos en su pareja.

El estudio descubrió que ciertas enfermedades en un cónyuge son más perjudiciales que otras para su pareja. Cuanto más interfiera una dolencia en las capacidades físicas o mentales del cónyuge, y cuanto más onerosa resulte, peor será para la salud de su pareja. Enfermedades concretas tienen diferentes efectos sobre la persona que le quiere. Por ejemplo, entre los hombres con mujeres hospitalizadas, si la esposa se encontraba ingresada por un cáncer de colon, prácticamente no se advertía ningún efecto en la mortalidad del marido. Pero si la mujer estaba hospitalizada por una enfermedad cardíaca, el riesgo de fallecimiento de su marido era el

12% más elevado que si su esposa no padeciera dolencia alguna. Si una mujer estaba ingresada por demencia, el riesgo de su marido era el 22% mayor. Se observaron efectos similares en mujeres cuyos maridos estaban hospitalizados. El fallecimiento de la mujer en los 30 días previos aumentaba el riesgo de muerte de su marido en el 53%, y la muerte del marido incrementaba el riesgo de su esposa en el 61%.

El cónyuge sano acaba adaptándose al estrés que genera ser cuidador, pero acaba acusando la falta de apoyo social vinculada a la enfermedad o muerte de su pareja.

PARA LA MITAD DE VIUDOS ANCIANOS, LA AFLICCIÓN ES BREVE ⁽¹⁰⁾

El estudio del Instituto Nacional del Envejecimiento, publicado en marzo del 2006, siguió durante años a 1.500 parejas mayores casadas, documentando la calidad de sus matrimonios, actitudes recíprocas y sus reacciones hasta cuatro años después de la muerte de uno de los integrantes de la pareja. Los resultados fueron incluidos en el libro "Spousal Bereavement in Late Life" (Sufrimiento por viudez en la vejez), editado por la socióloga de la Universidad de Rutgers Deborah Carr, el psicólogo y psiquiatra de la Universidad de Michigan. Randolph Nesse, y la psicóloga Camille Wortman de la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook.

El libro ofrece un retrato amplio y completo sobre la viudez en edad avanzada en los EEUU, donde más de 900.000 adultos enviudan anualmente. Alrededor de tres cuartas partes de ellos son mayores de 65 años, una proporción que aumentará de manera constante, de la misma manera que la edad de la población. Sin embargo, un 46 por ciento de los viudos que participaron en este estudio expresaron que tuvieron matrimonios satisfactorios. Consideraban que la vida había sido justa y aceptaban la muerte como parte de la vida. Tras la muerte de sus cónyuges, numerosos viudos/as aseguraron que encontraron un gran consuelo en sus recuerdos. En su totalidad, estos descubrimientos arrojan una evidencia sólida de que los hombres y mujeres que muestran esta fortaleza durante el periodo de duelo no están emocionalmente distanciados o en denegación, sino que son personas bien adaptadas que reaccionan a la pérdida de manera sana.

Alrededor de un 16 por ciento de los cónyuges que pierden a su pareja viven una tristeza crónica. No padecían de depresión antes del fallecimiento de sus cónyuges, pero mostraron altos niveles entre 6 y 18 meses después de la pérdida. Los que padecían de aflicción crónica expresaron los niveles más altos de satisfacción en sus matrimonios al ser entrevistados antes de las muertes de sus cónyuges, pero tenían la tendencia de ser muy dependientes de ellos.

Otro 11 por ciento mostró un modelo de recuperación, considerado con anterioridad como el curso normal del duelo. Hombres y mujeres en este grupo tenían altos niveles de depresión 6 meses después de la pérdida, pero niveles muchos más bajos 18 meses después. Alrededor de un 10 por ciento tenían depresión antes de la muerte de sus cónyuges, pero expresaron tener mucha menos después de la pérdida. Este grupo tenía una perspectiva negativa y ambivalente de sus matrimonios antes de la muerte de sus cónyuges, y una percepción oscura del mundo. Son personas que se sentían atrapadas en un mal matrimonio y tenían deberes enormes de cuidados, y la viudez les ofreció un alivio y escape.

Prácticamente nadie en el estudio mostró más señales de sufrimiento intenso 18 meses después, que 6 meses después. Los investigadores no encontraron pruebas de que tener una relación ambivalente o conflictiva llevaba a un duelo más prolongado y complicado.

En general, la depresión que sigue al duelo está presente antes de que ocurra la pérdida. A menudo esta depresión anterior a la pérdida es una condición que existe con anterioridad, una que hace el sufrimiento por pérdida aún más difícil. Muchos de los problemas que padecen los ancianos en proceso de duelo, no son el resultado de la pérdida, sino problemas relacionados con el proceso de envejecimiento.

