

Seguimiento de pacientes que consultan por duelo

M. Gamo Medina, C. del Álamo Jiménez, L. Hernangómez Criado y A. García Laborda

Servicio de Salud Mental. Parla (Madrid)

Follow-up of patients who seek treatment for grief

Resumen

Introducción. *Partiendo de diversas aportaciones y estudios sobre aspectos evolutivos del duelo, el presente trabajo se centra en el seguimiento a los 2 años de pacientes del Servicio de Salud Mental de Parla que consultaban en relación a un duelo.*

Métodos. *A partir de una investigación anterior se realizó un estudio de seguimiento a los 2 años a una muestra de 51 personas mediante una encuesta de aplicación telefónica que exploraba mejoría subjetiva, afrontamiento de la pérdida, continuidad del curso biográfico y circunstancias posteriores.*

Resultados. *A los 2 años de la primera consulta la mayoría de los pacientes afirmaban una mejoría clínica, así como haber podido afrontar total o parcialmente la pérdida y continuar sus actividades con normalidad, si bien una cuarta parte refería una parcial o marcada detención del curso biográfico.*

Conclusiones. *En la evolución a largo plazo de una consulta por duelo es mayoritaria la remisión de sintomatología asociada. Asimismo influyen negativamente en este proceso variables como la calidad del vínculo con el fallecido y el hecho de que el fallecido sea un hijo, y positivamente factores como el apoyo social y la psicoterapia.*

Palabras clave: *Duelo. Seguimiento. Curso biográfico. Factores de riesgo.*

Summary

Introduction. *Based on several contributions and studies on evolutive aspects of grief, this study aims to focus on the two-year follow-up of patients from the Community Mental Health Service of Parla who came to the clinic in relationship with grief.*

Methods. *Based upon a previous research, the authors have performed a follow-up study at two years in a sample of 51 patients, carried out by a telephone interview that examined subjective improvement, coping strategies and grieving process, biographical continuity and later life events.*

Results. *Two years after the first visit, most of the patients considered that they had coped well with the loss and were able to resume their normal activities. They ranked their clinical situation as «much better». One out of every four reported a partial or marked detention in their biographical course.*

Conclusions. *In the long term evolution of a visit due to grief, a positive outcome might be expected in the most of the cases. Factors associated with a worst outcome are a problematic bond with the deceased, and the son/daughter loss. Positive outcome was associated with social support and psychotherapy.*

Key words: *Grief. Follow-up. Biographic course. Risk factors.*

INTRODUCCIÓN

El duelo como reacción emocional ante la pérdida de un ser querido es uno de los fenómenos más universales con que nos topamos en el quehacer psiquiátrico. Su elaboración está influida por los más diversos condicionamientos intrapsíquicos y ambientales y da lugar a múltiples efectos y consecuencias para la salud mental. Implica siempre una evolución, un devenir, una serie de etapas, ni fijas ni con la misma duración en cada individuo o ámbito cultural. Freud¹ habla del trabajo de duelo que supone aceptar la realidad de la pérdida y desligar la libido

del objeto perdido. Los sucesivos duelos resitúan al sujeto en relación con el orden de las generaciones². Neimeyer, Keesee y Fortner³, desde una visión constructivista, abordan el duelo como reconstrucción del significado tras una pérdida que supone una fragmentación y desorganización. Rood⁴ destaca la discontinuidad temporal que se produce en la identidad personal.

Worden⁵ resume el orden de las tareas del duelo: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor consiguiente, adaptarse al medio en ausencia del fallecido resituando emocionalmente a éste y continuar la vida. El análisis factorial del cuestionario *Tescusc Revised Inventory of Grief Manuel (TRIG)*⁶ para medir el duelo, hecho por Paulhan y Burgeois⁷, permite establecer dos factores con un orden temporal en relación con el duelo: de reacción inmediata y de sentimientos actuales, y un tercer factor que engloba características asociadas a la actitud de afrontamiento. Entre sus resultados destaca la importancia de las circunstancias de la muerte, el efecto traumatizante de las

Correspondencia:

Emilio Gamo Medina
Servicio de Salud Mental de Parla
Pablo Sorozábal, 4
28980 Parla (Madrid)
Correo electrónico: PILARITA.G@terra.es

muerres por suicidio, la edad del difunto en correlación inversa con la del que tiene la pérdida, el factor depresividad, el efecto protector de un buen soporte social y de un *locus* de control interno de cara al buen afrontamiento. El orden de la evolución e implicación de factores intervinientes es muy complejo, aunque guarda algunas regularidades; implica una combinación irreplicable en cada sujeto, por lo que es muy difícil cualquier medida del duelo.

