

Cuidados primarios de duelo

Fecha de la última revisión: **06/02/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

¿Qué es el duelo?

El duelo humano tras la muerte de un ser querido, es un proceso natural de ajuste y adaptación a la pérdida, totalmente “único” en cada persona y cambiante a lo largo del tiempo. No es una enfermedad y no necesita tratamiento, pero es un acontecimiento vital estresante de primer orden, que puede desencadenar problemas de salud serios en las personas que lo viven. La muerte del hijo/a y la del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar un ser humano.

Si consideramos tres años el tiempo en el que se producen las manifestaciones más severas del duelo, un tamaño medio familiar de 2,76 y una tasa bruta de mortalidad del 9‰, se puede estimar una prevalencia de duelo en la población general en torno al 5%.

El duelo y la Atención Primaria de Salud

Pensamos (García-García JA, 2005; García-García JA, 2006; Garcia JA, 2015) junto con otros autores (Ghesquiere AR, 2014; Prigerson HG, 2008; Nagraj S, 2011; Saunderson EM, 1999), que la atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo.

En la atención comunitaria del duelo son cruciales la familia, amigos, vecinos, dolientes que ayudan a otros dolientes, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, etc., pero el médico de familia (MF) es un cuidador privilegiado (Nagraj S, 2011) ya que es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden normalmente los dolientes y el único que puede atender los problemas físicos, el dolor emocional, la disfunción y la incapacidad que conlleva el proceso del duelo y, a la vez, mantener una circunstancia social normalizada, que no implica el estigma, ni el concepto de enfermedad que tiene la consulta de salud mental.

Para atender de manera competente esta demanda, el médico de familia, necesita disponer de una serie de conocimientos y habilidades específicos, indispensables para ser utilizados en atención primaria. Nosotros proponemos los **Cuidados Primarios de Duelo (CPD)** y los definimos por ser integrales, accesibles, coordinados con otros niveles asistenciales, longitudinales en el tiempo y basados en técnicas psicoemocionales básicas, fundamentalmente el asesoramiento psicológico.

Cronología del duelo

El duelo es como un camino que el doliente tiene que atravesar. Comienza habitualmente antes del fallecimiento (ante la amenaza de pérdida, cuando al ser querido se le diagnostica de una enfermedad potencialmente fatal), o ante la pérdida misma (en el caso de muertes más o menos bruscas), pero no se sabe cuándo acaba, quizá nunca.

Cada doliente va a recorrer un camino diferente cuya trayectoria presenta una enorme variabilidad, que va a depender de si el fallecido era un hijo/a, la pareja, el padre/madre, el hermano/a, un amigo/a, un conocido/a, etc., y de las múltiples circunstancias vitales que rodean a esa persona.

Sin embargo, y a pesar de esa gran variabilidad, se pueden describir a grandes rasgos, distintos periodos de tiempo característicos a lo largo del proceso, que nos ayudarán a entenderlo, aunque esto suponga una fragmentación artificiosa de un “continuo único”:

Duelo anticipado (premuerte). Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico de una muerte cercana, y la negación del paciente y su familia, mantenida en mayor o menor grado hasta el final; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente frente a la pérdida (Block SD, 2009) (ver: [Educación para una muerte y duelo saludables](#) y [Atención al paciente y su familia en el final de la vida y muerte/perimuerte](#)) y deja profundas huellas en la memoria de la familia.

Duelo agudo (muerte y perimuerte). Son momentos intensísimos y excepcionales. Tras la muerte, esperada o no, siempre ocurre una situación inicial de choque emocional, a veces llanto incontrolado, bloqueo, embotamiento, aturdimiento e incredulidad (Block SD, 2009), que protege al nuevo doliente de un derrumbe catastrófico de la psique. El doliente está como en una nube y no se da apenas cuenta de lo que le está ocurriendo, es casi un robot, actúa automáticamente.

Duelo temprano. Desde semanas, hasta unos tres meses después de la muerte. Es un tiempo de negación, de búsqueda del fallecido, de estallidos de rabia, de intensas oleadas de dolor y llanto, de profundo sufrimiento y de miedo a afrontar la vida en soledad.

El doliente puede ser capaz de llegar a reconocer la realidad de la muerte a un nivel racional, pero no todavía a un nivel emocional (Block SD, 2009), y comienza la constatación continua de la ausencia en situaciones cotidianas, que va generando una enorme frustración, dolor y añoranza. Se va implantando la idea de que esto es “para siempre”, que “no volverá nunca”, que “no le volveré a ver”, que “ya nada será como antes”, etc. Se comienza a experimentar lo que es vivir en soledad, y se va asentando la tristeza como un sentimiento predominante.

Duelo intermedio. Desde meses hasta años después de la muerte. Es un tiempo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años.

Este período se puede definir como una “montaña rusa emocional” y cada caída, después de la anterior subida, produce desesperanza, ya que parece que se vuelve

al principio o incluso se encuentra peor, hasta la siguiente subida. Estas subidas y bajadas con el tiempo se hacen menos pronunciadas.

Es una etapa de tormentas emocionales y vivencias contradictorias, de búsqueda, de presencias, culpas y autorreproches, a veces de rabia, donde la soledad, la tristeza, la añoranza, están siempre presentes y continúan las punzadas de dolor intenso, casi físico, que llegan en oleadas incontenibles, que le asaltan en cualquier momento (Block SD, 2009).

Con la vivencia de la nueva rutina se va implantando progresivamente la realidad de la pérdida (Block SD, 2009), con todos sus matices, apareciendo múltiples duelos cíclicos en el primer año (aniversarios, fiestas, vacaciones, etc.), y la pérdida de los roles desarrollados por el difunto (confidente, amante, compañero, el “chapuzas”, etc.).

Es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos, etc. A veces es la primera experiencia de vivir en soledad, y es frecuente no volver a tener contacto físico íntimo, ni manifestaciones afectivas con otra persona.

También es frecuente la aparición de sentimientos positivos, de amor, mezclados con la añoranza y el recuerdo, muchas veces idealizado, del fallecido/a.

Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven (cambio de estatus social, dejar de ser pareja, etc.) y se establecen unos nuevos, que van a tener en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida.

Finalmente los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Se descubre que todo se ha transformado, que ya no existe el “antes” que se conocía, se construye un nuevo mundo interior que se había hecho pedazos y se empieza a mirar hacia delante, el futuro aparece otra vez en el horizonte.

Varios autores sitúan en el sexto mes el comienzo de la recuperación (Block SD, 2009; Bonanno GA, 2002; Maciejewski PK, 2007; Ott CH, 2003), pero este período puede durar entre uno y cuatro años.

Duelo tardío. Transcurridos entre 1 y 4 años, el doliente puede haber establecido un nuevo modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimientos y conductas que pueden ser tan gratos como antes. Sin embargo para algunas personas la rabia, la culpa o las presencias persisten durante muchos años y para otros, sentimientos como la soledad, la tristeza y la añoranza pueden permanecer para siempre, aunque ya no son tan invalidantes como al principio. Se empieza a vivir pensando en el futuro y no en el pasado.

Duelo latente (con el tiempo...). A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, la cicatriz psicológica se va a mantener siempre y no se recobra la mente preduelo (Olmeda MS, 1998), aunque sí parece llegarse, con el tiempo, a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se puede reactivar en cualquier momento ante estímulos que recuerden.

