

**PROGRAMA NACIONAL  
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

# **GUÍA OPERATIVA 4**

**ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO  
EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**MAYO 2019**

# **AUTORIDADES**

**MINISTERIO DE SALUD**

**CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**

**COMISIÓN COORDINADORA Y EDITORA.**

# GUÍA OPERATIVA No. 4

## ACOMPañAMIENTO DEL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS

---

**Elaborada por: Dr. Gaspar Da Costa. MSP.  
Psiquiatra.**

“El sistema de salud generalmente no apoya el duelo, ni su prevención, solo actúa ante sus respuestas. Incluso en el caso de petición expresa de apoyo, el equipo tratante tiende a diferir esa responsabilidad. De otra parte, el paciente tampoco espera el apoyo que precisa porque culturalmente no lo identifica con ayuda médica y sí con religiosa en el caso de que sea creyente. En nuestro medio, la atención al duelo ha tenido un carácter religioso, realizada por el entorno de vecinos, familia y amigos”.<sup>1</sup>

En las evaluaciones anuales del Programa Nacional de Cuidados Paliativos se ha identificado la necesidad de contar con una guía operativa que brinde elementos prácticos para la comprensión y actuación de los equipos de salud en el acompañamiento de los sobrevivientes que afrontan la pérdida de un ser querido. En el diseño de esta se ha aprovechado la experiencia en las capacitaciones realizadas sobre duelo, pérdida y desastres en los últimos 15 años por el Programa de Cuidados Paliativos y el Programa de Salud Mental. Agradecemos a todos los que contribuyeron en la revisión de este documento.

Es aplicable en el quehacer de la atención paliativa, pero también en el trabajo de los equipos de salud.

---

<sup>1</sup> Modificado de: Evelyn Dollenz, Dr. Rafael Sepúlveda. Duelo Normal Y Patológico Consideraciones Para El Trabajo En Atención Primaria De Salud. Cuadernos De Psiquiatría Comunitaria Y Salud Mental Para La Atención Primaria De Salud N° 1. 2003

# ACOMPañAMIENTO DEL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS

## Introducción

Nuestra sociedad nos ha condicionado para ser ganadores, para triunfar, retener y ganar haciendo caso omiso de la inevitabilidad de las pérdidas en nuestra vida. Esta actitud culturalmente tan determinante de nuestro comportamiento nos lleva a calificar como fracaso toda experiencia de pérdida. Si bien todo fracaso sí implica una pérdida (de un esfuerzo, meta, expectativa e ilusión), no toda pérdida es un fracaso. Aunque el dolor por la pérdida de algo que amamos y ya no tenemos es algo natural, pone en tela de juicio nuestra forma de vida, haciéndonos sentir confusos e inseguros, sin saber cómo avanzar en el territorio desconocido en el que nos ha dejado la pérdida, afectando no sólo nuestra vida, sino teniendo gran impacto en término de las relaciones.

El proceso de adaptación que sigue a la pérdida es el duelo, que no es un estado; se trata de un camino con principio y quizá un fin, lento, largo, extremadamente doloroso que todos debemos recorrer y que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo y evolucionar a un nuevo nivel de autoconciencia de la vulnerabilidad de la vida.

Duelo se deriva del latín *dolus*: dolor y es la respuesta afectiva a la pérdida de alguien o de algo. Afecta todas las dimensiones de la persona humana.<sup>2</sup>

El proceso del duelo es una respuesta psicofisiológica (Cuadro 1), personal, individual y social normal del ser humano ante la inevitable experiencia de la pérdida (lo que no sería normal es la ausencia de alguna respuesta a la pérdida); bien realizado supone un proceso de maduración que nos permite salir del mismo siendo mejores. Este proceso se puede aplicar,

---

<sup>2</sup> Se refiere a las dimensiones utilizadas en la tradición judeocristiana y mencionada por el Padre Aranalde Pangrazi en sus libros: "Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón (Dimensión Emocional), con toda tu alma (Dimensión Espiritual), con todas tus fuerzas (Dimensión Física), con toda tu mente (Dimensión Intelectual); y a tu prójimo como a ti mismo (Dimensión relacional)" Lc 10,27

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, la pérdida de un ser querido, etc) y su intensidad y duración depende de la fuerza del vínculo con el objeto perdido y las capacidades de afrontamiento del doliente. (José Ignacio Chacón López-Muñiz, s.f.). Las personas que afrontan situaciones que requieren cuidados paliativos se enfrentan a múltiples duelos a lo largo del proceso de enfermedad, muerte y sobrevivencia posterior de los dolientes. Todos los involucrados (pacientes, familias y equipos de salud) procesamos nuestros duelos. No todos lo hacemos conscientemente.

No podemos censurar las conductas bien intencionadas de los equipos que atienden pacientes dentro del programa de cuidados paliativos ante el acompañamiento del duelo por la pérdida, pues es un proceso complejo y peculiar. Realmente nunca nos sentiremos completamente preparados para el acompañamiento del duelo, por ser un reto existencial. La intención de este documento es brindar orientaciones generales sobre el concepto de duelo normal vs complicado, reflexionar sobre nuestro duelo y sobre cómo acompañar de manera consciente y empática a nuestros compañeros de equipo, pacientes y familia en esta jornada.

## EL PROCESO DE DUELO ES SIMILAR AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Enlentecimiento del metabolismo.

Más contracción, menos flexibilidad.

Menos claridad y alerta.

Menos vitalidad y energía.

Más rigidez, debilidad y atrofia.

Menor tono muscular.

