

Resumen

En este artículo se describen las diferentes etapas por las que atraviesa una persona a través del proceso de duelo por un familiar querido con el objetivo de ayudar al profesional de la salud a que reconozca las manifestaciones habituales y a que identifique cuando este proceso está llegando a su fin. Se diferencian también los procesos de duelo saludables de los patológicos, y las manifestaciones frecuentes del mismo. Se reflexiona además sobre las distintas maneras de acompañar al paciente y de evitar medicalizarlo, resaltando que se trata la mayoría de las veces de un proceso normal.

Chajud S, Estremero J. Actualización: Duelo. Eviden.actual.pract.ambul 2004;7:110-113

INTRODUCCION

Se entiende por duelo al proceso que se produce luego de una pérdida. Se hace más frecuente a medida que transcurre la vida de las personas y puede manifestarse consecutivamente a distintos tipos de pérdida: laboral (jubilación), amorosa (separación), de lugar de origen (emigración propia o de seres queridos), fallecimiento de seres queridos, etc.

Dado que la angustia que aparece en los primeros momentos, muchas veces se manifiesta a través del cuerpo, pueden aparecer síntomas (inespecíficos o no) que motiven una consulta médica. Algunos de los síntomas habituales son astenia, insomnio, cefalea, falta de atención y sensación de pérdida de memoria, dispepsia, y mareos.

Si bien el duelo no es una "enfermedad" que necesite tratamiento, corre muchas veces el riesgo de ser "medicalizado". Una de las formas de "medicalizar" el duelo es tratar farmacológicamente los síntomas que no tienen un origen claro como si aparecieran en un paciente, descontextualizado de lo que le está pasando. Por otro lado, destacamos que hay situaciones clínicas en las cuales consideramos razonable intentar aliviar algunos de los síntomas (ej. dispepsia, ansiedad) aunque quede claro (y explicitándolo) que forman parte del proceso de duelo.

El médico de atención primaria se encuentra en una posición privilegiada para acompañar al paciente (y/o a su familia) durante sus duelos y para ayudarlo/s a redefinir el problema. Dicho de otro modo, cuando una persona que está cursando un duelo consulta por uno o más síntomas "somáticos" con el objetivo de hacerlos desaparecer con un "tratamiento", el médico puede hacer un diagnóstico situacional (paciente en proceso de duelo) y comunicarle que es normal que se sienta de esa manera, invitándolo a conversar sobre el tema.

Sabemos que el mero hecho de hablar y de tener un espacio para pensar y reflexionar sobre lo que se está viviendo, muchas veces es suficiente para que el paciente se sienta mejor. Esto ocurre porque se estimula la elaboración y la adaptación a la pérdida.

A continuación nos centraremos básicamente en los principales aspectos del duelo por el fallecimiento de un ser amado (hijo, padre, cónyuge, familiar, amigos).

CONSIDERACIONES GENERALES

Como dijimos previamente, el duelo es la reacción frente a una pérdida, en este caso la de un ser amado. La palabra deriva del latín "dolere" (dolor) y duellum (lucha o combate entre dos). Si bien las personas en duelo manifiestan cambios en la conducta, estos cambios en general no se consideran patológicos. Aunque existen muchas variantes individuales, algunos rasgos son comunes: pérdida de interés en el mundo exterior (básicamente en todo lo que no recuerde al muerto), pérdida de la capacidad para escoger algún nuevo objeto de amor (en reemplazo del difunto), e inhibición de toda productividad.

Como se trata de un proceso normal es esperable que pasado cierto tiempo se superará sin necesidad de tratamiento, a modo de una recuperación de su equilibrio homeostático, en este caso emocional.

Los términos sano y patológico también se pueden aplicar al curso

que toma el proceso de duelo. Se puede observar su evolución temporal y el modo en que la persona va elaborando y adaptándose a la pérdida. El duelo es un proceso y no un estado, por lo tanto se irá dando en el tiempo y requerirá de la realización de tareas psíquicas llamadas "trabajo de duelo", vale decir el trabajo que se le impone al psiquismo de la persona en duelo.