LA VIUDEZ COMO FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIO ⁽¹¹⁾

El suicidio es un problema grave de salud pública... En 1990 era una de las diez primeras causas de muerte en países desarrollados y en el año 2000 fue la undécima causa de muerte en los EE.UU. El matrimonio constituye un factor protector frente al suicidio. El divorcio se asocia a aumento de riesgo. Aunque en los viudos y viudas se han registrado tasas de suicidio de 8 a 50 veces mayores que en la población general (113 a 600 por 100.000), se ha prestado poca atención a este grupo en alto riesgo

¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN Y EL SOPORTE EN EL DUELO? ⁽¹²⁾

Los objetivos incluyen la realización completa de cada una de las tareas del duelo (Tabla 2):

1. Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida
2. Facilitar la expresión de la pena. Evitar la represión de las emociones
3. Promover la adaptación al entorno sin el difunto
4. Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones

La actuación terapéutica comienza en el mismo momento que lo hace la enfermedad terminal.

- a) Durante la enfermedad y antes del fallecimiento
 - Ayudar a aceptar el diagnóstico
 - Facilitar la aceptación de las pérdidas que progresivamente se producen día a día
 - Incorporar al familiar como agente activo en los cuidados del enfermo. Evita los sentimientos de culpa y facilita el duelo posterior
 - Tener entrevistas frecuentes para facilitar el proceso de adaptación y trabajo del duelo

- b) En el momento de morir
 - Expresar nuestro sentimiento de pésame
 - Facilitar los trámites burocráticos
 - Hacer patente nuestra disponibilidad en el momento para cualquier ayuda
 - Reforzar el papel jugado por la familia en la eficacia y cuidados del difunto

- c) A las semanas del funeral
 - Disponibilidad para recibir la demanda de los familiares tanto en consulta como por teléfono
 - Si se produce la consulta identificar si las tareas del duelo se están produciendo normalmente
 - En caso de duelo patológico buscar intervención de experto

PREDICTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN DEL DUELO

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

Podemos considerar predictores de malos resultados o de dificultades en la elaboración del duelo, los siguientes:

- Muertes repentinas o inesperadas; circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, asesinato)
- Pérdidas múltiples; pérdidas inciertas (no aparece el cadáver)
- Muerte de un niño, adolescente, (joven en general)

- Doliente en edades tempranas o tardías de la vida
- Muerte tras una larga enfermedad terminal
- Doliente demasiado dependiente; relación ambivalente con el fallecido
- Historia previa de duelos difíciles; depresiones u otras enfermedades mentales
- Tener problemas económicos; escasos recursos personales como trabajo, aficiones
- Poco apoyo sociofamiliar real o sentido; alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo (emigrantes)

MITOS COMUNES SOBRE EL DOLOR DEL DUELO

1. El duelo se acaba en pocos meses
2. Las lágrimas son signo de debilidad
3. Mencionar a la persona que falleció sólo aumentará el dolor
4. La muerte y la pena son contagiosos

BIBLIOGRAFÍA

1. Boston S, Trezise R. *Alter a Death*. En: *Merely Mortal. Coping with daying, Death and Bereavement*. Sarah Boston and Rachael Trezise (Eds). Methuen. A Chanel Four Book. London 1988.
2. Sanz Ortiz J *El duelo*. En: *Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo 1993. Ed Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica P1 del Prado 18-20 Madrid. Autores: Jaime Sanz Ortiz. Xavier Gómez Batiste. Marcos Gómez Sancho y Juan Manuel Nuñez Olarte.
3. Sherak D. *Confronting terminal illness: The training of the physician*. En: *Psychiatric aspects of terminal illness*. Samuel C, Klagsbrun et al (eds).The Charles Press, Philadelphia 1988; pp: 3-12
4. Parkes CM. *The cost of commitment*. En: *Bereavement. Studies for grief in adult life*. Colin Mari Parkes (ed). Penguin Books. London 1988; pp: 21-33.
5. Worden WJ. *Is Grief a disease?* En: *Grief counselling and grief therapy*. James William Worden (ed). Routledge. London 1991; pp: 8-19.
6. Pangrazzi A. *La dinámica del duelo*. En: *La pérdida de un ser querido*. Arnaldo Pangrazzi (ed). Ediciones Paulinas Madrid 1993; pp: 21-8.
7. Gómez Sancho M. *El duelo como fenómeno antropológico*. En: *Avances en cuidados paliativos*. Marcos Gómez Sancho (ed). GAFOS. Las Palmas de Gran Canaria 2003 Tomo III; pp: 447-78.

8. Parkes CM. The broken heart. En: Bereavement. Studies for grief in adult life. Colin Mari Parkes (ed). Penguin Books. London 1988; pp: 34-49.
9. Christakis NA and Allison PD. Mortality alter the Hospitalization of a Spouse N Engl J Med 2006; 354: 719-30.
10. Universidad de Michigan. Portal español. <http://www.umich.edu/news/Es/0630314pr.html>
11. Luoma JB, Perarson JL. Suicide y marital status in the United Status. 1991-1996: is widowhood a risk factor? Am J Public health 2002; 92: 1518-22.
12. Sanz Ortiz J. El duelo. En: Historia del paciente con cáncer, Del gen al sentido de la vida. Jaime Sanz Ortiz (ed). EGRAFSA Madrid. Pfizer Oncología 2005.