Menos apetito, alteraciones de la digestión y procesamiento de nutrientes.

Pensamiento confuso y rígido.

Retardo en la respuesta en cualquier situación dada, incluyendo la cicatrización.

Respiración menos completa y profunda.

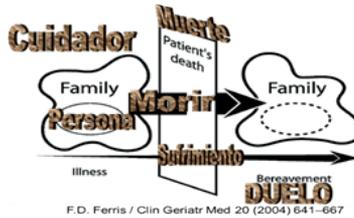
Enlentecimiento de la Circulación sanguínea y linfática.

# CUADRO 1. CAMBIOS PSICOFISIOLÓGICOS EN EL DUELO POR PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO <sup>3</sup>

SENTIMIENTOS	SENSACIONES FÍSICAS	COGNICIONES/ PSICOLÓGICAS	CONDUCTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Pena</li> <li>• congoja</li> <li>• Enfado</li> <li>• Culpa y auto-reproche</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Soledad</li> <li>• Fatiga, apatía, indiferencia</li> <li>• Impotencia</li> <li>• Anhelo</li> <li>• Liberación</li> <li>• Alivio</li> <li>• Insensibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacío en el estómago</li> <li>• Opresión en pecho o garganta</li> <li>• Hipersensibilidad al ruido</li> <li>• Sensación de irrealidad</li> <li>• Falta de aire</li> <li>• Debilidad muscular</li> <li>• Falta de energía</li> <li>• Sequedad de boca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incredulidad</li> <li>• Confusión</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Sensación de que esa persona está aquí</li> <li>• (pseudo) Alucinaciones</li> <li>• Imágenes intrusivas</li> <li>• Distractibilidad</li> <li>• Regresión</li> <li>• Suspiros</li> <li>• Entorpecimiento</li> <li>• Disociación ideo afectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del sueño</li> <li>• Comer demasiado o demasiado poco</li> <li>• Conducta distraída</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Soñar con él/ella</li> <li>• Evitar recuerdos</li> <li>• Buscar y llamar en voz alta</li> <li>• Suspirar</li> <li>• Hiperactividad</li> <li>• Llorar</li> <li>• Visitar lugares relacionados</li> <li>• Atesorar sus pertenencias</li> </ul>

El duelo normal no es igual en todas las personas. Cada una hace el duelo que necesita, con sus características y tiempo peculiar, así como sus recursos específicos. El duelo está determinado por la red neural responsable del procesamiento del afecto, mentalización, recuerdo de memorias episódicas, procesamiento de caras familiares, visualización, regulación autonómica, y la modulación y coordinación de estas funciones. La suma de todo esto crea la experiencia única y cualitativa del duelo.<sup>4</sup> Es matizado por la cultura de la persona, la familia y la comunidad en que se da, por tanto, para poder calificar las conductas asociadas se requiere conocer esas culturas y mantener una actitud abierta a experiencias que pueden ser disimiles a nuestras creencias y expectativas. No es igual la manifestación de duelo en un afrodescendiente que en un amerindio, hindú, budista o europeo agnóstico, ni siquiera en los hijos de inmigrantes que en sus padres.

### Nuestros Retos



<sup>3</sup> ACEPTAR LA PÉRDIDA: Juan Carlos Vicente Casado Revisión número 3 - 31 de mayo de 2002 Con un lavaíillo de cara el 29 de octubre de 2002

<sup>4</sup> Am J P sychiatry 2003; 160:1946-1953

No podemos conocer o enseñar todas las variantes posibles en un país como el nuestro pluriétnico y multicultural, si exhortar a los equipos a tratar con respeto lo diverso y aprender de cada experiencia. Es un error considerar que todos los duelos sean perjudiciales para la persona o que todo el mundo necesita una intervención o consejo de un experto para procesarlo correctamente. En el caso de la muerte, el proceso de duelo afecta a toda la familia del paciente. Por ello al identificar la necesidad de un soporte específico para el duelo el planteamiento del equipo de cuidadores debe englobar a toda la familia inmediata (cónyuge e hijos), reconociendo que el proceso de duelo y la acomodación de la familia a la situación es progresivo. Es importante respetar los tiempos y ritmos de cada uno de los dolientes y no etiquetar como mal duelo a aquel que no sigue el patrón temporal del resto de la familia o no responde a nuestras expectativas culturales. En enfermedades crónicas y debilitantes la pérdida casi nunca es brusca ni brutal, 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 para adaptarse a las limitaciones incrementales de la enfermedad, muchas veces imperceptibles y progresivos. Para este proceso la familia necesita conocer el pronóstico de la enfermedad para con el fin de tener expectativas realistas.

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. Existen diferentes teorías explicativas del proceso de duelo. Las fases o etapas del duelo son solo guías y la intensidad y cualidad de cada doliente es una experiencia que será aleccionadora para todos los implicados si sabemos tener nuestro corazón y la mente abierta. (Cuadro 2)

## CUADRO 2. ETAPAS DEL DUELO NORMAL.

Etapas del duelo normal					
Lindeman <sup>6</sup> (1944)	Kübler-Ross <sup>7</sup> (1969)	Bowlby <sup>8</sup> (1969)	Parkes <sup>20</sup> (1972)	Worden <sup>29</sup> (1991)	Neimeyer <sup>17</sup> (2002)
Conmoción / Incredulidad	Negación	Aturdimiento / Protesta	Alarma	Aceptar la realidad de la pérdida	Evitación
Dolor Agudo	Rabia	Anhelo / Búsqueda de la figura paterna	Aturdimiento		
	Resignación		Langueza / Búsqueda	Adaptarse al medio sin la pérdida	
	Depresión	Desorganización / Desesperación	Depresión		Asimilación
Resolución	Aceptación	Reorganización / Separación	Recuperación / Reorganización	Situar de nuevo al fallecido y seguir	Acomodación