Willam Worden, un psiquiatra americano que ha estudiado particularmente el tema, plantea cuatro tareas que debe ir realizando el individuo para elaboración de su duelo. Las llama tareas en relación al concepto de Sigmund Freud "trabajo de duelo", dando una idea de un proceso activo. Sin embargo aclaramos que estas tareas fueron descritas básicamente para ayudarnos a facilitar la comprensión de estos procesos, lo que no implica esperar que los pacientes estén obligados a transitar por un camino lineal. Pueden no respetar dicha cronología ya que se trata de un proceso dinámico y muy personal.

TRABAJO DEL DUELO

Aceptación de las pérdidas

La primera tarea del duelo es afrontar la realidad, que la persona querida está muerta, que no está y que no volverá. Frente a la muerte de un ser querido hay siempre en un primer momento una cierta sensación de que no es verdad, un "no puede ser". Se trata de un mecanismo de defensa que aparece en el psiquismo como intento de negar la realidad dolorosa de esa pérdida.

Puede encontrarse a la persona llamando por teléfono o en voz alta al que no está, o caminar por la calle y creer haberlo visto. Esta negación es variable y, según las personas, se puede manifestar en diversos grados: desde conductas extremas como momificar un cuerpo, hasta dejar intacto el cuarto o el placard del fallecido por mucho tiempo, dejando así preparadas sus ropas para cuando vuelva, o seguir poniendo su plato en la mesa de todos los días, etc. Es interesante conocer que, en forma conciente, estas personas pueden saber y decir que el muerto no va a volver, pero guardan en su inconciente la fantasía de que habrá un retorno.

Otro modo de negar la realidad es quitando el significado de esa pérdida por ejemplo "no me importa, yo no lo quería mucho", "no era una buena madre", "me daba mucho trabajo, es un alivio". En el extremo contrario, otros quieren terminar con todo cuanto antes y rápidamente se deshacen de todas las pertenencias de modo de no recordar a la persona.

Como dijimos, llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo, y no es sólo una aceptación intelectual sino también emocional. Muchos de estos intentos de negar el dolor de la muerte están dentro de lo esperable como modelo normal de atravesar el primer momento del proceso de duelo, que llevará al dueloante a ir aceptando la realidad dolorosa.

Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

No todas las personas sienten con la misma intensidad ni del mismo modo el dolor, pero si uno ha estado muy cercano a la persona fallecida es imposible que no sienta algún tipo de dolor, lo que conducirá a que intente negarlo muchas veces y de diferentes

modos. A veces se busca el aturdimiento buscando distracciones (salidas, fiestas, alcohol, drogas, respuestas eufóricas, etc.). A propósito de este punto John Bowlby dice: "...antes o después, aquellos que evitan todo duelo conciente, sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión..." (Bowlby1980).

Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Es importante saber qué función cumplía la persona perdida para el sobreviviente. Perder una persona puede implicar muchos cambios en la vida de alguien. Por ejemplo, un marido que estaba viviendo en pareja deberá aprender a vivir sólo y a adoptar roles que antes desempeñaba su esposa. Sin embargo, los cambios no sólo incluyen a la vida familiar, sino también pueden implicar pérdidas económicas y/o sociales. En general, hasta que no ha pasado un tiempo de la pérdida no se es conciente del rol que cumplía el fallecido, volviéndose difícil adaptarse a su falta en el sentido de que él o los sobrevivientes aprendan a hacerse cargo de las funciones del que no está más.

En las parejas muchas veces no se es conciente de los mecanismos de sostén que existen entre ambos y frente a la pérdida, se sufre no sólo la falta de la persona amada sino también la falta de esa función.