Factores que dificultan y favorecen la evolución del proceso de duelo

La muerte siempre va asociada a una serie de circunstancias, que en conjunto pueden ser consideradas como normales, en el sentido de que no añaden por sí mismas dificultades a las ya propias del duelo, o por el contrario pueden complicarlo enormemente.

Podemos considerar predictores de malos resultados o de dificultades en la elaboración del duelo, los siguientes (Block SD, 2009; Genevro JL, 2004; Kristjanson L, 2006; Shear MK, 2015; Shear MK, 2016) dependiendo de:

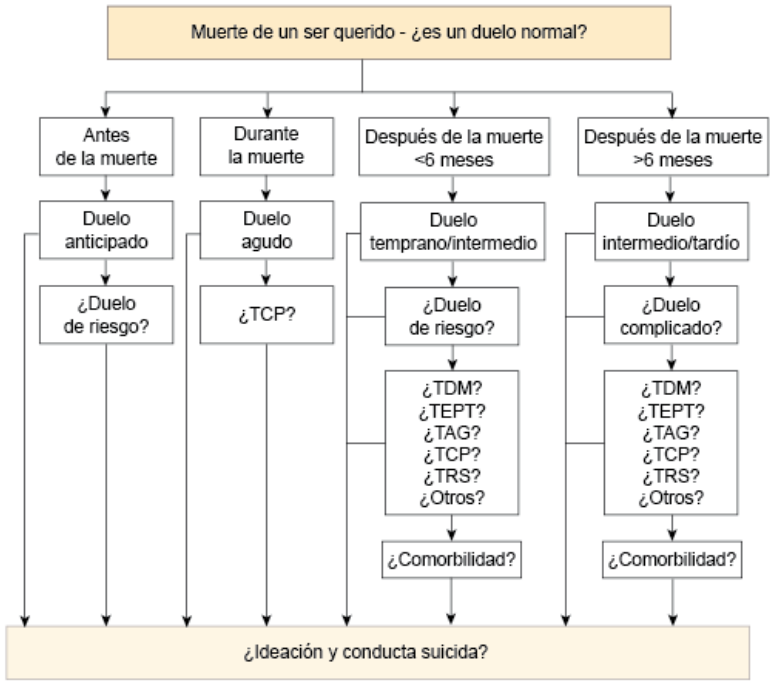
1. Quién era el fallecido:
 - Niño/a o adolescente (joven en general con respecto al doliente).
 - Pérdidas no reconocidas socialmente, como muertes perinatales, abortos, la pareja en uniones homosexuales (todavía hoy en día), amantes..., son duelos “ocultos”.
2. Quién es el doliente:
 - Edades tempranas o tardías de la vida.
 - Relación familiar con el fallecido (la gradación de más a menos riesgo es: haber perdido a un hijo/a, la pareja, padre/madre, hermano/a,...).
 - Demasiado dependiente.
 - Historia previa de duelos difíciles o complicados.
 - Depresión u otras enfermedades somáticas o mentales asociadas.
3. Relación entre ellos:
 - Ambivalente o conflictiva.
 - Exclusiva, con escasos contactos con otras personas.
4. Causa de la muerte:
 - Repentina o inesperada (muerte súbita, accidente, etc.).
 - Duración excesivamente corta de la enfermedad (días, semanas, etc.).
 - Muerte tras una larga enfermedad terminal.
 - Entorno de final de vida con mal control de síntomas.
 - Muerte por SIDA.
 - Circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, homicidio, secuestro, violación, etc.).
 - Pérdidas múltiples.
 - Pérdidas inciertas (no aparece el cadáver).
5. Entorno sociofamiliar del doliente:
 - Escasos recursos personales como trabajo, aficiones, etc.
 - Responsabilidades ineludibles (cuidado de hijos pequeños, minusválidos, etc.).
 - Vivir solo/a.
 - Poco apoyo sociofamiliar real o sentido.
 - Crisis concurrentes (laborales, económicas, judiciales, etc.).
 - Alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo (emigrantes).

También hay otros factores que se pueden considerar como favorecedores del duelo (Genevro JL, 2004):

- Presencia de recursos personales, trabajo, aficiones, etc.
- Personalidad madura e independiente.
- Visión optimista de la vida.
- Capacidad de comprensión de los otros, ser capaz de sentir empatía.

- Tolerancia a las adversidades.
- Ser capaz de expresar pensamientos, sentimientos y emociones.
- Habilidades sociales, amigos, etc.
- Entorno familiar que permita la expresión de sentimientos.
- Participación en las tareas de los cuidados al final de la vida.
- Que el fallecido haya hecho una previsión del entorno final de su vida compartido con sus familiares (documento de voluntades anticipadas, deseos con respecto al final de la vida, etc.).

¿Cómo se diagnostica?



Algoritmo diagnóstico de duelo

TCP (Trastorno por Crisis de Pánico); TDM (Trastorno Depresivo Mayor); TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático); TAG (Trastorno por Ansiedad Generalizada); TRS (Trastorno Relacionado con Sustancias)

Duelo normal

El duelo tras la muerte de un ser querido es, por un lado, una experiencia intelectual y emocional intensísima, muy perturbadora, desequilibrante y a veces devastadora y por otro, un proceso de adaptación a la pérdida condicionado por las circunstancias socioculturales, espirituales y religiosas del momento, que habitualmente conduce a su integración en la psique del individuo.

Duelo de riesgo

El duelo de riesgo es un duelo asociado a circunstancias, que lo hacen especialmente difícil y que probablemente requiera de más atención y vigilancia, por parte de los profesionales sanitarios, para detectar precozmente cualquier situación problemática y así evitar que se complique (Aoun SM, 2015).

Duelo complicado

Aunque la mayoría de las personas en duelo se sobreponen a la pérdida e incluso se crecen en la adversidad, aproximadamente un 10%-20% de los dolientes presentan importantes dificultades (Kristjanson L, 2006; Shear MK, 2016).

El duelo se puede complicar con problemas de salud tales como: Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno por Crisis de Pánico (TCP), Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Trastornos Relacionados con Sustancias (TRS) y otras conductas adictivas (alcohol, hipnóticos, ansiolíticos, sedantes, etc.), y/o por un Duelo Complicado (DC) (Shear MK, 2016).

El DC es a veces muy difícil de diferenciar de un TDM o un TEPT, y en muchas ocasiones se solapa con ellos.

El DC es un duelo anormalmente prolongado e intenso, que incapacita de una u otra manera a la persona que lo sufre y, como tal, es un trastorno mental único e identificable en base a unos criterios diagnósticos.

Aunque, actualmente, siguen vigentes los criterios de DC publicados en la versión anterior de esta guía (Prigerson HG, 2009), en la 5ª edición (2013) del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) se han publicado unos criterios muy similares a éstos con la denominación de Trastorno por Duelo Complejo y Persistente (TDCP), en la sección III, dentro de los trastornos pendientes de revisar.

Debido a que no hay una clara definición del DC, su prevalencia resulta muy variable: en población general entre 2-5%, en población psiquiátrica 20% y en población en duelo un 10-60% (tras pérdida conyugal 10-20%, tras suicidio, homicidio o catástrofe 20-40% y tras la pérdida de un hijo 60%) (Shear MK, 2016).

Criterios de DC propuestos por Prigerson (Prigerson HG, 2009):

Criterio A. Evento: duelo (haberse producido la pérdida de alguien significativo).

