

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS



UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

**VALORACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN 30 PACIENTES
CON DUELO EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
“ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ” DE ABRIL A NOVIEMBRE 2014.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA ELOISA DOMITILIA RAMÍREZ DE ALBA

CD.MX.,2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

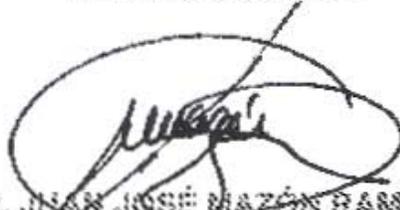
VALORACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN 30 PACIENTES
CON DUELO EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
"ALFREDO DEL MAZON VÉLEZ" DE ABRIL A NOVIEMBRE DE
2014

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA ELOISA DOMITILA RAMÍREZ DE ALBA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**VALORACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN 30 PACIENTES CON DUELO
EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA "ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ" DE
ABRIL A NOVIEMBRE 2014**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA

DRA MARÍA ELOISA DOMITILIA RAMÍREZ DE ALBA

AUTORIZACIONES



DRA. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMYM TOLUCA

DR. EN C. ALBERTO ERNESTO HARDY PÉREZ
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION DE ISSEMYM

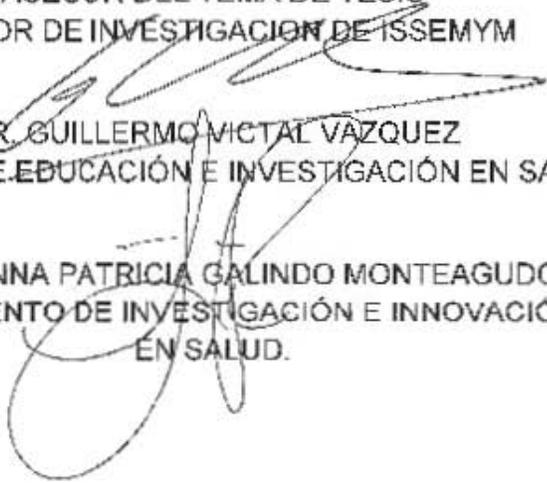


DR. EN C. ALBERTO ERNESTO HARDY PÉREZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION DE ISSEMYM



DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

ING JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD.



INDICE

INTRODUCCION	1
1. MARCO TEORICO	1
1.1. La familia	
1.1.1. Definición de la familia	1
1.1.2. Clasificación y tipología familiar	1
1.1.3. Ciclo vital de la familia según Geyman	2
1.1.4. Dinámica familiar	3
1.1.5. La familia como sistema	3
1.1.6. Funciones de la familia	4
1.1.7. Crisis familiares	5
1.1.8. La familia y el duelo	5
1.2. Medicina familiar	
1.2.1. Antecedentes históricos	9
1.2.2. Niveles de atención familiar	9
1.3. El duelo	
1.3.1. Definición de duelo	11
1.3.2. Etapas o fases del duelo	12
1.3.3. El duelo desde la perspectiva de varios autores	13
1.3.4. Tareas del duelo	18
1.3.5. Duelo patológico	19
1.3.6. Instrumentos de medida	24
1.3.7. Tratamiento del duelo	24
1.4. Depresión	
1.4.1. Definición	31
1.4.2. Características de la depresión	31
1.4.3. Criterios Diagnósticos DSM IV	32
1.4.4. Tipos de Depresión	34
1.4.5. Muerte y depresión	34
1.4.6. Diversos enfoques de la depresión	34
1.5. Angustia	
1.5.1. Definición de la angustia	36
1.5.2. Manifestaciones Físicas de la angustia	37
1.5.3. Trastorno de ansiedad	37
1.6. Escalas de Medición.	
1.6.1. Escala de Autoevaluación de Zung	38
1.6.2. Escala de Hamilton para evaluación de ansiedad	39
1.6.3. Inventario de Duelo Complicado – Revisado	41
1.7. Planteamiento del problema	42
1.8. Justificación	44.

1.9. Objetivos	
1.9.1. Objetivo general	44
1.9.2. Objetivos específicos	44
1.10. Hipótesis	45
2. MATERIAL Y METODOS	45
2.1. Tipo de estudio	45
2.2. Diseño de investigación	46
2.3. Población, lugar y tiempo	46
2.4. Muestra	47
2.5. Criterios	47
2.6. Variables	47
2.7. Definición conceptual y operativa de variables	47
2.8. Diseño estadístico	48
2.9. Instrumento de recolección de datos	48
2.10. Método de recolección de datos	48
2.11. Maniobras para evitar y controlar sesgos	49
2.12. Procedimientos estadísticos	49
2.13. Diseño y construcción de base de datos	49
2.14. Análisis estadístico	49
2.15. Cronograma	49
2.16. Recursos humanos, financieros y materiales	49
2.17. Consideraciones éticas	49
3. RESULTADOS	
3.1. Edad	51
3.2. Sexo	51
3.3. Parentesco con el fallecido	52
3.4. Tipología familiar	52
3.5. Ciclo vital de la Familia	55
3.6. Escala de Zung	56
3.7. Escala de Hamilton	58
3.8. Análisis de media, moda, mediana, desviación estándar	59
3.9. Dispersión por cuartiles	61
3.10. Correlación de Pearson	61
3.11. Duelo complicado	61
4. DISCUSION	62
5. CONCLUSIONES	64
6. PROPUESTA	65
7. REFERENCIAS	67
8. ANEXOS	69

INTRODUCCION:

La familia proporciona, además del afecto y amor a los seres queridos, las interrelaciones, así como un gran conjunto de experiencias y vivencias; la mayoría de los seres humanos nacemos, crecemos, nos reproducimos, envejecemos y morimos en el seno de una familia.

De igual modo, la gran mayoría de las pérdidas, se viven y se experimentan dentro de la familia e indudablemente sus efectos repercutirán en el núcleo familiar. Cuando se hablan de pérdidas y sobre todo de las significativas, entramos en el terreno de los duelos; emocionalmente, el choque por la pérdida de un miembro, puede llegar a provocar ruptura de la integración familiar, su dispersión así como situaciones conflictivas.

Es una oportunidad para el médico familiar, intervenir en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular de sus etapas críticas; considerando el fallecimiento de algún miembro de la familia como una crisis normativa.

El médico de familia es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden normalmente los dolientes y el único que puede atender la morbilidad asociada al duelo, así como el dolor, la disfunción y la incapacidad ocasionada por el conjunto de circunstancias personales, familiares y sociales que conlleva el proceso de duelo.

De aquí la necesidad tanto de tener un conocimiento profundo del fenómeno de duelo, como de los recursos disponibles (medios, estrategias, protocolos, habilidades profesionales etc.), para evaluar, diagnosticar y realizar las intervenciones de ayuda necesarias en la atención al duelo.

El duelo humano se define como una reacción adaptativa natural normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. La muerte del hijo/a y la del cónyuge, son consideradas situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona.

1. MARCO TEORICO.

1.1. La familia

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello es indispensable contar con un marco de referencia que permita su estudio y comprensión.

1.1.1. Definición de familia.

“La palabra familia deriva de la raíz latina **famulus**, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo **famul**, que se origina de la voz osca **famel**, esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de la familia se deba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quién poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos” ¹

El término “familia” puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal ya que ésta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. El concepto de “familia” incluye una compleja organización bio-psico-social con diversas dimensiones de funciones, no es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el *Diccionario de la Lengua Española* dice que “la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” ². La palabra linaje hace referencia según Warner, a un conjunto dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la línea del apellido. El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos, o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo mismo techo”.

En resumen es posible definir a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.

1.1.2. Clasificación y tipología familiar.

Existen diversos modelos para el estudio de la tipología familiar y uno de los más reconocidos dentro de la Medicina Familiar fue el diseñado de por el Dr. Irigoyen Coria, departamento de

Medicina Familiar de la UNAM³, tomando en consideración la clasificación de la familia desde el punto de vista social; considera 4 pautas importantes que sería las siguientes:

1. En base a su desarrollo: A). Moderna, B) Tradicional; C) arcaica o primitiva. Considerando en nuestro medio, un 40% corresponde al modelo moderno, un 50% al tradicional y un 10% al arcaico.

2. En base a su demografía: A). Urbana; B) Rural. En nuestro medio, la proporción es de un 40% rural y un 60% urbana.

3. En base a su integración: A). Integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones; B). Semiintegrada: los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente sus funciones; C) Desintegrada: aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

4. Desde el punto de vista de su ocupación; A). Campesina; B)Obrera; C) Profesional de acuerdo a la ocupación de uno o ambos cónyuges.

1.1.3. Ciclo vital de la familia según Geyman.

Entendiendo como ciclo un periodo de tiempo que acabado se vuelve a contar de nuevo; vital es de suma importancia o trascendencia y que consiste en una serie de etapas dinámicas que ocurren en los sistemas familiares en un tiempo determinado y que establecen una organización específica y jerárquica durante la evolución del grupo familiar.

El modelo de ciclo vital de Geyman ⁴ considera 5 apartados:

1. Adaptación: se inicia con el establecimiento del vínculo matrimonial, concluye con la llegada del primer hijo.

2. Expansión: es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se “expande“. Se inicia con la llegada del primer hijo a la familia; se ocasionan tensiones, se enfrentan a las necesidades que los hijos tendrá, a la toma de decisiones de cuantos hijos el sistema podrá sobrellevar etc.

3. Dispersión: es una etapa en que los hijos se encuentran en edad escolar y el inicio de la adolescencia, ninguno de los hijos ha salido; en donde los padres presentan nuevos retos, entran en juego los procesos de socialización, asignación de nuevos roles, temas importantes de sexualidad y el cuidado de la pareja.

4. Independencia: etapa en que los hijos de mayor edad se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen; se independizan del núcleo familiar, surgen nuevas responsabilidades, debiendo existir negociación y acoplamiento para tolerar como sistema la partida de los hijos, respetar el matrimonio de los mismos, generar límites y enfrentar la soledad de la pareja.

5. Retiro y muerte: etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como son la jubilación, el desempleo, la viudez, el abandono. Viene la recapitulación de la vida, el cuidado de la salud, el enfrentamiento a enfermedad, la preparación para la muerte.

1.1.4. Dinámica familiar

“La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento”¹

En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran, además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia.

“Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante, no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro”⁵. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde, además, el sentimiento de no estar aislado y de no poder contar con el apoyo de los demás

1.1.5. La familia como sistema.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, y según los socialistas Frederick Le Play y Proudhon “es la célula básica de la sociedad”⁵. Es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo. Es por eso que no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.

“Podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otros que forman el sistema”⁶

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones; los principales en la estructura de una familia nuclear son:

- **Subsistema Conyugal:**

“El sistema conyugal se construye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de construir una familia. Posee tareas y funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del grupo. Las principales cualidades requeridas son la complementariedad y la acomodación mutua, tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia”⁶

Como dice Huerta¹ se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales, así mismo debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio.

- **Subsistema paterno-filial:** este subsistema se construye en base a las relaciones afectivas y comunicacionales dadas entre padres e hijos. el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que, al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles¹⁻⁶.

- **Subsistema fraterno:** este subsistema se conforma a partir de que hay más de un hijo en la familia; constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, a compartir, cooperar y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz¹⁻⁶

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí.

1.1.6. Funciones de la familia

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones¹

Según Maslow, el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades que son:

- **Fisiológicas:** aire, agua, alimentos, sexualidad.
- **Seguridad:** orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libres de temores y amenazas.

- **Sociales:** amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
- **Estima:** respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.
- **Realización personal:** satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio, etc.).

1.1.7. Crisis familiares

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, y afirma: “hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta”, cuando que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de salud y enfermedad. “Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, presente o pasado que ocasiona cambios en su funcionalidad y que conduce a un estado de alteración que requiere una respuesta adaptativa de la misma”⁵

Las crisis normativas o evolutivas **están relacionadas con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar.

Las crisis para-normativas **son experiencias adversas e inesperadas, como las enfermedades o accidentes y dentro de ellas la invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia. Ante la presencia de estos eventos críticos, al estudiar a una familia se debe explorar la forma en que el grupo las identifica y aborda.

Todo tipo de crisis implica importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere de un proceso de adaptación, es decir una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros.

Las crisis pueden suceder simultáneamente en varios miembros, así como presentarse varios eventos críticos a la vez. Cada una de las etapas del ciclo vital familiar conlleva crisis, por lo que la familia requiere de tantos periodos de adaptación e integración como eventos críticos se presenten, los cuales tienen lugar generalmente en espacio y tiempos breves.

1.1.8. La familia y el duelo.

“Cuando hablamos del duelo y la familia, se han de considerar al menos dos áreas principales. La primera es la posición funcional o el rol que desempeña el muerto en la familia. Cada miembro de la familia desempeña roles distintos, como el que establece los límites, el cabeza de familia, el culpígeno, el alegre etc., Si el fallecido tenía una posición familiar significativa, su muerte crea un desequilibrio funcional. Por medio de la muerte se puede privar a la familia de un rol importante y lo más probable es que otro miembro de la familia ocupe el rol vacante”⁷

Los niños desempeñan roles importantes en la familia y su muerte altera el equilibrio familiar, es importante considerar aspectos como la edad, las circunstancias de la muerte, el rol que

desempeñaba, etc. Sus implicaciones estarán determinadas por la relación y funcionalidad de la familia.

La muerte de uno de los padres, cuando la pareja es joven y el que muere es el soporte económico, no solo perturba el equilibrio emocional de la familia, sino que a su vez afecta la función económica del núcleo familiar o de la pareja del sobreviviente.

En segundo término ante la pérdida de un ser querido, cada persona reacciona de una manera distinta según sus características principales, pero en conjunto lo que prevalece es la forma de actuar de la familia como sistema. Una vez establecido el carácter de la familia como grupo interrelacionado, los autores se centran en los duelos por pérdidas de hijos, cónyuges y padres.

“El duelo por un/a hija constituye una de las muertes que más altera el sistema establecido porque trastoca el orden natural de la vida y es una de las experiencias más duras por las que puede pasar un padre una madre y una familia en general, ya que toda la estructura familiar queda gravemente dañada”⁷. La vía fundamental para superar este duelo está en la capacidad de los padres y las madres para compartir los sentimientos. La conducta de los progenitores es el modelo por el que los/as hijos/as aprenden a gestionar el dolor. Si se consigue que la comunicación se mantenga abierta, esta propiciará la capacidad de poner en marcha los mecanismos de adaptación internos y externos de todos los miembros de la familia.

“Los padres reaccionan ante la muerte de un hijo o ante el nacimiento de un hijo deforme siguiendo las fases similares a las que describió Kübler-Ross en los enfermos terminales. “Shock”, negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. La muerte de un niño puede ser una experiencia emocional más intensa que la de un adulto. Los sentimientos parentales de culpa y la desolación pueden ser insoportables; los padres creen que de alguna manera creen que de alguna manera no supieron proteger a su hijo. Una causa adicional del dolor es la destrucción de las esperanzas, deseos y expectativas que se habían puesto en la nueva generación. **Las manifestaciones del duelo pueden durar para toda la vida.** El estrés que provoca la muerte de un hijo puede provocar la desintegración de un matrimonio en el que hubiera conflictos previos. Uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad mortal del hijo, sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. Algunos estudios indican que más del 50% de los matrimonios que pierden un hijo o que tienen un hijo con malformaciones terminan en divorcio”⁸

La crisis de la pareja tras la pérdida de un hijo como ya fue mencionado es una de las experiencias más duras, difíciles y dolorosas que puede sufrir un ser humano; los padres se sienten responsables del bienestar y seguridad de sus hijos cuando el hijo muere, la pérdida suele ser vivida como fracaso y con una gran culpa. El iniciarse el duelo, sentimientos como la tristeza, el miedo, la culpa, la angustia, el resentimiento y la impotencia se apoderan de la pareja. El duelo es un proceso individual que podría alejar a la pareja y desgraciadamente, la incidencia en la tasa de divorcios tras la muerte de un hijo, generalmente esta sucede entre un año o dos después del fallecimiento.

Cuando la pérdida es la del cónyuge el cambio en la vida afectiva del otro miembro de la pareja es total, pero también se ven afectados los sistemas personales, familiares, sociales...en definitiva, tanto el mundo interno como el mundo de las relaciones. Esta pérdida es mucho más acusada según avanza la edad y es común la aparición de trastornos depresivos. Si la pérdida es de uno de los progenitores, el duelo es especialmente complicado tanto para niños/ as como para adolescentes, obligando al otro progenitor a asumir tanto sus roles como los de la persona que falta.

Duelo y familia.

