

Pérdida, pena y duelo (PDQ®)

Fuente: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/duelo/HealthProfessional/page1>

Descripción

Con frecuencia, los trabajadores sanitarios tendrán que sentir y enfrentarse a la pena en el transcurso de su vida personal o profesional.^[1] El período de transición que comprende desde la etapa final de lo que es la experiencia del cáncer, hasta la muerte de una persona querida, es asimilado de manera diferente por diversas personas o grupos. Incluso se puede encontrar que la experiencia del cáncer, a pesar de ser dolorosa y difícil, ha ayudado muchas veces a un desarrollo personal significativo. Tratar de lidiar con la expectativa de una muerte en la familia no es un proceso fácil y no se puede tratar de una manera simplista. La manera en que una persona enfrenta el sufrimiento depende de la personalidad del individuo y de la relación que tuvo con la persona que murió. También es relevante, la experiencia del cáncer en sí, la manera en que se desarrolló la enfermedad, las creencias religiosas y culturales, la historia psiquiátrica, el apoyo disponible así como el estado socioeconómico, en la manera en que una persona es afectada durante el proceso de sufrimiento.

Es muy importante tener en claro el significado de los siguientes términos: duelo, pena y luto. Estos términos a veces se usan de manera intercambiable, y frecuentemente con diferentes intenciones.^[2]

Pena: Es el proceso normal de reacción interna y externa a la percepción de la pérdida.^[3] Las reacciones de pena se pueden ver en las respuestas a pérdidas físicas o tangibles (por ejemplo, una muerte) o a pérdidas simbólicas o psico sociales (por ejemplo, un divorcio o la pérdida de un trabajo). Cada tipo de pérdida implica experimentar algún tipo de privación. Durante el proceso por el que atraviesa una familia enfrentada al cáncer, se experimentan muchas pérdidas y cada una genera su propia reacción. Las reacciones de pena pueden ser psicológicas, físicas, sociales o emocionales. Las reacciones psicológicas pueden incluir rabia, culpa, ansiedad y tristeza. Las reacciones físicas incluyen dificultad al dormir, cambio en el apetito, quejas somáticas o enfermedades. Las reacciones de tipo social incluyen los sentimientos experimentados al tener que cuidar de otros en la familia, el deseo de ver o no a determinados amigos o familiares, o el deseo de regresar al trabajo. Al igual que con el duelo, este proceso depende de la clase de relación y grado de acercamiento que se tuvo con la persona que murió y la situación alrededor de la muerte. Un autor ^[4] hace notar cinco características:

1. Aflicción somática.
2. Preocupación con la imagen de la persona muerta.
3. Culpa.
4. Reacciones hostiles.
5. Pérdida de la conducta normal.

Duelo: Es el estado de haber sufrido una pérdida y en el que se experimenta pesar y ocurre el estado de luto. La duración de este estado depende de la intensidad de la relación con la persona que murió, así como el período de anticipación a la pérdida.

Luto: Es el proceso mediante el cual una persona se adapta a la pérdida e incorpora la experiencia de la pérdida a la vida de uno mismo. También hay diferencias culturales, reglas, costumbres y rituales, para enfrentar la pérdida de un ser querido que son determinadas por la sociedad y que son parte integral del duelo.

"Proceso de la pena" incluye tres tareas necesarias para reintegrarse a la vida normal.^[5] Estas actividades incluyen liberarse de los lazos con la persona fallecida, reajustarse al ambiente en donde la persona fallecida ya no está y formar nuevas relaciones. El liberarse de los lazos con la persona fallecida, implica que uno debe modificar la energía emocional invertida en la persona que hemos perdido. Esto no quiere decir de ninguna manera que hayamos dejado de amar u olvidado al ser desaparecido, sino que el doliente es ahora capaz de dirigirse a otros en busca de una satisfacción emocional. Durante el proceso de reajuste el doliente tendrá que modificar sus funciones, identidad, y habilidades para ajustarse a un mundo donde el fallecido ya no está. Al modificar la energía emocional, la energía que una vez se concentraba en la persona fallecida, ahora se concentra en otras personas o actividades.