Criterio B. Ansiedad por la separación: presentar, diariamente o de manera intensa, añoranza por el ser querido perdido (por ejemplo: anhelar su presencia, tener

intensos sentimientos de dolor emocional, pena o “punzadas” de aflicción en relación a él/ella, recordar su ausencia con una enorme y profunda tristeza, o padecer sufrimiento emocional o físico por el deseo -no satisfecho- de reunirse con él/ella).

Criterio C. Síntomas cognitivos, emocionales y conductuales: presentar a diario o intensamente al menos 5 de los siguientes síntomas:

1. Estar confuso acerca de cuál es el papel de uno en la vida, o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
3. Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto.
4. Sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento.
5. Estar amargado o enfadado en relación con el fallecimiento.
6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida (por ejemplo hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
7. Sentirse frío e insensible -emocionalmente plano- desde el fallecimiento.
8. Sentirse frustrado en la vida, vacío y sinsentido desde la pérdida.
9. Sentirse como “atontado”, aturdido o conmocionado desde la pérdida.

Criterio D. Duración: el diagnóstico no debiera hacerse hasta que -por lo menos- no hubieran transcurrido 6 meses desde de la pérdida.

Criterio E. Deterioro: el trastorno causa un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes de la vida (por ejemplo responsabilidades domésticas).

Criterio F. Relación con otros trastornos mentales: la sintomatología no se explica por un TAG, TDM o TEPT.

Para poder diagnosticar de DC se deben cumplir los 6 criterios (A + B + C + D + E + F).

Morbimortalidad asociada al duelo

El duelo se relaciona con:

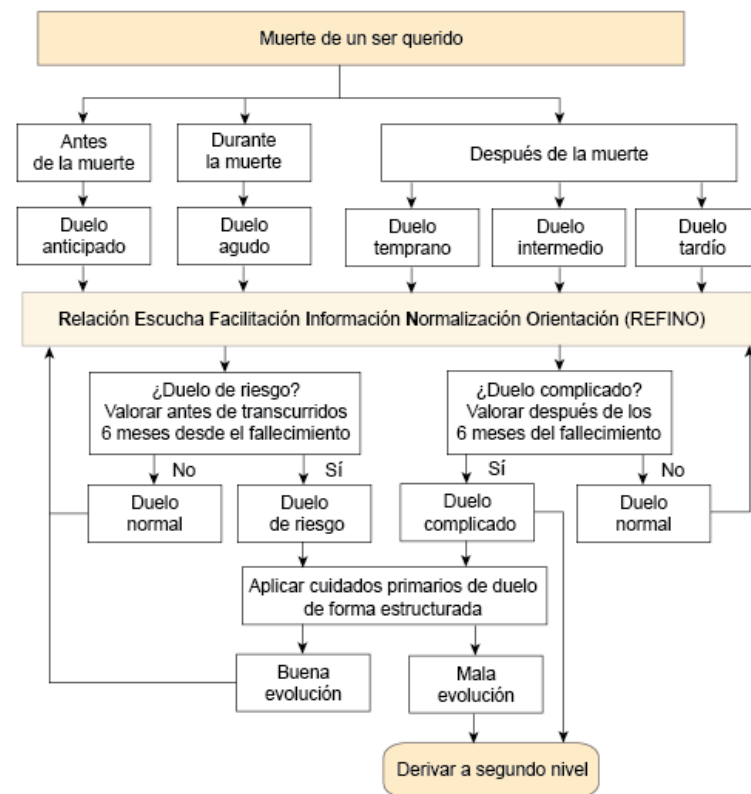
- Conductas poco saludables como malos hábitos dietéticos o aumento del consumo de alcohol, mala calidad del sueño y pérdida de peso (Jordan AH, 2014; King M, 2013; Shear MK, 2015; Shear MK, 2016).
- Enfermedades somáticas como la cardiomiopatía por estrés y el infarto de miocardio (Shear MK, 2016).
- Problemas de salud mental tales como:
 - DC entre un 10-60% (Jordan AH, 2014; King M, 2013; Shear MK, 2015; Shear MK, 2016).
 - TDM entre un 22-31% en duelo normal (Onrust SA, 2006) y 50% en DC (Simon NM, 2007; Simon NM, 2011).
 - TEPT entre un 13-28% en duelo normal (Onrust SA, 2006) y un 30-50% en DC (Simon NM, 2007; Simon NM, 2011).
 - TAG entre un 22-31% tanto en duelo normal (Onrust SA, 2006) como en DC (Simon NM, 2007; Simon NM, 2011).
 - TCP en el 10% en duelo normal (Onrust SA, 2006) y entre un 10-20% en DC (Simon NM, 2007; Simon NM, 2011).
 - Trastornos relacionados con consumo de sustancias (Simon NM, 2013).
 - Trastornos del sueño, manía y/o psicosis.
- Riesgo de suicidio: el duelo es un factor de riesgo independiente en la ideación y conducta suicida, que aparece entre el 4-24% de las personas en duelo normal y en el 40-60% de las personas con DC (Nic an Fhailí MN, 2016; Shear MK, 2016).
En duelo normal y sobre todo en duelo complicado, es fundamental abordar esta circunstancia, sobre todo cuando hay otros factores de riesgo asociados.
- Mortalidad: en la viudedad aumenta un 11% durante los dos primeros años tras la pérdida y se produce sobre todo por problemas relacionados con el consumo de alcohol, suicidio, eventos cardiovasculares y/o neoplasias; entre padres que han perdido a un hijo, este incremento se mantiene incluso hasta 9-18 años después de la pérdida (Shear MK, 2016).

Diagnóstico diferencial

Es muy importante distinguir entre el duelo normal que no es un trastorno mental y el duelo complicado, el TDM o el TEPT.

- En el duelo normal lo más característico es que todos los pensamientos, emociones y conductas giran alrededor del fallecido y se tiñen de una inmensa añoranza y una enorme y profunda tristeza. En el duelo complicado, sin embargo, predominan los pensamientos obsesivos y la rumiación sobre determinados aspectos y circunstancias de la muerte, la excesiva evitación de todo lo que recuerda a la persona fallecida y una gran dificultad para regular las emociones, persistiendo al menos 6 meses después de la pérdida y provocando una importante alteración de la cotidianeidad (Jordan AH, 2014; King M, 2013; Shear MK, 2015; Shear MK, 2016).
- En el duelo normal y en la depresión aparecen tristeza, culpa, insomnio y dificultades para experimentar emociones positivas. Sin embargo, en el duelo la tristeza es intermitente, viene a golpes, y entre medias pueden aparecer emociones positivas, pero en el TDM la tristeza es constante e impregna completamente el estado de ánimo del paciente, sintiéndose miserable. En el duelo la culpa tiene que ver con la relación con el fallecido o las circunstancias de su muerte, y en la depresión la culpa surge de una sensación constante de fracaso, inutilidad u odio hacia uno mismo. En el duelo el sueño se altera por las preocupaciones sobre lo que ocurrirá sin la persona fallecida, en la depresión el insomnio es un despertar temprano y las preocupaciones son constantes. En el duelo la persona puede imaginar una vida feliz al lado de la persona fallecida, en la depresión no se puede imaginar una vida feliz de ninguna manera. La ideación suicida en el duelo tiene que ver con un deseo de reencuentro, haberse muerto en su lugar o que una vida sin el fallecido no merece la pena, sin embargo en la depresión la ideación suicida tiene que ver con el desánimo producido por los pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Jordan AH, 2014; King M, 2013; Shear MK, 2015; Shear MK, 2016).
- En el duelo normal y en el TEPT aparecen pensamientos intrusivos, evitación y dificultades para regular las emociones. En el duelo lo característico es la añoranza y la tristeza en relación al fallecido y en el TEPT es el miedo, el miedo a una amenaza recurrente, por eso se evita y se está extremadamente vigilante (Jordan AH, 2014; King M, 2013; Shear MK, 2015; Shear MK, 2016).

