

---

# ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Reseña de Revistas

### Novedades sobre el duelo

F. González Aguado\*, V. Ibáñez Rojo\*\*

\**Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias. Área 3. Madrid*

\*\**Psiquiatra. Hospital de Día. Área 6 de Madrid*

---

**D**el total de consultas que atiende un médico de atención primaria, un cuarto de ellas se relacionan con algún tipo de pérdida. En orden de frecuencia, estas pérdidas incluyen separaciones de seres queridos, incapacitación, duelos, migración, cambios de domicilio, pérdida de empleo, nacimiento de hijos, jubilación. Por otro lado, tras pérdidas importantes como la de la pareja o un hijo, más de un tercio de las personas padecen efectos sobre su salud física o psíquica, en forma de una gran variedad de trastornos psicosomáticos y psicológicos en los que aumenta el riesgo de muerte por afectación cardíaca o suicidio<sup>1</sup>.

Actualmente, los médicos y especialistas ambulatorios, o no detectan las reacciones relacionadas con las pérdidas, o de hacerlo, la mayor parte, las derivan al equipo de salud mental. En el hospital, a pesar de los aportes de la medicina paliativa en el desarrollo teórico sobre este tema, nuestra experiencia es que el número de interconsultas en relación a duelos, pérdidas, manejo de pacientes moribundos, comunicar “las malas noticias”... va en aumento, y el manejo de estas reacciones no ha calado ni en la formación ni en la deontología general del médico. Por todo ello, una experiencia humana, necesaria y frecuente a lo largo de nuestro crecimiento, se está, en los últimos años, psiquiatrizando en exceso (con lo que una parte de los psiquiatras y sus hermanos de profesión están bastante contentos).

Poder disponer de un sistema desde el que entender este proceso y organizar actuaciones que puedan facilitarlo y no psiquiatrizarlo innecesariamente, es por lo que aboga este artículo. Recientemente se han publicado varios trabajos orientados a conseguir este fin.

Se ha traducido al español el manual de Worden: “El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia”<sup>2</sup>. Esta pequeña obra maestra, dirigida a personas -profesionales o no- que han de practicar actividades de aconsejamiento con sujetos en situación de duelo ofrece varios atractivos. En primer lugar, es un

texto sintético y de fácil lectura. En segundo lugar, plantea un modelo de duelo en el que este proceso, en lugar de concebirse como una serie de *fases*, que se suceden en el tiempo de acuerdo con una secuencia más o menos prefijada (lo que en la práctica resulta poco útil), lo presenta como un conjunto de *tareas*: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar las emociones asociadas a ella; 3) afrontar las demandas de la vida sin lo perdido; y 4) recolocarse psicológica y emocionalmente de modo que no impida la búsqueda de otras satisfacciones. Las dificultades en el proceso y las posibles complicaciones se entienden como fracasos en el intento de llevar a cabo cada una de estas tareas y las estrategias de intervención se presentan como procedimientos para facilitarlas. Por último, el libro está concebido como guía para un seminario de formación, está enfocado a la práctica, e incluye la relación de ejercicios que el autor plantea a los alumnos de estos seminarios.

Se ha publicado una nueva edición -en Penguin, dirigida a un público amplio- (ya publicada hace dos años en Routledge) del texto clásico de Colin Murray Parkes: “Bereavement. Studies of grief in adult life”<sup>3</sup>, en el que se actualizan los conceptos que este autor (imprescindible en la literatura sobre el tema), derivó de sus extensos trabajos de campo. Se trata de un libro en el que, sin que la exposición pierda la altura teórica que cabe esperar en un trabajo sobre un tema así, se trabaja con conceptos que se contrastan continuamente con hallazgos empíricos que, a veces, son -como casi siempre que se realiza esta operación- contraintuitivos (véase, por ejemplo, lo referente a la predominancia de la ansiedad sobre la tristeza en los momentos iniciales). La prestigiosa revista médica -no psiquiátrica- *British Medical Journal*, ha publicado en su sección de *educación y debate* una serie de diez artículos<sup>4-13</sup>, titulada “*Enfrentando la pérdida*”, dirigida precisamente por Colin Murray Parkes, en la que se examinan diferentes

tipos de pérdidas que aparecen frecuentemente en el trabajo de médicos de distintas especialidades. Son textos concisos, bien informados, prácticos, escritos por primeras autoridades en la materia y orientados a no especialistas. Se desarrollan temas como *duelo en la vida adulta, duelo en la niñez, separación y otros problemas que amenazan las relaciones, cirugía y pérdida de partes del cuerpo, ceguera y pérdida de otras funciones sensoriales y cognitivas, las pérdidas de los médicos, el adulto moribundo, el niño moribundo, pérdidas en la vejez y enfrentándose a las pérdidas*. Para los profesionales de salud mental implicados en programas de enlace u otro tipo de relación con generalistas u otros especialistas son textos del máximo interés. Para los que no, representan una revisión impecable, una lectura sugerente en una línea de hacer entender a los médicos que el manejo de aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, las pérdidas, el acercamiento a la experiencia de la muerte, es una parte inherente a la condición de cualquier profesional sanitario y es de máxima importancia, tanto en prevención como en su asistencia diaria.

En un momento en el que el monstruo psiquiatizador del DSM amenaza con engullir una nueva faceta de la vida para contemplar de nuevo las emociones como meras señales de entidades morbosas<sup>14</sup>, que se adueñan de organismos cuya aborrecible normalidad puede ser

garantizada por lo que se conoce ya como el uso cosmético de los productos de ese nuevo Gran Hermano que es la industria farmacéutica, la reflexión sobre las reacciones humanas no nos hará daño a los profesionales de la salud mental.

## Bibliografía

1. Jacobs S. Pathologic grief: maladaptation to loss. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993.
2. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1993.
3. Parkes CM. Bereavement. London: Penguin, 1998.
4. Parkes CM. Bereavement in adult life. *BMJ* 1998;316:856-859.
5. Black D. Bereavement in childhood. *BMJ* 1998;316:931-933.
6. Weiss RS. Separation and other problems that threaten relationships. *BMJ* 1998;316:1011-1013.
7. Maguire P, Parkes CM. Surgery and loss of body parts. *BMJ* 1998;316:1086-1088.
8. Fitzgerald RG, Parkes CM. Blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *BMJ* 1998;316:1160-1163.
9. Bennet G. The doctor's losses: ideal versus realities. *BMJ* 1998;316:1248-1240.
10. Parkes CM. The dying adult. *BMJ* 1998;316:1313-1315.
11. Black D. The dying child. *BMJ* 1998;316:1376-1378.
12. Pitt B. Loss in alte life. *BMJ* 1998;316:1452-1454.
13. Parkes CM. Facing loss. *BMJ* 1998;316:1521-1524.
14. Horowitz MJ, Spiegel B, Hoken A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder. *AJP* 1997;154:904-910.

## La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente

B. Mas Hesse\*, M. Marín\*\*

\*Universidad Nacional de Educación a Distancia

\*\*Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo

Convertirse en un enfermo crónico es un golpe para la sensación de seguridad, para la autoimagen, y exige enfrentarse a la idea de la propia vulnerabilidad y falta de control sobre los acontecimientos. El ajuste a una enfermedad que puede ser mortal o potencialmente incapacitante requiere un considerable esfuerzo de afrontamiento.

La enfermedad renal terminal es un trastorno orgánico que, en mayor o menor medida, afecta a todas las áreas de la persona y obliga a quien la padece a someterse al tratamiento de diálisis o al trasplante para mantener la vida.

Existen dos momentos críticos que exponen al enfermo y a su familia a un mayor sufrimiento. Cuando se informa de la entrada en diálisis y la propia entrada. La entrada en diálisis suele ser percibida como algo negativo, como el final, como el fracaso del esfuerzo realizado. En ocasiones, un paréntesis en espera del trasplante, aplazando o dejando pendientes decisiones de la vida personal. Además, a partir de ahora, el enfermo deberá asumir un régimen de vida difícil y tendrá que hacer frente a problemas múltiples y cambiantes. El tratamiento de hemodiálisis va acompañado de limitaciones y alteraciones en las pautas de alimentación,

restricciones en la ingesta de líquidos y uso de medicación (que, según Serafino<sup>1</sup>, sólo siguen el 25% de los enfermos). Conlleva reducción de las actividades que antes se realizaban (ocio, viajes, etc.), frecuentemente, suspensión de la vida laboral con la consiguiente reducción del círculo social, la pérdida del poder adquisitivo y un cambio en el tiempo libre que, con frecuencia, aparece vacío. Evaluar, e intervenir, en las posibles necesidades psicosociales de los pacientes renales ha de ser una consideración importante de su tratamiento<sup>2,3</sup>, de cara a mejorar la calidad de vida.

Otros problemas son tener que acudir tres días a la semana a la unidad y permanecer durante varias horas conectado a una máquina.

Las repercusiones y la adaptación a un programa de diálisis, y especialmente en hemodiálisis, van a depender de diversos factores:

De lo esperada o inesperada que sea la diálisis, del estado general de salud, del curso y duración del proceso (incapacitación, las desfiguraciones, el dolor, la gravedad), unido al conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Como el modo de reaccionar del hombre ante la enfermedad es, en gran parte, una consecuencia de las interacciones sociales, con la aparición de este fenómeno adquieren singular importancia las variables de personalidad, junto con las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos sociales a los que el enfermo pueda acceder. No hay que olvidar factores como el género, la edad, la clase social, la madurez emocional, la autoestima y las creencias religiosas o filosóficas.

Aunque Rowe<sup>4</sup> ha comprobado que ni las ayudas externas, ni internas, pueden detener los efectos negativos que producen los estresores fisiológicos, en el ajuste a la enfermedad y al tratamiento es fundamental el control personal y unas buenas relaciones interpersonales<sup>5</sup>. Otro factor importante que contribuye al ajuste personal de los pacientes crónicos es el *locus* de control. El trabajo de Christensen et al<sup>5</sup>, ha clarificado el papel de esta variable en la enfermedad renal terminal. Los pacientes crónicos necesitan poseer un balance adecuado entre *locus* de control externo (el equipo médico puede mejorar mi salud), y *locus* de control interno (yo puedo hacer cosas para mejorar mi salud). Balance que deberá irse modificando en función del desarrollo de la enfermedad. Es desadaptativo mantener, al empeorar, un *locus* de control interno, aunque en etapas anteriores éste haya sido beneficioso.

Es necesaria, además, una cierta congruencia entre las creencias de control y las limitaciones que la situación impone. De no ser así, cualquier empeoramiento irá unido a un ajuste deficiente. La creencia de que la salud puede ser controlable (ya sea por nosotros o por otros),

que protege de la depresión en las etapas tempranas de la enfermedad, puede conllevar índices de depresión mayores, al no confirmarse en el curso progresivo de la misma.

Estar enfermo puede conllevar preocuparse por la enfermedad o, por el contrario, tratar de ignorarla. La negación se manifiesta bien como una incapacidad para percibir emociones, como un fracaso para percibir la amenaza, o bien como una imposibilidad para reconocer el impacto de la enfermedad en la vida. La negación ante las noticias adversas es una estrategia de afrontamiento más. Los problemas aparecen cuando va acompañada de incumplimiento de las prescripciones médicas y es la única estrategia utilizada. Las respuestas emocionales más frecuentes del enfermo renal están relacionadas con la ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo. La ansiedad suele ser una respuesta emocional normal de las primeras etapas de adaptación a la hemodiálisis. La ansiedad no sólo está relacionada con el tratamiento, sino que aparece relacionada con la incertidumbre respecto al futuro.

La depresión también ha sido identificada como uno de los problemas clave del enfermo renal terminal (Pelechano V. Análisis y modificación de conducta, 1992). Los datos que aparecen en la literatura coinciden en situarla alrededor de un 30%. Existe una tendencia constante a considerarla el predictor más importante de la supervivencia<sup>6</sup>, por lo que se ha convertido en tarea imprescindible detectar su aparición y tratarla cuanto antes. Normalmente, se ha relacionado la depresión con un descenso en el cuidado personal y, lo que supone un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento médico, dieta, alimentos y líquidos<sup>7</sup>. Además, la ansiedad y la depresión del paciente renal correlacionan con su incapacidad, así como con su percepción de salud y esta relación, en el trabajo de Parkerson y Gutman<sup>8</sup>, fue mayor que con el diagnóstico real.

El impacto máximo de la depresión se observa durante el transcurso del primer año de diálisis, aunque es posible que su patrón no sea claramente reversible. Así como es esperable que los evocadores situacionales de la ansiedad disminuyan con el tiempo, no ocurriría lo mismo con los de la depresión. Los cambios en el estilo de vida, en los roles sexuales y familiares y los sentimientos de pérdida, son problemas que tienden a acuciarse según avanza la enfermedad. Para investigar la relación entre dependencia forzada, percepción de falta de control y depresión, se ha recurrido con frecuencia al modelo de la indefensión aprendida de Seligman.

En el estudio de los problemas emocionales que surgen durante el tratamiento en hemodiálisis hay que hacer

especial referencia a los problemas y síntomas somáticos que pueden ir unidos a la depresión, a la ansiedad y a la irritabilidad.

Por todo esto, podemos concluir diciendo que, aunque la hemodiálisis salva de una muerte segura, ofrece una calidad de vida seriamente mermada con unas claras repercusiones psicosociales que no deben olvidarse en el tratamiento de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Serafino EP. Health Psychology Biopsychosocial Interactions. John Wiley & Sons. New York, 1990.
2. Killingwort A, Van den Akker O. The quality of life of renal dialysis patients: Trying to find the missing measurement. *Int J Nursing Stud* 1996; 33(1): 107-120.
3. Levenson JL, Glocheski S. Psycho-logical factors affecting end-stage renal disease. A review. *Psychosomatics* 1991; 4(32): 382-389.
4. Rowe MA. The impact of internal and external resources on functional outcomes in chronic illness. *Research in Nursing and Health* 1996; 19(6): 485-497.
5. Symister P, Friend R. Quality of life and adjustment in renal disease: A health psychology perspective. En: Resnick, Robert J, Rozensky, Ronald H et al. *Health psychology through the life span: Practice and research opportunities* (pp. 265-287). Washington DC, USA: American Psychological Association, 1996.
6. Christensen AJ, Smith TW, Turner ChW, Cundick KE. Patient adherence and adjustment in renal dialysis: A person treatment interactive approach. *J Behav Med* 1994; 6(17): 549-566.
7. Everett KD, Brantley PJ, Sletten Ch et al. The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Behav Med* 1995; 1(21): 25-30.
8. Parkerson GR, Gutman RA. Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int J Psych Med* 1997; 127(1): 33-45.