“Enfrentar el proceso de duelo por la muerte de uno de los miembros de la familia es, quizás, una de las tareas más duras que una familia ha de llevar a cabo a lo largo de su vida. Desde un pensamiento sistémico la muerte se entiende como un proceso que, al mismo tiempo que implica a la persona que se muere, también implica a los supervivientes, poniéndose de manifiesto así, el ciclo de vida compartido familiar que reconoce la finalidad de la muerte y la continuidad de la vida simultáneamente”⁹

El cómo la familia lleve adelante esta tarea se considera como una determinante crucial para la adaptación individual y la del grupo. Como ocurría cuando hablábamos desde una perspectiva más individual, variables que van a influir en este proceso de adaptación son la manera de morir, la existencia de una red social de apoyo, el tiempo de la muerte en el ciclo de la vida y el contexto sociocultural de la pérdida. Con ello, se pone de relieve la “unicidad o individualidad“ de cada caso y la necesidad de respeto a las diferencias individuales, culturales y familiares“. Para Bowen, el impacto de la muerte en el equilibrio familiar dependerá del nivel de integración emocional de la familia en el momento de la pérdida y de la importancia funcional del miembro perdido. Una familia adecuadamente integrada, mostrará una reacción emocional más abierta, mientras que una menos integrada responderá con menos reacción emocional inmediata, pero con más problemas emocionales o físicos más tardes”⁹

El sufrimiento individual que sigue a la pérdida no solo es debido al duelo, sino consecuencia de los cambios en la dinámica familiar. La pérdida modifica la estructura familiar y la respuesta de cada miembro estará modelada por el sistema de creencias familiares, que a su vez es modificado por la experiencia individual de la pérdida.

Las familias como los individuos, necesitan estar en armonía con el pasado, no en lucha por capturarlo, escapar de él u olvidarlo. La muerte plantea retos adaptativos, que requieren reorganizaciones familiares a corto y largo plazo y cambios en la definición familiar de su identidad y propósitos.

La adaptación no significa resolución, más bien formas de poner la muerte en perspectiva y continuar con la vida. La idea psicoanalítica de trabajar a través de la pérdida para conseguir una completa resolución de ésta, no encaja con la mayoría e las persona. Hay pérdidas muy significativas o traumáticas que no se resuelven nunca.

Tareas familiares de adaptación.

Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y la experiencia compartida de la pérdida.

“Bowen apoya la inclusión de los niños diciendo que él nunca ha visto a un niño dañado por la exposición a la muerte, lo que sí ha visto son niños dañados por la ansiedad de los supervivientes”

*** Los ritos funerales ayudan en esa confrontación. La comunicación familiar es vital en este proceso. Un clima de confianza, empatía y tolerancia hacia las distintas respuestas es importante. El proceso de duelo también implica intentos compartidos para colocar la pérdida de una perspectiva significativa que encaja coherentemente con el resto de la experiencia familiar y sistema de creencias. Surgen sentimientos de gran intensidad y es preciso afrontar sentimientos negativos que, en nuestra cultura tienden a producir malestar en el otro, por lo que con frecuencia son callados y la comunicación bloqueada. Es precisa la tolerancia ante las distintas respuestas emocionales y estar preparados para que los miembros de la familia puedan estar en distintas fase, reflejando la individualidad de las respuestas de afrontamiento.

En familias donde ciertos sentimientos, pensamientos o recuerdos, son evitados en base a lealtades familiares o tabús sociales, el bloqueo de la comunicación puede contribuir la conducta sintomática o sentimientos sintomáticos que pueden surgir a la superficie, en otros contextos desconectados de su fuente. Cuando la familia es incapaz de tolerar sentimientos, el miembro que expresa lo inexpresable puede quedar excluido del sistema.

Reorganización del sistema familiar y reinversión de otras relaciones y metas vitales.

La muerte de un miembro familiar trastorna el equilibrio familiar y los patrones de interacción establecidos. El proceso de recuperación implica un realineamiento de relaciones y redistribución de las funciones del rol necesarias para compensar la pérdida y continuar con la vida familiar. “Promover la cohesión y la flexibilidad en el sistema familiar es crucial para la reestabilización”. La experiencia de desorganización inmediatamente después de la pérdida puede llevar a las familias a hacer movimientos precipitados hacia nuevos matrimonios u hogares.

1.2. Medicina familiar.

La atención médica en nuestros días debe enfocarse no solo en las acciones curativas, sino preferentemente en las preventivas, tanto del paciente como de su familia, en forma continua y de acuerdo a las características y factores de riesgo encontrados en cada etapa del ciclo vital familiar. Tomando en cuenta así mismo los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del proceso salud- enfermedad.

“La medicina de familia se conceptualiza como una especialidad médica, cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud enfermedad, enfocando como unidad de análisis al individuo y su familia para otorgar servicios médicos primarios, integrales,

continuos, con énfasis en la prevención de la salud y la atención a la enfermedad y rehabilitación, en corresponsabilidad con el paciente, su familia y la comunidad”⁵

1.2.1. Antecedentes históricos.

En 1940, Sir MacFarlane Burnet esquematizó en su modelo de la historia natural de la enfermedad los elementos que intervienen en la etiología y curso de la enfermedad de un individuo, e identificó en este esquema dos periodos:

Prepatogénico: que se lleva a cabo en el medio ambiente, antes de que el huésped se vea afectado

Patogénico: o curso natural de la enfermedad.

Ya sea para hablar de salud o de enfermedad, la unidad mínima de estudio es la familia; si la salud ha sido definida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, entonces la enfermedad implica la pérdida de ese bienestar mediante un proceso dinámico que resulta de la interacción del agente, huésped y medio ambiente. De esta interacción resulta una serie de cambios que en forma natural pueden retornar nuevamente al estado de salud del paciente o la familia también pueden llevarlo a un estado de cronicidad, incapacidad o muerte.

Se ha mencionado ¹⁰ que este proceso nocivo debe ser interrumpido tan pronto como sea posible mediante la aplicación de los niveles de prevención, que fueron integrados de manera complementaria al esquema de la historia natural de la enfermedad por Leavell y Clarck.

Las medidas preventivas más efectivas serán aquellas que se apliquen a la familia en su conjunto y cuando el proceso se encuentre en estadios iniciales o aún no se presenten síntomas.

De acuerdo con la historia natural de la enfermedad¹¹, la familia, por ser un sistema abierto en constante interacción, es considerada el huésped, y puede presentar síntomas al alterarse su homeostasis por medio de estímulos tanto biológicos como psicológicos y socioculturales. Si la familia está sometida a presiones por los eventos mencionados puede ocasionar la aparición de síntomas en uno o varios de los integrantes de la familia, así como la presencia de elementos de disfuncionalidad en el grupo. La familia disfuncional, considerada como huésped, pasa primero por una etapa subclínica de patogénesis temprana, y luego de rebasar el horizonte clínico presenta síntomas que pueden evolucionar hasta diferentes grados de invalidez o la muerte, que en este caso implicaría la disolución del grupo familiar.

En cada una de las etapas de la historia natural de la enfermedad existe la posibilidad de que la familia recupere su funcionalidad, ya sea por la intervención de agentes externos o por situaciones internas del mismo grupo familiar.

1.2.2. Niveles de atención familiar.

Las acciones que el médico familiar puede llevar a cabo con la familia corresponden a los siguientes niveles de atención: educación, orientación y terapia familiar. La intervención en cualquiera de estos niveles requiere de una evaluación y selección de los casos así como la adecuada capacitación de quienes van a intervenir¹¹

✓ **El objetivo de la educación:** es proporcionar al paciente y su familia conocimientos sobre sí mismos y sus funciones, así como habilidades prácticas acerca de aspectos específicos tales como el manejo instrumental de problemas de salud, que le permitan darse cuenta de sus posibilidades, responsabilidades y riesgos. Esto constituye una labor de promoción de la salud y de prevención primaria específica.

✓ **El objetivo de la orientación:** permite ayudar a los individuos y sus familias a definir e identificar conflictos en sus relaciones, reconocer la importancia de la interacción familiar, promover alternativas de solución y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar conflictos. Este nivel de atención es útil a grupos de población en riesgo, como sería la familia en duelo.

El concepto **trabajo con familias (consejería en atención primaria)** se refiere básicamente a las acciones que el médico familiar lleva a cabo con las familias que atiende en un relación colaborativa, por un tiempo determinado y enfocado a la promoción de la salud y al tratamiento de la enfermedad; estas intervenciones se pueden llevar a cabo en el consultorio, durante la visita domiciliaria, en el hospital o en el servicio de urgencias. Generalmente el médico familiar atiende individualmente a los miembros de una familia y no es habitual que todo el grupo familiar esté disponible siempre, sin embargo, en todo momento el médico debe ser capaz de reconocer los problemas en la dinámica familiar, así como el impacto de la enfermedad en la familia del paciente. Esta "conciencia familiar" facilita el diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas de salud, además de proveer bienestar y salud integral de las familias a su cuidado.

Pensar en términos de familia, como llama McWhinney, ¹⁴ permite al médico familiar percatarse de las dificultades a las que se enfrenta una familia para adaptarse a los cambios en su ciclo vital, así como de la responsabilidad de proporcionar adecuada información acerca de la salud individual y grupal de la familia como un todo y permanecer vigilante de los bloqueos que puedan aparecer en ella. Esta actitud le hace ser más sensible a las tensiones intrafamiliares no expresada, que en múltiples ocasiones subyacen en los cuadros depresivos y en los síntomas somáticos, implica también darse cuenta de los efectos sobre el sistema familiar de sus propias acciones médicas. La comprensión del contexto familiar del paciente da, además la ventaja de contar con un mayor número de opciones terapéuticas.

Algunas de las situaciones que hacen recomendable el trabajo con familias son las siguientes:

1. Problemas de salud relacionados con factores ambientales o con estilos de vida.
2. Deficiente adherencia terapéutica en enfermedades crónicas
3. Consultas frecuentes por síntomas vagos o con pobre respuesta al tratamiento
4. Visitas frecuentes al consultorio por parte de varios miembros de la familia
5. Alteraciones emocionales, conductuales o de relación
6. **Eventos críticos familiares**
7. Asesoría para llevar a cabo los ajustes en cada una de las etapas del desarrollo familiar
8. Fomento de la salud
9. Identificación de factores de riesgo para la salud.

✓ **El objetivo de la terapia familiar:** será la intervención psicoterapéutica propiamente dicha, se da sobre los aspectos conscientes e inconscientes de los miembros de la familia. Está indicada cuando después de una cuidadosa evaluación de la funcionalidad de la unidad familiar, se considera que el sufrimiento de la familia y su disfuncionalidad son causa directa de trastornos sintomáticos en sus miembros. También está indicada cuando el problema de salud de uno de sus miembros provoca en el grupo familiar una situación crítica. Es un método de tratamiento que se da por medio de reuniones regulares entre el terapeuta y el grupo familiar, con el propósito de promover nuevas conceptualizaciones sobre los conflictos presentes y buscar nuevas formas de resolverlas.¹²

1.3. El duelo.

El duelo es una reacción individual y compleja que genera cambios físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Cada persona utilizará sus herramientas internas para llevar a cabo la elaboración del duelo en cada una de sus fases.

“El duelo no es un trastorno mental, es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa”⁸

1.3.1. Definición de duelo.

En su definición etimológica duelo proviene del vocablo griego *duellum* (*combate, reto o desafío*) y *dolus* (*dolor*). Con el término “duelo” solemos referirnos habitualmente al estado de aflicción, pena, relacionado con la muerte de un ser querido; sin embargo, también puede aplicarse a aquellos procesos vitales (psicosociales) que conllevan algún tipo de pérdida especialmente significativa (pérdida de empleo, rupturas sentimentales, fracaso escolar, traumatismos y enfermedades invalidantes, etc.) De aquí, que también podamos entender el proceso de duelo como el conjunto de factores psicológicos y las conductas desarrolladas en relación con cualquier pérdida afectiva significativa para la persona.

“El duelo, en cuanto proceso de la pena por la muerte de un ser querido, es una reacción adaptativa normal, que incluye todas las facetas de la persona, física, psíquica y social afectando tanto a sentimiento y emociones como al propio comportamiento (relaciones interpersonales, ritos, etc.), con duración e intensidad proporcional al significado de dicha pérdida”

Este proceso psicológico se inicia inmediatamente después del fallecimiento. Tiene una duración variable y se presenta con signos como tristeza, labilidad emocional, irritabilidad, insomnio, alteración del apetito, recuerdos reiterados de la persona fallecida, dificultades para realizar las tareas cotidianas, desesperanza e ideas de muerte y otras.

Solamente aparecerá con una clínica más estrictamente depresiva en los duelos patológicos. En sí mismo, no es un trastorno psicopatológico, sin embargo en algunos momentos presenta características similares a un cuadro depresivo, e incluso puede ser desencadenante de la aparición de alteraciones de salud: riesgo de trastornos afectivos, aparición de crisis de ansiedad o de ansiedad generalizada, aumento de la ingesta o abuso de alcohol y fármacos, aumento del riesgo en patología cardíacas, la posibilidad de evolución hacia un duelo patológico entre un 10 y 30 % e incluso el riesgo de suicidio.

1.3.2. Etapas o fases del duelo.

Aunque se dan características comunes en los duelos, cada uno constituye una respuesta adaptativa individual, donde influyen tanto factores de personalidad como las circunstancias en que se haya producido la muerte y en las que se encuentre el doliente (apoyos, soledad, recursos económicos, cargas familiares)¹³

La pérdida que se produce desencadena un proceso de reacciones emocionales y de comportamiento que tienen como fin restaurar de alguna manera la figura desaparecida y el tipo de vida anterior al fallecimiento; y aunque hay diferencias culturales a tener en cuenta, en todas las culturas se lleva a cabo el "luto", en cuanto que re-presentación de la pena como conducta social y culturalmente definida¹⁴

Habitualmente, en los trabajos que tratan sobre el duelo encontramos modelos teóricos que lo representan como una sucesión de etapas y fases.

A modo de muestra vamos a mencionar algunos de ellos:

Etapas:

- 1) Una primera de conmoción e inestabilidad.
- 2) Una segunda de aflicción:
 - Depresión y/o agitación.
 - Ataques de miedo o pánico.
 - Ilusiones de "ver" u "oír", sensación de proximidad de la persona fallecida.
 - Culpabilización.
 - Agudización de síntomas primarios
 - Quejas somáticas.
- 3) Una tercera de reorganización y superación.

Fases:

- 1) Anterior
- 2) Inicial o inmediata (impasividad, incredulidad y shock)
- 3) Intermedia (ira, rabia, depresión y dolor)
- 4) Estable o tardía (recuperación, restablecimiento).

Fases:

- Temprana: “entumecimiento” o shock
- De “anhelo y búsqueda”
- De “desorganización y desesperanza”
- De “reorganización”

1.3.3. El duelo desde la perspectiva de diversos autores.

Los modelos teóricos que se estructuran en etapas o fases suelen describir con bastante claridad los elementos concretos que va experimentando el doliente, identificándose así los fenómenos con los que comprender el duelo.

A continuación se revisan las perspectivas de cuatro autores que clasifican las etapas de duelo:

1. John Bowlby (1990)¹⁴
2. Elisabeth Kubler- Ross (2002)¹⁵
3. Polo Scott (2009)¹⁶
4. Jorge Bucay (2009)¹⁷

La teoría de estos cuatro autores es muy similar, sin embargo cada uno expone el duelo y sus etapas, según sus distintos puntos de vista y experiencias:

1.3.3.1. John Bowlby.

Gran exponente y fundador de la **Teoría del Apego**¹⁴, dice que existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Siendo el punto fundamental la relación que un individuo tiene con sus figuras significativas y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos. Define **apego** como toda conducta por la cual un individuo mantiene o busca proximidad con otra persona considerada más fuerte, ubicada como un foco de seguridad, desde el cuales puede explorar los entornos desconocidos y hacia el cual pueda volver buscando protección en momentos de amenaza. El autor dice que aunque el duelo se considere normal, y no patológico, el doliente siempre tendrá un intento de recuperación de su ser querido.

FASES DEL DUELO

- 1). **Embotamiento**. Tiene una duración aproximada de una semana o incluso menos, durante esta puede haber etapas de tristeza o cólera muy intensas. El doliente puede llegar a sentirse abrumado o incrédulo con respecto la realidad, se siente tenso y temeroso.
- 2). **Anhelo y búsqueda de la figura perdida**: durante esta etapa se producen episodios de anhelo y llanto. Así como inquietud, insomnio, pensamientos obsesivos acerca del ser querido. En esta fase también puede llegar a experimentar ataques de rabia y gran frustración, ya que el doliente tiende a buscar a la persona perdida y alberga la esperanza de que todo volverá a la normalidad, pero al mismo tiempo se dará cuenta de que su búsqueda es inútil.
- 3). **Fase de desorganización y desesperanza**: durante esta fase del duelo, el doliente tiende a hacer un análisis profundo de cómo y por qué se produjo la pérdida, así como indagar acerca del suceso y de todos los que podrían haber sido responsables de la muerte de su ser querido. El

doliente tiende a atormentarse pensando si hubiera hecho las cosas diferentes, tal vez no hubiera muerto su ser querido, desencadenándose la culpa hacia otros y hacía el mismo.

4). **Fase de reorganización:** después de todas las fases anteriores, el deudo llega a aceptar que la pérdida es permanente y comenzará poco a poco a retomar su vida, sabiendo que ésta ha cambiado. Hará el intento por reponerse y dar paso a la realidad que le aguarda.

1.3.3.2. Elisabeth Kübler –Ross.

Pionera de la Tanatología¹⁵, su trabajo aborda la teoría de que los seres humanos conciben la muerte de una manera distinta. Pudo darse cuenta que las reacciones ante un duelo varían de una a otra persona, así como su duración. Trabajó con enfermos terminales e investigó todos los cambios emocionales que ellos experimentaban.