¿Cómo se trata?



Algoritmo intervención en duelo

Cuidados primarios de duelo

Los Cuidados Primarios de Duelo (CPD) (García-García JA, 2005; García-García JA, 2006; García JA, 2013; García JA, 2015) son una guía de actuación para profesionales sanitarios, orientada a la ayuda a personas en duelo desde atención primaria, que proporcionan un marco de referencia y un bagaje de habilidades que nos permiten trabajar con los dolientes y adaptarnos a sus necesidades.

Proponemos como marco de referencia unas premisas:

- La educación para la muerte debe ser una parte ineludible de nuestra formación (ver: [Educación para una muerte y duelo saludables](#)).
- Debemos abordar el tema de la muerte en las consultas, en alguna ocasión, no solo ante enfermedades graves o en situaciones de terminalidad (ver: [Educación para una muerte y duelo saludables](#)).
- Asumir que inevitablemente intervenimos en duelo siempre que estamos en relación directa o indirecta con personas que están al final de su vida y/o con sus familiares (ver: [Atención al paciente y su familia en el final de la vida y muerte/perimuerte](#)).

Nuestro bagaje de habilidades:

- En nuestras intervenciones rutinarias, por cualquier motivo de consulta, en mayor o menor medida aplicamos la relación, la escucha, facilitamos, informamos, normalizamos y orientamos; es lo que llamamos “factores inespecíficos de la intervención” de importante potencial terapéutico. El acrónimo REFINO nos ayuda a recordar estas técnicas básicas, para así tomar consciencia de ello y tratar de llenar de contenido, la “R”, la “E”,...
- Cuando estamos trabajando con personas en duelo todos estos apartados pueden tener una orientación más precisa, pero sobre todo la información, normalización y orientación serán mucho más ricas en contenidos si el profesional tiene una formación específica en duelo (CPD).

Modelo de intervención:

- Actitud personal de estar dispuesto a hablar de sentimientos y emociones, de la muerte, de los muertos, de creencias, de la espiritualidad, etc., con los dolientes que así lo deseen.
- Intervención selectiva según las necesidades de la persona en duelo:
 - Una intervención mínima o “inevitable” en duelo normal.
 - Una intervención algo más estructurada en duelo de riesgo.
 - Una intervención manifiestamente estructurada (ver: [Guía para unos cuidados primarios de duelo estructurados, aplicables en duelo de riesgo o duelo complicado](#)), en duelo complicado, o su derivación a un nivel especializado.

Todos los profesionales del sistema de salud, deberían acceder en la universidad, y por supuesto en postgrado, a una formación básica sobre la muerte, habilidades relacionales y comunicación sanitaria, que le serán, en general, de gran utilidad tanto a nivel personal como profesional, sobre todo en el caso del duelo, por la especial vulnerabilidad que presentan pacientes y familiares en el entorno de la muerte.

La atención al duelo comienza, la mayoría de las veces, en vida del enfermo, y los propios cuidados paliativos se constituyen, en sí mismos, en cuidados de duelo.

Por el mero hecho de relacionarnos con pacientes y/o familias que están en el entorno de la muerte, estamos interviniendo “inevitablemente” en su duelo, porque la “no intervención” -como la “no comunicación”- no existe. Cuando se comunica el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, cuando se habla con los familiares para informarles de que las cosas no van tan bien o se les explica cómo se administra una medicación... ¡estamos interviniendo en duelo!...

Estas “intervenciones inevitables” tan nuestras, tan cotidianas, tan del día a día, estas “conversaciones terapéuticas improvisadas” tienen detrás unos factores inespecíficos que se pueden estudiar y aprender, y que, sobre todo, nos pueden ayudar a comprender.

¿Cuáles son estas “técnicas básicas” o “factores inespecíficos”, presentes en cualquier encuentro “terapéutico” y que usamos de manera inconsciente? En cualquier

encuentro profesional, intuitivamente y sin querer, nos relacionamos, escuchamos, facilitamos, informamos, normalizamos y orientamos. Esta misma idea es compartida por toda una escuela de psicología que aboga por ello (Frank JD, 1974; Grencavage LM, 1990; Rosenzweig S, 1936). Es lo que llamamos de una manera muy simplista, el “modelo de modelos” o “modelo REFINO” (R de relación, E de escucha, F de facilitación, I de información, N de normalización y O de orientación).

El acrónimo REFINO es útil para recordar lo que debemos tener en cuenta, cuando mantenemos una consulta o una conversación casual con el familiar, o hacemos la cura de una úlcera al enfermo, etc., en esos “encuentros inevitables”, a veces tan intensos emocionalmente, podemos pararnos un poco y preguntarnos, ¿estoy haciendo el REFINO?

Con este REFINO enriquecido de contenidos específicos de duelo, los médicos de familia pueden proporcionar cuidados básicos a los dolientes, valorar los factores de riesgo, comprender y explorar sus necesidades, etc., y poder saber si se encuentran ante personas con un duelo normal, de riesgo o complicado.

Duelo normal

Las personas en duelo normal solamente necesitan del apoyo informal de sus familiares, amigos y conocidos porque el duelo normal no requiere tratamiento (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; NICE, 2004; Shear MK, 2016). Las intervenciones estructuradas dirigidas a personas en duelo normal no son eficaces (Currier JM, 2008; Ghesquiere AR, 2014; Nagraj S, 2011; Shear MK, 2016; Waller A, 2016; Wimpenny P, 2006; Wittouck C, 2011) e incluso pueden resultar perjudiciales (Currier JM, 2008; García JA, 2013; Shear MK, 2016; Waller A, 2016).

Los profesionales sanitarios pueden valorar la oportunidad o no de determinadas actuaciones como telefonar a la familia para interesarse por su estado, responder a dudas, escribir una carta de condolencia, estar alerta de ideaciones suicidas, informar sobre evolución habitual del duelo, normalizar respuestas, evitar culpas, aconsejar para que no se tomen decisiones precipitadas e irreversibles, como venta de piso, ofrecer la posibilidad de futuras consultas (ver: [Atención al paciente y su familia en el final de la vida y muerte/perimuerte](#)) y valorar la posibilidad de utilizar los documentos [Información para el doliente principal](#) e [Información para los familiares y entorno social próximo del doliente principal](#) con consejos para dolientes y familiares.

Duelo de riesgo

El duelo de riesgo es un duelo normal, y en este sentido tampoco requiere tratamiento. Las intervenciones estructuradas dirigidas a personas en duelo de riesgo son de dudosa eficacia (Currier JM, 2008; Waller A, 2016; Wittouck C, 2011; Wimpenny P, 2006).

En niños (especialmente en las niñas) y adolescentes, estrategias como la de proporcionar información y educación en duelo, dar la oportunidad de expresar sentimientos, recordar y conmemorar el aniversario de la muerte, facilitar y mejorar la comunicación en la familia, parecen ser eficaces (Currier JM, 2007; Rosner R, 2010).