Fuente: RESOLUCIÓN DE DUELOS COMPLICADOS DESDE UNA ÓPTICA SISTÉMICA. Del Pino Montesinos, J.I.\*; Pérez García, J.\*; Ortega Beviá, F.\*\*

Toda persona que pretenda trabajar en cuidados paliativos debe tener conceptos básicos claros entre ellos los relativos al duelo; por ello, sugerimos para profundizar más sobre el concepto de duelo el libro “Acompañamiento en Duelo y Medicina Paliativa”.<sup>5</sup>

### **RECOMENDACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS**

El Programa Nacional de Cuidados Paliativos ha identificado en sus evaluaciones anuales la necesidad de establecer en forma explícita recomendaciones para el acompañamiento del duelo. Hemos tomado como base para esta sección algunas recomendaciones de la SECPAL. Sugerimos para ampliar el tema remitirse a la página web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, sección Guías Temáticas, Duelo en cuidados paliativos.<sup>6</sup> (Reverte & Rodríguez, s.f.)

- Valorar el riesgo de duelo complicado de acuerdo con los factores indicados en la tabla 1. Identificar aquel/los familiares/es que presenten necesidades particulares y/o factores de riesgo de duelo complicado.
- Si el/los familiares/es no requiere/n atención especializada, establecer si es necesario un plan de actuación psicoeducativo antes del fallecimiento donde se recojan los objetivos, se desarrollen las acciones y se planifique el seguimiento.

## **BRINDAR APOYO EMOCIONAL**

Asegurar el acompañamiento y el cuidado personal en el periodo inmediato posterior al evento:

Facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del de su dolor, de sus reacciones emocionales y de su condición actual.

El hablar no sólo alivia, sino que, también, puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución.

Asegurar la provisión de información clara, coherente, oportuna y veraz en cada momento del proceso.

<sup>5</sup> ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO Y MEDICINA PALIATIVA 1ª Edición. San Sebastián, 2007 Editores: Wilson Astudillo A. Magdalena Pérez T., Ángel Ispizua G. y Ana Orbegozo A. © Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos © Fotografías: Ángel Ispizua Gutiérrez de la Colección “Homenaje a Laura”.  
<https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/libroDuelo.pdf>

<sup>6</sup> <https://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>

- Si se valora a la persona como de “alto riesgo” de duelo complicado y el familiar acepta la ayuda, es aconsejable iniciar la intervención por profesionales de salud mental del equipo de cuidados paliativos o derivar al familiar al programa de salud mental.

- Cuando el enfermo fallezca, conviene apoyar a los familiares poniendo especial atención en los cuidados post-mortem, permitiendo, orientando y favoreciendo el proceso de la despedida, la expresión del dolor, el desarrollo de los ritos funerarios que decida la familia, etc.

- Se recomienda al menos un contacto con los dolientes luego del deceso, idealmente entre la tercera y quinta semana posterior al fallecimiento (no se recomienda que el primer contacto sea después de la octava semana). Es muy recomendable contactar telefónicamente a las familias de todos los enfermos fallecidos y si se considera oportuno concertar una visita de duelo en la que se reúna el equipo y la familia. El objetivo de estos contactos será expresarles nuestra condolencia, reforzar su papel de cuidadores, facilitar la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos, aclarar sus dudas, ofrecer soporte básico, manifestarles nuestra disponibilidad y valorar si el cuidador principal o cualquier otro familiar requiere de un soporte específico. De acuerdo con las costumbres culturales y deseos de la familia; el equipo puede participar en los ritos funerarios o enviar una carta o mensaje de condolencia.

- A partir de la valoración telefónica, contacto o la visita luego del deceso, se continuará la intervención preventiva iniciada con los familiares que presentaban “alto riesgo” de duelo complicado y se empezará con aquellos que en el momento del contacto soliciten ayuda por experimentar dificultades emocionales que no son capaces de solucionar en ese momento.

## FOMENTAR EL RESPETO Y LA TOLERANCIA

Entender, aceptar y respetar a la persona con sus características.

Tratar de razonar con lógica y utilizar el sentido común sin imponer criterios.

No ponerse de ejemplo, ni comparar situaciones.

No predisponerse con las personas, aprender a manejar las situaciones y mantener el dominio sobre las propias emociones.

Nunca perder el control ni responder con agresividad.

- Con aquellos familiares que no se inicie ninguna intervención, se puede realizar un seguimiento telefónico, si se considera necesario, después de los 2 y de los 6 meses para detectar los que presenten duelo complicado o trastornos relacionados con la pérdida.
- En cualquier momento del proceso, si el familiar requiere de atención biopsicosocial habrá que derivarlo al profesional específico del tema en cuestión. Hay que recordar que en el duelo pueden exacerbarse o presentarse problemas médicos, así como psicológicos que requieran atención especializada.

## **VALORACIÓN DEL RIESGO DE DUELO COMPLICADO**

Los equipos de cuidados paliativos deben contar con herramientas cognitivas, psicológicas y afectivas suficientes para identificar a las personas, poblaciones o grupos vulnerables al riesgo de presentar o que presentan un duelo complicado.