1. Negación y aislamiento: el deseo de que el ser querido siga vivo es tan intenso que la persona es incapaz de aceptar la pérdida. En un principio puede actuar de manera normal como si nada hubiera ocurrido, la negación es un mecanismo de defensa. En esta etapa el individuo tiende a buscar el aislamiento y la soledad.

2. Rabia: cuando el individuo empieza a asimilar la pérdida cuando ya no puede negar la realidad, surge la ira y el enojo proyectados hacia el exterior. Esta etapa es muy difícil de entender para la gente cercana al doliente, pues es incontrolable e imprevista. El individuo se hace preguntas como “¿porqué a mí?”, “¿si hubiera ...”?, se genera una crisis en contra de la gente y a veces hasta llega a cuestionar sus creencias religiosas.

3. Negociación: durante esta etapa el deudo siente gran enojo y resentimiento con Dios, su familia y amigos. El individuo tratará de hacer algunas promesas a la vida a Dios, para intentar recuperar a sus seres queridos o para sentirse mejor. Hay sentimientos de culpa y teme ser castigado por cualquier falla o error.

4. Depresión: al no encontrarle salida al dolor, angustia y culpa, los sentimientos de cólera, enojo y frustración repetidamente se tornan en una profunda tristeza y una sensación de desesperanza. Los amigos y la familia del doliente deberán permitirle hablar de lo que siente y que pueda expresar su dolor.

5. Aceptación y reorganización: esta etapa es una fase de reestructuración, donde el deudo revisa, aprende, define y modifica su comportamiento para adaptarse a su nueva vida, sin su ser querido.

1.3.3.3. Marco Antonio Polo Scott.

Psicoterapeuta Gestal, Ericksoniano, Psicooncólogo y Tanatólogo¹⁶especialista en duelo define de la siguiente forma las etapas para elaboración de un duelo:

I. DESORGANIZACION AGUDA DEL YO.

II.DESORGANIZACION GRAVE DEL YO.

III.REORGANIZACION

IV.REUBICACION DEL SISTEMA.

I.DESORGANIZACION AGUDA DEL YO.

Una vez que sucede una pérdida significativa se presenta una desorganización de las estructuras mentales de la persona (YO) producto de una circunstancia brusca, para la cual la persona no está preparada. Esta etapa contiene tres fases.

a). **Incredulidad:** al conocer la noticia la persona niega o pone en duda la posibilidad de la pérdida < no puede ser > < no es así > < no > < no es verdad >

b). **Parálisis:** la noticia produce un momento en que entra en impasse (es la lucha de dos fuerzas, una que busca salir y expresar la pérdida y otra producto del dolor que se niega a reconocerla), es un atolladero, la persona no recuerda lo que sucedió...

c). **Desensibilización:** la persona no está lista para experimentar el dolor que se produce como consecuencia de la pérdida, el organismo en su sabiduría interna se protege, se caracteriza por frases < no siento nada > < todos vamos para allá > . El proceso de desensibilización se produce por los siguientes mecanismos de protección psíquica que son: despersonalización y desrealización.

- Despersonalización: se presenta cuando la persona percibe que lo que está ocurriendo no le está ocurriendo a ella, como consecuencia se presenta una disociación en la cual el paciente se convierte en un observador externo de lo que está sucediendo.
- Desrealización: se presenta cuando la realidad es altamente amenazante para la persona y como consecuencia la percibe como si fuera un sueño, una pesadilla de la cual desea despertar.

II.DESORGANIZACION GRAVE DEL YO.

Contiene a su vez 9 fases:

1. Enojo

Coraje con el otro, con el muerto, con el cuerpo médico, con dios, con las circunstancias, incluso con uno mismo, es colocar la agresión fuera de mí para colocarlo en el otro. Es una emoción displacentera como consecuencia de la pérdida, se expresa por medio de la agresividad.

Existen 2 formas de expresarla:

a). Biopositiva = experimentar el enojo y expresarlo sin afectar a personas o terceros ni a su persona con técnicas como la descarga sobre objeto neutro, silla vacía.

b). Bionegativa = el enojo sale sin control de manera brusca e inesperada, contra personas o contra la propia persona en forma de enfermedades.

2. Tristeza

Al percatarse de que hay una pérdida significativa, de que la persona murió y no regresará. Dejando un hueco difícil de llenar, en relación a lo significativo que fue. Es una emoción displacentera que se manifiesta con llanto, baja actividad psicofísica, cambio en los hábitos de alimentación y sueño.

3. Culpa

Es una emoción displacentera que se deriva de la creencia consciente e inconsciente de haber trasgredido reglamentos o normas establecidas, por lo que se hizo y no fue suficiente o por lo que no se hizo y se pudo hacer y que necesita ser pagada por medio de un castigo, por lo general el paciente se somete ante la culpa.

4. Idealización

Se produce como consecuencia de una sensación de derrota y minusvalía. La idealización es un pensamiento que distorsiona las características de la persona, de la relación de la circunstancia y que regularmente incrementa o busca nuevos atributos o virtudes que la persona no tenía. Es elevarlo y colocarlo en un altar en el caso de que la persona haya muerto, para contrarrestar esta sensación de derrota y minusvalía no para el otro sino para mí porque reconociéndolo en el otro lo reconozco en mí.

5. Proyección

Mecanismo de defensa que coloca las necesidades y sentimientos propios en otra persona para protegerse a sí misma del dolor o sufrimiento que experimentaría si las reconoce en ella como resultado de la pérdida significativa o del proceso de duelo.

6. Fijación

Son ideas recurrentes e intrusivas que la persona no puede controlar y que constantemente ingresan en su pensamiento, funciona como un mecanismo de defensa que busca que la persona no olvide lo significativo de la pérdida y que está acentuado por los sentimientos de culpa, de tal forma, que para evitarlos se presenta la fijación que es no poder dejar de pensar en la persona, relación o en los acontecimientos que generan la pérdida.

7. Confluencia

Esta fase se da principalmente en la vida interrelacional de la persona, lo que significa que en todo contacto con otras personas las características, sucesos y acontecimientos de lo perdido serán ubicadas en dentro del contexto de la relación, aunque no exista vinculación alguna. Ej: < mi esposo hablaba como tu > < a él le gustaba > < los domingos hacíamos tal cosa >

8. Evitación

Es no entrar en contacto y/o esquivar todo lo relacionado con lo perdido, incluye personas, lugares, acontecimientos, música, eventos y todo aquello que de manera consciente o inconsciente sea afín al origen del duelo.

9. Sepultamiento.

La vida continua y en ocasiones no hay tiempo de procesar el duelo, la persona hace “ como si “ lo hubiese resuelto, pero en esencia lo sepulta.

III.REORGANIZACION

Restablecimiento de las estructuras mentales y superación de los acontecimientos que provocaron la crisis; consta de 2 fases:

- 1). Reconocimiento: es la creencia consciente que se produce dentro del proceso de duelo como la asimilación de la pérdida y de que ha llegado el momento de reiniciar las actividades que quedaron pendientes o nuevas actividades para seguir siendo funcional, es admitir la pérdida en su justa dimensión.
- 2). Aceptación: admitir que la pérdida se suscitó y que no hay marcha atrás, es separarse y despedirse definitivamente de la persona, relación, circunstancia, mascota u objeto. Es empezar a recordar sin que la persona sienta carga emotiva.

IV.REUBICACION DEL SISTEMA

Estas etapas consideran de forma general los momentos por los que pasa una persona como respuesta a una pérdida significativa, no olvidemos que el duelo es un proceso y no un hecho aislado, y como consecuencia requiere de un tiempo de asimilación que estará en función de tiempos determinados.

1.3.3.4. Jorge Bucay.

Psiquiatra y psicoterapeuta; define las etapas de duelo¹⁷ de la siguiente forma:

1. Etapa de incredulidad.

Cuando la persona se entera de la muerte del ser querido, lo primero que piensa “no puede ser “, piensa que podría ser una confusión. La noticia produce shock, hay negación y aparentemente no hay dolor. Si la muerte es inesperada la reacción de shock es más fuerte y causa más confusión. El shock es un mecanismo de defensa y protege al individuo; esta etapa puede durar horas o incluso días.

2. Etapa de regresión

Esta fase conlleva a un gran dolor, de repente, el doliente toma consciencia de que su ser querido murió, y con ello viene una explosión emocional fuerte. La persona grita, estalla en furia y llanto. Durante esta etapa lo mejor será dejar que el doliente exprese lo que siente, sin restringirlo, pues aquí sería inútil tratar de hacerlo entender o tomar consciencia de la realidad.

3. Etapa de culpa

En esta etapa surgen pensamientos para saber qué hubiera sido diferente, como se hubiera podido evitar la muerte.

4. Etapa de furia

Durante este periodo surge la ira, cólera hacia la vida, Dios, hacia quien crea que fue responsable de su muerte, incluso hacia el difunto por abandonarlo y a veces incluso contra él mismo. La furia ayudará a aclarar la situación y protege al doliente del dolor y la tristeza.

5. Etapa de desolación

Es una fase de profunda tristeza y temor, ya que aquí aflora la impotencia, pues el doliente se percata de que su ser querido ha muerto y eso es irreversible. Esta etapa va acompañada de la soledad, el doliente experimenta la ausencia eterna y se da cuenta de que su vida cambio y no volverá a ser como antes. También hay temor, ya que viene la incertidumbre de cómo será su nueva situación. En esta etapa puede experimentar dolor en el cuerpo y gran fatiga.

6. Etapa de fecundidad.

Durante esta etapa se experimenta la desesperanza, el deudo se identifica con algunas cosas.....

1.3.4. Tareas del duelo.

Sin embargo, desde la perspectiva de la Atención Primaria (AP), propone una forma de entender el duelo como proceso de construcción, más como algo dialéctico que estructural, facilitando también el desarrollo de las intervenciones terapéuticas a realizar.

Propone entender el duelo más que como una sucesión de etapas, en las que resulta difícil explicar qué provoca o permite el paso de una a otra (¿el paso del tiempo?), como una labor a realizar por el doliente, con tareas propias, marcadas tanto por la cultura en general como por las circunstancias particulares en las que se desenvuelve. Tareas que incluyen elementos emocionales (sentimientos, afectos), cognitivos (atribuciones, expectativas, reestructuración de la información, planes y decisiones) y de comportamiento (ritos, relaciones, actividades); y que en la medida en que van llevándose a cabo o no se realizan van marcando la dirección del proceso, hacia una reorganización-resolución o hacia los desajustes del duelo patológico.

Así mismo, el doliente ha de llevar a cabo las siguientes tareas en el “trabajo de duelo”¹⁸

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Experimentar las emociones asociadas
3. Afrontar las demandas de la vida sin lo perdido
4. Recolocarse psicológica y emocionalmente de modo que no impida la búsqueda de otras satisfacciones

Tarea I. Aceptar la realidad de la pérdida..

La primera tarea es afrontar plenamente la realidad de que el ser querido se ha marchado y no volverá asumir que el re-encuentro es imposible, esto lleva tiempo porque implica no solo la aceptación intelectual sino también la emocional, los rituales ayudan a muchas personas a encaminarse a la aceptación. NO realizar la tarea implica no creer, negar la realidad, Gover

psiquiatra habla de la momificación (guardar posesiones del fallecido ej. la habitación del fallecido tal y como estaba), negar el significado, minimizar la pérdida, practicar olvidos selectivos, negar la muerte o caer en espiritismo.

Tarea II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

No todo mundo experimenta el dolor de la misma intensidad, ni lo siente de la misma manera, NO realizar la tarea implica evitar pensamientos dolorosos, idealizar al muerto, empleo de sustancias, la cura geográfica, Bowlby dice “ antes o después, aquellos que evitan el dolor consciente sufren un colapso, habitualmente en forma de depresión”¹⁴

Tarea III. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, es un “ darse cuenta “ de que se está solo, asumir roles que desempeñaba el ser querido, adaptarse a un propio sentido de sí mismo. NO realizar la tarea implica, perderse a sí mismo, bajar autoestima, perder el sentido a la vida, es no adaptarse a la pérdida, no desarrollar habilidades de afrontamiento.

Tarea IV. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Ayudar a encontrar un lugar adecuado para el fallecido en la vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo. NO realizar la tarea sería quizá no volver a amar.

Terminación del duelo: es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor, cuando se invierte en la vida y en los vivos; estableciendo una nueva identidad y encontrar una dirección en la vida, adaptarse a nuevos roles, la culminación no será un estado como el que tenía antes, sino uno diferentes.

1.3.5. Duelo patológico.

1.3.5.1. Definición de duelo patológico

“La elaboración del duelo es el proceso psicológico por el que el doliente va asumiendo la pérdida del ser querido, así como las consecuencias de la misma. La aceptación del sufrimiento, la aflicción o pena, junto con los rituales sociales del luto, que conlleva la pérdida, permiten que vaya recuperando su comportamiento cotidiano habitual (interpersonal, laboral, social), a la vez que se van estabilizando sus emociones y afectos¹³

Incorporar la experiencia de la pérdida en la biografía reactiva facilita al doliente el poder ir haciéndose cargo de la construcción de esta nueva etapa de su vida (sin el difunto), generando nuevos planes, ilusiones, fantasías y deseos diferentes a los que tenía cuando compartía la vida con la persona fallecida. Los procesos de adaptación y ajuste van reorganizando la vida cotidiana.

Desde una perspectiva antropológica, las manifestaciones sociales del duelo (luto) tienen varios fines: la expresión social de este evento, el apoyo social al doliente (ritos funerarios) y facilitar la asunción por la sociedad de estos sucesos a través de la comunicación, propiciando la propia relación (cohesión) social.

El sistema social en el que se desenvuelve el doliente suele ser el primer generador de apoyo y facilitador de los ajustes que conlleva la adaptación a la nueva situación. Así, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, constituyen la red de apoyo social en la que se va a desarrollar la elaboración del duelo (a través de los rituales del luto).

“Cuando el proceso normal de adaptación a la pérdida fracasa y no se ha elaborado adecuadamente el duelo, nos encontramos con un cuadro psicopatológico denominado duelo patológico”¹³. Con un pronóstico imprevisible tanto en duración como en intensidad y complejidad de la sintomatología con la que puede cursar. El duelo y el propio luto se han alterado de tal manera que los recursos personales (familiares, sociales) se ven claramente deficitarios para hacer frente a las consecuencias y secuelas que van apareciendo.

Se generan patrones rígidos de comportamiento donde el elemento primordial es la evitación de las experiencias negativas que conlleva la pérdida, no aceptando ni el sufrimiento ni los cambios naturales que se producen tras la misma.

Elementos que introducen un mayor riesgo:

- Pérdida repentina (no esperada), incluyendo el suicidio.
- Que se produzca en circunstancias catastróficas (más aún si son vividas como injusticias, por ser víctimas de accidentes de tráfico, violencia, etc.).
- Aislamiento social o falta de una red social de apoyo.
- Sentirse responsable de la muerte.
- Acumulación de historias de pérdidas traumáticas.
- La existencia de relaciones de ambivalencia emocional o muy dependientes del fallecido.

El duelo patológico puede aparecer como inhibición o ausencia de pena o con un duelo excesivamente intenso y duradero; también puede asociarse ideación suicida e incluso ser el desencadenante de un episodio psicótico.

Desde la propuesta que se está desarrollando en este artículo, se considera útil para los profesionales de Atención Primaria (AP) una visión más dinámico-activa, constructivista y no estructural, que atienda a la relación médico-paciente desde las tareas a llevar a cabo por ambos (incluyendo a la familia), en una relación terapéutica de ayuda; en donde los conocimientos y habilidades profesionales se ponen al servicio del paciente (familia, comunidad) para que éste pueda ir (re)construyendo su vida, incorporando la experiencia de la pérdida, sus consecuencias y los ajustes para adaptarse a las exigencias de la vida cotidiana.

1.3.5.2. Criterios diagnósticos

“En algunos casos, el proceso de duelo puede no seguir un curso normal, complicándose y produciéndose alteraciones importantes en la vida de las personas que lo experimentan, lo cual se conoce como duelo complicado, patológico, anormal o traumático”¹⁹

En ocasiones el propio doliente puede ser consciente de que el duelo sigue un curso anormal puesto que interfiere notoriamente en su funcionamiento general y esto lo lleva a buscar ayuda especializada; sin embargo no siempre se relaciona el malestar que experimenta con un duelo no resuelto, acudiendo en estos casos por un problema de tipo médico o psiquiátrico.

En la clasificación del DSM-IV-TR no había aun consenso diagnóstico sin embargo son mencionados algunos **síntomas que no pueden ser característicos de una reacción de duelo “normal”** y pueden ser útiles para realizar un diagnóstico diferencial de duelo patológico y episodio depresivo mayor¹⁹

Entre estos síntomas se incluyen:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que la voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad.
4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Los esfuerzos de Prigerson y colaboradores, compensan la falta de consenso para definir los criterios de duelo complicado. Según estos autores la pena traumática constituye un síndrome distinto de otros trastornos y es merecedor de un diagnóstico, presentando tanto síntomas de malestar por la separación como entre los cuales estarían los pensamientos intrusivos sobre el fallecido, añoranza, búsqueda del fallecido y soledad como resultado del fallecimiento mientras que síntomas de malestar traumático serían considerados la falta de metas y/o inutilidad respecto al futuro, sensación subjetiva de indiferencia o ausencia de respuesta emocional, dificultades para aceptar la muerte, excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte.

La utilización del término “pena traumática “en el pasado llevo a la confusión, por lo que más tarde Prigerson et al. (1955) eligieron el indicador “complicado“ ya que este refleja que se trata de un trastorno no resuelto y que sus síntomas están relacionados con complicaciones en el funcionamiento normal.

No fue sino hasta la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013)²⁰ que se establecen los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos de Duelo patológico.

- **Criterio A.**
- **Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte**

- 1. Pensamientos intrusivos – que entran en la mente sin control _ acerca del fallecido.
- 2. Añoranza _ recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza – del fallecido.
- 3. Búsqueda_ aun sabiendo que está muerto _ del fallecido.
- 4. Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.
- **Criterio B**
- Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.
- Presentar cada día o en grado acusado y como consecuencia del fallecimiento, cuatro de los ocho síntomas siguientes:
 - 1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.
 - 2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
 - 3. Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
 - 4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.
 - 5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo
 - 6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.
 - 7. Excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento.
 - 8. Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.
- **Criterio C**
- Cronología_ la duración del trastorno de los síntomas antes mencionados es de al menos 6 meses.
- **Criterio D.**
- El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral o de otras actividades significativas de la persona en duelo.

En un estudio realizado en Estados Unidos en 2011 por Wakefiell y colaboradores analizan la relación entre la duración y la gravedad de la depresión relacionada con el duelo; mencionando que la duración prolongada se utiliza comúnmente como un indicador de que la depresión relacionada con el duelo (BDR) es patológica. Y concluyen que la duración no indica mayor gravedad (BDR) antes de 1 año de evolución²¹

“La reciente revisión del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013) ha creado una sección dedicada a Medidas y Modelos Emergentes “²⁰ Esto incluye una categoría de trastornos mentales que no estaban en ediciones anteriores del Manual; y dentro de otros trastornos contemplados estaría el Trastorno por Duelo Complejo Persistente DSM V.

Mencionan que alrededor del 10 al 12 % de las personas en duelo experimentan un síndrome de dolor que no se resuelve en forma natural y persistente por un periodo indefinido con diversos grados de incapacidad. Este ha sido etiquetado como trastorno de duelo complicado o prolongado y puede tener efectos adversos para la salud a largo plazo.

Los individuos con este trastorno presentan tristeza prolongada, están incapacitados por el dolor y se centran en la pérdida con exclusión de otros intereses y preocupaciones. Existe rumiación sobre la muerte y el anhelo de reencuentro con los difuntos, confusión de identidad, incapacidad para aceptarlas pérdidas, anhedonia, amargura, dificultad para confiar en otros y una sensación de estar “pegado” en el proceso de duelo. Dicha sintomatología está presente todos los días, causa malestar o deterioro funcional y persiste durante 6 meses después de la pérdida.

Como factores de riesgo se mencionan la relación de primer grado con la persona fallecida, ansiedad de separación en la infancia, padres controladores, abuso infantil, pérdida de los padres en la infancia, matrimonio con mal funcionamiento o estilo de apego inseguro antes de la viudez, la dependencia emocional con la persona fallecida, la falta de preparación para la muerte y la muerte en el hospital de la persona amada. A niveles neurológicos se ve la activación de las imágenes cerebrales del núcleo acumbens que no se ve en el duelo norma; lo que sugiere que los recordatorios del fallecido pueden activar el sistema de recompensa neuronal e interferir con la adaptación. Estos factores de riesgo y las medidas clínicas se correlacionan con el Síndrome de Duelo Persistente pero no con trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de esteres postraumático.

Como se trata de un nuevo trastorno, existe poca evidencia sobre el tratamiento, Nortriptilina mostró un efecto mínimo; había mejoría con un antidepresivo ISRS paroxetina, o escitaopram; existe un ensayo abierto con bupropion el cual resulta positivo y mencionan en varios apartados que **se debe asociar la psicoterapia la cual se centra en el duelo y el dolor.**

1.3.5.3. Determinantes de duelo patológico.

El estudio de los **predictores de riesgo** nos permitirá identificar a las personas que con mayor probabilidad puedan necesitar apoyo tras la pérdida de un ser querido; de esta manera, si es **posible anticipar** quien puede tener dificultades en la resolución del duelo, también se podrá actuar a modo de prevención y mediante una intervención temprana evitar un posible duelo no resuelto.

Partiendo de que puede haber diferencias según la población a la que se haga referencia, en líneas generales podemos considerar que los predictores de riesgo de duelo patológico ¹⁹ son los relacionados a los siguientes aspectos:

A. Personales: juventud o ancianidad problemas de salud física y/o mental previos como depresión, ansiedad o intento suicida; duelos anteriores no resueltos, inhabilidad para afrontar el estrés, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas, valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.

B. Relacionales: pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en adolescencia, dependencia del superviviente respecto del fallecido, relación conflictiva o ambivalente con hostilidad no expresada.

C. Circunstanciales. Juventud del fallecido, pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, muerte incierta y/o múltiple, muertes estigmatizadas, recuerdos dolorosos del proceso.

D. Sociales: nivel socioeconómico bajo, percepción negativa falta de apoyo sociofamiliar, responsabilidad de hijos pequeños, factores estresantes como proyectos truncados.

No obstante hay pocos estudios sobre predictores de duelo complicado, en la mayoría de trabajos consultados se establece los predictores por consenso de autores pero no como resultado de un estudio prospectivo.

1.3.5.4. Instrumentos de medida

Los instrumentos de evaluación que nos permiten detectar posibles complicaciones son las siguientes²²:

➤ **Entrevista.**

La entrevista constituye una de las herramientas de evaluación más utilizadas en el estudio del proceso de duelo. Por medio de las preguntas el profesional puede identificar una serie de fortalezas o vulnerabilidades las cuales informaran del transcurso del proceso de duelo.

➤ **Genograma**

La elaboración del árbol familiar o genograma resulta de gran utilidad para conocer la existencia de variables tales como: edad de los miembros familiares (incluido el fallecido y el doliente), número de personas del núcleo familiar, número de fallecimientos anteriores...nuevamente se puede evaluar factores de riesgo y protección.

➤ **Autoinformes: historia personal.**

Los autoinformes permiten valorar de manera general áreas conductuales del individuo, haciendo posible una aproximación inicial que determine la evaluación posterior con el uso de herramientas más específicas. El cuestionario autobiográfico a través de la historia personal.

➤ **Cuestionarios.**

Algunos ejemplos: inventario de Experiencias en duelo (IED); Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD); **Inventario de Duelo Complicado (IDC)**; Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) y los específicos que evalúan situaciones particulares, de muerte perinatal, de niños o adolescentes.

1.3.6. Tratamiento del duelo.

1.3.6.1. Tratamiento psicológico del duelo

“Aunque el duelo es un proceso psicológico adaptativo normal ante el fallecimiento de un ser querido y quienes atraviesan esta penosa situación pueden disponer de recursos psicológicos como para intentar superar la dramática realidad que les está tocando vivir, en cuanto que uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede ocurrirnos es un factor de riesgo para la salud, y que en muchos casos cursa con sintomatología susceptible de ser tratada en Atención

Primaria (AP) y siempre ha de prestarse la atención-intervención con un planteamiento estratégico facilitador de la elaboración del duelo. Teniendo en cuenta los tres sistemas de respuesta en que se expresa toda conducta: fisiológico, cognitivo y de comportamiento”¹³

La elaboración del duelo es un proceso al que no podemos fijarle un tiempo cronológico preciso de resolución. Es importante que el doliente se dé cuenta de que el duelo es un proceso activo que requiere de su participación, a través de aceptaciones y cambios personales, y que sería un error caer en una actitud pasiva esperando que el tiempo solucione el sufrimiento.

Hay cuatro grupos de factores a tener en cuenta por su influencia en la elaboración del duelo:

- Factores psicológicos.
- Recursos personales.
- Circunstancias específicas de la muerte.
- Red de apoyo.

Las dificultades en el proceso de elaboración del duelo junto con las complicaciones que suelen surgir pueden llevar al fracaso en el intento de llevar a cabo estas tareas, por lo que las estrategias de intervención se plantearán como procedimientos para facilitarlas.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados, los profesionales de atención han de plantearse objetivos estratégicos como son:

- Proporcionar apoyo emocional.
- Facilitar el duelo, la expresión de sentimientos, la aceptación del sufrimiento, la rabia y demás emociones
- Tratar los posibles sentimientos de culpa
- Detectar factores de riesgo e intervenir en ellos
- Tratar las alteraciones somáticas
- Mediar en las relaciones familiares, si fuera necesario reorganizar los roles.

El médico ha de llevar a cabo intervenciones en las que facilite la expresión de las emociones, a la vez que trabaja con el paciente para que pueda permitirse sentir el sufrimiento, la pena, sin sentimientos de culpa. Proponerle colaboración, como agente sanitario de ayuda, en las actividades que va a tener que desarrollar para elaborar el duelo adaptativo, saludable; actuando incluso como “mediador“ de la familia para que pueda también colaborar con los ajustes que va a tener que hacer el doliente en su vida cotidiana (emocional, cognitiva y socialmente)

Se pueden encontrar familias tan desorganizadas (o con una organización de riesgo psicopatogénico) que entorpecen el desarrollo normal del duelo. En este caso habrá que intervenir también con la familia conteniendo y orientándoles para que sean capaces de crear las condiciones básicas que posibiliten la resolución del duelo.

Desde la práctica médica cotidiana suele aceptarse que el proceso de elaboración de duelo es necesario el acompañamiento, facilitándolo pero interfiriendo lo menos posible. En el caso de duelo patológico está más clara la necesidad de intervenir terapéuticamente según la sintomatología generada, principalmente cuando aparecen episodios depresivos graves, trastornos psicóticos,

abuso de alcohol u otras sustancias por el problema que conllevan en sí mismos estos trastornos y por el aumento que introducen del riesgo suicida (Recausens, 1995).

Que el contacto sea con un profesional sanitario cercano, al que conoce, en el que tiene confianza, e incluso que puede estar al corriente de lo sucedido, facilita la labor del acompañamiento: mostrar interés por los sentimientos del doliente, el respeto a la expresión de emociones, animando a que las exteriorice en una relación de escucha activa, abordando las consecuencias de la tragedia personal y orientándole hacia futuras intervenciones, e incluso la utilización del tratamiento como elemento más de la ayuda que se puede prestar.

Objetivos del tratamiento:

- Que el doliente elabore el duelo de manera saludable
- Detectar el duelo complicado y/o patológico para llevar a cabo una terapia temprana o derivar a los Servicios de Salud Mental
- Seguimiento, apoyo, con control intermitente del tratamiento

“Desde la perspectiva de la atención primaria, con el tiempo limitado de que se dispone, el médico ha de ser capaz de desplegar toda una serie de habilidades profesionales (estrategias, técnicas) para que el paciente y acompañantes puedan replantearse sus propios recursos, y que, junto con los profesionales sanitarios que le atienden, llegue a ser competente encontrando respuestas eficaces para el sufrimiento (Tizón, 1986; Ruiz, et al., 1994)”¹³

La labor del médico de familia se centrará principalmente en las intervenciones de contención y orientación. Estos dos elementos centrales de la intervención de duelo se complementan con estrategias y técnicas terapéuticas a saber:

- La entrevista semiestructurada motivacional. En la que se evalúan elementos significativos de las circunstancias de la pérdida y de su significado para el doliente, también el problema de reacciones negativas como el abuso de sustancias, y el riesgo de suicidio. Con una metodología en la que se utilizan estrategias que faciliten la relación médico paciente en un entorno de confianza
- Tratar la “ aceptación “ del sufrimiento irremediable, junto con la posible sintomatología asociada, y la necesidad de un compromiso terapéutico en el que el doliente asuma por un lado un papel activo, afrontando los ajustes negativos necesarios para la reconstrucción de su vida cotidiana, y por el otro, la relación de ayuda que pueda establecer con su médico.
- En la orientación se proporciona la información sobre los signos y síntomas que el doliente está experimentando; estimulándole en la aceptación y el compromiso de llevar a cabo las tareas que le ayudarán a resolver el duelo; así como la organización del apoyo por parte de la familia y allegados.
- Relación terapéutica con el doliente como relación de ayuda profesional. Con una escucha activa que facilite la expresión de emociones y sentimientos, miedos, en un ambiente seguro, sin juicios de valor.

- Comunicación con un lenguaje cercano, evocador, pero evitando frases hechas de uso típico. No sería tanto animar, justificar, tranquilizar al doliente, sino facilitarle que hable de lo que está sucediendo y mantener un contacto activo, encaminado a la superación de la pérdida.
- Ayudar al doliente a asumir la realidad de la pérdida.
- Elaboración del duelo como algo activo, a través de las tareas con las que se conseguirá la superación del sufrimiento y la resolución del duelo.
- Hablar del fallecido, de los acontecimientos de la muerte, con el máximo detalle
- Planificar los rituales de luto. Visitas al cementerio, trato con familiares, objetos del fallecido, dudas sobre las decisiones a tomar en la reorganización de su nueva vida cotidiana
- Entender la pena como algo inevitable, así como los sentimientos de rabia, decepción, culpa. Tratar de orientar estos últimos a manera de que no se cristalicen.
- Aprender a vivir sin el fallecido reorganizando la vida cotidiana, dejando sitio para otras experiencias y relaciones.
- Planificar un apoyo continuado: asumiendo las tareas para el cambio y superación de la pena, acompañando al doliente en su proceso de duelo pero sin dirigirlo.

Está descrito que por otro lado existen diversas alternativas para apoyo en cuanto a la resolución de duelo; en un estudio realizado con madres ante la pérdida de uno de sus hijos, se diseñó un programa de intervención con tres componentes complementarios: 1. Un paquete de soporte, 2. Contacto con personas que han vivido experiencias similares y 3. Profesionales de la salud en contacto con las madres. Llevando a cabo un análisis estadístico, el resultado es que las madres sintieron que recibían el más emotivo soporte en compartir experiencias con personas en circunstancias similares con los profesionales de la salud.²³

En la literatura está descrito sobre duelos parentales en infancia y adolescencia, la importancia de contar con apoyo para la elaboración de dicho duelo; en un artículo de revisión los profesionales estaban interesados en las variables que influyen en la relación entre el duelo parental y regulación del duelo, sobre todo en las relaciones entre pares. Los autores encontraron evidencia en su investigación respecto a 1. Apoyo social sirve como mecanismo de almacenamiento en búfer de la tensión y ofrece apoyo emocional, informativo e instrumental, 2. El apoyo se convierte en lo más importante en infancia como factor preventivo en adolescencia y 3. El apoyo entre pares se asocia a un mejor ajuste de duelo.²⁴

1.3.6.2. Tratamiento farmacológico del duelo.

La prescripción de medicamentos en el inicio del duelo puede interferir en su elaboración y llegar incluso a provocar sentimientos de culpa si la ansiólisis es excesiva, no estando recomendada como procedimiento de elección inicial; sin embargo, también puede ser útil puntualmente y a las dosis adecuadas para aliviar respuestas iniciales como el insomnio o la ansiedad difusa y generalizada que aparece en muchos casos. Es conveniente derivar a Salud Mental aquellos casos en los que aparecen comportamientos autolesivos, comorbilidad asociada a estrés postraumático, fobias o crisis de ansiedad y duelo patológico.

“El uso de psicofármacos es controvertido por diversas razones, como el riesgo de “facilitar “hábitos adictivos, o bien el de “reprimir “ los síntomas considerados normales o necesarios para lograr la resolución del proceso o sencillamente porque en algunos de los pocos estudios controlados, se cuestiona su utilidad”²⁵

Lo cierto es que en el terreno clínico su uso es muchas veces criticado por antecedentes de experiencias previas, negativas, o simplemente por prejuicio del propio médico. Sin embargo, hoy por hoy dado que la tendencia en todos los procesos es la individualización del tratamiento, el uso de medicación es una opción complementaria a tener en cuenta.

Criterios para la utilización de psicofármacos.

La utilización de psicofármacos ²⁶, habitualmente benzodiacepinas no debe constituir una rutina, ni tampoco debe sustituir abordaje psicológico. Al contrario la indicación de psicofármacos, como la de cualquier otro tratamiento debe ser consecuencia de una valoración completa del paciente; aún en el ámbito de urgencias, considerar antecedentes, circunstancias, sintomatología y pronóstico evolutivo en lo posible.

Su empleo tiene varios objetivos:

- Evitar las formas límite de sufrimiento
- Evitar la progresión grave del abanico sintomático ansioso; por Ej; síntomas dissociativos
- Favorecer el descanso y los hábitos alimentarios
- Favorecer el efecto del trabajo psicológico pudiendo llegar a ser un buen complemento del mismo
- Disminuyen el riesgo de aparición de complicaciones como estrés postraumático y síndrome depresivo.

Condiciones de empleo:

1. Valoración médica general (enfermedades concomitantes , otros tratamientos, alergias, consumo de tóxicos.
2. Valoración del riesgo de infra o sobreutilización en términos de dosis y de tiempo.
3. Asegurar el seguimiento y la revisión frecuente de la indicación del fármaco y su dosis.

Los tratamientos más utilizados en situaciones adaptativas son las benzodiazepinas. Estas son relativamente seguras a dosis terapéuticas, son eficaces y rápidas en el inicio de acción. Reducen la hiperactivación y ayudan a conciliar el sueño.

Los antipsicóticos tienden a reservarse para situaciones agudas con alteración de la impulsividad agitación o agresividad franca.

¿QUE PASOS DAR EN EL USO DE PSICOFARMACOS ?

Primer paso:

Durante los primeros días y semanas se puede valorar el uso de benzodiazepinas de vida media larga e intermedia a dosis bajas. Se indicarán ante la presencia de síntomas de tensión generalizada, paroxismos ansiosos en forma de palpitaciones, ahogo, miedo a perder el control o a perder la cabeza, dolores inespecíficos e insomnio.

El objetivo es aliviar y reducir el nivel de ansiedad general, mejorando el sueño, facilitando el mejor afrontamiento de la situación. El arsenal de benzodiazepinas es muy amplio y siempre recomiendan la familiaridad con dos o tres principios, para que el clínico las maneja en forma precisa.

BENZO DIACEPINAS:

- a) Diacepam a dosis de 5 a 15 mg una a tres tomas al día.
- b) Clonazepato a dosis de 5 a 20 mg una a tres tomas al día
- c) Loracepam de 1 a 2 mg una a tres tomas al día.

Se monitorizará el tratamiento realizando controles frecuentes y valorando el riesgo de abuso, automedicación y consumo de otras sustancias. El uso de antipsicóticos se reserva para alteraciones de la impulsividad, agitación o agresividad franca.

El uso de bloqueadores adrenérgicos tipo propranolol puede resultar altamente eficaz, aunque debe utilizarse con cautela, especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Segundo paso:

En estos últimos años, con la aparición de fármacos antidepresivos seguros y bien tolerados (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina < ISRS > , pueden ser empleados por separado o en combinación con benzodiazepinas.

El duelo, en general se resuelve en los 6 a 12 meses siguientes, por lo que se aconsejaría no utilizar antidepresivos hasta este momento. Sin embargo hay procesos que en fases iniciales se acompañan de clínica sugestiva de duelo complicado, y riesgo de evolución complicada a depresión mayor o trastorno de ansiedad severos.

Así se realizará evaluación a las 4 a 6 semanas de iniciado el tratamiento con ansiolíticos.

Se indicará tratamiento con antidepresivos cuando presenta:

- ✓ Clínicamente depresión desproporcionada, con deterioro en el funcionamiento social y/o laboral.

- ✓ Con síntomas obsesivos en torno a la pérdida, con sentimientos de culpa persistentes, pensamientos de muerte recurrentes, impulsividad o inhibición psicomotriz.
- ✓ Síntomas físicos de anorexia, con pérdida de peso e insomnio
- ✓ Cuando el nivel de ansiedad no mejora, persistencia de paroxismos, miedo a repetir crisis, con anticipación y evitación de situaciones.

Se recomienda utilizar pautas escalonadas de dosis crecientes. Teniendo en cuenta patología concomitante y uso de otros fármacos, evaluar riesgo suicida, especialmente en los primeros indicios de mejoría clínica, ya que existe más riesgo

ANTIDEPRESIVOS:

A). ISRS

- a) Fluoxetina: 20 a 40 mg
- b) Fluvoxamina: 100 a 300 mg
- c) Paroxetina: 20 a 60 mg
- d) Sertralina: 50 a 150 mg
- e) Citalopram. 20 a 60 mg

B). TRICICLICOS Y DERIVADOS:

- a) Nortriptilina 50 a 200 mg
- b) Imipramina: 75 a 300 mg
- c) Clorimipramina: 75 a 300 mg

Tercer paso:

Mantenimiento del tratamiento o considerar cambio de antidepresivo si no hay respuesta. El mantenimiento se realizará de 6 meses a un año, si no hay historia previa. El cambio se realizará si pasadas 6 – 8 semanas no hay respuesta al antidepresivo a dosis óptima. En esos casos, se elegirá un fármaco de otra familia, por ejemplo elegir un fármaco dual

C).ANTIDEPRESIVO DUAL

- a) Venlafaxina: 75 A 225 MG
- b) Mirtazapina: 15 a 45 mg.

Indicadores positivos y negativos de recuperación.

De acuerdo a los autores ²⁶ algunos de los indicadores positivos de recuperación, tanto en las víctimas de un suceso traumático como en personas que han sufrido la muerte de su ser querido son:

Indicadores positivos.

1. En caso de haber recibido tratamiento psicológico, acudir con asiduidad a las sesiones de tratamiento y seguir de forma regular las prescripciones terapéuticas.

2. Recuperar las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito
3. Aumentar la cantidad y calidad de las actividades e implicarse en una dieta regular de placeres y deleites simples (una compañía agradable, una comida sabrosa, una lectura interesante, un paseo por el parque, una charla etc. Todo ello contribuye a imprimir un significado a la vida de la persona.
4. Recuperar la capacidad de sorprenderse y mirar lo de siempre con ojos nuevos, poner interés en las actividades que se hacen cada día y fijarse metas concretas que sean posibles de conseguir.
5. Ayudar a los demás y tener conductas altruistas.

Indicadores negativos.

Uno de los indicadores problemáticos para la recuperación tras haber sufrido un suceso traumático o experimentado la pérdida de un ser querido es **mostrar inestabilidad emocional previa al suceso**. Empleo de estrategias de afrontamiento negativas (beber alcohol, automedicarse, trabajar compulsivamente); así como no seguir las indicaciones médicas. Otro indicador específico en suceso traumático es haber sido victimizado con anterioridad, haber estado expuesto a estímulos traumáticos, abuso sexual infantil, presentar respuesta de embotamiento afectivo, presencia de deseos de venganza intensos y por último cuando la persona niega el hecho o presenta visiones de los seres queridos, retroalimentación del dolor, sentimientos de culpa e ira incontrolables.

1.4. Depresión

Los antiguos egipcios la reconocían como enfermedad patológica definida, Hipócrates se refería a ella describiendo los efectos de la bilis negra, Aristóteles entendía que el corazón y no el cerebro era responsable de la melancolía; durante el renacimiento se entendió que los enfermos mentales eran precisamente eso enfermos y para el siglo XIX Emil Krapelin establece el término **depresión**.

1.4.1. Definición de depresión.

“La depresión es un golpe traumático en la persona que la hace perder seguridad y por tanto autoestima. Es un proceso largo desde que se lleva a cabo la pérdida o el trauma hasta que éste es aceptado y superado. Algunas personas tardan años en recuperarse mientras que otras son capaces de superar cualquier pérdida con mayor cohesión y fuerza”²⁷

1.4.2. Características de la depresión.

En el contexto del Libro de Tanatología publicado por el Instituto Mexicano de Tanatología, ubican aspectos de la depresión y al ansiedad específicamente en duelo, motivo por el cuál se citan a continuación: ²⁷

- Hay una disminución de los intereses y del gusto que se sentía por ellos, en todas las áreas importantes para la persona, la cual se encuentra desganada, no quiere hacer nada y todo le da igual. Pareciera que toda su parte constructiva estuviera dormida.
- Fatiga y pérdida de energía. Se levanta tarde y regularmente empieza a tener actividad plena cuando ya es de noche.
- Disminución de la habilidad para pensar o concentrarse, o indecisión. Como la persona está inmersa en sus sentimientos de devaluación y pérdida, usa la mayor parte de su energía y tiempo para compadecerse y justificar su conducta que casi no le queda nada para construir y realizar lo que se espera de ella.
- Sentimientos de desesperanza. Aun los detalles más pequeños de frustración cotidiana, se vuelven ataques masivos para la persona que se siente devastada. Pierde la proporción entre lo que sucede y su reacción. Pierde casi toda su tolerancia a la frustración y a la demora y cae innecesariamente en estados de angustia masiva que lo desgastan todavía más.
- La depresión es consecuencia de pensamientos distorsionados, como serían los puntos de vista negativos sobre sí mismo, sobre el futuro o sobre el recuerdo. Se refuerza el existir poca red de apoyo de familiares.

Algunas causas:

- Muerte del padre
- Pérdida de la salud
- Ruptura de una relación importante, ya sea real o imaginaria
- Pérdida de la persona amada
- Algunos desbalances químicos
- Disonancia entre el yo real y el yo ideal, dando como resultado la frustración.
- Alteración en los neurotransmisores norepinefrina y serotonina

1.4.3. Criterios diagnósticos DSM IV

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición mencionan los siguientes criterios diagnósticos: ²⁸

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, durante el cual hay un cambio de ánimo deprimido, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento de apetito

4. Insomnio o hipersomnia
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor
 6. Fatiga o pérdida de energía
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o ira inapropiada
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de indecisión
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica
- E. Los síntomas no se explican por la presencia de un duelo.

Como síntomas derivados de la depresión están: la ansiedad, modificaciones de carácter, trastornos psicosomáticos, como dolores de la nuca, espalda y diversos síntomas somáticos polimorfos. Se puede decir que un alto porcentaje de pacientes vistos en consulta ambulatoria, lo que presentan son depresiones enmascaradas de diversa gravedad. El mayor riesgo de la depresión es el suicidio.

El **trastorno depresivo mayor (TDM)** es una enfermedad médica que afecta a quien la presenta con sentimientos persistentes de tristeza y pérdida de interés en actividades que anteriormente disfrutaba. La depresión puede conducir a una variedad de problemas emocionales y físicos, es una enfermedad crónica que normalmente requiere tratamiento a largo plazo.

Utilizando el DSM IV, se aconsejó a los médicos que se abstengan de hacer diagnóstico de depresión mayor los dos primeros meses después de la muerte de un ser querido es lo que se ha denominado "Ment Exclusión", de tal manera que en ese lapso sería incorrectamente diagnosticada una depresión mayor.²⁹

Así mismo mencionar que en un estudio realizado entre "Duelo y los síntomas somáticos ", los cuales fueron medidos por el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ -15), y depresión con una versión abreviada de Depresión de Beck, teniendo como conclusión que los síntomas somáticos que acompañan al duelo no son consecuencia directa de este estado, sino que se remontan a la ansiedad y la depresión asociada. Estos resultados llaman la atención sobre la necesidad de reconocer la ansiedad y la depresión que se avecinan en el fondo de las quejas somáticas en duelo y la importancia de la difusión de dicha información.³⁰

1.4.4. Tipos de depresión:

1. **Depresión endógena:** debida a los factores constitucionales internos de origen biológico y de predisposición hereditaria

2. **Depresión exógena:** son los factores que se encuentran en el medio ambiente, lo que desencadena la depresión es la forma en que la persona vive y reacciona ante los factores ambientales.

3. **Depresión endógena–exógena:** combinación de ambas; es difícil encontrar una alteración física que no afecte el estado de ánimo y viceversa.

1.4.5. Muerte y depresión.

Un capítulo especial se refiere a la depresión de los familiares del paciente moribundo, desempeñando un importante papel y las reacciones contribuyen a la respuesta que dé el paciente a su enfermedad.²⁷

Existen varias fases por las que atraviesa la familia del paciente moribundo:

1. Al principio muchos no pueden creer que sea verdad, tal vez niegan el hecho de que exista esa enfermedad en la familia o vayan de médico en médico con la esperanza de que el diagnóstico esté equivocado.
2. Así como el paciente pasa de una fase de ira, la familia inmediata experimenta la misma reacción emocional.
3. También hay sentimientos de culpa y el deseo de compensar oportunidades de pasadas pérdidas
4. Cuando puedan superarse la ira, el resentimiento y la culpabilidad, entonces la familia pasará a una fase de dolor preparatorio, igual que lo hace la persona moribunda.
5. Si los miembros de la familia comparten emociones, gradualmente afrontaran la realidad de la separación inminente y llegarán a aceptarla juntos.

1.4.6. Diversos enfoques de la depresión.

- Médico (proceso de diagnóstico)
- Psiquiátrico
- Enfoques psicoterapéuticos
- Psicodinámico
- Conductual
- Cognitivo
- Humanista existencia

MEDICO.

El médico observa patrones de signos y síntomas característicos del síndrome o de un trastorno específico por ello es importante diagnosticarla.

Para establecer un diagnóstico se requieren los siguientes pasos.

Primer paso

Evitar el riesgo de considerar al paciente que consulta por “ síntomas de depresión “, que padece efectivamente un trastorno depresivo

Con frecuencia los pacientes llaman “depresión“ a manifestaciones de angustia, inseguridad, agotamiento físico, tensiones prolongadas etc.

Casi la mitad de los pacientes que presentan decaimiento, desinterés, tristeza, falta de energía etc., padecen de alguna enfermedad no psiquiátrica que produce que produce los mencionados síntomas anímicos

De acuerdo con un adecuado enfoque diagnóstico dependerán de una evaluación de las manifestaciones depresivas por las que el paciente consulta

Segundo paso.

Evaluar la posibilidad de depresión secundaria o debida a enfermedad médica o inducida por: enfermedades infecciosas, problemas endocrinológicos, cáncer, otros trastornos de SNC, intoxicaciones.

Merece mención especial el frecuente uso de psicofármacos, en especial por las indicaciones prolongadas que se realizan de tranquilizantes.

Muchas veces la automedicación esta tan incorporada al la vida diaria del paciente, que ya no considera que esta tomando “remedios“.

La característica clínica más importante de la depresión secundaria es la de ser impura, es decir, no posee los criterios específicos para su diagnóstico

Tercer paso.

La exclusión de una depresión secundaria deja abierta la posibilidad de estar frente a una depresión endógena o un trastorno depresivo mayor.

Puede haber confusión diagnóstica entre cuadros como depresión endógena, unipolar o bipolar que requiera la valoración por parte de especialistas.

Cuarto paso.

Una vez descartada la posibilidad de cuadro endógeno, hay que evaluar la existencia de factores conflictivos psicosociales que, configurando una situación prolongada en el tiempo, afecten al individuo, condicionando la instalación de un cuadro depresivo.

1.5. Angustia

1.5.1. Definición de angustia.

“La palabra angustia proviene del latín *angor*, que etimológicamente hace referencia a una sensación de *angostura*, de estrechez. La raíz griega quiere decir estrangular, en uno u otro caso hay una referencia a la **opresión**”²⁷

La angustia es parte de nuestra vida y refleja las limitaciones referentes a nuestra condición humana, cada persona cuenta con su forma individual de angustia que le es peculiar, al igual que su forma de amar o morir.

La angustia personal depende de las circunstancias individuales, de las propias disposiciones y del medio ambiente, se inician prácticamente en la cuna; como serían: los primeros pasos que el niño da por sí solo, el comienzo de la escolaridad, la pubertad y los primeros contactos con el sexo contrario, el inicio de la vida profesional, la fundación del propio hogar, la maternidad, la vejez y el encuentro con la muerte.

Se debe seguir un criterio cuantitativo para ordenar dos eslabones importantes: el **miedo y la angustia**

➤ **El miedo** es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que viene de fuera de nosotros y se nos aproxima, trae consigo inquietud, desasosiego y alarma. De esta situación arrancan una serie de medidas defensivas que tienen el fin de esquivar, evitar o superar esa intranquilidad.

➤ **La angustia** es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incierto, indefinido. Comparte con el miedo la impresión interior de temor, indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia se produce por nada aparente, este temor indiferenciado se experimenta como anticipación de lo peor.

➤ El impacto de la angustia va a provocar una distorsión de toda la psicología del sujeto, la cual podría quedar expresada como una alteración, que cuando es muy intensa y/o dura mucho tiempo, se producen manifestaciones físicas funcionales importantes, que a la larga constituyen la patología psicósomática.

➤ La angustia es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, a esto se añade un estado de activación neurofisiológica que es una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico.

La angustia puede ser:

- **Adaptativa** es la ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretas de la vida.

- *No adaptativa* es la que provoca respuestas de evitación e inhibición manteniendo un estado de alerta de forma prolongada, sin que ya sea realmente necesario.

El aumento o la disminución de la angustia tienen mucho que ver con la elaboración individual de la información que le llegue al sujeto. La angustia puede estar encubierta. En esta forma escondida, no existe tensión aparente, ni aprensión molesta, ni sus manifestaciones físicas. Esto puede ser base fundamental para el desarrollo de trastornos somáticos o desviaciones graves de la personalidad.

1.5.2. Manifestaciones físicas de la angustia.

- Hiperventilación
- Espasmo de las porciones cardíaca y pilórica del estómago. Irritabilidad intestinal.
- Diarrea o constipación
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Bochornos
- Dificultad respiratoria
- Náuseas
- Desmayo
- Debilidad y temblores musculares
- Sudor en manos y cara
- Posición tensa
- Voz irregular y forzada
- Pupilas dilatadas.

1.5.3. Trastorno por ansiedad.

De acuerdo con el DSM IV ²⁸ la diferencia entre la ansiedad y la angustia se refiere a grado de intensidad en las manifestaciones; es por esto que:

- Cuando la ansiedad surge de manera inesperada se le llama espontánea y es muy intensa.
- Cuando la ansiedad ocurre predeciblemente en una situación específica se denomina situacional o fóbica.
- Ansiedad anticipatoria o angustia anticipatoria es el término que se utiliza para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares.

Trastorno por angustia.

Se representa por un miedo o incomodidad criterios DSM IV

Trastorno de ansiedad generalizada DSM IV

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar o laboral) que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres de los seis síntomas siguientes
 1. Inquietud o impaciencia
 2. Fatigabilidad fácil
 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 4. Irritabilidad
 5. Tensión muscular
 6. Alteración del sueño
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

De igual forma que en lo descrito para la depresión lo importante será realizar un buen diagnóstico para lo cual existen pruebas validadas.

Conclusión:

Al menos tres cuartas partes de los pacientes con depresión, se quejan de sentirse angustiados, preocupados, temerosos. La depresión y la angustia son los trastornos más característicos de la vida afectiva. Ambos representan las formas más frecuentes de experimentar los sentimientos y son una forma esencial de la afectividad como forma de enfrentar situaciones diversas dentro de las que se considera para fines de este trabajo el **enfrentamiento al duelo**.

1.6. Escalas de medición.

1.6.1. Escala de Autoevaluación de Zung (SDS)

La Escala Autoaplicable de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala Autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión formulada la mitad en términos positivos y la mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas

somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Fiabilidad.

Los índices de fiabilidad son buenos (Índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20

Validez.

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 9, 18, 20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios de estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, sí muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Interpretación.

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 -80 puntos. El resultado puede presentarse como sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. En la bibliografía anglosajona 1, 4-5 se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte.

No depresión 50 (40 puntos)

Depresión leve 51-59 (41 -47 puntos)

Depresión moderada 60 -69 (48 -55 puntos)

Depresión grave o severa > 69 (>55 puntos)

1.6.2. Escala de Hamilton para evaluación de Ansiedad

La Escala de Hamilton, (Hamilton Anxiety Scale, HAS, fue diseñada en 1959 y modificada en 1969; quedando en 14 ítems, esta versión es la más ampliamente utilizada y cuyo objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados con ansiedad. Puede ser empleada

en población general. Existe una versión española, realizada por Carroble y col en 1986, que es la más difundida.

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. Consta de 14 ítems. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además dos puntuaciones que corresponden a Ansiedad Psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a Ansiedad Somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica y la somática. Una mayor puntuación indica mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo y tras recibir tratamiento.

Fiabilidad.

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test – retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez.

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valorar ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covil 18-19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el inventario de Ansiedad de Beck 20 ($r = 0,56$).

Interpretación.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad, así mismo para valorar la severidad de la misma y monitorizar la respuesta al tratamiento. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Empleando los siguientes puntos de corte.

Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión el trastorno

Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve (menor)

Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada / grave (mayor)

1.6.3. Inventario de Duelo Complicado – Revisado

El inventario de Duelo Complicado – Revisado es una Entrevista Clínica Estructurada para el profesional (IDC_R_ECEP). Diseñada por Holly Prigerson y colaboradores para evaluación del Duelo complicado.

Instrucciones.

Los espacios en blanco y subrayados son para poner el nombre de la persona fallecida. Explicar al doliente que en el cuestionario hay principalmente dos tipos de respuestas: 1) unas que se refieren a la frecuencia con que aparece el sentimiento, emoción, pensamiento, conducta, síntoma etc. Casi nunca 1 (menos de una vez al mes o nunca), Pocas veces 2 (una vez al mes o más, pero menos que una vez a la semana), Algunas veces 3 (una vez a la semana o más, pero menos que una vez al día), Muchas veces 4 (una vez cada día), Siempre 5 (varias veces cada día), Ns/Nc (no sabe/no contesta). 2) Otras que se refieren a la intensidad de su aparición: No o nada(1), Un poco (2), Algo (3), Mucho (4), Muchísimo (5) , Ns/Nc (6). Situar al doliente en el tiempo que nos interesa explorar, con la siguiente frase: “Por favor, cuando conteste a las siguientes preguntas piense en cómo se ha sentido desde la muerte de (nombre del fallecido) hasta ahora, pero más en el último mes.

Consta de 4 criterios A, B, C y D con las siguientes características:

Criterio A. Estrés por la separación que conlleva la muerte.

Criterio B. Estrés por el trauma que supone la muerte

Criterio C. Cronología y curso del proceso de duelo

Criterio D. Deterioro.

Interpretación.

Evaluación de cada uno de los criterios.

Evaluación subjetiva del entrevistador. Diagnóstico de duelo complicado: Si(1) No(2)

1.7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Es una respuesta adaptativa normal que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada. Por lo que debe considerar que es imprescindible haber completado las diferentes etapas hasta llegar al restablecimiento emocional. No obstante, hay estudios en los que se asienta que después de cumplir los 12 meses se piensa que el duelo es patológico. Si persiste y la persona no logra superarlo, se debe intervenir para lograr la resolución del mismo.

Así mismo investigaciones describen el duelo patológico como una entidad dentro de la nosografía psiquiátrica, dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013), mencionan que alrededor de 10 a 12% de las personas en duelo experimentan un síndrome de dolor que no se resuelve en forma natural y persiste por un periodo indefinido con diversos grados de incapacidad e invitan a futuras líneas de investigación sobre duelo patológico debido a que sus síntomas están asociados a sufrimiento mental y morbilidad en la salud física²⁰

Uno de los investigadores que más se han aproximado a la delimitación y definición del duelo complicado es Prigerson³⁴ cuando el duelo no se lleva a cabo en su curso “normal” y la persona necesita de ayuda especializada se le llama duelo “anormal”, “complicado”, “traumático” o “patológico”. Se pueden tener en cuenta la evaluación de diversos factores tales como la intensidad y duración de los sentimientos y conductas; recurrir a conductas desadaptativas o que traiga consecuencias significativas para la salud, la integridad familiar y/o la actividad social o laboral.

Durante la presentación del proceso de duelo no complicado se han mencionado dos reacciones en las que pueden desembocar los miembros de la familia, que son la ansiedad y la depresión; la persona con ansiedad presenta una serie de características generales: como una reacción excesiva o desproporcionada en relación con la situación que es involuntaria ya que no se puede controlar a pesar de sus repetidos intentos de lograrlo, reconociendo que su miedo o reacción es irracional. Esta conducta no es adaptativa y perturba el funcionamiento normal cotidiano del individuo, principalmente por sus conductas de evitación y preocupación; el grado de perturbación varía según sea el mayor o menor nivel de cronicidad. En cuanto a la depresión los factores de intensidad y duración son esenciales para su adecuada categorización. En relación con el duelo, hay autores que consideran a la depresión como una forma patológica de duelo, y otros, que ésta puede servir como defensa frente al duelo.

Además la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. Algunos estudios refieren que el 16% de las personas que pierden un familiar sufren de una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente en la población mayor de 60 años de edad (estudio de la Sociedad de Médicos de atención Primaria (SEMERGEN)). No existe algún reporte específico en torno a la ansiedad.

Por lo que surge la pregunta **¿CUÁL ES EL TIPO DE DUELO Y LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DUELO, ASISTENTES A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA “ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ”?**

1.8. JUSTIFICACIÓN

La atención médica debe enfocarse no solo en las acciones curativas, sino también en las preventivas, tanto del paciente como de su familia, en forma continua y de acuerdo con las características y factores de riesgo encontrados en cada etapa del ciclo vital familiar, referido por el Dr. José Luis Huerta González en su libro Medicina Familiar.

En cada etapa del ciclo vital familiar se puede considerar el duelo como una crisis, la reacción de duelo es importante porque la muerte es parte de la vida y se presentará en todas las edades y en diversas circunstancias; el choque por la pérdida de un miembro de la familia, puede llegar a provocar tanto crisis normativas como no normativas en cuyo caso se puede acompañar de ruptura de la integración familiar, su dispersión o disolución así como situaciones conflictivas; el médico debe comprender el impacto que los eventos críticos familiares ocasionan en el funcionamiento de la misma, secundarios a duelos no detectados a tiempo y por lo mismo no diagnosticados, que condicionan utilización de los servicios de salud, repercutiendo en la calidad de vida de los pacientes.

En la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” se ha puesto énfasis en la atención de los familiares de personas fallecidas por considerar factor de riesgo el que un duelo no se logre resolver adecuadamente. El presente trabajo determinará la incidencia de depresión y ansiedad asociados a la reacción de duelo. El estudio se puede realizar sin dificultad con el objetivo de evaluar cuantos de los duelos se han complicado debido a la falta de diagnóstico oportuno y a las múltiples manifestaciones que se pueden presentar, desde una disfunción familiar a múltiples enfermedades como serían los trastornos de somatización y la complicación de enfermedades crónicas degenerativas ya existentes; una vez detectadas, deberán ser canalizadas optimizando con ello el tiempo de atención, disminuyendo los múltiples tratamientos y estudios que dichos pacientes requieren. Se recomienda que el personal de salud tenga la habilidad para detectar e identificar el duelo patológico ya que todos los médicos de familia se enfrentan en su práctica diaria con personas con riesgo de padecerlo. “El papel de los servicios de atención primaria es considerar el diagnóstico, reconocer la condición de duelo y proporcionar educación e información sobre trastornos asociados a duelo”³¹. En la Clínica de Consulta Externa del Mazo Vélez no se han realizado estudios.

1.9. OBJETIVOS

1.9.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el tipo de duelo normal o patológico, su asociación a ansiedad y depresión y su relación con el parentesco del fallecido, la tipología y el ciclo vital familiar en 30 pacientes con diagnóstico de duelo, asistentes a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

1.9.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a un miembro de una familia en duelo.
- Obtener consentimiento informado
- Determinar la tipología familiar ocupando el modelo de clasificación del Dr. Irigoyen Coria del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM.
- Determinar el ciclo vital familiar de acuerdo a la clasificación de Geyman.
- Aplicar las escalas de Depresión de Zung y Ansiedad de Hamilton.
- Aplicar inventario de duelo complicado para determinar si el duelo es normal o patológico.
- Clasificar el duelo en normal o patológico y su asociación con depresión o ansiedad.
- Analizar estadísticamente los datos obtenidos por medio de tablas de frecuencia.

1.10. HIPOTESIS

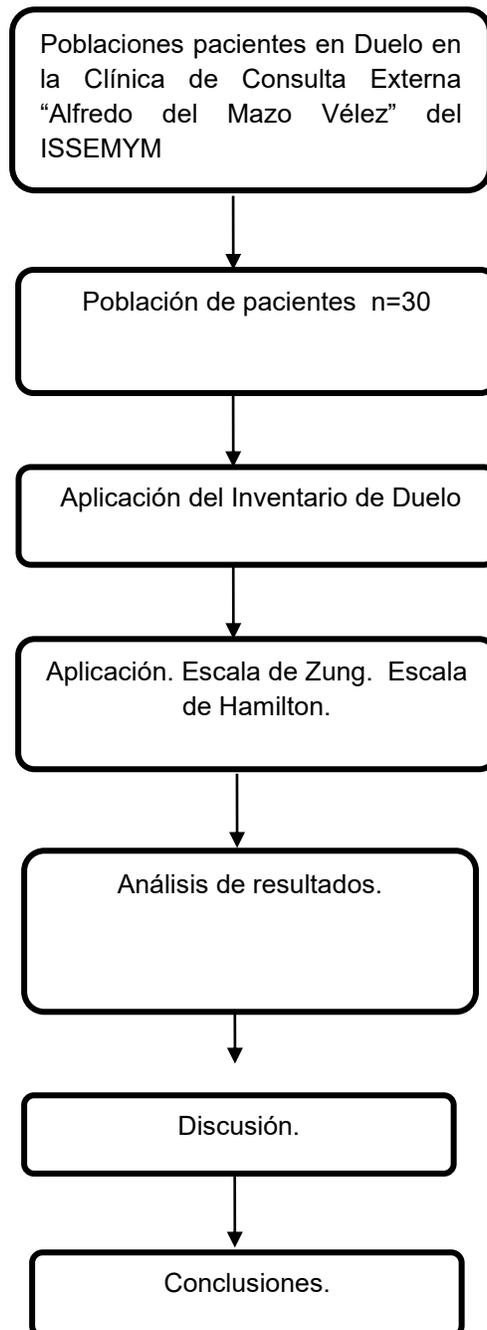
El tipo de duelo normal o patológico, su asociación a ansiedad y depresión y su relación con el parentesco del fallecido, la tipología y el ciclo vital familiar en 30 pacientes con diagnóstico de duelo, asistentes a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios será similar a lo reportado en la bibliografía.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. Tipo de estudio.

Estudio observacional, transversal y descriptivo

2.2. Diseño de investigación



2.3. Población, lugar y tiempo.

Treinta familias identificadas en duelo en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM durante el periodo de abril a noviembre 2014.

2.4. Muestra.

Se trabajó con un universos total de población de 30 pacientes; un miembro de cada familia en estado de duelo de la Clínica de Consulta externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

2.5. Criterios

2.5.1. Criterios de inclusión:

Persona que pertenezca a una familia de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” con presencia de duelo.

Presencia de duelo en los últimos 10 años.

Adultos mayores de 18 años.

2.5.2. Criterios de exclusión.

Personas que no pertenecen a la clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”

Menores de 18 años.

2.5.3. Criterios de eliminación.

Eliminación de cuestionarios incompletos o mal llenados.

2.6. Variables.

2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.

Variable	Tipo y escala	Definición conceptual	Definición operativa
Edad	Cuantitativa	Lapso de tiempo transcurrido en el tiempo	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Mujeres en duelo	Femenino
Tipología familiar	Cualitativa	Empleo de la clasificación Dr. Irigoyen Coria de la UNAM desde el punto de vista social	a) Desarrollo b) Demografía c) Integración d) Ocupación
Ciclo vital	Cualitativa	Situación de las familias considerando un periodo de tiempo determinado, de trascendencia y dinámico, empleando el modelo de Geyman	a) Matrimonio b) Expansión c) Dispersión d) Independencia e) Retiro y muerte
Duelo	Cuantitativa	Se refiere a la evolución normal o anormal del duelo en cuanto a sus complicaciones	Inventario de Duelo Complicado – Revisado
Depresión	Cuantitativa	Es un proceso largo desde que se lleva a cabo la pérdida o el trauma hasta que este es aceptado o superado	Escala de Zung 20 reactivos
Ansiedad	Cuantitativa	Manifestaciones subjetivas o de experiencia interna que se presentan frente a estímulos que rompen un equilibrio fisiológico	Escala de Hamilton 14 reactivos

2.8. Diseño estadístico.

Se realiza un estadístico de la investigación, con un grupo de estudio, mediciones y un muestreo.

2.8.1. El propósito estadístico de la investigación.

Identificar cuál es el tipo de duelo y la presencia de ansiedad y depresión en 30 pacientes con diagnóstico de duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

2.8.2. Grupos de estudio.

A las 30 pacientes identificadas se les aplicaron 3 cuestionarios:

1. Escala de depresión de Zung
2. Escala de ansiedad de Hamilton
3. Inventario de duelo complicado – revisado.

2.8.3. Mediciones.

Se realizó una medición en las unidades de muestreo.

2.8.4. Tipo de muestra.

Muestreo: no probabilístico, secuencial, de oportunidad y de cuota

2.9. Instrumento de recolección de datos.

El instrumento constó de 6 secciones, a través de una entrevista directa.

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Ficha de identificación	3
Sección 2.	Tipología familiar	4
Sección 3.	Ciclo vital familiar	5
Sección 4.	Escala de Zung.	20
Sección 5	Escala de Hamilton	14
Sección 6	Inventario de duelo complicado	4

2.10. Método de recolección de datos.

- El trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”
- Se les informó a todos los participantes sobre el proyecto a realizar para solicitar su autorización.
- A los que sí cumplían con los criterios de inclusión se les leía el consentimiento de participación voluntaria.
- Se aplicaron los 3 Cuestionarios: Escala de Zung para depresión, Escala de Hamilton para ansiedad e Inventario de Duelo complicado – revisado para evaluar si el duelo era normal o patológico, en el Aula de Enseñanza de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM en el horario de 8.00 a 13:30 de lunes a viernes, durante el periodo de abril a noviembre de 2014.

- El tiempo de aplicación fue de 40 a 60 minutos aproximadamente y al terminar el mismo se les dio las gracias.
- El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva.

2.11. Maniobras para evitar y controlar sesgos.

2.11.1. Sesgo de información.

Este queda a expensas de la honestidad del entrevistado, aun cuando se les comenta que la información es totalmente confidencial y anónima.

2.11.2. Sesgos de elección.

La muestra fue a conveniencia del investigador ya que se tomaron a pacientes con diagnóstico de duelo de la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" de ISSEMYM

2.11.3. Sesgos de medición.

De acuerdo a los instrumentos aplicados.

2.11.4. Sesgos de análisis e interpretación.

Fue el adecuado dado que solo se realizó análisis de estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central y resumen.

2.12. Procedimientos estadísticos de la Investigación.

Se realizó estadística descriptiva tipo encuesta.

La captura de los datos fue en el Software Estadístico Word para obtener frecuencia, media, dispersión por cuartiles y correlación de Pearson para obtener gráficas.

2.13. Diseño y construcción de base de datos.

Los datos se vaciaron en el programa Software Estadístico Word / Excel, construyendo dos bases de datos con los resultados obtenidos y dando códigos alfanuméricos para la captura.

2.14. Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico Software Estadístico Word en el cual se obtuvieron medidas de dispersión y tendencia central

2.15. Cronograma. Anexo D

2.16. Recursos humanos, financieros y materiales.

Los recursos humanos, financieros y materiales son aportados por la autora del estudio.

2.17. Consideraciones éticas.

A). Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirva para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica de los seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continua a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

B). Ley General de salud

El reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la Salud; en su Artículo 17 se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este Reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación sin riesgo
- II. Investigación con riesgo mínimo
- III. Investigación mayor que el mínimo.

El presente estudio se considera dentro del parámetro I. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes.

El Consentimiento Informado es una de las aportaciones más valiosas del derecho a la práctica médica; en el cuál los individuos deben ser informados acerca de la investigación y dar su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación; lo cual se lleva a cabo en el presente trabajo.

3. RESULTADOS

De acuerdo a la estadística descriptiva se considera la frecuencia, media, dispersión por cuartiles y correlación de Pearson; para determinar con las Escalas de Zung, Hamilton y el Inventario de Duelo Complicado, el tipo de duelo y la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de duelo en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”

De las 30 encuestas de pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” los resultados son los siguientes:

3.1. Edad.

Los rangos de edad fueron de los 30 a los 65 años, con 23.33 % de 55 a 59 años, 16.66 % en dos grupos de edad, de 50 a 54 y 60 años o más, el resto se observa en la tabla.

Tabla 1. Edad de las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
30-34 años	4	13.33
35-39 años	2	6.66
40-44 años	3	10.00
45-49 años	4	13.33
50-54 años	5	16.66
55-59 años	7	23.33
60 o más	5	16.66

Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.

3.2. Sexo.

Todas las participantes fueron del sexo femenino que corresponden al 100%

Tabla 2. Sexo de las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	100.00
Masculino	0	0

Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.

3.3. Parentesco con el fallecido

En cuanto al parentesco con el fallecido nos encontramos en primer lugar 7 casos en los cuales la persona fallecida se trataba de la madre con un 23.33 %, en segundo lugar al hijo en 5 casos con un 16.66 % y en tercer lugar a la hija y al padre en 4 casos respectivamente con un 13.33 % cada uno de ellos, el resto se observa en la gráfica.

Gráfico 1. Parentesco con el fallecido en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.

3.4. Tipología familiar

Respecto a la tipología familiar tomando como base la clasificación del Dr Irigoyen Coria del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, en que se clasifica a la familia desde el punto de vista social; en 4 rubros que son: 1) con base a su desarrollo, 2) con base a su demografía, 3) en base a su integración y 4) por su ocupación

Respecto a la Tipología Familiar en base a su desarrollo, del total de las 30 familias estudiadas se encuentra que 22 familias (73.33%) corresponden a una familia moderna, aquella en que ambos padres trabajan, 8 familias (26.66 %) en un modelo tradicional, aquel en el que el proveedor es el padre.

Gráfico 2. Tipología familiar en base a su desarrollo en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Respecto a la Tipología Familiar en base a su demografía, del total de las 30 familias estudiadas se encuentra que 29 familias (96.66%) corresponden a una familia urbana caracterizada por tener más de 15,000 personas y solo 1 familia (3.33%) correspondía a familia rural con menos de 5,000 habitantes.

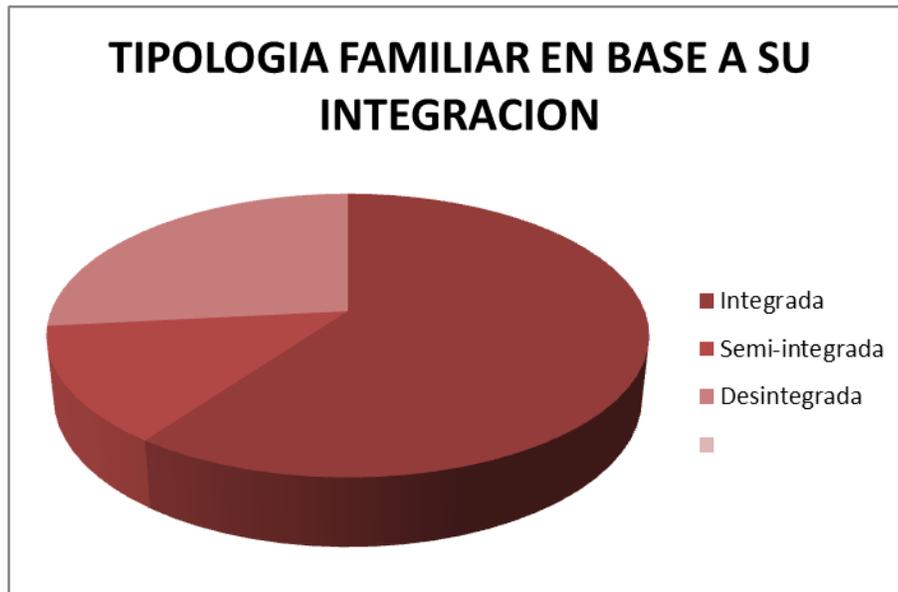
Gráfico 3. Tipología familiar en base a su demografía en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Respecto a la Tipología Familiar en base a su integración, del total de las 30 familias estudiadas se encuentra que 18 familias (60.0%) corresponden a una familia integrada en el cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones, 4 familias (13.33%) semi-integradas en que los cónyuges viven juntos, pero no cumplen sus funciones y 8 familias (26.66%) desintegradas aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

Gráfico 4. Tipología familiar en base a su integración en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Respecto a la Tipología Familiar en base a su ocupación, del total de las 30 familias estudiadas se encuentra que 26 familias (86.66 %) corresponden a profesionistas, en tanto que 4 familias (13.33%) son obreros y 0 % campesinos.

Gráfico 5. Tipología familiar en base a su ocupación en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

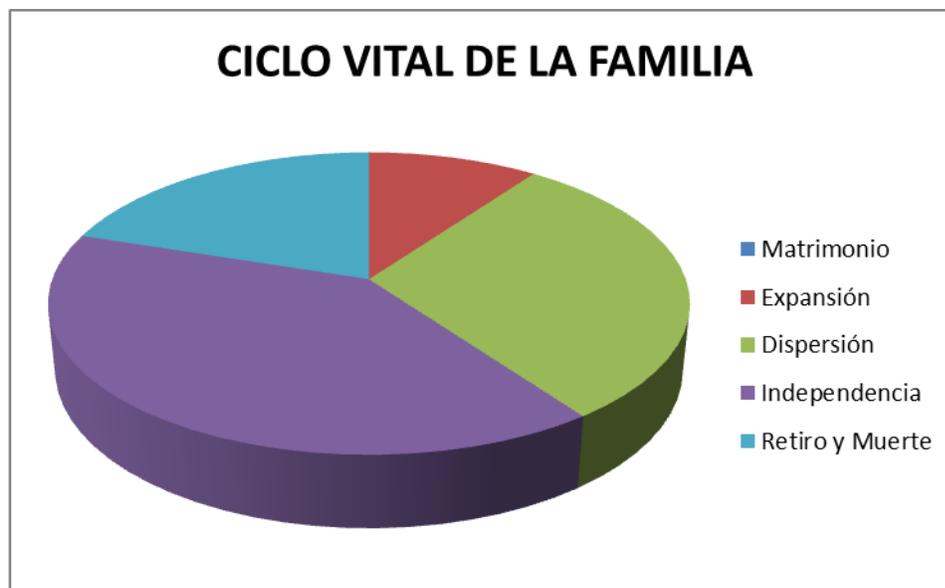


Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

3.5. Ciclo vital de la familia

En cuanto al ciclo vital familiar se consideró la clasificación de Geyman; que clasifica a las familias en 5 fases; matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro y muerte. Encontrándose en fase de expansión a 3 pacientes (10.0%); dispersión 9 pacientes (30.0 %); independencia 12 pacientes (40.0 %) y en retiro y muerte 6 pacientes (20.0 %)

Gráfico 6. Ciclo vital de la familia en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

3.6. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (índice SDS)

En la aplicación de la escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (índice SDS), se encuentran 4 rubros: debajo de 50 SDS dentro de lo normal; 50 a 59 SDS depresión mínima, 60 a 69 SDS depresión moderada y 70 o más SDS depresión severa. En el estudio se reportan 3 pacientes (10.0%) dentro de lo normal, 8 pacientes (26.66%) con depresión mínima, 7 pacientes (23.33%) con depresión moderada y 12 pacientes (40.0 %) con depresión severa

Gráfico 7. Escala de Zung en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Tabla 3. Porcentaje y porcentaje acumulado de los niveles de depresión en la escala de autoevaluación para la depresión de Zung (índice SDS)

Escala de Depresión	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia acumulada	Porcentaje Acumulado
Normal	3	10.0	3	10
Mínima	8	26.66	11	36.66
Moderada	7	23.33	18	59.99
Severa	12	40.0	30	99.99
Total	30	100		

Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

3.7. Escala de Hamilton para evaluación de ansiedad.

En la aplicación de la Escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad que clasifica a la ansiedad en 3 rubros; 0 a 5 puntos ausencia de ansiedad; 6 a 14 puntos ansiedad menor e igual o mayor de 15 ansiedad mayor; en el estudio ningún paciente se encontró con ausencia de ansiedad, 3 (10.0 %) con ansiedad menor, y 27 (90.0 %) con ansiedad mayor.

Gráfico 8. Escala de Hamilton en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Tabla 4. Porcentaje y porcentaje acumulado de los niveles de ansiedad en la escala de ansiedad de Hamilton

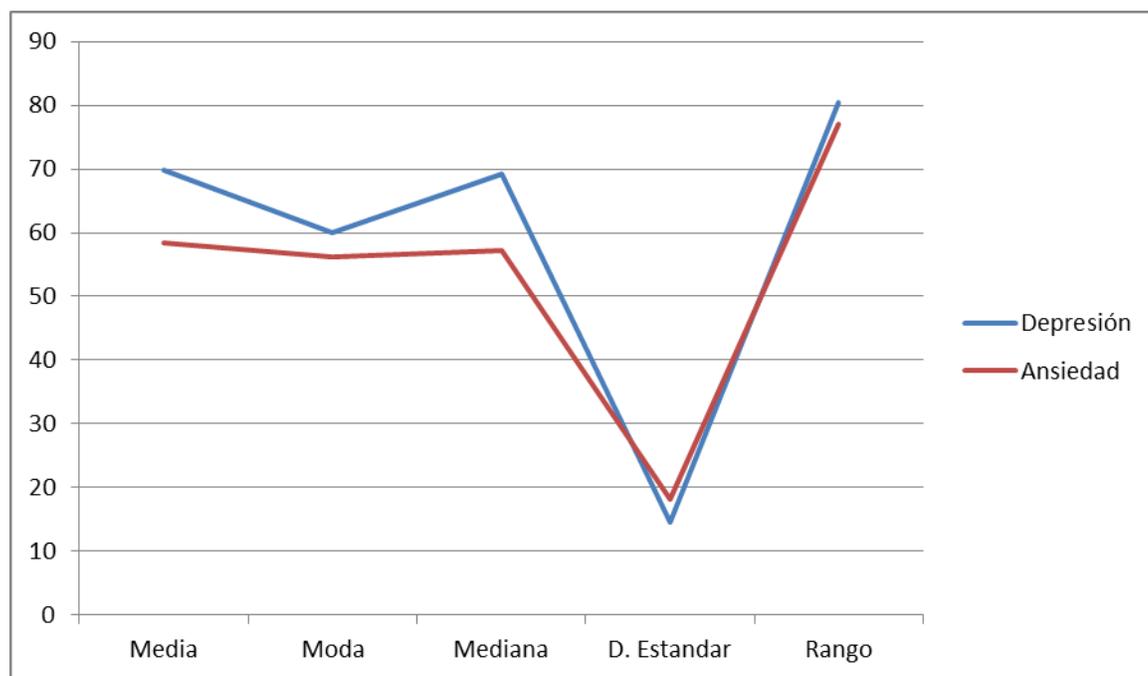
Escala de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Ausente	0	0	0	0
Menor	3	10	3	10
Mayor	27	90	30	100
Total	30	100		

Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

3.8. Análisis de media, moda, mediana, desviación estándar y rango en depresión y ansiedad.

En el análisis comparativo de depresión y ansiedad los valores se transforman a porcentajes para poder analizarlos; encontrando que la media, la moda y mediana se encuentran por arriba en depresión y la desviación estándar y el rango son similares en ambas.

Gráfico 9. Análisis de frecuencias comparativo en depresión y ansiedad en las pacientes en duelo de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Considerando los valores en porcentaje encontramos en la media valor superior en depresión; en la moda similar; en la mediana valor superior en depresión; desviación estándar y rango en el mismo valor.

Tabla 5. Valores de las Escalas de Depresión y Ansiedad

	Depresión	Porcentaje	Ansiedad	Porcentaje
Media	64.53	69.84	28	58.39
Moda	58	60.04	27	56.25
Mediana	63.5	69.15	27.5	57.29
Desviación estándar	13.17	14.50	8.9	18.26
Rango	62	80.43	70.75	77.08

Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" de ISSEMYM

3.9. Dispersión por cuartiles.

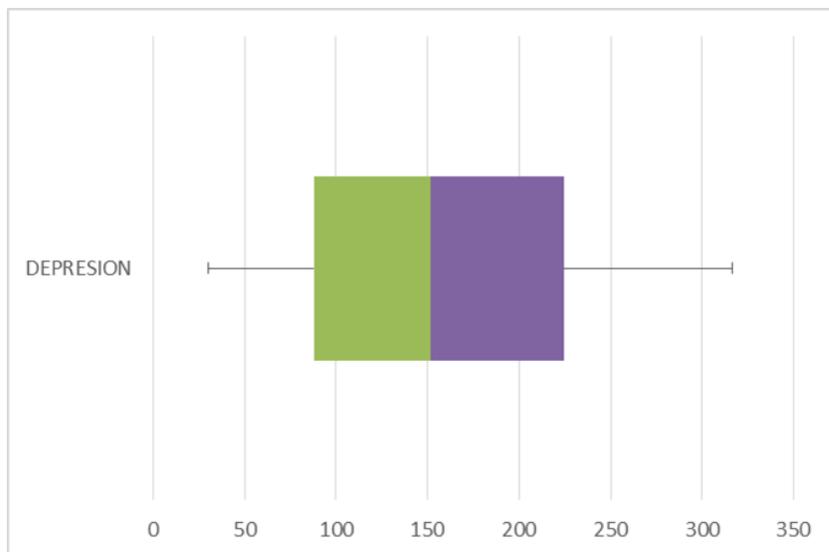
A la población total se le dividió en 4 partes tomando en cuenta el valor mínimo y máximo tanto para depresión como para ansiedad; la distribución por cuartiles para depresión es que la cuarta parte de la población tiene depresión en una escala de 30 o menor; el segundo cuartil tiene un valor de depresión de 30 a 58 y la mediana de la población tiene un valor de 63.5; el tercer cuartil tiene un nivel de depresión de 63 a 73 y el cuarto cuartil superior a 73 con valor máximo de 92. La distribución por cuartiles de la ansiedad es el primer cuartil hasta 11, el segundo cuartil hasta 23.5, la mediana de 27.5 con el tercer cuartil hasta 33.75 y el cuarto cuartil con un valor máximo de 48.

Tabla 6. Dispersión por cuartiles de depresión y ansiedad

	1° cuartil	2° cuartil	Mediana	3° cuartil	4° cuartil
Depresión	30	58	63.5	73	92
Ansiedad	11	23.25	27.5	33.75	48

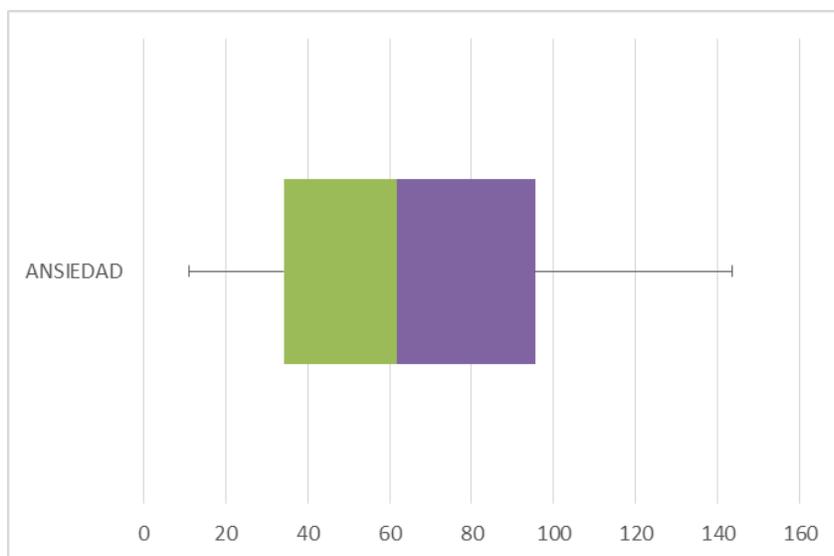
Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" de ISSEMYM

Gráfico 10. Dispersion por cuartiles depresión



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" de ISSEMYM

Gráfico 11. Dispersión por cuartiles ansiedad



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" de ISSEMYM

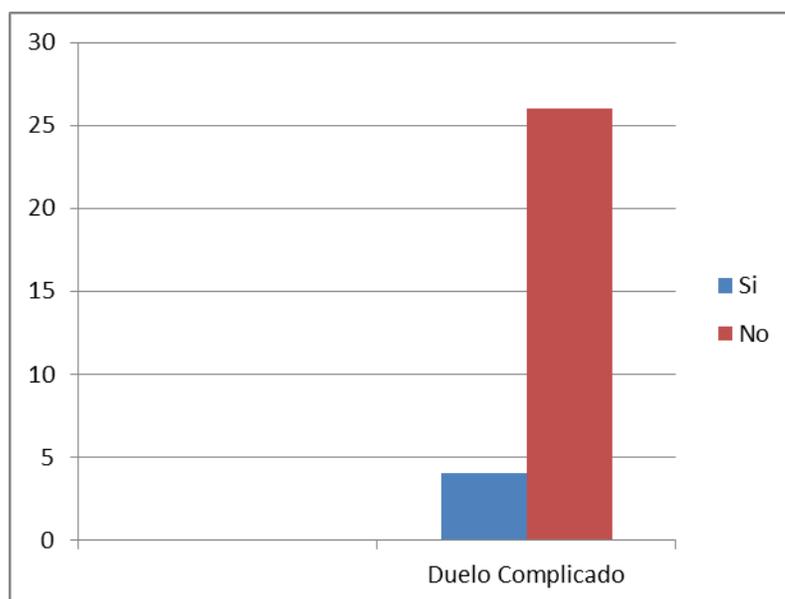
3.10. Correlación de Pearson.

La correlación de Pearson entre depresión y ansiedad es de 0.64

3.11. Duelo complicado.

En la aplicación de Inventario de Duelo Complicado se encuentran 4 pacientes (13.33 %) con duelo complicado y 26 pacientes (86.66 %) sin duelo complicado.

Gráfico 12. Duelo complicado



Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

Tabla 7. Porcentaje y porcentaje acumulado de duelo complicado

Duelo Complicado	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Si	4	13.33	4	13.33
No	26	86.66	30	99.99
Total	30	100		

Fuente n: 30 cuestionarios aplicados en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM

4. DISCUSION.

En México, la atención médica integral está organizada en niveles de atención basados en el esquema de la historia natural de la enfermedad, en el que la medicina Familiar (primer nivel de atención) representa la entrada al sistema de atención médica. La Medicina Familiar es una especialidad médica y una disciplina académica, que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia. Interviene en los estadios en los cuales se puede gestar la enfermedad (prevención primaria) o cuando empieza el proceso patológico, en el que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno aportan los mejores beneficios en la salud de los individuos, familias y sociedad.

En intervención sobre problemas relacionados a duelo los profesionales de Atención Primaria son los que deberían de ser capaces de detectar los casos de duelo complicado para derivarlos al escalón especializado; es por ello que el presente trabajo se enfoca en el estudio de duelo considerándolo como una reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. El total de la población participante fue de 30 individuos de **sexo femenino**, entre los 30 y 65 años de edad, con un promedio de 49 años.

En cuanto a la tipología familiar nos encontramos que la población derechohabiente en cuanto su desarrollo; corresponde a una familia moderna en un 73.33 % superior a lo reportado a nivel general de un 40%; en la demografía un 96.66 % corresponde a familia urbana respecto a lo reportado a nivel nacional de 60%; en su integración 60.0% corresponden a una familia integrada, un 13.33% a semi-integrada y 26.66 % desintegrada y en cuanto a su ocupación un 86.66% es profesional.

El estrés que provoca la muerte de un hijo puede provocar desintegración de un matrimonio en el que hubiera conflictos previos. Uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad del hijo sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. Algunos estudios indican que más de 50% de los matrimonios que pierden un hijo terminan en divorcio. En el presente estudio respecto al parentesco con el fallecido encontramos que el porcentaje más elevado fue el de la madre y en segundo lugar el hijo.

Respecto al ciclo vital familiar se puede comentar que en la población estudiada el mayor porcentaje se encuentra en fase de independencia en 40.0 % que corresponde a una población mayor como fue referido con edad promedio de 49 años. La importancia radicaría en que esa etapa del ciclo vital familiar es la etapa en que se suceden las pérdidas de la generación anterior, asociado a otros cambios importantes como sería en el caso de las mujeres a la menopausia y en ambos géneros a la jubilación y el decline de las funciones vitales.

Durante la presentación del proceso de duelo no complicado se han mencionado dos reacciones en las que pueden desembocar los miembros de la familia, que son la ansiedad y la depresión. La persona con ansiedad presenta una serie de características generales; como una reacción excesiva o desproporcionada en relación con la situación. Esta conducta no es adaptativa y perturba el funcionamiento normal cotidiano del individuo, principalmente por sus conductas de evitación y por su preocupación y esfuerzos por ocultar el problema. El grado de perturbación de la vida del individuo varía según sea el mayor o menor nivel de cronicidad; en el presente estudio todas las pacientes presentan determinado nivel de ansiedad, ya que ningún paciente se encontró con ausencia de ansiedad, 3 con ansiedad menor y 27 que representa un 90.0% de los casos con ansiedad mayor.

En relación con el duelo, hay autores que consideran a la depresión como una forma patológica del duelo y otros, que ésta puede servir como defensa frente al duelo. Se puede decir por lo general que la depresión y el duelo comparten múltiples manifestaciones. Algunos estudios refieren que el 16% de las personas que pierden un familiar sufren una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad (estudio de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria) SEMERGEN. En el presente estudio se encontró que solo el 10.0% de la población no presentaban depresión, el 26.66% depresión mínima, 23.33% depresión moderada y 40.0% depresión severa.

El duelo es un proceso normal de adaptación ante las pérdidas. Es difícil establecer un periodo de tiempo necesario para la superación de la pérdida de un familiar. Aunque se ha estimado que 12 meses es el tiempo aceptable para concluir este proceso, lo importante es transitar y resolver cada etapa del duelo. El intervalo de uno o dos años es razonable como periodo de tiempo adecuado para elaborar el duelo. Existen formas patológicas del duelo que requieren apoyo profesional para resolverse. En el presente estudio se encontró lo siguiente en el Inventario de Duelo Complicado – Revisado. ; considera 4 criterios: A) Estrés por la separación que conlleva la muerte; B) Estrés por el trauma que supone la muerte; C) Cronología y curso del proceso de duelo y D) Deterioro; encontrándose duelo complicado en 4 pacientes que corresponde a un 13.33 %, y duelo no complicado en 26 pacientes que corresponden a 86.66 %; sin embargo es importante considerar que los criterios considerados en el inventario son muy precisos y estrictos y al analizar en forma independiente cada uno de ellos, algo relevante es considerar que respecto al **criterio C en la cronología** del duelo considerada al menos de 6 meses; el estudio reporta 6 personas 20.0 % que no cumplen el criterio de los 6 meses y 24 personas 80.0% que cumplieron más de 6 meses con la sintomatología y un persona tardó hasta 32 años en resolverlo, resaltando que relacionando la evolución con el parentesco con el fallecido se encuentran varios casos entre 14,12,10 años relacionado con duelo de un hijo (a)

5. CONCLUSIONES.

El total de la población participante fue de 30 individuos de sexo femenino entre los 30 y 65 años de edad; considerando que son personas jóvenes con un promedio de edad de 49 años; el perfil de la familia en la población derechohabiente estudiada corresponde a una familia moderna, urbana, integrada y profesional según Geyman; sabemos que la familia va evolucionando a lo largo de su ciclo vital, encontrando que el 40% de la población pertenece a la fase de independencia; el médico familiar debe conocer las crisis normativas y no normativas o paranormativas que suceden en cada etapa; sin pasar por alto que en esta última etapa se producen los duelos familiares; observándose en el estudio que respecto al parentesco con el fallecido el mayor porcentaje se encontró en la madre seguido por el del hijo; posterior a la aplicación de las escalas descritas se encontró que casi la mitad de la población presentó depresión severa y en el 90% de los casos ansiedad severa; a pesar de que solo el 10% presentaron duelo complicado en cuanto a la cronología del mismo y la relación con el parentesco destaca que tratándose de duelo de un hijo(a) se encuentra el mayor tiempo para su resolución; como fue mencionado en el texto hay referencia que incluso los síntomas pueden ser de por vida; la interrogante que surge es porque esta patología no fue detectada a tiempo, quiere decir que el médico no está detectando el problema de duelo ya sea por falta de conocimientos o de tiempo, no realizando el interrogatorio pertinente o por no considerarlo importante; por lo tanto hay que pensar en las repercusiones individuales, familiares, laborales y sociales que dichas pacientes presentaron siendo activas laboralmente.

6. PROPUESTA.

La intensión de este trabajo es ampliar la investigación sobre el proceso de duelo, identificar el tipo de duelo y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de duelo, asistentes a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” de ISSEMYM.

1. Identificar crisis paranormativas.

El médico familiar es el profesional de la salud de primer contacto que debe considerar el duelo en la familia; y saber valorar cuando este duelo pertenece a una crisis normativa y cuando no; por ejemplo en el caso de duelo de un hijo (a) se convierte en población de riesgo de generar una crisis no normativa o paranormativa; al igual que el duelo de la madre por ser una figura muy significativa dentro del núcleo familiar.

2. Incluir en el formato de Historia Clínica, el apartado de “Duelos y Pérdidas”

Sería conveniente detectar en la elaboración de la historia clínica cuales duelos ha presentado el paciente en el sentido de fallecimiento de miembros de la familia nuclear y extensa, así como pérdidas significativas como sería la de salud, de libertad, de estatus relacionadas a eventos familiares, laborales y sociales.

3. Identificar factores de riesgo que determinen la presencia de duelo complicado.

El estudio de los predictores de riesgo permitirá identificar a las personas que con mayor probabilidad puedan necesitar apoyo tras la pérdida de un ser querido, y si es posible anticipar quien puede tener dificultades en la resolución de duelo, también se podrá actuar a modo de prevención y mediante una intervención temprana evitar un posible duelo no resuelto o complicado; entre los mayores predictores de riesgo estarían: duelos anteriores no resueltos, pérdidas a edades tempranas, muerte de un hijo, pérdidas súbitas (accidentes, homicidios, suicidios, secuestros), muertes por desastres naturales.

4. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el caso de duelo de un hijo.

Derivado de lo antes expuesto; habrá que considerar que **el duelo de un hijo debe ser atendido** para evitar duelo complicado en cuanto a su cronología; así mismo en cuadros detectados de depresión y ansiedad considerar como diagnóstico diferencial la reacción de duelo, y por lo tanto la canalización oportuna a los profesionales de la salud mental para su valoración, atención y seguimiento.

5. Cuestionarios para identificar depresión y ansiedad

Debido a que se encontró una relación entre el tiempo de evolución de un duelo y la asociación a depresión y ansiedad, se hace necesario que el Médico Familiar aplique cuestionarios como las Escala de Zung y de Hamilton para identificar la presencia de dichas patologías.

6. Continuar seguimiento conjunto Médico Familiar – Psicólogo – Psiquiatra.

El Médico Familiar debe continuar manejo conjunto con el paciente y su familia en el caso de duelo; explicando la necesidad de atención por parte de psicología y psiquiatría para generar apego al tratamiento ya sea psicoterapéutico o farmacológico a fin de evitar complicaciones futuras, como cuadros depresivos recurrentes.

7. Capacitación continua para el Médico Familiar respecto al duelo

Ofrecer capacitación a través de talleres de actualización, conferencias, cursos al médico familiar con la finalidad de que interrogue sobre duelo y considere como diagnóstico diferencial el duelo en casos de presencia de ansiedad y depresión.

8. Implementar un programa educativo sobre duelo

Implementar programas de atención oportuna en duelo, brindando información a través de trípticos, talleres, grupos de autoayuda e implementar servicios de primer nivel de atención en Tanatología.

9. Próximos estudios.

Evaluar calidad de vida en duelos que generen crisis no normativas o paranormativas; repercusiones en la dinámica familiar, por ejemplo de acuerdo a las referencias cuál sería el índice de divorcios posterior a duelo de un hijo.

7. REFERENCIAS

1. Huerta JL. Medicina familiar: la familia en el proceso salud – enfermedad. 1ª ed. México: Alfil; 2005.
2. *Diccionario de la lengua española*. 19º ed. Madrid, Espasa –Calpe, 1970.
3. Irigoyen Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 7º ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2000
4. Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3º ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2007.
5. Anzures Carro R. Chávez Aguilar V. García Peña C. Pons Álvarez O. Medicina familiar. 1º ed. México: Corinter; 2008.
6. Eguiluz Luz de L. Dinámica de la familia. 1º ed. México: Pax; 2009.
7. Polo Marco A. Los duelos en la familia. 1º ed. México: Mc editores; 2009.
8. Florez M. Duelo. ANALES Sis San Navarra. 2002; 25 (Supl.3): 77-85
9. Rodríguez VB, Fernández LA. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud. Medi fam. 2002; 12: 276-284.
10. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A .Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la Salud. Arch.Med interna. 2011; XXXIII(1): 11-14
11. García PF. La Medicina familiar y la Salud pública: dos disciplinas complementarias. Aten Fam. 2007; 14(2): 25-26
12. Eguiluz Luz de L. Terapia Familiar. 1º ed. México: Pax; 2004.
13. Gómez Simón M, Ocio León S, Hernández González M. Tratamiento psicológico del duelo en atención primaria. Consultado 7/06/2010/
Disponible en: www.portalesmédicos.com/publicaciones/articulos/2251/2/tx
14. Bowlby J. El vínculo afectivo. 1º ed. Argentina: Paidós; 1990
15. Kúbler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos.4º ed. Barcelona: Grijalbo; 2004.
16. Polo Marco A. Tanatología del siglo XX. 1º ed. México: Mc Editores; 2009
17. Bucay Jorge. El camino de las lágrimas. 1º ed. México. Océano
18. Worden William J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 1º ed. España: Paidós; 1997.
19. Gil-Julia B, Bellever A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicoonc. 2008; 5(1): 103-106

20. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental, Ed 5. Arlington NA;APA Presi
21. Wakefield JC, Schmitz MF, Bear JC. Relation between duration and severity in bereavement – related depression. Acta Psychiatr Scand. 2011; 124: 487-494
22. Barreto P, Dela Torre O, Pérez Marín M. Detección de duelo complicado. Psicoonc. 2012; 9(2-3): 355-368.
23. Nikkola I, Kaunonen M, Aho AL. Mother's experience of the support from a bereavement follow up intervention after the death of a child. Journ of Clinic Nurs. 2013;22:1151-1162
24. Richard AD, Clifford CA. The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. Deat Studi. 2012;36:41-60
25. Martin LM, García Rivera C, Bulbena A. El abordaje del duelo y la situación en crisis. Cuadernos crisis. 2004; 1(3): 21-30 <http://www.cuadernosdecrisis.com>
26. Echeburúa E. Corral P. La resistencia humana antes los traumas y el duelo. www.pialitivossinfronteras.com/.../18
27. Instituto Mexicano de Tanatología A.C. ¿ Cómo enfrentar la muerte ?. 3° ed. México: Trillas; 2012.
28. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 3° Ed. Barcelona. Masson; 2000
29. Wakefiel JC, Scmitz MF. Can the DSM's major depression bereavement exclusión be validly extended to other stressors ?. Evidence from tha NCS. Acta Psychiatr Scan.2013; 128: 294-305
30. Konkoly Thege et al. Mediators between bereavement and somatic symptoms. BMC Fam Prac. 2012, 13:59; 1-5. Disponible en : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/59>
31. Travers B, Alin N, Kolkiewics L. Bereavement in primary care mental health. Men Heal in Fam Med. 2013; 10: 223 -229
32. Zung, ww. Aself depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12:63-70
33. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J. Med Psychol. 1959; 32: 50-55
34. Prigerson H, Stanislav K. (versión original en ingles). Garcia García J (et al) (versión adaptada al español). Inventario de Duelo complicado – Revisado. Entrevista Clínica Estructurada para el profesional (IDC-R-ECEP)

8. ANEXOS

A). CONSENTIMIENTO INFORMADO.

B). ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)³²

C). ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON³³

D). INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO- REVISADO³⁴

E). CRONOGRAMA

A). Consentimiento informado.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA "ALFREDO DEL MAZO VELEZ "

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo Civil: _____

Religión _____

Parentesco con el fallecido _____

A). CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____, mayor de edad, identificado con clave de Issemym _____, acepto participar en el estudio "Duelo en la Familia" como parte del protocolo de Tesis de la Dra. Eloisa Ramírez de Alba, Médico adscrito a la Clínica de Consulta Externa "Alfredo del mazo Vélez", Especialidad en Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre el procedimiento a seguir y la aplicación de Escalas de Duelo Complicado, Ansiedad y Depresión.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO _____.

B). TIPOLOGIA FAMILIAR. DR IRIGOYEN MED FAM UNAM. (Marcar con X)

1 En base a su desarrollo	A. Moderna	B. Tradicional	C. Arcaica o primitiva.
2 En base a su demografía	A. Urbana	B. Rural	C
3 En base a su integración	A. Integrada	B. Semiintegrada	C. Desintegrada
4 En base a su ocupación	A. Campesina	B. Obrera	C. Profesional

C). CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN GEYMAN. (Marcar con X)

MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA	RETIRO MUERTE	Y
------------	-----------	------------	---------------	---------------	---

E). Cronograma

ETAPAS	MESES/AÑO											
	May 13	Jun 13										
Planeación del proyecto												
Elaboración de marco teórico												
Material y métodos												
Registro y autorización del proyecto												
Ejecución del proyecto												
Recolección de datos												
Almacenamiento de datos												
Análisis de datos												
Descripción de los resultados												
Discusión de los resultados												
Conclusiones del estudio												
Integración y revisión final												
Autorización e impresión del trabajo final												
Solicitud de examen de tesis												