Los dolientes etiquetados de riesgo o con duelos especialmente difíciles, además del apoyo informal de sus familiares, amigos y conocidos, quizá necesiten de una oportunidad más formal para reflexionar sobre su pérdida; esta labor la pueden desarrollar voluntarios, asesores espirituales u otros dolientes que -como ellos- también han sufrido la pérdida de un ser querido (asociaciones de autoayuda y/o grupos de ayuda mutua) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; NICE, 2004; Shear MK, 2016).

Los profesionales del sistema de salud además de aplicar el REFINO pueden proporcionar a los dolientes de riesgo o a quienes lo necesiten, apoyo emocional básico extra y un seguimiento más estructurado del proceso, estando en todo momento muy atentos a la detección precoz de problemas asociados al duelo por si fuera necesaria una atención más especializada (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; NICE, 2004).

Pueden ser muy útiles los documentos [Información para el doliente principal](#) e [Información para los familiares y entorno social próximo del doliente principal](#) con consejos para dolientes y familiares.

Duelo complicado

El duelo complicado (TDCP o Trastorno por Duelo Complejo y Persistente) es un duelo patológico, y como tal requiere tratamiento (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; NICE, 2004; Shear MK, 2016; Wittouck C, 2011).

Las intervenciones profesionales y estructuradas dirigidas específicamente a personas con duelo complicado, aunque no hay mucha evidencia, parecen ser eficaces (Currier JM, 2008; Ghesquiere AR, 2014; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; Nagraj S, 2011; Shear MK, 2016; Waller A, 2016; Wimpenny P, 2006; Wittouck C, 2011); el análisis de los datos refleja un efecto positivo con terapias de orientación psicoanalítica o cognitivo-conductual, por ejemplo la Terapia Cognitivo Conductual de Duelo Complicado Individual (Shear MK, 2016) y Grupal (Supiano KP, 2014); y en el caso de depresión asociada al duelo, con antidepresivos tricíclicos ([nortriptilina](#)) y psicoterapia (Bui E, 2012; Shear MK, 2016).

Las personas con duelo complicado, además del apoyo informal de sus familiares, amigos y conocidos, y de una atención más formal por parte de voluntarios, asesores espirituales, etc., necesitarán de una intervención profesional psicoterápica específica y estructurada (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; NICE, 2004; Shear MK, 2016; Wittouck C, 2011).

Los profesionales del sistema de salud que atiendan a personas en duelo complicado además de seguir aplicando el REFINO, proporcionarán un tratamiento psicoterápico estructurado (ver: [Guía para unos cuidados primarios de duelo estructurados, aplicables en duelo de riesgo o duelo complicado](#)) y en este caso los profesionales serán médicos, psiquiatras, psicólogos o psicoterapeutas expertos en duelo.

Otras situaciones

Hay situaciones que requieren de una valoración especial, para decidir nuestra actuación:

- Cuando el doliente pide ayuda expresa para su proceso.
- Si el profesional valora que la ayuda es necesaria.

En estos casos se puede ofrecer, ya sea una o varias entrevistas prolongadas, en las que aplicaremos el REFINO para conocer mejor la situación y actuar en consecuencia.

Modelo de intervención en CPD:

A. Anamnesis específica: perfil de duelo.

Se debe de hacer en la primera entrevista una anamnesis orientada a explorar todos los factores que pueden ser determinantes en la evolución del duelo:

- Datos generales: edad y nombres del fallecido y doliente, fecha de fallecimiento, cumpleaños, aniversarios, etc.
- Datos sociofamiliares: genograma, relaciones familiares, amigos, situación económica, etc.
- Antecedentes personales: problemas de salud psicofísicos, elaboración de posibles duelos previos, coincidencia de otros problemas (economía, trabajo, familia, amigos, etc.), tiempo de convivencia, tipo de relación con el fallecido, etc.
- Evolución del proceso del duelo: causa y lugar del fallecimiento, cómo fue la última fase de la enfermedad, sentimientos que manifiesta como añoranza, culpa, rabia, ansiedad, tristeza, etc., y apoyo emocional de la familia.

Con estos datos nos hacemos una idea del “perfil del duelo” de esa persona, lo que nos puede orientar para saber si estamos ante un duelo aparentemente normal o de riesgo.

B. REFINO.

El acrónimo R E F I N O recordar que significa: Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N), Orientar (O).

Relación

En el encuentro terapéutico tiene más impacto la propia relación que el contenido, porque construir una adecuada relación profesional con el doliente es el fundamento y el principio de todo. Una buena relación de cuidados se caracterizará por:

- Hacer un reconocimiento y aceptación de forma positiva e incondicional del doliente para que se sienta protegido en su vulnerabilidad.
- Tener una estrategia, con unos objetivos centrados en el doliente y negociados con él, así como unas actividades encaminadas a conseguirlos.
- Asegurar al doliente que va a estar acompañado en su viaje.
- Producirse en un tiempo y en un espacio. Acordar un tiempo por sesión, una periodicidad (más cercana al principio y progresivamente más alejada) y un seguimiento (aconsejable el primer año, por lo menos).
- Desarrollarse entre iguales, en una teórica relación entre pares. Ambos se mantienen en el mismo nivel de poder, el médico de familia y el doliente son simplemente dos seres humanos que interactúan en un marco profesional de dispensación de cuidados.
- Realizarse en una única dirección, es decir, que aunque es una relación entre iguales, hay una persona que ayuda (el profesional) y otra persona que recibe la ayuda (el doliente), y no a la inversa.
- Ser empática: el profesional trata de sintonizar con las emociones del doliente y además se lo hace ver, le hace ver que está “rozando” lo que siente (todos necesitamos hacer impacto en la otra persona).
- Ser genuina y auténtica, mostrando un interés por lo que nos cuenta la persona en duelo, tomando conciencia del sufrimiento del otro.
- Ser respetuosa con el otro, no dejando entrar en nuestra mente los juicios de valor que automáticamente se nos activan cuando tenemos una persona delante. “Simplemente” le vamos a ayudar a encontrarse con su experiencia.
- Mantenerse dentro del marco profesional establecido. Subrayando las características “profesionales” de la relación para evitar malos entendidos (por ejemplo evitar ser un “sustituto interino” del que falta).
- Tener en cuenta:
 - Evitar los tópicos sociales al uso, esos mensajes bien intencionados, muchas veces fruto del nerviosismo, del no saber qué decir, pero que dan la sensación de distanciamiento emocional con el doliente, despertando en él sentimientos de incompreensión y enfado.
 - Evitar frases hechas, juicios de valor, seguridades prematuras y consejos no pedidos como: “te acompaño en el sentimiento”, “sé cómo te sientes”, “ya verás cómo se te pasará con el tiempo”, “lo que tienes que hacer es...”, “tienes que ser fuerte”, “es lo mejor que le podía pasar”, “sigue adelante con tu vida”, “olvídalo”, “Dios lo quiso así”...
 - Es más adecuado verbalizar cómo nos sentimos: “no sé qué decirte... estoy nervioso, esto también me afecta...”, o expresarlo de forma no verbal: un apretón de manos, una palmada, un abrazo, una mirada en silencio,... (esta comunicación es directa y sincera, transmite entendimiento y se capta fácilmente).
 - El teléfono puede ser útil para apoyo y seguimientos puntuales, ante una fecha significativa que se avecina, una recaída...