La relación entre factores de vulnerabilidad o pronóstico y la evolución del duelo ha sido estudiada en numerosas investigaciones. Parkes⁸ en 1971 analizó los factores del duelo reagrupándolos en tres categorías: a) elementos biográficos y de personalidad, que condicionan la tolerancia al dolor. Entre éstos se encuentran la edad, siendo los jóvenes los que menos preparados están para soportar la muerte, y el vínculo con el fallecido, de modo que cuanto más profunda sea la relación, más intenso será el sentimiento de pérdida; son problemáticos vínculos ambivalentes y dependientes; b) circunstancias que rodean a la muerte, como el hecho de que sea súbita o inesperada, lo que da con mayor frecuencia reacciones intensas de mayor gravedad⁹, y c) acontecimientos subsiguientes. El estrés denominado por Parkes secundario agrupa factores sociales como la pobreza, la enfermedad o acontecimientos adversos o pérdidas sobreañadidas. Otro aspecto dentro de este tercer factor a destacar es la existencia de apoyo social o aislamiento; las personas mayores que se interesan menos por la vida social, trabajo o no tienen hijos a su cargo, sufren más. Horowitz¹⁰ insiste en cómo la incapacidad de restablecer relaciones nuevas e íntimas condiciona la prolongación del duelo.

En la primera parte de este trabajo¹¹ se observó el peso de determinadas circunstancias como la muerte imprevista, la convivencia con el difunto, las pérdidas acumuladas previas, el vínculo problemático con el fallecido (ambivalente, odio, simbiótico-dependiente, etc.) y el parentesco (con una mayor detención del curso biográfico en el duelo por hijos). La clínica que predominaba era depresiva, seguida de sintomatología ansiosa, y en una proporción menor de casos, somatizaciones, abuso de sustancias e intentos de suicidio.

El objetivo del presente estudio fue el seguimiento y evolución de los pacientes que consultan en relación con un duelo en un servicio de salud mental. Se valoró la mejoría subjetiva, el afrontamiento de la pérdida y la capacidad de restablecer la continuidad biográfica, así como cambios vitales posteriores en relación con variables sociodemográficas, clínicas, del duelo y del tratamiento.

MÉTODOS

La muestra de base fueron las personas mayores de 18 años que consultaron en el Servicio de Salud Mental del distrito de Parla por primera vez a lo largo del año 1999 (n=972), de las que se seleccionaron aquellas en las que el duelo era objeto de consulta, desencadenante de sintomatología o factor interviniente relevante en la psicopatología (n=79, lo que supuso un 8% de las primeras con-

sultas de ese año). Estas personas fueron valoradas mediante la extracción de datos procedentes de la historia clínica en una primera fase del estudio¹¹. Estos datos se referían a variables sociodemográficas, (edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, situación laboral), clínicas (motivo de consulta, clínica, antecedentes psiquiátricos previos), del duelo (tiempo transcurrido desde la muerte, relación con el fallecido, previsibilidad de la muerte, convivencia, pérdidas acumuladas, vínculo con el fallecido, detención del curso biográfico) y del tratamiento seguido en el Servicio de Salud Mental. La evaluación de seguimiento, cuyos resultados se muestran en este trabajo, se realizó 2 años después de esas primeras consultas mediante metodología de encuesta, obteniendo datos de un total de 51 participantes (mortalidad experimental de 28 sujetos por fallecimiento, cambio de domicilio o imposibilidad de contacto).

El procedimiento del seguimiento consistió en una entrevista realizada telefónicamente en la que, mediante respuestas de elección múltiple, se exploraban aspectos de: a) mejoría subjetiva; b) afrontamiento de la pérdida; c) continuidad del curso biográfico y actividades de la vida cotidiana, y d) circunstancias añadidas en la evolución del duelo en las esferas económicas, familiar, de salud y otras. Además, junto a ello se recogieron datos respecto al tratamiento durante el año siguiente a la primera consulta. Las encuestas fueron realizadas por investigadores que a su vez eran terapeutas del Servicio de Salud Mental.

