

EL DUELO COMPLICADO

**José Ignacio Chacón López-Muñiz, María Blanca
Martínez-Barbeito y Jesús González Barboteo**
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

INTRODUCCIÓN

El proceso del duelo es una respuesta vital esencial del ser humano ante la inevitable experiencia de la pérdida. Aunque este proceso de duelo se puede aplicar, con distintos grados de intensidad, a diversos tipos de pérdidas vitales (de amistades, de estructuras o grupos sociales que han tenido una gran importancia en una etapa de la vida, etc) la intensidad de la repercusión emocional que tiene la pérdida de un ser querido hace que el proceso de duelo esté centrado prácticamente en esta circunstancia. Por otro lado, y puesto que estamos en el contexto del duelo en cáncer, nos ocuparemos tan sólo del que se produce como consecuencia de la muerte del paciente oncológico.

Es importante recordar que el duelo es una respuesta normal a la pérdida, y en modo alguno todo el mundo necesita una intervención o consejo de un experto para procesarlo correctamente. De hecho, el duelo bien realizado supone un proceso de maduración personal, que permite a la persona salir del duelo siendo mejor de lo que era cuando lo empezó. Por ello, es un error considerar que todos los duelos sean perjudiciales para la persona. Esta afirmación, aparentemente obvia, puede no estar de más en la mente de los cuidadores y expertos en cuidados paliativos cuando afrontan a un doliente si se tiene en cuenta el contexto sociocultural en el que vivimos actualmente: una sociedad que prima por encima de todo el ocio y la diversión, y que reniega intensamente de todo lo que suponga sufrimiento, dolor y, por supuesto, muerte. En la que se ha perdido como elemento social la resignación, y en la que la muerte de un ser querido se vislumbra como un obstáculo insalvable.

El proceso de duelo afecta a toda la familia del paciente. Esto importa por varios motivos. En primer lugar, porque el planteamiento del equipo de cuidadores debe englobar a toda la familia inmediata (cónyuge e hijos) al diseñar el soporte del duelo, cuando éste es necesario. En segundo lugar, porque el proceso de duelo es progresivo, al igual que lo es la acomodación de la familia a la situación.

Durante una enfermedad crónica y debilitante como es el cáncer la pérdida casi nunca es brusca ni brutal, como sucede en una muerte por un accidente de tráfico. Al contrario, se van produciendo pérdidas parciales y progresivas (de actividad física o sexual, de capacidad de relación con el entorno, de trabajar o de realizar aficiones o actividades de ocio, etc). Durante este proceso la familia va haciendo ajustes, muchas veces imperceptibles y casi siempre progresivos, que le permiten ir adaptándose a las limitaciones que la enfermedad va imponiendo.

Para poder llevar a cabo este proceso con éxito la familia del paciente oncológico necesita algunas herramientas, la primera de las cuales es conocer la verdad del pronóstico de la enfermedad para hacer expectativas realistas. Y en tercer lugar, porque como respuesta vital normal ante la pérdida, el duelo normal no es igual en todas las personas. Cada una hace el duelo que necesita, con sus características peculiares, su *tempo* peculiar y sus recursos específicos. Puede ser un error por parte del equipo de cuidadores considerar que algunos miembros de una familia de dolientes estén procesando mal el duelo, o incluso haciendo un duelo complicado, simplemente porque no sigan el patrón temporal o el ritmo del resto de la familia. Es importante respetar los tiempos y ritmos de cada uno de los dolientes.

Un aspecto importante de la atención al duelo es la formación de los cuidadores. El duelo es una experiencia compleja, para la que no existen respuestas sencillas y rápidas, ni fórmulas o recetas para cada duelo. Sin embargo, sí contamos con extensa literatura de apoyo. En este contexto, la nomenclatura adquiere una gran importancia. En español utilizamos dos palabras. La primera es *duelo*, referido a un doble concepto. Por un lado, se entiende por duelo la pérdida de un ser querido por la muerte. Por otro, la palabra duelo sirve también para referirse a la emoción del dolor y la pena por la pérdida. De esta forma, con la palabra *duelo* nos referimos tanto a la pérdida como al dolor que genera. La segunda es *luto*: entendemos por tal las manifestaciones socioculturales y espirituales que se utilizan para expresar la pérdida: vestidos negros (blancos en la cultura hindú), honras fúnebres, funerales, etc. Sin embargo, los anglosajones distinguen con palabras diferentes la emoción del hecho de la pérdida ⁽¹⁾. En la Tabla 1 se muestra la nomenclatura en español e inglés, junto con sus significados.