Escucha

En la atención de personas que sufren profundamente tenemos que recordar, casi de continuo, que: “yo soy yo... y el otro es el otro”. Debemos ser conscientes de que a través de las “neuronas espejo”, tenemos la capacidad de identificarnos con los sentimientos que está viviendo esa persona, por eso debemos evitar que se nos “peguen” sentimientos que no nos pertenecen. Lo mismo que no se puede morir con cada muriente,... no se puede perder a nuestra pareja, nuestro hijo, etc., con cada doliente.

También sería deseable una reflexión sobre nuestro propio proceso de morir, sobre el grado de elaboración de “nuestras pérdidas”, porque inevitablemente van a impregnar el espacio de la relación terapéutica.

- La escucha activa es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo:
 - Es atenta, porque el profesional está con los cinco sentidos.
 - Es centrada, debido a que se vive el aquí y ahora del momento.
 - La escucha de nosotros mismos mientras estamos con el doliente, el conectarnos con nuestras emociones y tomar conciencia de lo que nos dicen.
- Tener en cuenta en la escucha los contenidos de los relatos:
 - Hablar de la muerte alivia. La narración de un hecho trágico lo desdramatiza en parte, la descripción de los momentos finales y de lo que rodeó a la muerte, será espontáneamente reiterativa. Esta repetición del relato quita intensidad a la emoción, es catártico, lava, purga, abre la espita de la emoción y además libera, ordena y estructura el pensamiento, hace de la muerte una parte de nosotros mismos, la normaliza.
 - Hablar del muerto alivia. La narración de retazos de la vida del difunto, resitúa los vínculos y asegura que nunca se romperán, pero serán de otra manera. Con ello el doliente perfila lo que fue y lo que es, reflexiona, busca, y tiene la oportunidad de ver que los vínculos son ahora distintos, pero perviven. Puede hacer nuevas amistades, ilusionarse con los nietos, la vida... sin miedo, nunca se va a olvidar porque el olvido es imposible.
 - Hablar de los sueños y de las presencias visuales, auditivas, táctiles, etc., orienta, ya que aportan información sobre su estado emocional. Además los sueños están cargados de alegorías y representan el mundo vivencial del doliente.

Facilitación

- Facilitar es favorecer la comunicación, es esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente), darle “permiso” con nuestra actitud y ese clima “seguro” que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus sentimientos más profundos.
- Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, baja reactividad, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente y ayudarle a identificar sus sentimientos...
- A veces es necesario utilizar lo que llamamos “preguntas terapéuticas” y/o “sondas emocionales”. Son preguntas que tratan de atravesar las barreras defensivas, que rastrean las emociones y facilitan la comunicación, liberando parte de su tormenta interior. Pueden ser un ejemplo las siguientes: “desde la última vez que nos vimos... ¿habías pensado en hablar hoy de algo en particular?, quizá eso que te ronda a veces en la cabeza, y le das vueltas y vueltas... ¿querías comentarlo conmigo?”; “¿cuando estás de noche, sin poder dormir, qué pensamientos te vienen a la cabeza?”; “¿ha habido alguna fecha o se acerca

alguna fecha significativa para el recuerdo?”; “¿a veces crees estar volviéndote loca?”; “¿en alguna ocasión, te ha parecido verle u oírle o... que te ha tocado?” o simplemente un “¿cómo te sientes?”.

- Se facilita también cuando sintonizamos con el afecto que esté en la base del sentimiento expresado; así con la tristeza conviene mostrar el impacto, sostener la pena; la culpa necesita ser contextualizada y objetivarse; el miedo validarlo, ponerle palabras; el amor y la alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir; mientras que la rabia siempre será un parto difícil y tendremos que respetar el enfado, facilitar su expresión, etc.
 - Es necesario también facilitar el abordaje, a veces difícil, de las ideas de suicidio, dado que el duelo es un factor independiente de riesgo, sobre todo cuando va asociado a predictores de mala evolución. La ideación y conducta suicida puede ser, a veces, algo tan sutil como dejar la medicación o no hacerse los controles médicos en caso de enfermedades crónicas, cruzar la carretera sin mirar o con el semáforo en rojo, apagar los faros del coche de noche, etc.
- Preguntar siempre acerca de las ideas que le rondan, los planes, intentos, acciones y el acceso a los medios para quitarse la vida y su letalidad (armas, pastillas, etc.). Cualquier respuesta ambigua o positiva nos obliga a reevaluar los factores de riesgo: intentos previos, historia familiar de suicidio, exposición reciente al suicidio, comorbilidad psiquiátrica, estresores concurrentes y nivel de apoyo social.

Informar

Informar al doliente es:

- Explicarle lo que hoy define la psicología occidental como el constructo duelo, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.
- Indicarle cómo la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones, pero que es normal que en el camino se produzca un sube-baja en el estado emocional, a veces sin causa aparente y que no necesariamente tiene que ver con estar mejor o peor, que simplemente es parte del proceso.
- Aclararle las dudas más habituales: “¿es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto...?, ¿por qué ahora no me fío de nada ni de nadie, y porqué me parece todo distinto?, ¿por qué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?” (ver: [Información para el doliente principal](#)).
- Advertirle que algunas fechas (aniversario de la muerte, de boda, cumpleaños, navidades, todos los santos, vacaciones, etc.) son especiales y es previsible que con ellas llegarán nuevos tirones de dolor. A veces es muy eficaz hacer una anticipación de esas fechas, haciendo una previsión de lo que puede pasar, tratando de buscar alternativas o modos de afrontar esas situaciones de forma más positiva. En cualquier caso, aunque suceda lo que se teme, esta actitud más activa de planificar frente a otra más pasiva de dejarse llevar hacia lo que se teme y ver qué pasa, da sensación de control y la situación acaba no siendo tan dolorosa.

Normalizar

- Normalizar es asegurarle al doliente -y se lo está diciendo su médico- que lo que siente, piensa, hace, etc., es totalmente normal y lo natural en su situación. Esto valida sus reacciones y sentimientos, los legitima, confirma, desculpabiliza y además puede seguir sintiéndolos.
- Cuando normalizamos es mejor tomarnos tiempo y tener en cuenta la cadencia del encuentro; controlando nuestra reactividad, dejando transcurrir un tiempo entre el estímulo del doliente y la respuesta que damos.
- Normalizaremos especialmente, que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar... que se continúe hablando con él o que se refiera a él en presente...
- Es conveniente explorar y normalizar vivencias que se dan con una cierta frecuencia:
 - Las presencias (ver, oír o sentir al fallecido). Estas “alucinaciones” son descargas del cerebro, ante determinados estímulos, de parte de la información que tiene almacenada sobre el fallecido, es algo parecido al miembro fantasma (se siente aunque no está). Pasado el tiempo van desapareciendo progresivamente, pero la información no desaparece nunca y basta un estímulo lo suficientemente intenso, (aniversario, etc.) para provocar emociones olvidadas, incluso años después. Conviene hablar de estos fenómenos, para normalizarlos y evitar la idea de que el difunto está interviniendo en su vida (pensamiento mágico) (Olmeda MS, 1998), o pensar que se está volviendo loco/a, ambas ideas muy presentes, por lo novedoso e intenso de las emociones que está viviendo.
 - En determinadas situaciones que resultan dolorosas, es importante darse cuenta de lo que se siente y saber algunos porqués, ya que esto puede aliviar; por ejemplo, ¿por qué, a veces, la gente hace como que no me ve? (no saben qué decir, se sienten violentos, la muerte asusta) o ¿por qué no me tratan como antes? (el estatus social ha cambiado, ya no eres pareja), o ¿por qué cuando veo a otras parejas siento envidia y/o rabia? o ¿por qué en las fiestas, fines de semana, vacaciones, lo paso tan mal? (notas de forma más intensa su falta y no encuentras cuál es ahora tu lugar...).
- Se pueden entregar los documentos [Información para el doliente principal](#) e [Información para los familiares y entorno social próximo del doliente principal](#) (información para el doliente y para familiares).