Se requiere tener experiencias vitales de contacto con el sufrimiento humano, una confrontación privada con la propia mortalidad; una comprensión amplia del proceso del duelo y una resolución previa de las propias pérdidas; capacidad de empatía para establecer una adecuada sintonía afectiva (compromiso de darse al paciente y su familia y contener el caos sin inundarse por él), de darle un sentido al sufrimiento y de encontrarle un significado a la experiencia de la muerte, de tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre y la impotencia, de balancear sana y flexiblemente la teoría y la práctica, y deseo creativo de búsqueda de abordajes alternativos. Además, se debe poseer capacidades de escuchar y responder adecuadamente; ser consciente de las propias limitaciones y por consiguiente de la frustración como elemento inseparable del acompañamiento en cuidados paliativos y duelo. Es importante mantener una perspectiva realista y una distancia adecuada, evitando la sobre identificación y el compromiso emocional excesivo.<sup>7</sup> Enfatizamos que no bastan las competencias cognitivas, pues el enfrentarse a una persona próxima a morir, evoca en nosotros temores inconscientes sobre la propia mortalidad o la posibilidad de muerte de nuestros seres queridos y esto, si no se identifica emocionalmente de forma consciente, puede bloquear o afectar las habilidades cognitivas de detectar y atender los procesos de duelo en los pacientes y sus familias. Se puede estar bloqueado emocionalmente para identificar los duelos complicados, considerar que todos los duelos son complicados o

---

<sup>7</sup> Modificado de Buchman 1984

sentirse incapaz de afrontar los procesos de duelo a pesar de recibir o poseer elementos cognitivos para esa tarea. En cuidados paliativos y el acompañamiento del duelo debe prevalecer la empatía, la capacidad de contención, la flexibilidad, la estabilidad personal, y la colaboración con otros profesionales.<sup>8</sup> Cada uno de los miembros del equipo a nivel personal y dentro del equipo debería confrontar sus temores sobre la mortalidad e identificar si tienen conflictos no resueltos en sí mismos que los inhabiliten para la atención de cierto tipo de pacientes, familiares o situaciones. Resolver o al menos identificar nuestros duelos, fortalecerá nuestras competencias blandas para acompañar en este proceso a nuestros pacientes. Los equipos de cuidados paliativos, principalmente en atención primaria, se encuentran en la situación óptima para identificar a las personas con mayor riesgo de sufrir un duelo complicado<sup>9 10 11 12 13</sup>. Esto permite:

1. 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
2. Optimizar los recursos limitados, para emplearlos allí donde resulten más eficientes.

Se demuestra empíricamente que las intervenciones sobre los grupos vulnerables obtienen resultados<sup>14</sup> 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<sup>15</sup>. 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. Diversos autores han elaborado clasificaciones para poder detectar precozmente las personas en riesgo de presentar complicaciones en el proceso de duelo.

---

<sup>8</sup> Nomen Martín L. El Duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida. Madrid: Ediciones Pirámide. 2009.

<sup>9</sup> García-García JA, Landa V, Trigueros MC. El proceso de duelo en atención primaria. En: De la Revilla L, ed. Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria 1995. Madrid: Saned, 1995; 181-207.

<sup>10</sup> Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. Br J Gen Pract 1995; 45: 427-30. [PubMed] [Texto completo]

<sup>11</sup> Lee E, Kessler D. Bereavement care. Br J Gen Pract 1995; 45: 689. [PubMed] [Texto completo]

<sup>12</sup> Harris T, Kendrick T. Bereavement in general practice: a survey in South Thames Health Region. Br J Gen Pract 1998; 46: 1560-4. [PubMed] [Texto completo]

<sup>13</sup> Saunderson EM, Ridsdale L. General Practitioner' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. BMJ 1999; 319: 293-6. [PubMed] [Texto completo]

<sup>14</sup> Raphael B. Preventive intervention with the recently bereaved. Arch Gen Psychiatry. 1977; 34: 1450-4.

<sup>15</sup> Parkes C. Bereavement in adult life. BMJ. 1998;316: 856-9.

En la tabla 1 se muestra una síntesis modificada de los factores de riesgo (Lacasta<sup>16</sup> y Kissane<sup>17</sup> y otros <sup>18 19 20 21</sup>) que se deben comprobar al empezar la relación con la familia del paciente, y es necesario evaluarlos después de su muerte. Aunque con frecuencia equipos de cuidados paliativos emplean listas similares para detectar la presencia de factores de riesgo, todavía no existe una escala validada que sea de aplicación universal.

---

<sup>16</sup> 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

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Lacasta MA, Sastre P. El manejo del duelo. En: M. Die y E. López, eds. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; 491-506.

<sup>19</sup> Lacasta MA, Soler MC. El duelo. En González Barón M y Ordóñez Gallego A, eds. Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Editorial Panamericana, 2006; Capítulo 71.

<sup>20</sup> Soler MC, Jordá E. El duelo manejo y prevención de complicaciones. Medicina Paliativa 1996; 3(2): 18-27

<sup>21</sup> Lacasta MA, Soler MC. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: Dispublic, SL 2004:713-730.