Tabla 1. Nomenclatura española e inglesa del duelo.

Término español	Término inglés	Significado
Duelo	Bereavement	Estado de pérdida resultante de la muerte de un ser querido
Duelo	Grief	Respuesta emocional, en forma de dolor y pena, asociada a la pérdida
Luto	Mourning	Proceso de adaptación a la pérdida, incluidos los rituales socioculturales y religiosos

Como se ha afirmado antes, el duelo es una experiencia humana universal, no necesariamente dañina y que muchas personas pueden afrontar con solvencia por sus propios medios. El elemento más importante de la atención al duelo por parte de los equipos de cuidados paliativos es contar con las herramientas cognitivas suficientes para ser capaces de identificar, en primer lugar, a las poblaciones o grupos vulnerables al riesgo de presentar un duelo complicado, y en segundo lugar, a las personas que ya están haciendo un duelo complicado. En estos individuos es donde los equipos de cuidadores deben centrar sus energías de apoyo. Que los equipos de cuidadores sean capaces de detectar el duelo complicado es esencial para optimizar los recursos, siempre escasos, empleándolos con los dolientes que realmente los necesitan. Para entender mejor el duelo complicado es esencial tener una noción, siquiera somera, de la evolución normal del duelo.

EL PROCESO DEL DUELO NORMAL

Aunque el duelo se ha descrito en términos de etapas o tareas a realizar, la mayoría de los autores destacan de 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 ⁽²⁾.

Incluso cuando la muerte es esperada se puede producir la reacción de *shock* que caracteriza a la primera etapa, y que se manifiesta por emociones de incredulidad, negación de lo que ha sucedido, alivio ante la muerte, insensibilidad emocional. Todas ellas aparecen de forma desor-

denada, a veces consecutivas, y en muchas ocasiones solapadas o mezcladas. Durante esta primera etapa, la principal tarea es aceptar la pérdida. La diferencia fundamental entre las muertes esperadas y las bruscas es que en éstas la reacción de shock es mucho más intensa y dura más tiempo.

La segunda etapa es la del Dolor Intenso (los anglosajones la denominan "*Pangs of grief*", que se podría traducir por "Punzadas de dolor"). Durante esta etapa pueden aparecer síntomas físicos, con frecuencia secundarios a la ansiedad, y que en muchas ocasiones remedan a síntomas que padeció el muerto. Esta es la etapa en la que se experimentan con mayor intensidad el dolor de la pérdida y la añoranza del ser querido, muchas veces acompañados de intensa ansiedad. Durante esta etapa disminuyen todos los apetitos, se pierde peso y el doliente experimenta dificultades de concentración y de retención de la memoria reciente. La memoria del fallecido está presente de forma constante, y alrededor del 50% de las viudas describen alucinaciones hipnagógicas, al conciliar el sueño o en momentos de relajación, en las que están presentes la imagen, la voz o ambas cosas de la persona muerta⁽³⁾. Estas alucinaciones suelen ser de corta duración y desaparecen en cuanto el doliente recupera el estado vigil. Para muchos dolientes esta etapa es en la que se cuestionan sus creencias más profundas, generalmente de carácter religioso. Por el contrario, otros muchos las reafirman y les sirven de refugio y consuelo. En este caso, estas personas buscan la compañía y el apoyo de otras que compartan su fe o creencias. Durante esta etapa el doliente sigue realizando sus actividades habituales (alimentación, sueño, trabajo) de forma rutinaria y apática.

A medida que va pasando el tiempo, la intensidad y frecuencia de las punzadas de dolor va disminuyendo, aunque vuelven con frecuencia, coincidiendo muchas veces con fechas, aniversarios o eventos significativos en la vida del muerto. Por este motivo es fútil pretender que las etapas del duelo sean compartimentos estancos.