Estas actividades requieren mucha energía física y emocional, y es común ver personas que experimentan una fatiga abrumadora. Esta experiencia no es solamente por la persona que falleció, sino también por todos los planes, ideas y fantasía que no se llevaron a cabo ya sea con la persona desaparecida, o con la relación entre ambos. La muerte despierta con frecuencia evocaciones de pérdidas o separaciones del pasado. Un autor ^[6] describe tres fases del proceso de luto:

1. La necesidad de recuperar a la persona perdida.
2. Desorganización y desesperación.
3. Reorganización.

Estas fases surgen de la teoría del apego en la conducta humana, la cual postula que los seres humanos necesitan apearse a otros para mejorar su supervivencia y reducir el riesgo de daño.

Bibliografía

1. Casarett D, Kutner JS, Abraham J, et al.: Life after death: a practical approach to grief and bereavement. Ann Intern Med 134 (3): 208-15, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
2. Rando TA: Grief, Dying and Death: Clinical Interventions for Caregivers. Champaign: Research Press Company, 1984.
3. Corr CA, Nabe CM, Corr DM: Death and Dying, Life and Living. 2nd ed. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing Company, 1997.
4. DeSpelder LA, Strickland AL: The Last Dance: Encountering Death and Dying. 2nd ed. Palo Alto, Calif: Mayfield Publishing Company, 1987.
5. Lindemann E: Symptomatology and management of acute grief. 1944. Am J Psychiatry 151 (6 Suppl): 155-60, 1994. [\[PUBMED Abstract\]](#)
6. Bowlby J: Processes of mourning. Int J Psychoanal 42: 317-40, 1961.

Modelo de enfermedades graves

Aunque hay varios modelos disponibles para tratar de explicar e identificar como las personas se desenvuelven cuando enfrentan enfermedades graves, el modelo basado en tareas es el más usado comúnmente.^[1] El modelo anterior, "teoría de etapas" basada en el trabajo original de Elizabeth Kubler-Ross,^[2] ha sido encontrado rígido e inflexible. Tanatologistas (aquellos individuos que estudian la muerte y fenómenos relacionados) han identificado varios problemas adicionales con la "teoría de etapas" incluyendo la existencia de las etapas mismas (negación, rabia, negociación, depresión y aceptación). No hay evidencia que indique que todas las personas atraviesan estas etapas o que haya un movimiento secuencial de una etapa a otra. Finalmente, el estudio inicial (y el único) de esta teoría estuvo plagado de limitaciones en la metodología usada en la investigación.^[1]

Ya que el modelo basado en tareas no implica ningún orden o secuencia específico, es visto como un modelo flexible, y más fluido que ayuda a darle fortaleza al paciente, su familia y seres queridos. Al

momento se han identificado cuatro fases o segmentos en una enfermedad grave, y se ha aplicado este modelo para entender cómo los individuos confrontan cada fase.[3] Las fases identificadas incluyen: prediagnóstico, aguda, crónica y recuperación o muerte.

La **fase prediagnóstico** de una enfermedad que amenaza la vida, es el período de tiempo antes del diagnóstico de la enfermedad, cuando el paciente reconoce síntomas en sí mismo o factores de riesgo a la enfermedad. Usualmente no es sólo un momento, pero puede culminar en el momento mismo en que el diagnóstico es dado. Durante la fase de prediagnóstico, la persona se somete a exámenes médicos que incluyen varios análisis y procedimientos.

La **fase aguda** se centra en la crisis del diagnóstico en la cual la persona se ve forzada a entender el diagnóstico y a tomar una serie de decisiones sobre su cuidado médico.

Se define la **fase crónica** de una enfermedad como el período de tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el resultado.[3] Los individuos tratan de lidiar con las demandas cotidianas, mientras de manera simultánea tratan de llevar a cabo su tratamiento y ajustarse a los efectos secundarios. Hasta muy recientemente, el período transcurrido entre el diagnóstico de cáncer y la muerte era típicamente medido en meses y gran tiempo del mismo se pasaba en el hospital. Hoy las personas pueden vivir por años después de ser diagnosticadas con cáncer.

Algunas personas pueden experimentar una **fase de recuperación** en la cual tratan de enfrentar los efectos psicológicos, sociales, físicos, espirituales y monetarios después del cáncer.