<b>Tabla 1. Predictores de riesgo de duelo complicado en adultos, niños y adolescentes</b>	
Marcar los puntos para hacer una valoración global y derivar al psicólogo si el evaluador considera que reúne criterios – ADULTOS	
<b>FACTORES RELACIONALES</b>	
• Pérdida de hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia	
• Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido (económica, social o afectiva). Adaptación complicada al cambio de rol.	
• Relación conflictiva o ambivalente (P.e. infidelidad, alcoholismo, malos tratos). Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.	
<b>FACTORES CIRCUNSTANCIALES</b>	
• Juventud del fallecido.	
• Pérdida súbita, a edad no esperada, por accidente, homicidio, suicidio, incierta y/o múltiple.	
• Duración o evolución traumática de la enfermedad y de la agonía.	
• Cadáver con aspecto dañado, deformado o no recuperado. Imposibilidad de ver el cuerpo.	
• Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros.	
• Muerte estigmatizada (SIDA, pareja homosexual o no aceptada socialmente)	
• Muerte traumática (caquexia extrema, sangrado profuso o disnea grave)	
<b>FACTORES PERSONALES</b>	
• Ancianidad o juventud del superviviente	
• Escasez de recursos para el manejo del estrés.	
• Problemas de salud física y/o mental previos (ansiedad, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo y trastorno de personalidad).	
• Escasez de aficiones e intereses.	
• Pérdidas acumuladas, duelos anteriores no resueltos	
• Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.	
• Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.	
<b>FACTORES SOCIALES</b>	
• Ausencia de red de apoyo social/familiar o conflictos de relación con éstas. (Aislamiento social (p.e. inmigrantes) / Disfunción familiar, mala cohesión, relaciones conflictivas, mala comunicación)	
• Recursos socioeconómico-escasos.	
• Responsabilidad de hijos pequeños.	
• Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido, etc.	
<b>NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>	
• Ambiente inestable con falta de figura responsable de los cuidados.	
• Aislamiento en el proceso de información o participación en el cuidado del fallecido.	
• Dependencia con el progenitor superviviente e inadecuada reaccionar de este ante la pérdida.	
• Sentimientos de abandono o soledad.	
• Existencia de segundas nupcias y relación negativa con la nueva figura.	
• Pérdida de la madre para niñas menores de 11 años y del padre en varones adolescentes.	
• Falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o adolescente.	

## PREVENCIÓN DEL DUELO COMPLICADO

En la mayoría de los dolientes la clave es la prevención de los factores que pueden aparecer durante la enfermedad y que, si no se manejan adecuadamente, suponen un riesgo de elaborar después de la muerte un duelo complicado. Los más importantes son los siguientes:

1. Pactar un Plan terapéutico dinámico de acuerdo con el paciente y su familia. 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.
2. Evitar, en la medida de lo posible, los conflictos con el equipo médico (tanto de especialistas 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.
3. 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.

### ENTENDER Y ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE DUELO

No restar importancia a los síntomas actuales, sino ayudar a la persona a entenderlos y afrontarlos.

Permitir (pero no forzar) la expresión de sentimientos.

Explorar lo que las personas piensan acerca de la expresión abierta de sentimientos, para contrarrestar la creencia de que ello implica debilidad.

Facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, consumo de alcohol o drogas, por ejemplo) o de síntomas físicos y ayudar a entender las relaciones y a adoptar mejores medios de expresión.

Hay que asegurar que se irán aliviando con el tiempo, aunque puedan aparecer recrudescimientos temporales. Promover el reconocimiento de las evidencias de progreso por parte del paciente.

4. Proporcionar a la familia información veraz <sup>22</sup> 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.

5. 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.

6. Favorecer o alentar los elementos de soporte social, cultural o religioso preexistentes. Por ejemplo, un 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. <sup>23</sup>

7. Intentar averiguar las reacciones previas ante situaciones de duelo, lo cual dará una idea de cuál es la manera como la persona se ha “defendido” antes.

8. 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.

9. 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.

---

<sup>22</sup> Se puede ofrecer, si nos parece adecuado, hojas de información al paciente y/o a la familia como: “La pérdida y el duelo en la mujer. Cuando muere tu pareja...”

[[http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/dueloMujer\\_exitusPareja.asp](http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/dueloMujer_exitusPareja.asp)] o “El duelo: información a familiares y entorno social del doliente”

[[http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/duelo\\_InfoFamiliares.asp](http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/duelo_InfoFamiliares.asp)]

<sup>23</sup> Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Bilizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ* 2002; 324: 1551-5.

## Algunas Acciones para facilitar el Duelo antes del Fallecimiento

1. Encontrar un momento para abordar ciertas cuestiones antes de llegar al período de agonía.
2. Anticipar y preparar los momentos finales: Cómo, cuando y dónde será:
  - a. Decidir el lugar en donde les gustaría que se produjera el fallecimiento (reconociendo que el paciente o la familia pueden cambiar de momento su decisión): en casa o en un centro hospitalario, haciendo que los familiares se sientan seguros y confortables con dicha decisión. Si el lugar elegido es el centro hospitalario hay que dejar todo previsto, reservando una habitación que reúna las características adecuadas de intimidad.
  - b. Preparación del cadáver para su traslado: Si el fallecimiento ocurre en el domicilio, dependiendo de la costumbre del área, suele ser necesario el traslado del cadáver a una Funeraria o Velatorio. Muchas familias desean hacer en este momento una última despedida física con él, participando en el aseo y vestido (se puede elegir y preparar con que ropa juguetes, amuletos, cartas de despedida, fotos...)
  - c. Dejar preparados todos los trámites administrativos: Si el fallecimiento sucede en casa, se pueden dar consejos prácticos de cómo reconocer la muerte, quién y cómo se hace el proceso para el llenado del Parte de Defunción, contactar y arreglar todo lo relacionado con los Servicios Funerarios, modalidad (entierro, incineración) documentos de traslado del cadáver y manejo en morgue, ritos espirituales/religiosos. Es recomendable que alguien diferente a los dolientes más próximos de confianza de la familia quede encargado previamente de ello
  - d. Tratar de prevenir el “recuerdo doloroso”: evitar algunas imágenes (introducción del cadáver para su traslado en una bolsa, cierre del ataúd...); olores, comentarios que puedan ser desagradables y queden en la memoria de la familia, sustituyéndolas por imágenes, recuerdos agradables. Se recomienda que los niños mayores de 5 años asistan a los ritos funerarios, luego de preguntarles a esos niños si así lo desean. Hay que recordar que el