Muchas veces no es fácil afrontar esta nueva situación ya que, además del dolor natural, implica cuestionarse el propio psiquismo asumiendo que uno es menos autónomo que lo que pensaba. En cambio, en otras circunstancias y abordando el problema con una mirada optimista, puede abrirse la posibilidad de encontrarse con capacidades propias que antes se atribuían al otro.

Detenerse en esta tarea de no adaptarse al medio lleva a la persona a fomentar su propia impotencia, no intentando desarrollar habilidades necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio.

En un duelo normal, luego del período inicial de aturdimiento, se intenta y asume el desafío de seguir adelante, redefiniendo nuevas posiciones.

Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

El recuerdo de la persona fallecida siempre puede aparecer. No se olvida y, en general, no se rechaza recordarlo. Sin embargo, con el tiempo ya no se necesita rememorarlos con una intensidad exagerada. Si luego de pasar cierto tiempo (a veces muchos años) nos encontramos con alguien que al evocar a la persona muerta o al momento de la pérdida lo hace con una reacción afectiva altamente intensa (llanto, angustia) tenemos derecho a pensar que algo está obstaculizado en ese proceso.

Freud dijo: "...el duelo supone una tarea psíquica bastante precisa que hay que realizar, su función es desvincular las esperanzas y los recuerdos del muerto..." (1913).

En el sujeto hay una energía (libido) que en los primeros momentos del duelo "carga" o "invierte" la representación mental de la persona fallecida. Los recuerdos y expectativas ligados a él son "sobreinvertidos", están muy cargados de afecto y de sentimientos. De a poco y paso a paso se va retirando dicha energía y ésta vuelve a la persona en duelo. Afortunadamente la realidad ordena las cosas y va mostrando que la persona fallecida ya no está, lo que permite ir recuperando esta energía y dejando más libre a la persona para poder relacionarse y vincularse con otras cosas del mundo (ej. actividades en general, otras personas, nuevos proyectos).

La tarea que el médico puede ayudar a lograr, no es que se olvide al fallecido renunciando a su recuerdo, sino encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional y seguir viviendo.

¿Cuándo llega a su fin el proceso de duelo?

Es imposible establecer una fecha exacta para terminar un proceso de duelo, ya que se trata de un proceso absolutamente personal que dependerá de cada uno. Sin embargo podemos decir que

es poco probable que sea antes del año, y que algunas personas requerirán dos.

No solo dependerá de algunas características personales del duelo como la personalidad previa, su historia de vida, el modo que ha transitado sus duelos anteriores, su momento vital (superposición con otras crisis vitales como jubilación, nido vacío, etc.); sino también de su relación y de su proximidad con el que ha muerto. No es lo mismo perder a un cónyuge, a un amigo o a un hijo, siendo este último duelo generalmente más prolongado y difícil.

Sabemos que un punto de referencia de un duelo elaborado es cuando la persona, es capaz de pensar y hablar del fallecido sin un intenso dolor. Siempre puede haber una sensación de tristeza cuando se quiso a alguien y se lo ha perdido; pero es esperable que con el transcurrir del tiempo esta no tenga la calidad ni la intensidad tan marcada de los primeros momentos. Se puede hablar de lo que se siente con menores manifestaciones (ej. llanto o angustia).

El duelo es un proceso de largo plazo y el estado al que se llega no será nunca el mismo que antes, no es un proceso lineal. La persona no será la misma y su psiquismo tampoco luego del duelo. Si bien habrá días o momentos en los que se puede volver a estados anteriores, ello no implica, necesariamente, que el duelo no esté siguiendo su curso. Es habitual estar más sensible cerca de los aniversarios, aún cuando a veces no se recuerde la fecha concientemente.

Hay otros indicadores que van dando cuenta de la elaboración de un duelo y que pueden encontrarse en el discurso del paciente (si habla o no en presente de la persona ausente); en las conductas (si mantiene o no intacto sus objetos o su cuarto, la frecuencia de sus visitas al cementerio); en los sueños.