La **fase final** o **terminal** de una enfermedad grave ocurre cuando la muerte deja de ser una posibilidad y se convierte en algo inminente. En este momento las metas médicas cambian de objetivo, y en vez de intentar curar o prolongar la vida del individuo, se concentra en confortar u ofrecer cuidados paliativos. Las tareas durante esta fase final reflejan esta transición y se enfocan en lo espiritual y existencial.

Bibliografía

1. Corr CA, Nabe CM, Corr DM: Death and Dying, Life and Living. 2nd ed. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing Company, 1997.
2. Kubler-Ross E: On Death and Dying. New York: Macmillan Publishing Company Inc., 1969.
3. Doka KJ: Living with Life-Threatening Illness: A Guide for Patients, Their Families, and Caregivers. New York: Lexington Books, 1993.

Trayectoria de la muerte

No todas las personas en proceso de morir, avanzan hacia la muerte de la misma manera o en la misma proporción. Diferentes causas de muerte se asocian con diferentes patrones de morir.[1] Estos patrones llamados "trayectorias de la muerte", indican el camino que transita la experiencia individual al confrontar la muerte. Las actitudes y comportamientos de las personas encargadas del cuidado del paciente están fuertemente influidas por la percepción que tiene el paciente de sí mismo al enfrentar la llamada trayectoria de la muerte. Estas trayectorias también afectan el tipo de respuesta emocional y la manera en que tanto el paciente como su familia responden ante las demandas, así como las intervenciones que serán iniciadas. Por estas razones es muy importante el comprender las trayectorias que se sigue al confrontar la muerte para anticipar e implementar las intervenciones apropiadas. Obviamente, los trayectos inciertos resultan más difíciles de transitar que los ciertos, ya que la ambigüedad genera ansiedad.

El proceso de morir puede ser descrito por su duración y forma. La duración comprende desde el inicio del proceso de morir hasta el desenlace de la muerte. La forma tiene que ver con el curso que toma el proceso de morir (por ejemplo, si se puede predecir como avanzará el proceso, o si se espera o no que el paciente muera).

Los siguientes ejemplos de trayectorias han sido descritos:

- La **declinación gradual** caracterizada por un descenso largo y lento, que a veces se extiende por muchos años.
- El **descenso oblicuo** caracterizado por un descenso rápido hacia la muerte (por ejemplo, un accidente automovilístico) donde la fase crónica es corta o no existe.
- La trayectoria de **altas y bajas** en la cual existen patrones que se alternan entre las remisiones y recaídas.
- La **meseta descendiente** indicadas por un descenso largo y lento con estabilización (por ejemplo, personas con múltiple esclerosis cuyo estado de salud desciende para luego estabilizarse en un índice más bajo y limitado). Los pacientes en esta trayectoria deben reajustarse a un nuevo grado de funcionamiento.

Con frecuencia las muertes relacionadas con el cáncer constituyen un proceso largo, muchas veces doloroso y con sufrimientos a largo plazo y pérdida del control sobre las funciones mentales y corporales. Este tipo de muerte prolongada se caracteriza por la demanda física y mental a la que están expuestas los familiares que proveen los cuidados por largos períodos de tiempo. Por tanto, el enfoque curativo para este tipo de cánceres está relacionado con un espectro de necesidades crónicas en la que estos familiares podrían beneficiarse de los servicios de referencia para un cuidado paliativo o deben ser manejados de una forma sensible dentro del sistema de salud curativa.^[2] En un estudio italiano con personas dedicadas al cuidado de pacientes con cáncer en estadio avanzado en un ambiente hogareño, se vió que los problemas de inadaptación al duelo al cabo de 12 meses de haber fallecido el paciente, mostraron una relación entre el autoinforme de la angustia emocional y los problemas relacionados al cuidado que se le da al paciente y que fueron detectados al momento de hacerse la derivación al programa de cuidados en el hogar, perteneciente a la unidad de cuidados paliativos. La identificación de dichos factores pronósticos podría facilitar el desarrollo de intervenciones para personas vulnerables.^[3]

Bibliografía

1. Glaser BG, Strauss AL: Time for Dying. Chicago: Aldine, 1968.
2. McGrath P: Caregivers' insights on the dying trajectory in hematology oncology. Cancer Nurs 24 (5): 413-21, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
3. Rossi Ferrario S, Cardillo V, Vicario F, et al.: Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. Palliat Med 18 (2): 129-36, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)

Pena anticipada

La pena anticipada se refiere a la reacción que se presenta ante la pérdida irremediable.^[1] Es tema que genera cierta preocupación y controversia.^[2] Han habido muchos estudios sobre este tema y se ha escrito mucho para tratar de substanciar su relevancia y significado.