concepto de muerte evoluciona con la edad, por ello a partir de la edad escolar, los niños ya pueden comprender la muerte, y por ende participar de la experiencia de los ritos funerarios. En todo caso anticipar que características tendrán los ritos funerarios y sí en relación con la sensibilidad de menor podrán afectarlo. Al final reiteramos es una decisión de los padres o cuidadores. Se reconoce que el contacto con la muerte es aleccionador para la vida.

## DIAGNÓSTICO DEL DUELO COMPLICADO

El duelo complicado implica el desarrollo de un trastorno mental y del comportamiento a raíz de un procesamiento no sano del duelo. Estos trastornos pueden incluir trastornos depresivos<sup>24</sup> y de ansiedad, abuso de sustancias o incluso cuadros psicóticos. En la CIE 10 (1992) se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico. En la propuesta de CIE 11, con el objetivo de identificar a aquellos que necesitan apoyo y brindar asesoramiento sobre el mejor tratamiento disponible, se define el “trastorno por duelo prolongado” (Killikelly Clare, 2017) englobando los trastornos depresivos o somatoformes (malestar corporal) asociados a un duelo complicado con la esperanza de mejorar la detección y atención de este trastorno. El programa de la OMS sobre la brecha en la salud mental (mhGAP) incluye el duelo como un objetivo clave para el desarrollo de intervenciones y tratamientos en todo el mundo. Sus pautas se pueden usar para la evaluación y el tratamiento, de manera particular las recomendaciones de que el manejo de los síntomas del duelo debe incluir la discusión de los ajustes culturalmente apropiados y los rituales de duelo.

### Criterios del Trastorno de Duelo Prolongado en el CIE 11

#### A. Al menos uno de los siguientes

1. Anhelo persistente y generalizado por los difuntos.

o

2. Una preocupación persistente y generalizada por el fallecido.

#### B. Ejemplos de dolor emocional intenso.

Acompañado por un intenso dolor emocional por ej. tristeza, culpa, enojo, negación, culpa.

Dificultad para aceptar la muerte.

Sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo.

Una incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo.

Entumecimiento emocional.

Dificultad para comprometerse con actividades sociales u otras.

---

<sup>24</sup> Más del 80 % de los esposos viudos que tienen una depresión mayor después de un duelo, no recibe medicación antidepressiva. Zisook, S., Shuchter, S. R. Sledge, P.A. (1994) The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suplement 4) 29-36

### **C. Criterio de tiempo y deterioro.**

Persistencia durante un período de tiempo anormalmente largo (más de 6 meses como mínimo): después de la pérdida, superando claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante períodos más largos que se encuentran dentro de un período normativo de duelo, dado el contexto cultural y religioso de la persona, se consideran respuestas de duelo normales y no se les asigna un diagnóstico.

La perturbación causa un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

El duelo<sup>25</sup> complicado como tal no aparece en el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), por lo que no hay un criterio estándar oficial para su diagnóstico. El DSM V incluye el duelo en problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica y lo define como una reacción ante la muerte de un ser querido<sup>26</sup>. Sin embargo, en la sección III dedicada a diagnósticos que requieren mayor investigación, se propone la posibilidad de crear una categoría, diagnóstica denominada “Trastorno de duelo complejo persistente” con los siguientes criterios diagnósticos:

#### **Criterios del Trastorno de duelo complejo persistente**

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y que persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
  - a. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que refleja la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego
  - b. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte
  - c. Preocupación en relación con el fallecido,

---

<sup>25</sup> Nota del DSMV: Las respuestas a una pérdida significativa (p.ej. duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

<sup>26</sup> Barreto P, De la Torre O, Perez-Marin M. Detección del Duelo Complicado. Psicooncología 2012; 9 (2-3): 355-368.

- d. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

- a. Malestar reactivo a la muerte. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
- b. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación con la pérdida
- c. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
- d. Amargura o rabia en relación con la pérdida.
- e. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o a su muerte (P. ej. Auto inculparse).
- f. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej. Evitación de los individuos, lugares o situaciones asociadas con el fallecido; en los niños esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).
- g. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
- h. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
- i. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte
- j. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
- k. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej. sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido)
- l. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej. Amistades, actividades) o hacer planes a futuro desde la pérdida.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas social, laboral y personal.

E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su edad.

Especificar si: con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio o suicidio, si hay pensamientos recurrentes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte.

## ATENCIÓN DEL DUELO COMPLICADO

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 individual (por especialistas en salud mental: psiquiatra, enfermeras de salud mental y psicólogos), complementada o no con grupos de terapia o de apoyo. Si bien la intervención individual permite una exploración psicoemocional más profunda y personalizada, la intervención grupal, como valor agregado, facilita la retroalimentación entre los participantes, puede constituirse en un apoyo social, facilitar el desarrollo de expectativas de futuro y normalizar la respuesta emocional.<sup>27</sup> En Panamá, la Fundación Piero Martínez de la Hoz brinda atención terapéutica en el duelo que puede ser de apoyo a los dolientes que opten por esta ayuda. Además, se han realizado varios ensayos controlados aleatorios exitosos de diversos tratamientos<sup>28 29</sup> Estos tratamientos extraen técnicas valiosas de las intervenciones en el Trastorno de Estrés Post traumático, la terapia narrativa y la terapia cognitivo-conductual, y podrían incorporarse a las directrices de mhGAP de la OMS<sup>30 31</sup>.