Ejemplo: una joven viuda que promediando el año de la muerte de su marido sueña que el le pedía la separación matrimonial, sintiendo ella que la dejaba libre y autorizándola a aceptar una invitación que había recibido de un compañero de trabajo (en la realidad) para ir al cine.

Otro indicador que puede verse, es cómo las personas responden a las condolencias verbales. Por ejemplo, la aceptación agradecida de un "pésame" puede ser un signo que la persona está transitando satisfactoriamente el proceso.

El duelo va llegando a su fin cuando el duelo recupera el interés por la vida y cuando puede vivir placenteramente diferentes situaciones; cuando logra adaptarse a nuevos roles que antes desempeñaba la persona ausente; cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en las personas vivas, cuando recupera su capacidad de disfrutar, de desear y de amar.

Manifestaciones Frecuentes

- Tristeza

Los pacientes generalmente pueden hablar sobre este sentimiento. En ocasiones refieren no tener ganas de nada y que extrañan al fallecido.

- Enojo

Este sentimiento suele ser desconcertante, se siente la situación como un abandono, aún cuando desde lo racional se sepa que el otro no quiso morir. Siempre, frente a una pérdida importante se establece un movimiento "regresivo" que lleva al sujeto a tener una sensación de desamparo. A veces el enojo es con uno mismo, por no haber podido salvarlo, mezclado con un sentimiento de impotencia.

- Culpa y autorreproche

Generalmente el autorreproche se centrará en no haber actuado de tal o cual manera para evitar la muerte o en haber tenido sentimientos ambivalentes con la persona en vida. Puede también la culpa estar en relación a estar uno vivo, a sobrevivir al otro.



Ejemplo:

Un adolescente de 16 años que se reprochaba haber tenido, según sus palabras, una mala relación con su mamá durante un período y pensaba que quizás se había enfermado por las discusiones que habían tenido.

- Ansiedad

La ansiedad puede variar desde una ligera sensación de inseguridad hasta ataques de pánico. Puede provenir de dos fuentes: de un sentimiento de seguridad ("no puedo vivir sin él"); o de una mayor conciencia de su propia muerte.

- Soledad

Es habitual oír a la persona en duelo decir que se siente sola, aún estando con gente.

- Fatiga

Además de la esperable falta de energía, la sensación de fatiga se puede manifestar como apatía o indiferencia.

- Emancipación

El sentimiento de emancipación aparece en algunas ocasiones en que la persona duelante se sentía sometida.

- Alivio

La sensación de alivio ocurre en general cuando la persona fallecida cursó una larga enfermedad con mucho requerimiento de atención (en tiempo y/o en intensidad) y sufrimiento para los cuidadores ("crisis del cuidador") (William Worden). Suele estar acompañada de una sensación de culpa.

- Insensibilidad

Durante los primeros momentos del duelo, la insensibilidad puede funcionar como modo de protegerse frente al dolor (período de negación).

- Sensación de despersonalización

El paciente en duelo puede sentir que no se siente la misma persona de siempre ("no soy yo").

Puede haber también síntomas somáticos como vacío en el estómago, opresión en el pecho o en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, etc.

En los primeros momentos de un duelo normal pueden aparecer, además, trastornos del sueño que a veces requieren medicación; trastornos alimentarios (lo más frecuente es la inapetencia pero también puede existir hiperfagia); falta de concentración; suspiros, hiperactividad, llanto frecuente, tendencia a visitar lugares que eran frecuentados con el fallecido o a llevar consigo objetos que le pertenecían, etc.

En cuanto a lo cognitivo, puede haber en un primer momento y como experiencias ilusorias y pasajeras, alucinaciones visuales y auditivas.

¿COMO EL MEDICO DE FAMILIA PUEDE AYUDAR A FACILITAR EL PROCESO DE DUELO?