En todo caso, a medida que el dolor de la pérdida se va atenuando, el doliente se introduce en la tercera etapa, la de la desorganización y la desesperación. El doliente pierde el sentido de su vida, y siente que la pérdida del ser querido le quita significado a todo. Durante este periodo pueden aparecer reacciones de pánico. Esta etapa se supera encontrando nuevas razones para vivir, en forma de tareas, trabajo, aficiones y nuevas relaciones personales, o recuperación de otras antiguas.

Finalmente, el doliente se va acomodando a la pérdida y asentando en su nueva situación. Esta es la denominada etapa de ajuste.

Después de una pérdida importante el primer apetito que se recupera es el de la comida. En general, hacia el tercer o cuarto mes de duelo se recupera el peso perdido, y hacia el sexto muchos dolientes incluso pesan más que antes de la pérdida ⁽³⁾. La apetencia por las relaciones sociales y el apetito sexual tardan más meses en recuperarse. Hacia el segundo año de la pérdida la mayoría de las personas reconocen que en buena medida se han recuperado de ella. Sin embargo, las secuelas emocionales, incluso entonces, son inevitables. Como se ha dicho antes, para la mayoría de la gente estas cuatro etapas no son rígidas, y muchas veces se imbrican las emociones y experiencias de unas en otras. Con fines meramente expositivos, en la Tabla 2 se resumen las etapas del duelo normal y sus emociones y experiencias más habituales.

Tabla 2. Etapas del duelo normal.

Etapas	Emociones y experiencias más frecuentes	Tareas más importantes
Shock inicial	Incredulidad, alivio, insensibilidad	Aceptar la realidad de la pérdida
Dolor intenso	Tristeza, dolor, enfado, culpa, pena, sensación de vulnerabilidad, ansiedad, alucinaciones hiponagógicas, somatización de ansiedad, remedo de síntomas del muerto, intranquilidad, conductas de búsqueda	Experimentar el dolor de la pérdida
Desesperación	Pérdida de sentido de la vida	Ajustarse a vivir sin la persona perdida
Ajuste y recuperación	Desarrollo de nuevas relaciones o intereses	Recolocar emocionalmente a la persona perdida para que, sin dejar de ser importante, no ocupe un lugar central en la esfera emocional y el doliente pueda seguir viviendo

VALORACIÓN DEL RIESGO DE DUELO COMPLICADO

Los equipos de cuidados paliativos se encuentran en la situación óptima para identificar a las personas con mayor riesgo de sufrir un duelo complicado. La importancia de esta labor de identificación es doble: iniciar tratamientos o intervenciones preventivas sobre las personas más vulnerables lo antes posible, de forma que se eviten formas más graves de duelo complicado; y optimizar los recursos limitados, para emplearlos allí donde resulten más eficientes. De hecho, se demuestra empíricamente que las intervenciones sobre los grupos vulnerables obtienen resultados⁽⁴⁾ útiles, en forma de descenso de la morbilidad asociada al duelo complicado, mientras que estos resultados no son discernibles cuando la intervención preventiva se lleva a cabo sin seleccionar previamente a la población vulnerable⁽⁵⁾. De ello se deduce que la atención al duelo no empieza en el momento de la muerte, sino cuando el equipo de cuidados paliativos entra en contacto por primera vez con el paciente y su familia. Para poder detectar precozmente los duelos complicados es necesario tener en cuenta los factores de riesgo que convierten a los dolientes en vulnerables a esta situación. Diversos autores han elaborado clasificaciones diferentes de los factores de riesgo. En la tabla 3 se muestra una síntesis de los factores de riesgo propuestos por Lacasta⁽⁶⁾ y Kissane⁽¹⁾. Estos factores de riesgo se deben comprobar al empezar la relación con la familia del paciente, y es necesario evaluarlos después de su muerte. Aunque con frecuencia los equipos de cuidados paliativos emplean listas similares a esta para detectar la presencia de factores de riesgo, todavía no existe una escala validada que sea de aplicación universal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL DUELO COMPLICADO

Tanto las reacciones normales de duelo como el duelo complicado son un espectro de síntomas, que nunca se presentan con límites nítidos. Por lo tanto, la distinción entre un duelo normal y otro patológico no siempre es sencilla. Cuando aparecen trastornos psiquiátricos nítidos (p.ej., una depresión endógena o un brote psicótico) el diagnóstico y el tratamiento son inmediatos. Sin embargo, resulta más difícil cuando el duelo complicado aparece de forma larvada, sin síntomas psiquiátricos evidentes por sí mismos. La ausencia de un epígrafe específico para el duelo complicado en la clasificación DSM-IV-TR dificulta el consenso⁽⁶⁾, por lo que diversos autores ya han reclamado su inclusión como tal en la nueva edición de la clasificación de trastornos psiquiátricos (DSM-V)⁽⁷⁾. El abordaje clínico del duelo complicado se puede sistematizar agrupándolo en varias presentaciones clínicas diferentes, que exponemos a continuación.