Orientar

- Orientar es guiar, sugerir, aconsejar... o incluso prescribir mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales o, a veces, por el contrario, disuadir de conductas o decisiones inadecuadas.
- Se puede orientar sobre determinadas actividades:
 - Toma de decisiones importantes y/o irreversibles. En general se desaconseja la toma de decisiones importantes durante el primer año, ya que es muy probable que puedan estar influenciadas por el impacto emocional de la pérdida. Son decisiones que, valoradas en condiciones más normales o pasado un tiempo, pueden parecer inadecuadas, como cambios de domicilio, venta de propiedades (vender el piso para ir a vivir con los hijos, etc.), una nueva pareja, un embarazo sustitutivo, etc. Hay otras decisiones como viajes para olvidar (cura geográfica), desprenderse de objetos del difunto/a, etc., que aunque no son tan trascendentales, también conviene demorarlas un tiempo.
 - Toma de decisiones menores. Son aconsejables las decisiones menores que van encaminadas a la solución de problemas y adquisición de habilidades. Se puede comenzar con problemas sencillos, tratando de que la persona llegue a ser autónoma. Otras veces se trata de adquirir habilidades que ejercía su pareja (arreglar un enchufe, cambiar una bombilla, ir al banco, etc.). o recuperar otras que tenía y que las ha perdido por la distribución de roles entre los dos. Cada logro en este sentido, supone una mejora de la autoestima.
 - Reorganización familiar. Hay que advertir que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo, interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía, etc., por eso, a veces, es necesario orientar en la reorganización familiar, explicando que todo se tiene que renegociar y reconstituir.
 - Prescribir tareas y rituales. Sería como un contrato, una “receta” negociada previamente entre las partes, que compromete al doliente a su cumplimiento. Conviene prescribir tareas realistas, de fácil ejecución (Block SD, 2009). El objetivo sería reestructurar la cotidianeidad con conductas saludables. Para empezar se puede prescribir salir todos los días a la compra, andar un rato, sacar a pasear el perro, etc., esto obliga a resocializarse a la vez que se realiza una actividad saludable.
 - Desaconsejar maneras perjudiciales de afrontar la pérdida, como el sedentarismo, horas de televisión, el juego, el abuso de alcohol, tabaco, etc. La conducta idónea sería aquella que tenía antes de morir su familiar.
 - Controlar situaciones aparentemente incontrolables como los rituales, regulando por ejemplo las visitas al cementerio, el tiempo que dedica a hablar con el fallecido... tratando de impedir que estas conductas sean invalidantes, que le incapaciten para desarrollar una vida “normal”.
 - Reestructuración cognitiva. Ayudarle a reorientar pensamientos negativos, asociados a nuevas situaciones que primero debe identificar, del tipo: “me pondré a llorar y arruinaré el bautizo,...”; “ya no sirvo para nada, qué pinto yo en este mundo”; “nada tiene sentido,...”. Luego se le enseña a pararlos, anticipar la situación, e inocular ideas positivas, como: “seguro que puedo, seré capaz, me contendré, o en todo caso, tampoco pasa nada si me pongo a llorar...”; “ahora puedo ayudar a mi hija, ella me necesita,... puedo hacerlo,... puedo vivir”, esto hará que se sienta mejor, más capaz.

- Psicofármacos. Medicalizar el duelo significa darle categoría de enfermedad, con todo lo que esto conlleva. Ante un duelo normal, es adecuado evitar tanto la “anestesia emocional” como la dependencia; así los ansiolíticos e hipnóticos conviene usarlos a demanda y a poder ser por períodos cortos (Block SD, 2009; Olmeda MS, 1998), y a dosis mínimas. En cuanto a la administración de antidepresivos, a veces es difícil diferenciar la depresión mayor, de la tristeza propia del duelo. Cuando existen dudas se puede probar su eficacia, ya que mejoran el componente depresivo que en ocasiones se asocia al duelo, pero no la “pena” propia del duelo (Block SD, 2009; Bui E, 2012; Forte AL, 2004).
- Pruebas complementarias como análisis, radiografías, electrocardiograma, etc., son a veces necesarias porque el doliente, a pesar de tener ganas de morir, también tiene miedo a la muerte y aquí tiene cabida la indicación razonable de pruebas complementarias, que tranquilicen y confirmen la salud.
- Orientación sobre otras actividades:
 - Escribir y/o dibujar para determinadas personas alivia, aclara y ordena ideas y emociones. Se puede sugerir que escriba acerca de... las cosas que le dirías y no le has dicho, o... tener un diario escrito con tus conversaciones con él/ella, o....
 - Elaborar un álbum de fotos o atesorar una caja con recuerdos: un trozo de cabello, una carta, una joya, una moneda, cosas que no le sirven a nadie para nada, pero tan personales, un auténtico relicario que funciona como una máquina del tiempo que te transporta a ...
 - Visualizar vídeos del fallecido añade la dimensión del movimiento y sonido a la foto, todo parece más real, y como las fotos o los recuerdos, sirve para redimensionar la nueva relación con el fallecido. Se puede utilizar en las prescripciones e instruir un tiempo diario, semanal, etc.
 - Mascotas. En el duelo los animales domésticos, a veces, juegan un papel fundamental, enganchan a la vida, permiten expresar cariño, hablar de cosas que probablemente no se hablan con nadie, recuerdan al fallecido y permiten ponerse triste, incluso desahogar la rabia... y con el paseo la socialización obligada, etc.