Se recomienda, en primer lugar, ofrecer a la persona en duelo un contacto más extenso, tanto en tiempo de la consulta como en la posibilidad de verse más seguido. Muchas veces debe ser citada la familia, especialmente cuando ocurre la muerte de uno de los padres en niños o adolescentes; o de uno de los hijos en una familia que convive. En estos casos no se trata de un paciente en duelo, sino de una familia en duelo.

Es importante que el paciente pueda hablar en un primer momento acerca de cómo fue la muerte, cómo ocurrió, dónde, si hubo una enfermedad prolongada como fue, cómo se vivió el proceso, etc. En fin, que pueda hablar acerca de cómo fueron las circunstancias que rodearon a la muerte. El médico puede facilitar esto mediante preguntas como: *¿cómo ocurrió? ¿cómo se enteró? ¿dónde esta-*

ba en el momento que pasó?

Así como es importante el funeral como modo de enfrentar la realidad de la muerte, lo es también la posibilidad de visitar el cementerio. Se puede preguntar acerca de esto y estimular a la persona a hacerlo si creemos que es el momento adecuado. No hay que olvidar que el tiempo que una persona necesita es absolutamente individual.

Se recomienda intentar hablar también sobre los sentimientos que se tienen hacia el fallecido, aunque puedan ser ambivalentes (amor y odio/culpa y bronca) y a que será de ayuda en el proceso. El paciente percibe cuando encuentra un lugar y una persona dispuesta a escuchar y a acompañarlo. Seguramente habrá sentimientos no fácilmente confesables, como son la rabia, el enojo, la culpa y la impotencia; pero la posibilidad de expresarlos e ir encontrándoles un sentido, aliviará y facilitará el trabajo de duelo.

Ejemplo:

Una mujer viuda que al año de la muerte de su marido lloraba con intensa angustia, al mismo tiempo relataba la realidad económica tan difícil en la que había quedado y que la obligaba a desplegar una actividad con fuerzas que no contaba. Frente a la intervención del médico:

-¡Con que lío la dejó!

pudo empezar a decir cuantas veces lo había pensado y el enojo que esto le producía, sin poder compartirlo con nadie, lo que le generaba una gran culpa.

En general, los sentimientos negativos son de difícil aceptación para el duelante. Por eso es importante ayudar a expresarlos diciendo que están dentro de lo esperable y que no hay por qué censurarlos.

A veces el enojo está ubicado en otro lado, en otras personas o situaciones, o bien se manifiesta a través de un mal humor difuso. En estos casos es importante hablarlo para intentar encontrarle un sentido. El desplazamiento del enojo puede también volverse hacia uno mismo y sentirse como culpa o depresión, pudiendo a veces aparecer ideas suicidas. En otras situaciones, el deseo de morir no está asociado a sentimientos culposos sino a sostener la ilusión de reencontrarse con el muerto.

El médico no debe temer hablar, generar la posibilidad de poder expresar lo que el paciente siente, siempre dándole tiempo y sin forzarlo.

Muchas veces no es conciente para el paciente todo lo que esta situación le produce. Por eso, mediante preguntas simples, pueden llegar a aparecer los sentimientos y como hemos dicho anteriormente, es importante encontrar el sentido del dolor, de las lágrimas, de la culpa, de la rabia o de cualquier otro sentimiento que sabemos que está presente en todo duelo normal. Cuando decimos "encontrar el sentido" pensamos que no alcanza sólo la expresión de lo que se siente, sino saber que con la pérdida de un ser querido no sólo se pierde a la persona, sino todo lo que esa persona significaba para uno. Es decir, qué función cumplía dicha persona (muchas veces de sostén para el sujeto) cualquiera fuese el rol que desempeñara y no necesariamente el de amparador. En ciertas situaciones, funcionar uno mismo cuidando del otro da una función en la vida que se pierde al no tener más a quien proteger. Las posibilidades son muchas, hay que revisar en cada situación y caso por caso.