Duelo inhibido o retardado. Se trata de una aplicación patológica del recurso de evitación, que puede ser normal cuando se emplea al principio del duelo y durante un tiempo limitado. Su persistencia anormal se asocia con personalidades hipomaniacas o con dificultades en la relación social

y/o con la familia cercana. Para su valoración es necesario depurar la forma en que influyen en la inhibición del duelo los factores culturales. Cuando el duelo se inhibe de forma anormal aparece más tarde (meses o incluso años después de la pérdida) como un conflicto no resuelto. Según Kissman, se produce en el 5% de los dolientes ⁽¹⁾.

Duelo Crónico. Esta frecuente forma de duelo complicado se produce especialmente en situaciones en las que el doliente mantenía una intensa dependencia (económica o afectiva) del difunto. Para evitar la sensación de desamparo, el doliente mantiene a través de la memoria del difunto intensos vínculos con él o ella. De esta forma, se produce una situación de bloqueo en la que el llanto por el difunto aparece de forma inopinada ante cualquier cosa que se lo recuerde al doliente, sin que estos recordatorios tengan que pasar necesariamente por la esfera consciente. En estas circunstancias, las fantasías de reunión con el muerto hacen del suicidio una posibilidad apetecible. La depresión y la anulación social son frecuentes en este cuadro. El tratamiento se compone de fármacos antidepresivos y terapia conductual orientada a la resocialización y a romper los vínculos anormales con el difunto.

Duelo traumático. Cuando la muerte es inesperada o traumática (ver Tabla 3) su integración y aceptación -elaboración del duelo- se puede ver interferida por recuerdos traumáticos que producen un sufrimiento anormalmente intenso. Ello produce recuerdos también anormalmente intensos, en forma de pesadillas, *flashbacks* y recuerdos intrusivos recurrentes; esto distorsiona la elaboración normal del duelo, agravando o prolongando las sensaciones de incredulidad, falta de aceptación de la muerte, rabia y enfado. Estas emociones se acompañan además de trastornos como ansiedad, insomnio y depresión. Muchos de estos síntomas son subclínicos, y muchas veces emergen como un complejo de estrés postraumático completo, o reaparecen muchos años después como causantes de una morbilidad significativa.

Duelos desencadenantes de patología psiquiátrica. El duelo es una situación suficientemente estresante y compleja como para actuar como desencadenante de trastornos psiquiátricos en población susceptible. Los más comunes son la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias adictivas, el síndrome de estrés postraumático y los brotes psicóticos. El más frecuente de todos es la depresión mayor, que aparece en los dolientes con una frecuencia del 16 al 50% según las series, alcanzado su máxima incidencia a los dos meses de la muerte ⁽⁸⁾. Posteriormente la incidencia va bajando de forma progresiva, hasta una incidencia del 15% a los dos años de la muerte ⁽⁹⁾. Los trastornos de ansiedad son también muy frecuentes, y afectan hasta a un 22% de los dolientes durante el primer año después de la muerte, según una reciente revisión sistemática de la literatura ⁽¹⁰⁾. Muchos de estos dolientes somatizan la ansiedad, y con frecuencia la primera manifestación del duelo compli-

cado es la consulta al médico de cabecera por síntomas relacionados con la somatización de la ansiedad ⁽¹⁾. Las drogodependencias y el abuso del alcohol no sólo se agravan o recaen durante el duelo ⁽¹¹⁾, sino que además son importantes factores condicionantes para que estos individuos elaboren un duelo complicado ⁽¹²⁾. Algo parecido sucede con los pacientes con patología psiquiátrica previa. Por ejemplo, en una reciente revisión se comprueba que los trastornos bipolares no sólo pueden empeorar durante el duelo, sino que son un intenso factor predictivo para la aparición de procesos comórbidos relacionados con el duelo ⁽¹³⁾.

Tabla 3. Factores de riesgo que hacen a las personas vulnerables al duelo complicado.

Categoría	Circunstancias
Naturaleza de la muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte a edad no natural (p.ej, de niños o jóvenes). • Muerte súbita (p ej.: accidente de tráfico) o inesperada. (p. ej.: sepsis por neutropenia febril secundaria a la quimioterapia). • Muerte traumática (p.ej.: con caquexia extrema o disnea grave). • Muerte estigmatizada (p.ej: SIDA, suicidio). • Evolución traumática de la enfermedad: mal control de síntomas, sobre todo dolor o disnea, malas relaciones con el personal sanitario, etc.
Factores personales del doliente	<ul style="list-style-type: none"> • Muy joven (niño, adolescente) o muy anciano. • Antecedentes de trtorno psiquiátrico (p. ej.: depresión). • Trastornos de personalidad: baja autoestima, ansiedad, alcoholismo. • Pérdidas acumuladas: fallecimientos repetidos más o menos recientes de familiares muy cercanos. • Duelos previos no resueltos.
Naturaleza de la relación con el fallecido	<ul style="list-style-type: none"> • Intensa dependencia económica o social. • Ambivalente: por infidelidades, alcoholismo, malos tratos, etc.
Factores familiares y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunciones familiares: mala cohesión, relaciones conflictivas, mala comunicación. • Aislamiento social (p.ej.: inmigrantes). • Falta de recursos económicos. • Ausencia de un entramado social o familiar de soporte adecuado.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DUELO COMPLICADO

Como ya se ha mencionado antes, la principal dificultad del duelo complicado es su detección, siendo necesario que el equipo de cuidadores sea capaz de discernir cuándo un síntoma es manifestación de una elaboración normal de un duelo y cuándo forma parte de un proceso de duelo patológico. Prigerson y otros autores elaboraron en 1999 los primeros criterios de consenso para el diagnóstico del duelo complicado⁽¹⁴⁾. Recientemente han sido traducidos al español por García-García y cols⁽¹⁵⁾. Se muestran en la Tabla 4, tomada de la excelente revisión del duelo patológico de Lacasta y Soler⁽⁶⁾.

Tabla 4. Criterios diagnósticos del duelo complicado.

Criterio A: estrés por la separación afectiva que implica la muerte

Presentar, cada día o de forma acusada, 3 de los 4 síntomas siguientes:

1. Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.
2. Añoranza del fallecido (recuerdo de su ausencia con enorme y profunda tristeza).
3. Conductas de búsqueda del fallecido, aún sabiendo que está muerto.
4. Sentimientos de soledad como consecuencia del fallecimiento.

Criterio B: estrés por el trauma psíquico que supone la muerte

Presentar, cada día o de forma acusada, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

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

Criterio C: Cronología

La duración de los síntomas mencionados debe ser de al menos 6 meses.

Criterio D: Deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral o de otras actividades significativas de la vida de la persona en duelo.

Tomado de: Lacasta y Soler⁽⁶⁾.

TRATAMIENTO

De nuevo es necesario señalar que el duelo como tal es no es una enfermedad, y que por lo tanto, la inmensa mayoría de los dolientes no precisarán de intervención alguna, bastándoles sus recursos personales, familiares y sociales para elaborar correctamente el duelo y adaptarse a la nueva situación vital.

Preventivo

Lo único importante para la población que no pertenece a los grupos vulnerables (véase Tabla 3), que es la mayoría, es la prevención de los factores que pueden aparecer durante la enfermedad y que, si no se manejan adecuadamente, pueden suponer un riesgo de elaborar después de la muerte un duelo complicado. Los más importantes son los siguientes:

- Controlar adecuadamente los síntomas de la enfermedad, especialmente el dolor y la disnea, para evitar que a los dolientes les queden recuerdos traumáticos que compliquen el duelo.
- Evitar, en la medida de lo posible, los conflictos con el equipo médico (tanto de oncólogos como de cuidados paliativos) para evitar sentimientos de amargura después de la muerte. En caso de que ya se haya producido el conflicto se debe contribuir a desactivarlo, nunca a fomentarlo.
- Favorecer la comunicación verbal entre los miembros de la familia para que no queden asuntos pendientes o inconclusos que se conviertan en generadores de ansiedad durante el duelo. Además, esta buena comunicación facilita las despedidas y la expresión de emociones y sentimientos entre los miembros de la familia. Específicamente, se debe intentar desactivar las conspiraciones de silencio alrededor del enfermo, o en su caso, desanimarlas para que no se produzcan.
- Proporcionar a la familia información veraz y adecuada para que afronte de forma ordenada las diferentes situaciones dolorosas o negativas que se van a ir presentando: cambios físicos en el paciente durante la enfermedad, aclarar incertidumbres, falsos tópicos y miedos infundados sobre el momento de la muerte, dar pautas de comportamiento para los individuos de la familia más vulnerables (ancianos, niños y adolescentes), facilitar u orientar sobre los trámites burocráticos, etc.
- Prevención de los sentimientos de culpa. Favorecer la implicación de todos los miembros de la familia en el cuidado del paciente, adaptando las tareas a la capacidad emocional de

cada miembro, fomenta los sentimientos de bienestar con uno mismo y aleja los sentimientos de culpa.

- Favorecer o alentar los elementos de soporte social, cultural o religioso preexistentes. Por ejemplo, en un reciente estudio se demuestra que las personas con profundas creencias religiosas resuelven su duelo antes y de forma más completa que las personas sin ninguna creencia religiosa⁽¹⁶⁾.
- Normalizar pensamientos que puedan generar sentimientos de culpa. Por ejemplo, el desear que se muera la persona querida para que deje de sufrir no debe generar ningún sentimiento de culpa durante el duelo, y la familia debe saber por anticipado que este tipo de sentimientos son completamente normales, al igual que lo es el sentimiento de alivio que aparece después de la muerte por una larga enfermedad.
- Favorecer todas las actitudes que faciliten aceptación de la muerte, y por lo tanto, la elaboración del duelo: estar presente en el momento de la muerte, o ver el cadáver, pudiendo despedirse si así se desea, asistir al entierro y a las exequias.

Curativo

Las intervenciones terapéuticas van dirigidas a los individuos que realizan duelos complicados. No existen recetas rígidas sobre cómo abordar el tratamiento del duelo complicado. No obstante, es posible reflexionar sobre las pautas generales de tratamiento. El método terapéutico de elección es la entrevista psicológica, complementada o no con grupos de terapia o de apoyo, tan del gusto anglosajón y tan poco del mediterráneo.

Los principales elementos de intervención en el tratamiento del duelo complicado son los siguientes:

- En primer lugar, revisar los criterios diagnósticos antes de empezar la intervención terapéutica para estar razonablemente seguros de que nos encontramos ante un duelo complicado y no ante una elaboración más o menos lenta o peculiar del duelo, pero en todo caso normal.
- Intentar identificar, si existen, los elementos desencadenantes o agravantes del duelo complicado (alcoholismo, disfunciones familiares graves, trastorno psiquiátrico previo, etc) para intervenir específicamente sobre ese elemento.

- Favorecer la aceptación de la realidad de la muerte del ser querido.
- Favorecer la reconstrucción del propio yo después de la pérdida, así como de las relaciones con los otros y el mundo.
- Potenciar las conductas adaptativas adecuadas y desalentar o desmontar las inadecuadas.
- Dotar al individuo de herramientas necesarias para afrontar el duelo y sus complicaciones. De entre las más importantes podemos destacar:
 - Técnicas de relajación que alivien o favorezcan el control de la ansiedad y de los trastornos del sueño.
 - Enseñar técnicas de detención del pensamiento para los casos de pensamientos recurrentes estériles.
 - Técnicas de autocontrol.
 - Expresión de las emociones y facilitación del desahogo.
 - Desarrollo de destrezas sociales que permitan recuperar o establecer amistades y relaciones que favorezcan la resocialización cuando ésta se haya perdido o deteriorado.
 - Fomentar la recuperación de actividades de ocio o aficiones del doliente, que favorecen el bienestar y facilitan la vuelta a la vida normal.
- El tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre que sea preciso. Cuando existen trastornos psiquiátricos de fondo (depresión, psicosis, etc) su empleo es imperativo. Cuando no existen trastornos psíquicos orgánicos no se deben utilizar como tratamiento inicial, pero tiene tan poco sentido emplearlos de entrada de forma sistemática como no hacerlo cuando pueden resultar útiles. Por ejemplo, la prescripción de un ansiolítico durante un tiempo limitado puede resultar extraordinariamente útil para desbloquear una situación en la que la ansiedad es el síntoma predominante y no deja elaborar el duelo de forma adecuada.

