



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **DUELO DEL CUIDADOR DEL ENFERMO TERMINAL: EL QUE SUFRE ES EL QUE SE QUEDA**

María del Mar Magán Magán, María del Carmen López López, María Pilar Aguilera Losada

[mariadelmarmagan@gmail.com](mailto:mariadelmarmagan@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Paciente de 78 años que fue cuidador de enfermo terminal durante un tiempo prolongado y tras la muerte de este, pierde el punto de referencia.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

Acude a consulta por cuadro de ansiedad que se acompaña de astenia, desesperanza y anhedonia de larga duración (>12 meses).

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

Antecedente personales de diabetes, HTA, dislipemia, anemia, quiste y hemangioma hepático, hernia de hiato, hiperplasia folicular linfóide en íleon terminal, diverticulosis sigmoidea y hemorroides internas grado IV.

### **ENFERMEDAD ACTUAL**

Ante el cuadro de ansiedad que se acompaña de astenia, desesperanza y anhedonia de larga duración (>12 meses), se le diagnóstica de duelo prolongado.

### **EXPLORACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS**

No presenta alteración de la memoria, ni motora, ni sensitiva, ni de la percepción, ni del lenguaje, ni del nivel de conciencia, ni del pensamiento, ni de la conducta, con buena orientación temporoespacial. En lo que respecta al estado emocional se observan síntomas negativos con hábito depresivo. Con respecto a la atención se observa al paciente inatento con distracción frecuente y ligera bradipsiquia.

### **TEST REALIZADOS**

Escala Mini Mental de lobo: 33 (normal),

Escala de Goldberg de ansiedad y depresión: en el inicio la calificación fue de 7 y 7 en ambas, mejorando a 1 en la escala de ansiedad y 1 en la escala de depresión. Tras el accidente presenta una puntuación de 3 en ansiedad y 7 en depresión.

## **DUELO DEL CUIDADOR DEL ENFERMO TERMINAL: EL QUE SUFRE ES EL QUE SE QUEDA**

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

El diagnóstico diferencial se realizó con depresión reactiva o trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Luto complicado

Tratamiento:

Además de las actividades diversas promovidas por las personas allegadas, en las que amigos y familiares involucran al paciente en el día a día, se le pautó tratamiento con benzodiazepinas y ante la persistencia del cuadro, se pauta tratamiento ISRS e intentar dejar el tratamiento con benzodiazepinas.

### **EVOLUCIÓN**

Tras tratamiento con ISRS y su red social que en ningún momento lo ha dejado de lado realizando distintas actividades desde el principio de la situación, experimenta una mejoría que incluso le hace solicitar medicación que mejore la erección. En esta fase, de un año de evolución, en la que vuelve a tener necesidades y deseo por las cosas de la vida, sufre caída por las escaleras con fractura de los huesos faciales (huesos propios, ambos suelos de las órbitas, apófisis pterigoides, ambos senos maxilares) que requirió ingreso de 1 mes en hospital y tras su salida se produce recaída de la situación previa refiriendo el paciente que puede que su mujer le haya empujado desde el más allá y en ese momento se le plantea la valoración por equipo de salud mental.

### **ACTUALIDAD SOBRE EL DUELO**

Aunque la mayoría de las personas asumimos que moriremos algún día, pensar en nuestra muerte o en la de las personas queridas no es de nuestro agrado. La muerte de un familiar querido y más si es el cónyuge es un factor estresante, de hecho, la escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe que es la escala que mide el grado de Stress que producen los distintos acontecimientos o sucesos vitales, le da, al evento de muerte del cónyuge, la máxima puntuación en la escala de impacto que corresponde a 100 unidades de cambio vital (UCV). La pérdida de un ser querido es una situación dolorosa a la que nos tenemos que enfrentar y para la resolución necesita su tiempo.

Las fases del duelo varían de unos autores a otros. Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, en 1969, hay 5 etapas del duelo que son negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El orden por el que pasen por las distintas etapas puede ser cualquiera, pero al final del recorrido se debe aprender a convivir con la pérdida. Para otros autores hay 3 fases que varían en intensidad con el transcurso del tiempo desde que ocurre la muerte del familiar; la primera etapa o de Shock cercana a la muerte (incredulidad e incluso negación con ansiedad), una central (en

## **DUELO DEL CUIDADOR DEL ENFERMO TERMINAL: EL QUE SUFRE ES EL QUE SE QUEDA**

la que predomina el estado depresivo y es la etapa de mayor duración) y una etapa final que consiste en adaptarse y mirar al futuro, e interesarse por las cosas de la vida,...

Normalmente no hace falta ayuda para elaborar el duelo, pero cuando este no se resuelve, la persona no puede continuar. Al principio puede suceder esto, pero si se prolonga puede convertirse en duelo complicado. Una de las clasificaciones de duelo complicado usada actualmente, lo divide en 4 subtipos:

1. Duelo Crónico. Cuando la duración de este es mayor de un año y no termina de acostumbrarse a la nueva situación.
2. Duelo retrasado o postpuesto: Al principio no se desencadenan todas las emociones, apareciendo posteriormente tras algún desencadenante.
3. Duelo exagerado: cuando las emociones desbordan al individuo y este realiza conductas de evitación, no pudiendo afrontar el dolor.
4. Duelo enmascarado: presenta conductas que aunque no lo reconozca tienen que ver con la pérdida.

El duelo se inicia no cuando ha fallecido, sino desde el diagnóstico de la enfermedad terminal (sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad). Hay que ayudar a aceptar la pérdida, sin culpabilidades, evitar sedarlo sobre todo en los preparativos después del fallecimiento, por ejemplo el funeral ya que este ayudará a la despedida y ver la realidad. Ver la situación en la que se encuentra (financiera,...), explicar el proceso (y que puede ser hasta de un año), revisar estado de salud, detectar si existe o no ideas de suicidio, ayudar a expresar sentimientos, evitando juicios de valor.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de Duelo Complicado. *Psicooncología*. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp 355-368.
2. González de Rivera y Revuelta J L, Morera Fumero A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 1983; 4(1): 7-11.
3. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*, 1969.
4. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp 103-116
5. Blanco Toro L, Librada Flores S, Rocafort Gil J, Cabo Domínguez R, Galea Marín T, Alonso Prado M E. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Med Pal (Madrid)* Vol. 14: nº 3; 0, 2007