Este término es usado cuando se discute acerca de la familia de la persona que va a morir, aún cuando el paciente en si puede experimentar también la pena anticipada. Pena anticipada se refiere al proceso de luto normal que ocurre en anticipación a la muerte e incluye muchos de los síntomas de la pena después de la pérdida. La pena anticipatoria se ha definido como "el conjunto total cognitivo, afectivo, cultural y social de reacciones ante una muerte anticipada como lo sienten la familia y el paciente".^[3]

Los siguientes aspectos de pena anticipada han sido identificados entre los sobrevivientes:

- Depresión.
- Alta preocupación por la persona que va a morir.
- Ensayo de la muerte.
- Tratar de ajustarse a las consecuencias de la muerte.

Esta pena anticipada provee a los familiares y seres queridos tiempo para absorber gradualmente la realidad de la pérdida. Los individuos pueden finalizar "asuntos pendientes" con la persona que va a morir (por ejemplo, decir "adiós", "te amo" o "te perdono").

No se puede asumir que esta pena anticipada va a presentarse meramente porque se ha dado aviso de la presencia de una enfermedad mortal o porque ha pasado ya mucho tiempo desde que se desarrolló la enfermedad hasta la muerte en sí. Es un gran error creer que esta pena anticipada es meramente convencional (pos-muerte) de hecho la pena empieza más temprano. Otro error es el de que hay un volumen fijo de pena que se debe experimentar que supone que la pena que se siente en anticipación a la pérdida disminuirá la pena que se experimenta después de la pérdida.[2]

Algunos estudios [4,5] proveen datos clínicos que documentan que la pena seguida de duelo sin anticipación es diferente a la pena anticipada. Una pérdida no anticipada es tremendamente abrumadora para la capacidad de adaptación del doliente, limitándole muchas veces su capacidad de recuperación. Por tanto las personas en duelo no pueden entender todas las implicaciones de la pérdida. A pesar de que intelectualmente se puede aceptar la muerte, existen serias dificultades en su aceptación psicológica y emocional lo cual la hace aparecer como inexplicable. El mundo parece no estar en orden y como la pérdida en sí, parece no tener sentido.

Algunos investigadores dicen que la pena anticipada casi nunca ocurre, y basan su opinión en el hecho de que los períodos de aceptación y recuperación usualmente observados al comienzo del proceso de la pena no son usualmente encontrados antes de la muerte del paciente, no importa que tan temprano se haya avisado.[2] Además, pena quiere decir que ha habido una pérdida. Aceptar la muerte de una persona querida antes de que se muera puede dejar al doliente vulnerable para que se acuse así mismo de haber abandonado el paciente antes del final. Finalmente la anticipación de la pérdida frecuentemente intensifica el apego hacia la persona.

Aun cuando la pena anticipada puede ser terapéutica para los familiares y seres queridos, existe la preocupación de que el paciente experimente "demasiada pena" creándose un aislamiento y desapego. Investigaciones indican que las viudas usualmente se mantienen envueltas en el proceso con sus esposos hasta el día de la muerte.[6] Esto sugiere que fue disfuncional el que las viudas empiecen a penar en anticipación a la muerte de sus esposos; las viudas sólo podrán comenzar el luto una vez muere el esposo.

Bibliografía

1. Casarett D, Kutner JS, Abrahm J, et al.: Life after death: a practical approach to grief and bereavement. Ann Intern Med 134 (3): 208-15, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
2. Corr CA, Nabe CM, Corr DM: Death and Dying, Life and Living. 2nd ed. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing Company, 1997.
3. Knott JE, Wild E: Anticipatory grief and reinvestment. In: Rando TA, ed.: Loss and Anticipatory Grief. Lexington, Mass: Lexington Books, 1986, pp 55-60.
4. Glick IO, Weiss RS, Parkes CM: The First Year of Bereavement. New York: Wiley-Interscience Publication, 1974.

5. Parkes CM, Weiss RS: Recovery from Bereavement. New York: Basic Books, 1983.
6. Silverman PR: Widow-to-widow. Springer Series on Social Work. Vol 7. New York: Springer Publishing Company, 1986.

Fases de la pena

Se han combinando los marcos conceptuales de la teoría del apego (los lazos que se forman durante el comienzo de la vida con las figuras paternas, las cuales surgen de la necesidad de sentirse seguro) y de como los humanos procesan la información (el proceso usado para filtrar o dejar pasar la información que no se quiere) para explicar pérdida y duelo.[1-4]

El proceso de duelo puede ser dividido en cuatro fases:

1. **Choque y aturdimiento:** Durante esta fase inicial, los sobrevivientes tienen dificultad en procesar la pérdida; están aturridos y estupefactos.
2. **Anhelo y búsqueda:** En esta fase, hay una combinación de ansiedad por la separación y un sentimiento de no aceptar la realidad de la pérdida. Esto engendra el deseo de buscar y recobrar la persona perdida. El fracaso de esta búsqueda conlleva repetidos desencantos y frustraciones.
3. **Desorganización y desesperación:** Los individuos usualmente se sienten deprimidos y tienen dificultad en planear actividades para el futuro, se distraen con facilidad y experimentan dificultad en concentrarse.
4. **Reorganización:** Esta fase se combina con la tercera hasta cierto grado.

Las fases cambian para permitir que se reajusten las imágenes representativas de seguridad e incorporar los cambios que han ocurrido en la vida del doliente.

Bibliografía

1. Bowlby J: Processes of mourning. Int J Psychoanal 42: 317-40, 1961.
2. Bowlby J: Attachment and Loss. vols. 1-3, New York: Basic Books, Inc., 1969-1980.
3. Parkes CM: Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. 2nd ed., Madison: International Universities Press Inc., 1987.
4. Parkes CM: Bereavement as a psychosocial transition: processes of adaptation to change. J Soc Issues 44 (3): 53-65, 1988.

Aspectos generales de la terapia para la pena

La mayor parte del apoyo que reciben las personas después de una pérdida, proviene de amigos y familiares, pero tanto médicos como enfermeros pueden identificar y coordinar ciertos mecanismos de apoyo y sanación y aportar algo relevante.[1] Existen en cambio aquellas personas que experimentan dificultades serias durante el proceso de duelo y para las que se recomiendan modelos específicos de intervención. Las intervenciones psicoterapéuticas para la pena son variadas e incluyen terapia individual y de grupo. Los métodos de tratamiento que demostraron ser eficaces en varios grupos de personas en duelo incluyen: psicoterapia dinámica de tiempo limitado, intervención de comportamiento cognitivo, hipnoterapia y desensibilización al trauma.

La consejería y la terapia para la pena están diferenciadas la una de la otra.[2] La consejería para la pena sin complicaciones (normal) lleva a culminar de una manera sana y dentro de un tiempo razonable el proceso de la pena. La consejería para la pena puede ser provista por individuos profesionalmente adiestrados o por otras personas en proceso de duelo. Esta orientación puede llevarse a cabo en grupos

de autoayuda o individualmente, y es muy eficaz para las personas que no creen contar con el apoyo familiar o para aquellos que atraviesan un riesgo especial.

Las metas de esta orientación descritas por un autor [2] incluyen:

- Ayudar a la persona en duelo a actualizarse y aceptar la pérdida, haciéndola hablar acerca de ésta, y las circunstancias que la rodean.
- Ayudar al doliente a identificar y expresar los sentimientos relacionados con la pérdida (rabia, culpa, ansiedad, tristeza).
- Ayudar al doliente a vivir sin el fallecido y a tomar sus propias decisiones.
- Ayudar al doliente a independizarse emocionalmente del fallecido y establecer relaciones nuevas.
- Ayudar al doliente a enfocar su duelo en situaciones especiales como cumpleaños y aniversarios.
- "Normalizar" la pena y dejarle saber qué es lo apropiado, y cuáles son las diferencias individuales de este proceso.
- Dar apoyo continuo y sin límite de tiempo (como en la terapia para la pena).
- Ayudar al doliente a entender su comportamiento y estilo de penar.
- Identificar problemas al confrontar la pena y referir a la terapia para la pena.

El duelo constituye uno de los procesos más perturbadores de la vida y resulta difícil el imponer un límite arbitrario en el tiempo de duración de este.[3] La terapia para la pena se usa en personas que manifiestan una pena compleja u anormal (véase la sección de [Pena compleja](#) en este documento para mayor información). La meta de esta terapia es identificar y resolver los conflictos de separación que interfieren con la culminación de el proceso de duelo. Los conflictos de separación pueden estar ausentes o cubiertos por otros síntomas de comportamiento somático; duelo retardado; excesivo; inhibido o distorsionado; pena prolongada, o duelo sin anticipar (aunque este tipo no se encuentra normalmente en las muertes por cáncer).

La terapia para la pena puede ser provista de forma individual o en grupo. Un contrato terapéutico es establecido con el paciente para definir el tiempo necesario, a cualquier costo, y las expectativas y enfoques. Si el paciente se queja de problemas físicos, antes hay que descartar cualquier enfermedad.

La terapia para la pena requiere hablar acerca de la persona fallecida, y reconocer si hay emociones mínimas o exageradas alrededor de la pérdida. Una descripción persistente e idealizada de la persona fallecida, puede indicar la presencia de sentimientos ambivalentes de rabia. La terapia puede ayudar a la persona a ver que la culpa, rabia, u otros sentimientos "negativos" o incómodos no impidan otros más positivos y viceversa.

El objetivo de la terapia para la pena depende de una evaluación de las cuatro tareas que implica el duelo. Existe la tendencia en los seres humanos a formar lazos afectivos fuertes con otras personas.[2] Cuando estos lazos se rompen, como en la muerte, las reacciones emocionales son fuertes. Las tareas de duelo sirven como el medio a través del cual se resuelve la pena. Después de la pérdida, hay ciertas tareas de duelo que deben realizarse para obtener un equilibrio y concluir con el proceso.[2] La adaptación a esta pérdida envuelve cuatro tareas básicas:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Experimentar el dolor físico y emocional de la pena y trabajar sobre ello.
3. Adaptarse a un ambiente donde la otra persona ya no está.
4. Relocalizar emocionalmente a la persona muerta y continuar con su vida.

Es esencial que la persona que atraviesa por una pena de este tipo cumpla estas tareas antes de lograr el duelo.

Se hacen notar seis tareas sobre el pesar que ayudan a enfocar las intervenciones terapéuticas para problemas específicos,^[4] para los esposos en duelo:

1. Desarrollar la capacidad de experimentar, expresar e integrar los dolorosos aspectos afectivos de la pena.
2. Utilizar los medios más adaptables de modular el dolor afectivo.
3. Establecer una relación continua con el difunto esposo (sin tener necesariamente que desligarse emocionalmente del esposo fallecido).
4. Mantenerse saludable y seguir funcionando.
5. Establecer una reconfiguración de las relaciones que han sido alteradas, y entender el por qué otros podrían tener dificultad en comprender a la persona en duelo.
6. Llegar a tener un concepto de si mismo integrado y saludable, y una visión del mundo estable.

Pueden surgir complicaciones en el proceso de la pena, debido a que este proceso no se completó en pérdidas anteriores. El pesar relacionado a estas pérdidas anteriores, debe ser manejado apropiadamente para poder resolver satisfactoriamente la pena actual. Además es sumamente útil el poder identificar objetos de transición o que sirven de "enlace" en el mantenimiento de la relación emocional del doliente con el fallecido, ya que tales objetos pudieran estar interrumpiendo el proceso de recuperación. Un autor ^[5] hace notar que la terapia para la pena incluye el lidiar con la resistencia al proceso de duelo, identificar los asuntos pendientes con el fallecido e identificar y acomodar pérdidas secundarias como resultado del fallecimiento. Por último el doliente es ayudado a aceptar lo irreversible de la pérdida y a visualizar lo que será su vida después del período de pena. Ayuda el reconocer que lo repetitivo puede ser parte del tratamiento, pero sólo en la medida en que este ayuda a trabajar sobre la pena.

Bibliografía

1. Casarett D, Kutner JS, Abrahm J, et al.: Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med* 134 (3): 208-15, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
2. Worden JW: Grief Counseling and Grief Therapy. New York: Springer Publishing Company, 1991.
3. Zisook S: Understanding and managing bereavement in palliative care.. In: Chochinov HM, Breitbart W, eds.: *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2000, pp 321-34.
4. Shuchter SR, Zisook S: Treatment of spousal bereavement: a multidimensional approach. *Psychiatr Ann* 16 (5): 295-305, 1986.
5. Rando TA: *Treatment of Complicated Mourning*. Champaign: Research Press, 1993.

Pena compleja

La pena compleja o patológica son extensiones mal adaptadas del duelo normal. Estas reacciones mal adaptadas se superponen a ciertos trastornos psiquiátricos y requieren una terapia más compleja. Los trastornos del ajuste (especialmente depresión y ansiedad, trastornos emocionales o de comportamiento), la depresión, el abuso de sustancias y trastornos del estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) son algunas de las secuelas psiquiátricas más comunes en las complicaciones que surgen del proceso complejo del duelo. Cuando la pena se vuelve patológica, se puede identificar por la duración de los síntomas, el trastorno incrementado del comportamiento psicosocial debido a los síntomas o por la intensidad los síntomas subsíndrome (por ejemplo, intentos de suicidio o conducta anormal con relación a la pérdida).^[1]

La pena compleja o sin resolver, puede tomar muchas formas.[2,3] Estas complicaciones se pueden manifestar como ausencia de pena (por ejemplo la pena y el duelo están totalmente ausente), inhibición de pena (muchas de las manifestaciones de ésta no se producen), pena retardada, pena conflictiva, o pena crónica. Los factores de riesgo de la pena patológica incluyen: lo súbito de la pérdida, sexo del doliente, y la existencia de una relación demasiado cercana o ambivalente con la persona que murió. Las reacciones patológicas que implican episodios depresivos de importancia, deben ser tratadas con medicamentos y enfoques sicoterapéuticos, aún cuando la eficacia de estos enfoques combinados no ha sido probada aún. El doliente que rechaza todo lo relacionado con la persona fallecida por un período prolongado, que revive la pérdida y revive la presencia de la persona muerta en pensamientos y sueños y que se sobresalta y sufre pánico cuando se acuerda de la pérdida, puede ser considerado para un diagnóstico de PTSD (aún cuando no llene todos los requisitos para un diagnóstico psiquiátrico).[4] El abuso de sustancias en los dolientes es frecuentemente una consecuencia de medicarse a si mismo para los sentimientos y síntomas dolorosos (como el insomnio), y puede ser un candidato para intervención con psicoterapia o medicamentos.

Bibliografía

1. Rando TA: Treatment of Complicated Mourning. Champaign: Research Press, 1993.
2. Rando TA: Grief, Dying, and Death: Clinical Interventions for Caregivers. Champaign: Research Press Company, 1984.
3. Raphael B: The Anatomy of Bereavement. New York: Basic Books, Inc., 1983.
4. Parkes CM, Relf M, Couldrick A: Counselling in Terminal Care and Bereavement. Baltimore: BPS Books, 1996.

Respuestas transculturales sobre la pena y el duelo

Cuando la pena se manifiesta, ya sea por la pérdida de un ser querido, algo que atesoramos o debido a un cambio drástico en nuestras vidas, es una manifestación universal que traspasa todas las culturas y edades. Sin embargo, hay muchos aspectos sobre la pena que aún desconocemos, incluyendo, el papel que juega el aspecto cultural en la pena y el duelo.[1,2] Las actitudes, creencias y ritos relacionados con la muerte son caracterizados y descritos acorde al contexto multicultural, mito, misterio y otros aspectos que describen los que son la relaciones transculturales.[2]

El potencial de que haya contradicción entre la experiencia intrapersonal de un individuo con el proceso de la pena, y sus expresiones culturales del pesar, pueden ser explicadas por el uso prevaeciente (aunque incorrecto) de la palabra pena (el proceso altamente subjetivo de experimentar reacciones ante lo que percibimos como una pérdida) como sinónimo de luto (despliegue de la pena como conducta social o culturalmente definida).[3,4]

Un análisis realizado de los resultados extraídos de varios grupos focales cada uno integrado por personas de culturas específicas, revela que las experiencias individuales interpersonales de duelo son similares en todas las culturas. Esto es verdad inclusive teniendo en cuenta los diferentes rituales, tradiciones, comportamientos y expresiones de la pena entre los participantes. Se ha llegado a la conclusión de que los profesionales en el área de salud, deben entender bien el aspecto que las prácticas culturales de duelo juegan en la manera cómo un individuo asimila la pena en general, para así poder brindarle a sus pacientes una ayuda sensible a su origen cultural.[1]

A pesar de las legislaciones, regulaciones sanitarias, costumbres y reglas de trabajo que han influido en la forma en que se maneja la muerte en los Estados Unidos, el proceso de duelo varía mucho dependiendo del origen cultural que se tenga. Cuando se evalúa la respuesta de un individuo a la muerte de un ser querido, los trabajadores sanitarios deberían identificar y apreciar lo que se espera o requiere en la cultura

del doliente. Ignorar estos rituales puede llevar a que los familiares experimenten un sentimiento de no resolución en relación a la pérdida.^[5] Esto a veces es difícil especialmente cuando la mayoría de los médicos atienden pacientes con diversos bagajes étnicos.^[2]

Ayudar verdaderamente a una familia a confrontar la muerte de un ser querido incluye el respeto por la herencia cultural de la familia y estimularlos a participar en el desarrollo de los funerales. Al momento se identifican cinco preguntas que los clínicos deben tomar en consideración cuando traten de ayudar a alguien ante la pérdida de un ser querido.

1. ¿Cuáles son los ritos y costumbres que se llevan a cabo en su cultura durante el proceso de duelo, el funeral y el entierro?
2. ¿Cuáles son las creencias de la familia acerca de lo que pasa después de la muerte?
3. ¿Qué tipo de expresiones emocionales se consideran apropiadas ante la pérdida?
4. ¿Existe alguna regla o rito especial cuando el fallecido es hombre o mujer a la hora de la muerte?
5. ¿Existe algún tipo de estigma ante determinado tipo de muerte (como el suicidio) o existen ciertas clases de muerte que son traumáticas para su grupo cultural (como la muerte de un niño)?^[6]

Muerte, pena y duelo son aspectos universales y naturales del proceso de vida. Todas las culturas han desarrollado prácticas que le ayudan a lidiar con la muerte. El perturbar estas prácticas puede interrumpir el necesario proceso de pena. El entender estas prácticas pueden ayudar a los profesionales de la salud a identificar y desarrollar métodos de tratar pacientes de otras culturas que manifiestan una pena considerada atípica.^[7] Dada la tendencia etnodemográfica actual, los profesionales de la salud necesitan entender estas diferencias culturales para brindar un mejor y más eficaz servicio.^[2]

Bibliografía

1. Cowles KV: Cultural perspectives of grief: an expanded concept analysis. J Adv Nurs 23 (2): 287-94, 1996. [\[PUBMED Abstract\]](#)
2. Irish DP, Lundquist KF, Nelson VJ, eds.: Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief: Diversity in Universality. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.
3. Rando TA: Treatment of Complicated Mourning. Champaign: Research Press, 1993.
4. Cowles KV, Rodgers BL: The concept of grief: a foundation for nursing research and practice. Res Nurs Health 14 (2): 119-27, 1991. [\[PUBMED Abstract\]](#)
5. McGoldrick M, Hines P, Lee E, et al.: Mourning rituals. Family Therapy Networker 10 (6): 28-36, 1986.
6. McGoldrick M, Almedia R, Hines PM, et al.: Mourning in different cultures. In: Walsh F, McGoldrick M, eds.: Living Beyond Loss: Death in the Family. New York: W.W. Norton & Company, 1991, pp 176-206.
7. Eisenbruch M: Cross-cultural aspects of bereavement. II: Ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. Cult Med Psychiatry 8 (4): 315-47, 1984. [\[PUBMED Abstract\]](#)