RESUMEN

El duelo no es una enfermedad, sino una respuesta normal a un suceso doloroso normal de la vida como es la muerte de un ser querido. El duelo normal tiene etapas bien conocidas, que no deben contemplarse de forma rígida, sino más bien como marco de referencia. El duelo normal tiene una gran variabilidad interpersonal, que no debe confundirse con el duelo complicado.

El duelo patológico o complicado es la alteración de la elaboración del duelo. Presenta manifestaciones clínicas conocidas, que con frecuencia son amplificaciones o distorsiones de reac-

ciones o emociones de duelo normales. Por este motivo, y porque no se contempla como entidad específica en el DSM-IV-TR, su diagnóstico es con frecuencia difícil.

Uno de los elementos más importantes del abordaje del duelo complicado es la identificación de los factores de riesgo y de la población vulnerable al duelo complicado. Esta identificación de las personas vulnerables resulta esencial, puesto que la intervención terapéutica es del todo innecesaria en las personas que realizan un duelo normal, y ello puede desviar recursos de quienes sí necesitan ayuda.

El tratamiento del duelo complicado tiene dos vertientes. La primera es la preventiva, en la que se deben evitar o modificar los factores susceptibles de promover o favorecer un duelo complicado. La segunda es la terapéutica propiamente dicha. El primer elemento es intervenir sobre los factores desencadenantes o favorecedores, cuando es posible identificarlos. El segundo es la terapia psicológica, dirigida a modificar las conductas o pensamientos anormales o inadecuados y favorecer los adecuados. También comprende proporcionar al doliente herramientas y destrezas que le permitan afrontar el duelo y sus complicaciones. El tratamiento farmacológico sólo se debe emplear cuando es necesario, pero en estos casos su administración es inexcusable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kissane, DW. Bereavement, pp 1137-1151. En: Oxford TextBook of Palliative Medicine (3ª ed). Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K (eds.). Oxford University Press. New York, 2003.
2. Sheldom F. ABC of palliative care. Bereavement. BMJ 1998; 316: 456-8.
3. Parkes CM. Doping with loss. Bereavement in adult life. BMJ 1998; 316: 856-9.
4. Raphael B. Preventive intervention with the recetly bereaved. Arch Gen Psychiatry. 1977; 34: 1450-4.
5. Parkes C. Bereavement in adult life. BMJ. 1998;316: 856-9.
6. Lacasta Reverte MA, Soler Sáiz MA. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Camps Herrero C, Carulla Torrent J, Casas Fdez. de Tejerina A, González Barón M, Sanz Ortiz J, Valentín V (eds.). Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2004.
7. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. Clin Psychol Rev. 2004 Oct; 24 (6): 637-62.
8. Zisook S, Schuchter S. Depresión through the first year alter the death od a spouse. Am J Psychiatry 1991; 148: 1346-52.

9. Zissok S, Schuschter S, Sledge P. The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (S4), 29-36.
10. Onrust SA, Cuijpers P. Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2006; 10 (4): 327-34.
11. Byrne GJ, Raphael B, Arnold E. Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33: 740-7.
12. Ellifritt J, Nelson KA, Walsh D. Complicated bereavement: a national survey of potential risk factors. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003 Mar-Apr;20 (2): 114-20.
13. Simon NM, Pollack MH, Fischmann D, Perlman CA, Muriel AC, Moore CW, Nierenberg AA, Shear K. Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 1105-10.
14. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC y cols. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British J Psychiatry* 1999; 174: 67-73.
15. García-García JA, Landa V, Prigerson H y cols. Adaptación al español del Inventario del Duelo Complicado (IDC). *Med Paliativa* 2002; 9: 10-11.
16. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Billiard R. Spiritual ebeliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ* 2002; 324: 1551-5.