Los principales elementos de intervención en el tratamiento del duelo complicado sugeridos para el Programa de Cuidados Paliativos son los siguientes:

## REFORZAR LA AUTOESTIMA

Analizar, junto con la persona, sus ideas negativas e invitarla a hacer un inventario de elementos positivos, intentando un balance de la experiencia.

Reforzar que tienen fortalezas que han sido probadas en el pasado.

Alentar a la persona a asumir un compromiso activo en la toma de decisiones y en su implementación.

Combatir la sensación de pérdida de control sobre la propia vida, de manera que pasen de víctimas pasivas y dependientes a sobrevivientes capaces de enfrentarse a su destino.

Insistir en que es indispensable que su vida se normalice y, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas.

Enfatizar y reforzar el hecho de que cuenta con apoyo familiar y social para la recuperación.

Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara.

<sup>27</sup> Astudillo W, Clavé E Urbaneta E, editores. Necesidades psicosociales en la terminalidad. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2001, pp 174-186-

<sup>28</sup> Shear K., Reynolds C. F., Simon N. M., Zisook S., Wang Y., Mauro C., ... Skritskaya N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685-694. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

<sup>29</sup> Bryant R. A., Kenny L., Joscelyne A., Rawson N., Maccallum F., Cahill C., ... Nickerson A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332-1339. [PubMed] [Google Scholar]

<sup>30</sup> [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28418/9789275319017\\_spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28418/9789275319017_spa.pdf)

<sup>31</sup> <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

1. 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.
2. 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.
3. Favorecer la aceptación de la realidad de la muerte del ser querido.
4. Favorecer la reconstrucción del propio yo después de la pérdida, así como de las relaciones con los otros y el mundo.
5. Potenciar las conductas adaptativas adecuadas y desalentar o desmontar las inadecuadas.
6. Dotar al individuo de herramientas necesarias para afrontar el duelo y sus complicaciones. De entre las más importantes podemos destacar:
  - a. Técnicas de relajación que alivien o favorezcan el control de la ansiedad y de los trastornos del sueño.
  - b. Enseñar técnicas de detención del pensamiento para los casos de pensamientos recurrentes estériles.
  - c. Técnicas de autocontrol.
  - d. Expresión de las emociones y facilitación del desahogo.
  - e. Desarrollo de destrezas sociales que permitan recuperar o establecer amistades y relaciones que favorezcan la resocialización cuando ésta se haya perdido o deteriorado.
  - f. Fomentar la recuperación de actividades de ocio o aficiones del doliente, que favorecen el bienestar y facilitan la vuelta a la vida normal.
7. 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.

### **ALGUNOS DEBES Y NO DEBES EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO LUEGO DE LA PÉRDIDA.**

Como profesionales de salud, equipos y acompañantes de personas que afrontan sus duelos en cuidados paliativos hacemos nuestro mejor esfuerzo para ser de ayuda. La preparación previa se enfrenta a situaciones no anticipadas en esta tarea y nuestras acciones siempre podrán ser perfectibles. Con el fin de tener una lista de cotejo rápida y reducir la ansiedad ante el riesgo de cometer errores, se manera resumida le compartimos algunos “debes y no debes”, en el acompañamiento del duelo luego de la pérdida con fines orientativos (Falagan, 2014):

#### **Cosas que NO se debe hacer**

- Obligar al doliente a asumir un papel e inhibir sus sentimientos. Las frases hechas como “lo estás haciendo muy bien” o “debes ser fuerte” no ofrecen apoyo a la persona. Hay que dejar que la persona tenga sentimientos perturbadores sin que sienta que está decepcionando a nadie<sup>32</sup>

### **“NO ME QUITES EL DUELO”**

“El duelo es tan natural como:

llorar cuando te lastimas

dormir cuando estás cansado

comer cuando tienes hambre

estornudar cuando te pica la nariz.

Es la manera en que la naturaleza sana un corazón roto’.

Doug Manning

<sup>32</sup> Neimeyer RA. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2002.

- Decirle al doliente lo que “tiene” que hacer. El que siente el dolor es el deudo, por lo que él es el experto y quien debe decidir cómo actuar.
- Usar la expresión “llámame si necesitas algo”. El doliente puede interpretar que el deseo implícito tras esa frase es no estar en contacto y declinar la oferta. (2,5)
- Hay que sugerir que el “tiempo cura todas las heridas”. Las heridas causadas por la pérdida de un ser querido no se curan por completo y el trabajo de duelo requiere una actitud activa por parte del doliente.
- Huir ante la expresión de sentimientos dolorosos. Se debe permitir al doliente la expresión de estos, pues forma parte del trabajo de duelo.
- Utilizar la frase “sé cómo te sientes”. El dolor tras la pérdida es único para cada persona, por lo que no podemos conocer lo que el doliente siente. En su lugar se debe invitar al afectado a compartir sus sentimientos.<sup>33</sup>
- Hacer que sean otros quienes presten la ayuda. El deudo debe sentir nuestra presencia, interés y preocupación.
- Intentar que el doliente se dé prisa por superar su dolor. El proceso de duelo requiere paciencia y un tiempo determinado para cada individuo. Forzar a la persona a ocupar su tiempo en actividades solo aplazaría un proceso inevitable.
- Utilizar frases hechas de consuelo como “hay otros peces en el mar”, “es el ciclo vital”, “ya ha dejado de sufrir”, etc. Este tipo de expresiones provoca en el deudo sensación de que no se preocupan lo suficiente por entender.<sup>34</sup> El deudo y sus familiares pueden usarlas, pero el equipo debe abstenerse de hacerlo; sin embargo, puede validar la represión de este y otros sentimientos contradictorios por los dolientes.
- Aislar a la persona de su familia. La familia es el instrumento más efectivo para la recuperación.
- Desatenderse de la persona en duelo. El duelo es un proceso largo y esto hace que la persona vaya perdiendo el apoyo social que tenía el inicio de este.