Los cuidados primarios de duelo conforman un modo de enfocar la atención a la persona en duelo, sustentado en profesionales dispuestos a hablar de sentimientos, emociones, pérdidas y muerte, capacitados para establecer una relación terapéutica cálida y cercana, conocedores de que inevitablemente siempre intervienen en duelo, provistos de unos conocimientos y habilidades específicos de duelo sostenidos en las intervenciones “inespecíficas” del REFINO, que sin ser invasivos, sean vigilantes del proceso, apliquen una intervención mínima en duelo normal, algo más estructurada en duelo de riesgo, y manifiestamente estructurada en duelo complicado, derivando a un nivel especializado si fuera necesario, y teniendo constantemente en cuenta la morbilidad asociada al duelo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013. **[Texto completo](#)**
- Aoun SM, Breen LJ, Howting DA, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. PLoS One. 2015;10(3):e0121101. PubMed **[PMID: 25811912](#)**. **[Texto completo](#)**
- Block SD. Grief and Bereavement. En Waltham MA: UpToDate; 2009.
- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. J Pers Soc Psychol. 2002;83(5):1150-64. PubMed **[PMID: 12416919](#)**
- Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and brief review of the literature. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14(2):149-57. PubMed **[PMID: 22754287](#)**. **[Texto completo](#)**
- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. J Clin Child Adolesc Psychol. 2007;36(2):253-9. PubMed **[PMID: 17484697](#)**
- Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. Psychol Bull. 2008;134(5):648-61. PubMed **[PMID: 18729566](#)**
- Forte AL, Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: a systematic review. BMC Palliative Care. 2004;3:3. PubMed **[PMID: 15274744](#)**. **[Texto completo](#)**
- Frank JD. Therapeutic components of psychotherapy. J Nerv Ment Dis. 1974;159(5):325-42. PubMed **[PMID: 4436659](#)**
- García JA, Landa V, Grandes G, Pombo H, Mauriz A. Effectiveness of “primary bereavement care” in widows: a cluster randomized controlled trial involving family physicians. Death Stud. 2013;37(4):287-310. PubMed **[PMID: 24520889](#)**. **[Texto completo](#)**
- García JA, Landa V. Family physicians and primary bereavement care. Int J Emerg Ment Health. 2015;17(2):548-51.
- García-García JA, Landa V. The provision of grief services by primary care physicians. Eur J Pall Care. 2006;13(4):163-6.
- García-García JA. Primary Bereavement Care: Does it work? Proceedings of the 7th International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society; 12-15 July 2005; London, U.K. London: Cruse Bereavement Care; 2005. p. 45.
- Genevro JL, Marshall T, Miller T; Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. Death Stud. 2004;28(6):491-575. PubMed **[PMID: 15317140](#)**. **[Texto completo](#)**
- Ghesquiere AR, Patel SR, Kaplan DB, Bruce ML. Primary care providers’ bereavement care practices: Recommendations for research directions. Int J Geriatr Psychiatry. 2014;29(12):1221-9. PubMed **[PMID: 24955568](#)**. **[Texto completo](#)**
- Grençavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Professional Psychology: Research and Practice. 1990;21(5):372-8. **[Texto completo](#)**
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Duelo normal: definición, fases y manifestaciones. En: Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. p. 203-11. **[Texto completo](#)**
- Jordan AH, Litz BT. Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. Professional Psychology: Research and Practice. 2014;45(3):180-7. **[Texto completo](#)**
- King M, Vasanthan M, Petersen I, Jones L, Marston L, Nazareth I. Mortality and medical care after bereavement: a general practice cohort study. PLoS One. 2013;8(1):e52561. PubMed **[PMID: 23372651](#)**. **[Texto completo](#)**
- Kristjanson L, Lobb E, Aoun S, Monterosso L. A systematic review of the literature on complicated grief. Australia: Australian Government, Department of Health and Ageing; 2006.
- Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. JAMA. 2007;297(7):716-23. PubMed **[PMID: 17312291](#)**. **[Texto completo](#)**
- Nacional Institute for Clinical Excelente (NICE). Services for families and carers, including bereavement care. En: NICE. Guidance on Cancer Services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. London: NICE; 2004. p. 155-67. **[Texto completo](#)**
- Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. Br J Gen Pract. 2011;61(582):e42-8. PubMed **[PMID: 21401990](#)**. **[Texto completo](#)**
- Nic an Fhailí MN, Flynn N, Dowling S. Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP. Br J Gen Pract. 2016;66(643):92-8. PubMed **[PMID: 26823270](#)**. **[Texto completo](#)**
- Olmeda MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line & Prodigio, S.L.; 1998.
- Onrust SA, Cuijpers P. Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. Aging Ment Health. 2006;10(4):327-34. PubMed **[PMID: 16798624](#)**. **[Texto completo](#)**
- Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. Death Stud. 2003;27(3):249-72. PubMed **[PMID: 12703505](#)**
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med. 2009;6(8):e1000121. PubMed **[PMID: 19652695](#)**. **[Texto completo](#)**
- Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Prolonged Grief Disorder: a case for inclusion in DSM-V. En: Stroebe M, Hansson R, Schut H, Stroebe W, editors. Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives. Washington DC: American Psychological Association Press; 2008. p.

165-86.

- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Am J Orthopsychiatry. 1936;6:412-5.
- Rosner R, Kruse J, Hagl M. A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. Death Stud. 2010;34(2):99-136. PubMed [PMID: 24479177](#)
- Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. BMJ. 1999;319(7205):293-6. PubMed [PMID: 10426743](#). [Texto completo](#)
- Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and complicated grief. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(1):406. PubMed [PMID: 24068457](#). [Texto completo](#)
- Shear MK, Reynolds CF III, Simon NM, Zisook S. Complicated grief in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. En: Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. UpToDate [consultado 4-7-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/complicated-grief-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
- Shear MK, Reynolds CF III, Simon NM, Zisook S. Grief and bereavement in adults: Clinical features. En: UpToDate. Post TW (Ed). UpToDate [consultado 4-7-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/grief-and-bereavement-in-adults-clinical-features>
- Shear MK, Reynolds CF III, Simon NM, Zisook S. Grief and bereavement in adults: Management. En: Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. UpToDate [consultado 4-7-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/grief-and-bereavement-in-adults-management>
- Shear MK, Reynolds III CF, Simon NM, Zisook S. Complicated grief in adults: Treatment. En: Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. UpToDate [consultado 4-7-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/complicated-grief-in-adults-treatment>
- Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. N Engl J Med. 2015;372(2):153-60. PubMed [PMID: 25564898](#)
- Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Compr Psychiatry. 2007;48(5):395-9. PubMed [PMID: 17707245](#)
- Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, Dryman MT, LeBlanc MJ, Shear MK. Informing the symptom profile of complicated grief. Depress Anxiety. 2011;28(2):118-26. PubMed [PMID: 21284064](#). [Texto completo](#)
- Simon NM. Treating complicated grief. JAMA. 2013;310(4):416-23. PubMed [PMID: 23917292](#). [Texto completo](#)
- Supiano KP, Luptak M. Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. Gerontologist. 2014;54(5):840-56. PubMed [PMID: 23887932](#). [Texto completo](#)
- Waller A, Turon H, Mansfield E, Clark K, Hobden B, Sanson-Fisher R. Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. Palliat Med. 2016;30(2):132-48. PubMed [PMID: 26415735](#). [Texto completo](#)
- Wimpenny P, Unwin R, Dempster P, Grundy M, Work F, Brown A, et al. Literature review on bereavement and bereavement care. Aberdeen: Robert Gordon University; 2006. [Texto completo](#)
- Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, Van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2011;31(1):69-78. PubMed [PMID: 21130937](#)

Más en la red

- [Recursos sobre el duelo en Internet](#).

Autores

▪ Víctor Landa Petralanda	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
▪ Jesús Ángel García García	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
▪ Mónica Moyano Lorenzo	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3) Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad del País Vasco
▪ Belén Molina González	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (4) Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad del País Vasco

(1) Centro de Salud de Basauri/Ariz. OSI Barrualde-Galdakao. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Bizkaia. España.
(2) Centro de Salud Kueto-Sestao. PALEQUI (equipo consultor de cuidados paliativos). OSI Barakaldo-Sestao. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Bizkaia. España.
(3) Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Santurtzi. Bizkaia. España.
(4) Centro de Salud de Zuazo. OSI Barakaldo-Sestao. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Bizkaia. España.

Agradecemos a Ascensión Moreno Tárraga (Asociación Talitha de ayuda en el proceso de duelo, Albacete) la revisión de la guía y los anexos, y especialmente sus aportaciones en el apartado de información al doliente y recursos sobre duelo en Internet.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.



Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |