



Duelo antes y después de una pérdida en adultos mayores: Un enfoque para el cuidado

► Las pérdidas son eventos de la vida, experimentados con frecuencia durante la edad adulta, y el duelo es la respuesta natural ante cualquier pérdida significativa. Es común que quienes se dedican a la práctica clínica geriátrica se enfrenten a pacientes atravesando procesos de duelo; más aún, debido a que los adultos mayores sufren con frecuencia enfermedades crónicas y progresivas, sus cuidadores y familiares pueden llegar a experimentar procesos de duelo previos a la muerte conforme la enfermedad progresa. Es importante que los médicos, y sobre todo los especialistas en psicogeriatría, conozcan el proceso de duelo, la manera de otorgar apoyo efectivo y las diferencias entre duelo y depresión.

A pesar de que la mayoría de las personas logran adaptarse a las pérdidas sin necesidad de recibir tratamiento, existe una minoría que desarrolla un síndrome persistente y discapacitante asociado al duelo conocido como Trastorno de Duelo Prolongado (CIE-11) o Trastorno por Duelo Complejo Persistente (DSM-5).

En esta revisión se describirán los tipos de trastornos por duelo, factores de riesgo, comorbilidades, diagnóstico y tratamiento del duelo.

Apego y duelo

Las relaciones cercanas tienen una función importante en nuestras vidas; contribuyen al bienestar emocional al brindar seguridad, autoconfianza y sensación de identidad, afectan implícitamente la función cognitiva, nos ayudan a resolver problemas y manejar el estrés, e influyen en la regulación emocional. Asimismo, este tipo de relaciones afectan el sueño, apetito, percepción del dolor, liberación hormonal, respuesta inflamatoria y función inmunológica del individuo. Por lo tanto, es esperable que la amplia gama de efectos que las relaciones interpersonales tienen sobre el individuo, contribuyan al profundo impacto en las pérdidas.

De modo recíproco que nos preocupamos y cuidamos a quienes queremos, resulta importante cuidar de otros, así como tener quien lo haga por nosotros, más aún, cuando la persona en cuestión padece una enfermedad crónica. La pérdida de un ser querido tiene efectos sobre el apego y las relaciones interpersonales del cuidador, y puede desencadenar ansiedad de separación y sentimientos de culpa que inhiben la inclinación natural a explorar el mundo, aprender y crecer.

Duelo previo a la muerte

Los cuidadores de pacientes con enfermedades terminales se enfrentan a la pérdida de la persona que conocían, las activida-

des que compartían y los planes a futuro. Conforme las pérdidas se acumulan, inclusive mientras el enfermo continúa estando vivo, el cuidador y otros familiares pueden experimentar un proceso de duelo. El duelo previo a la muerte es una reacción típica ante pérdidas que ocurren cuando un ser querido padece alguna enfermedad terminal. Se han reportado síntomas de duelo complicado, hasta en 15% de los familiares de pacientes que se encuentran al final de la vida; asimismo, este tipo de duelo se asocia a un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, mayor carga del cuidador, mayor intensidad del proceso de duelo tras la muerte del ser querido, menor comunicación dentro de la familia sobre la muerte, información excesiva o escasa acerca del pronóstico, y menor preparación para la muerte.

Los cuidadores de pacientes con *demenia* tienen mayor riesgo que otros cuidadores de presentar un duelo previo a la muerte; debido a la combinación de la pérdida de la memoria y habilidades funcionales, y a las alteraciones conductuales típicas de la demencia, a medida que la enfermedad progresa la calidad de las relaciones y los roles familiares se alteran. Eventualmente los pacientes pierden completamente la capacidad de comunicarse y de proveer apoyo mutuo; cuando la seguridad y comodidad de quien recibe los cuidados desaparecen, aunque físicamente siga presente, el cuidador experimenta naturalmente una reacción de duelo.

Las reacciones de duelo previo a la muerte son únicas para cada individuo y con cada relación, sin embargo, incluyen típicamente emociones como tristeza, soledad, enojo y desesperanza. Muchos cuidadores añoran lo que tuvieron en el pasado y experimentan ansiedad frente al futuro, otros experimentan confusión, y otros tantos presentan sentimientos de culpa e ineffectividad cuando la condición del ser amado se deteriora a pesar de sus esfuerzos. Por otro lado, muchos cuidadores tienen dificultad para reconocer el dolor, tanto ellos como los profesionales de la salud tienden a confundir los síntomas de un duelo previo a la muerte con estrés, carga o un proceso depresivo; la negación a largo plazo puede tener efectos negativos en la salud mental y el proceso de duelo.

Duelo tras la muerte

El duelo incluye manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas. Aunque existen características típicas, cada experiencia es específica de la relación que se pierde; no existe una forma correcta, un orden, o un periodo de tiempo determinado para vivir un duelo, y este puede seguir diferentes trayectorias.

El *duelo agudo* varía en intensidad y puede durar de semanas a meses; los hallazgos característicos son tristeza y anhelo. Las emociones dolorosas pueden venir en oleadas, los recuerdos de la persona que falleció son frecuentes e insistentes, y la incredulidad y entumecimiento se presentan con frecuencia. La evitación de situaciones que recuerden la pérdida puede también ser un hallazgo en esta etapa, que a su vez se asocia a una sensación de desapego familiar y social. Por otro lado, las emociones positivas pueden también estar presentes. Todo

aquel que enfrenta una pérdida reciente tiene mayor morbilidad y mortalidad, particularmente a causa del suicidio y eventos cardiovasculares; el riesgo de suicidio, autolesiones e inicio o exacerbación de trastornos psiquiátricos es particularmente alto durante el primer año que sigue a la pérdida, y específicamente el riesgo de suicidio es mayor en adultos mayores del género masculino que pierden a su pareja.

Posteriormente inicia un proceso natural de *adaptación*, en el cual se vuelven a estabilizar los sistemas psicológico, biológico y social y disminuye el dolor característico del duelo agudo. El proceso de adaptación implica la aceptación de la pérdida (aceptar la finalidad y consecuencias de la muerte del ser amado) y la restauración del sentido de bienestar (requiere un sentido renovado de autonomía, competencia y afinidad, y una visión del futuro que incluya un propósito y significado con posibilidades de disfrutar y sentirse satisfecho). La manera de adaptarse a la pérdida es particular de cada individuo y cada muerte.

La *integración del duelo* implica su transformación a medida que la persona se adapta a la pérdida. Con el tiempo, las oleadas de dolor intenso ocurren con menor frecuencia, duración e intensidad; se acepta la realidad y consecuencias de la pérdida, así como la nueva naturaleza de la relación con el fallecido y los recuerdos permanecen accesibles y pueden ser reconfortantes. Aunque algunas fechas, eventos o recordatorios, pueden desencadenar dolor intenso, este último no prevalece; en el caso de los adultos mayores, principalmente en el género masculino los sentimientos de soledad y poca satisfacción con la vida pueden ser persistentes. La adecuada integración del duelo se asocia en ocasiones a un crecimiento personal de quien vive la pérdida.

Trastorno de duelo prolongado (TDP)

Es una forma de duelo persistente e incapacitante que ocurre cuando existen factores que impiden la adaptación; se presenta en aproximadamente el 10% de quienes se enfrentan a pérdidas por causa natural, y las prevalencias son más elevadas en adultos mayores (un estudio reportó prevalencias de hasta 25.4%), en quienes pierden a su pareja o a un hijo, y en el caso de muertes súbitas. Las principales características del TDP son anhelo intenso o preocupación persistente por el fallecido que persisten al menos 6 meses después de la pérdida, alteran el funcionamiento y se acompañan de: tristeza, culpa, enojo, dificultad para aceptar la pérdida, sensación de haber perdido una parte de uno mismo, incapacidad de experimentar estados de ánimo positivos, entumecimiento emocional, y/o dificultad para participar en actividades sociales.

La dificultad para adaptarse a una pérdida se ha asociado a relaciones estrechas que definen la identidad, historia de problemas de apego durante la infancia, preexistencia de condiciones psiquiátricas, pertenecer al género femenino y estrato socioeconómico bajo. Asimismo, la adaptación resulta más complicada para individuos con trastornos físicos y/o mentales y con estrés psicosocial pronunciado; contrariamente los rasgos de resiliencia tienen efectos positivos en dicho proceso. En el caso específico de los adultos mayores, presentan mayor riesgo de desarrollar TDP los individuos que pierden a su pareja o hijo, del

género masculino, menos educados, de mayor edad, con deterioro cognitivo, y con historia de depresión; y en el caso de los cuidadores, aquellos que no están preparados para la pérdida.

Los procesos de duelo pueden precipitar alteraciones de la salud física; el riesgo de infarto al miocardio e infarto cerebral es dos veces más elevado después de la muerte de la pareja, asimismo, pueden elevarse los niveles de cortisol y de la presión arterial, alterarse la función inmunológica, y en el caso de pacientes con demencia presentar exacerbación de síntomas conductuales y psicológicos. El duelo puede además precipitar el inicio o recaída de trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y TEPT. Los individuos con TDP pueden presentar deterioro en el autocuidado, alteraciones en el sueño, uso de sustancias y pensamientos suicidas; en el caso de los adultos mayores se observa mayor atrofia cerebral y deterioro en la función ejecutiva y procesamiento de la información.

Atención durante el proceso de duelo

Los individuos que atraviesan un proceso de duelo deben ser evaluados, monitoreados, apoyados y tratados en caso necesario. Es importante evaluar tanto el duelo previo como el que ocurre tras este, así como detectar la existencia de TDP. Pueden utilizarse instrumentos de tamizaje validados como "Caregiver Grief Scale", "5-item Brief Grief Questionnaire" e "Inventory of Complicated Grief".

Los cuidadores de pacientes con enfermedades terminales deben ser orientados para lograr reconocer el duelo como un proceso natural. Existe una intervención telefónica que incluye técnicas basadas en la TCC, en la cual se le enseña al cuidador a manejar emociones dolorosas, desarrollar alternativas ante cogniciones poco útiles y mejorar el autocuidado.

Los profesionales de la salud pueden participar ayudando a los pacientes a comprender y aceptar el duelo. Además, quien ha sufrido una pérdida reciente puede beneficiarse del apoyo familiar, social, cultural, de comunidades religiosas y de amistades; darse un descanso de las demandas de la vida diaria; les ayuda ser escuchados con empatía, recordar al ser querido, dar testimonio del dolor, recibir información acerca del proceso de duelo y discutir posibles planes para el futuro. En caso de identificar factores de riesgo y/o sintomatología significativa, persistente y discapacitante, el paciente debe ser referido con un especialista para recibir tratamiento. Existe ya un tratamiento basado en evidencia para el duelo complicado, apropiado para adultos mayores, cuyo objetivo es lograr la adaptación e integración del duelo; además, algunos ensayos de intervenciones similares (terapia individual, grupal y basada en el internet) han demostrado efectividad a corto y largo plazo para el tratamiento de TDP.

Sofía Vidal de la Fuente

Bibliografía

Meichsner F, O'Connor M, Skritskaya N, Shear K. Grief before and after bereavement in the elderly: An approach to care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020;28(5):560-569. doi: 10.1016/j.jagp.2019.12.010

Notix

zolpidem

Haciendo del sueño
UNA REALIDAD

1ª línea farmacológica
para el tratamiento del

INSOMNIO¹



Rápido inicio de acción.^{2,3}



Incrementa significativamente la duración del sueño y disminuye los despertares nocturnos.⁴



Bien tolerado en pacientes con insomnio, inclusive adultos mayores.^{3,5}



Mínimos efectos sobre la cognición.⁵



Referencias:
1. Consenso y guía de práctica clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del insomnio. 2. Díaz, Ma. Salomé, et. al. Tratamiento del insomnio. Inf Ter Sist Nac Salud 2008; 32: 116-122. 3. Langtry, H.D. & Benfield, P. Drugs (1990) 40: 291. <https://doi.org/10.2165/00003495-199040020-00008> 4. Dang, Amit, et al. Role of Zolpidem in the Management of Insomnia. CNS Neuroscience & Therapeutics 17 (2011) 387-397. 5. Holm, K.J, Goa KL. Zolpidem: an update of its pharmacology, therapeutic efficacy and tolerability in the treatment of insomnia. Drugs. 2000 Apr;59(4):865-89. SSA 20330020200918

Remicital[®]

Citalopram



Ranurada

Disponible en presentaciones
de 15 y 30 tabletas ranuradas.

LA VIDA EN ARMONÍA