OBJETIVOS TERAPUTICOS DEL MEDICO

Se debe intentar que el paciente establezca una relación entre la tristeza que siente y la conciencia de lo que perdió, dirigiendo la rabia y el enojo en forma apropiada y eficaz, evaluando y resolviendo la culpa, e identificando la ansiedad y sus posibles fuentes mencionadas (pensar que no va a poder continuar la vida solo y/o de la conciencia de la propia muerte).

Por último, es importante que el médico pueda reconocer sus limitaciones personales en el acompañamiento del duelo. La situación puede complicarse si el profesional no cuenta con el conocimiento necesario, o se encuentra con un paciente que,

además, presenta múltiples comorbilidades, a menudo agravadas por la pérdida. En estos casos puede ser de gran ayuda la intervención de un psicoterapeuta.

En cuanto al uso de medicación en los pacientes que están cursando un duelo normal, el consenso general es tratar de utilizarlas en la forma más moderada posible y sólo para aliviar el insomnio y la ansiedad y no para aliviar los sentimientos depresivos; siendo por lo tanto desaconsejable dar medicación antidepressiva en la fase aguda del duelo. Esta recomendación se fundamenta en que no suelen producir alivio y además pueden preparar el terreno para un duelo patológico (Tomas Haackett). Esta situación sería diferente en depresiones mayores, donde la medicación cumpliría una función importante.

Para finalizar entregamos al lector un caso clínico real donde se observan algunos de los elementos semiológicos del proceso de duelo normal y las intervenciones pertinentes del profesional de la salud.

Ejemplo

Teresa tiene 58 años y quedó viuda hace dos. Siempre fue sana y muy activa, con pocos factores de riesgo (dislipemia tratada con dieta y gimnasia). Sus consultas eran, en general, para realizar las prácticas preventivas. Recuerdo que la primera vez que me consultó luego de la muerte de su esposo (muerte súbita y 15 años mayor que ella) hacía apenas un mes del suceso y vino por un "control de salud". Habían vivido 35 años juntos y había sido su "primer y único amor". Estaba arreglada, casi coqueta como siempre, y durante toda la entrevista repetía que tenía que seguir adelante, que quería hacer cambios en la casa, que había tenido un hermoso matrimonio, que extrañaba a su esposo, que a veces por la noche lloraba, pero que estas eran cosas de la vida y que ella no se pensaba derrumbar. Ya había encargado cortinas nuevas para el living y estaba pensando en cambiar algunos muebles. Las hijas

y yernos la apoyaban y le decían que le admiraban la entereza. Además de revisarla y decirle que la encontraba físicamente bien, le pregunté cómo había fallecido el marido, dónde estaba y quién lo había encontrado. Me contestó que luego de desayunar, estaba en el living leyendo el diario y se quedó como dormido. Le comenté que si bien el esposo era mayor y enfermo coronario, sería lógico pensar que ella podría tener miedo de que le ocurriera algo parecido, aunque sabíamos conscientemente que esto era muy poco probable, dado su bajo perfil de riesgo. Ella reconoció que lo había pensado y que por eso quería hacerse un "chequeo de rutina" completo. Al finalizar la entrevista le advertí que no se asustara si se sentía muy triste o tenía muchas ganas de llorar, que era normal y que no por eso iba a derrumbarse. Le ofrecí además que podía venir a verme para hablar de estas cosas.

Al mes volvió Teresa con los resultados de los análisis y su cara denotaba una enorme tristeza, tenía los ojos enrojecidos y en el rostro, ni una gota de pintura. Usaba grandes anteojos negros. Lloraba con facilidad. Toda la consulta habló de cuánto extrañaba a su esposo, me contó cómo se conocieron y relató algunos de los lindos momentos que habían vivido juntos. Lo recordaba como un marido ejemplar y un padre amoroso de sus hijas. No tenía ganas de emprender proyectos y prefería quedarse en familia o con amigos. Dormía a la noche, aunque se despertaba más de lo habitual. Había vaciado el ropero del marido pero había llenado la casa con sus fotos.