<sup>33</sup> Indurain Huarte I, Eulate Arrasate I, Lafuente Larrañeta F.J. El duelo. Pulso. 2008; (56): 27-29

<sup>34</sup> Altet Torné J, Boatss Enjuanes F. Reacciones de duelo. Informaciones psiquiátricas. 2000; 12 (3): 100-107

## Cosas que se deben hacer

- Abrir las puertas a la comunicación. Aunque no se sepa que decir, basta con alguna pregunta abierta como “¿Cómo estás hoy?”.
- Escuchar un 80 % del tiempo y hablar un 20 %. El doliente necesita expresar sus emociones.
- Ofrecer ayudas concretas y tomar la iniciativa. El deudo sentirá que se le sigue apoyando.
- Dejar y promover que el doliente hable de su ser querido perdido.
- Presta apoyo indefinidamente y ser paciente con el doliente, respetando su forma individual de expresión del dolor y recuperación.
- Establecer contacto físico adecuado en cada momento y aprender a sentirse cómodo con el silencio.
- Observar si aparecen reacciones anómalas o complicadas del duelo.
- Favorecer las actividades que ayuden al afectado a aceptar la realidad de la pérdida, como ir al entierro o visitar el cementerio.
- Desanimar la toma de decisiones importantes como un cambio de trabajo o del domicilio Solo ayudan a retrasar el proceso de duelo y en los cambios geográficos el doliente pierde el apoyo social que tenía en su antiguo lugar de residencia.

## Parte de la Bibliografía consultada

1. Falagan, N. D. (junio de 2014). *El Duelo: Diagnóstico y Abordaje del duelo normal y complicado*. Recuperado el 8 de mayo de 2019, de Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla": <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO%20FALAGAN%2C%20NURIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. José Ignacio Chacón López-Muñiz, M. B. (s.f.). EL DUELO COMPLICADO. Recuperado el 1 de mayo de 2019, de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo18.pdf>
3. Killikelly Clare, M. A. (2017). Trastorno por duelo prolongado en CIE-11: prioridad en utilidad clínica y aplicabilidad internacional. *Eur J Psychotraumatol. ; 8(Suppl 6): 1476441*. doi:10.1080/20008198.2018.1476441
4. Reverte, M. A., & Rodríguez, E. D. (s.f.). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Recuperado el 8 de mayo de 2019, de Guías Temáticas: <https://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>
5. James JW, Friedman R. *The grief recovery handbook*. New York: Harpel Perennial; 1998.
6. Matsakis A. *Survivor guilt: a self-help guide*. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.
7. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. - Center for Mental Health Services, Crisis Counseling Assistance and Training Workshop Manual, Emmitsburg, MD, 1994. <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/crisis/concepts.htm>.
8. Fernández, José Ángel, **Reacción al Duelo**. Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria
9. Fernández, Martínez. **Cuando un hijo se va** (Reflexiones en torno a la muerte) Edit.Lumen-España.2005
10. Kübler-Ross. **La muerte: Un Amanecer**. Edic. Luciérnaga. España.2005
11. Niemeyer Robert. **Aprender de la pérdida**. Una guía para afrontar el duelo. Edit. Paidós.España. 2005
12. Psiquiatría en Atención Primaria; José Luis Vázquez-Barquero; "El Duelo y las Experiencias de Pérdida", Libros Princeps- Biblioteca Aula Médica, págs. 509 a 518, España 1999.

13. Kaplan, H. I., Sadock B. J., "Comprehensive Textbook of Psychiatry" Five edition, Williams & Wilkins, 1989
14. Parkes C.M, Bereavement in adult life, BMJ Mar 98; 316:856-59
15. Casarett D. et al., Life after death: A practical approach to grief and bereavement, Ann Intern Med 2001; 134:208-15
16. Grief and Bereavement, Block S.D, Mar 1998 UpToDate 8.1
17. LA ATENCIÓN AL DUELO; Aula Acreditada, Programa anual de Formación para médicos de atención primaria; Dra. Celsa Rivera, Dr. Juan José Rodríguez, Dra. Fe Rosell Caraballo; España, 2003 (<http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema5/vidaymuerte.htm>)
18. Reacciones al Duelo; Joan Altet Torné, Fernando Boatas; Informaciones Psiquiátricas 1º semestre 2000, Nº 159, España (<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/articulos/159/art2.htm>)
19. Reacción de duelo; José Angel Macías, Carmen Parrado Prieto
20. Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria; págs. 3 – 9, año 1999; España. (<http://www.faes.es/cursoansiedadAP/curso/entrega4/index.html>)