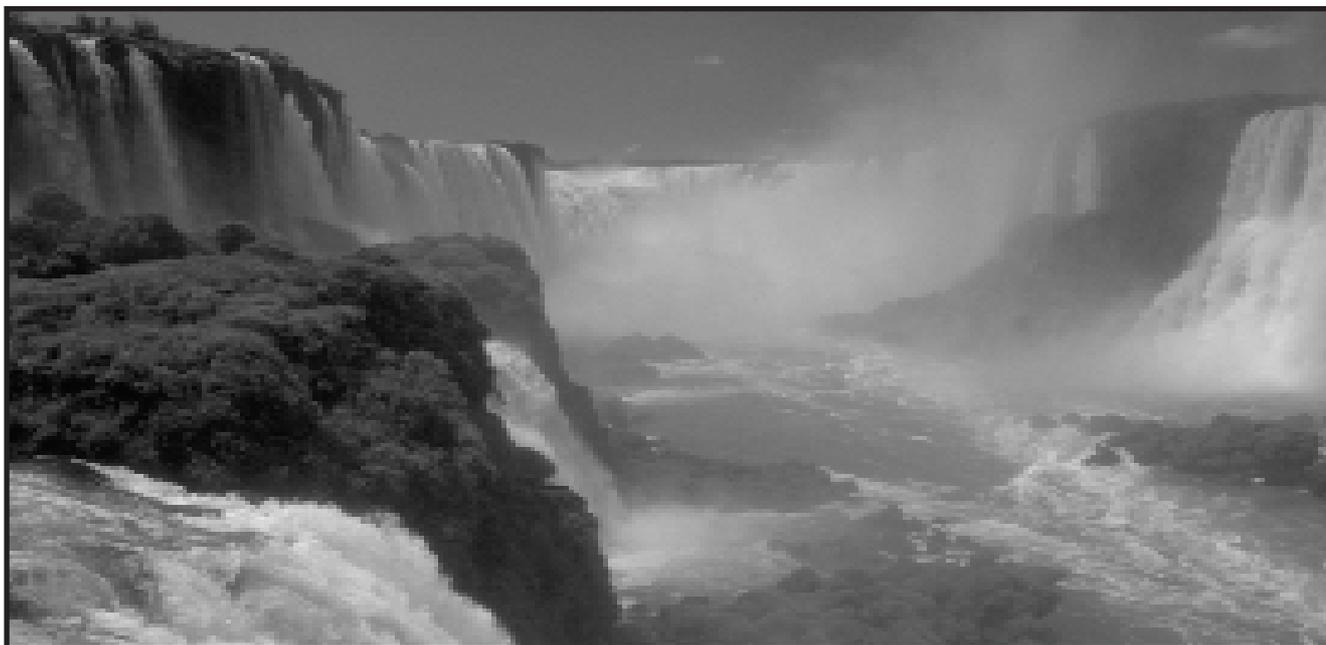
La fui viendo cada tanto, cada mes al principio y luego en forma más espaciada. Comenzaron a aparecer las ganas de hacer cosas, tuvo que aprender distintas tareas de las que se encargaba el esposo (ej. pagar las cuentas, llevar el auto al taller).

Hace 15 días vino a un control y me contó que hace un tiempo se reencontró con un viejo amigo y empezaron a salir. Considera que se enamoró nuevamente y actualmente están con planes y proyectos juntos.

Lic. Silvia Chajud, Dra. Judith Estremero [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano De Buenos Aires]

Bibliografía

- Bleichmar H. Avances en psicoterapiapsicoanalítica Paidós 1997
Freud S. Duelo y Melancolía 1915. Obras Completas tomo XIV. Amorrortu 1979
Worden W. El tratamiento del Duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós 1997



Gentileza Secretaría de Turismo de Nación