El diseño de la investigación, por tanto, corresponde a una metodología de encuestas de panel con objetivos descriptivos y analíticos, por lo que se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial mediante el paquete estadístico SPSS versión 9.0.

RESULTADOS

El rango de edades abarcaba desde los 19 hasta los 83 años, con una media (y mediana) de 45 años (desviación típica = 16). Un 78,5% de la muestra eran mujeres, lo que excede significativamente la proporción global de mujeres que consultaron en este servicio en 1999 (p=0,001). En cuanto al estado civil, un 18% de los pacientes eran solteros, un 57% estaban casados o convivían con su pareja, un 1,3% separado y un 24% eran viudos/as. En el momento de la consulta un 56% vivían con su pareja, un 14% vivían solos, otro 14% con sus hijos y un 13% con sus padres.

El tiempo transcurrido entre la pérdida y el momento de la consulta en salud mental fue, como tendencia general, de 1 año en la mayoría de los pacientes (61%); sólo un 14% consultó pasados más de 6 años. La muerte de los padres era la que en la mayoría de los casos afectaba al paciente (38%), seguida de la muerte de la pareja (24%). En un 10% se acudía por fallecimiento de algún hijo.

En la **figura 1** se muestran los resultados descriptivos en las variables mejoría subjetiva, afrontamiento de la pérdida y continuidad del curso biográfico.

Las interacciones significativas encontradas en las variables registradas en el seguimiento fueron:

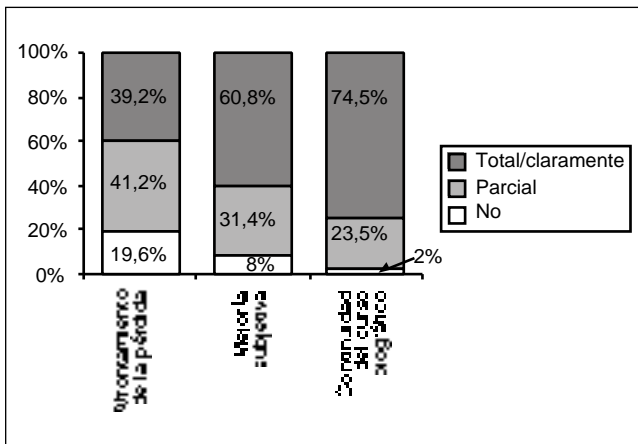


Figura 1. Distribución de proporciones en afrontamiento de la pérdida, mejoría subjetiva y continuidad del curso biográfico.

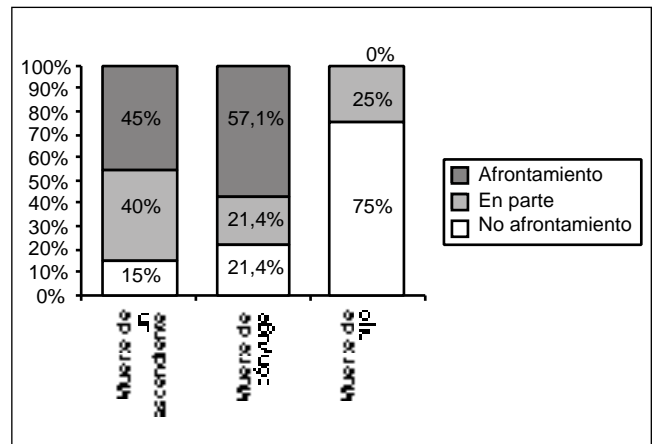


Figura 2. Distribución de proporciones en afrontamiento de la pérdida en función de la relación de parentesco con el fallecido.

- *Mejoría subjetiva.* Se manifestó una relación significativa ($p = 0,046$) con circunstancias posteriores familiares modulada por el tipo de relación con el fallecido, de modo que la correlación sólo era significativa en aquellos que habían perdido un hijo: únicamente los que se encontraban claramente mejor no referían cambios desfavorables en sus familias.
- *Afrontamiento de la pérdida.* Esta variable se correlacionó significativamente con el tipo de convivencia ($p = 0,014$), de modo que los que vivían con hijos manifestaban haber afrontado totalmente la pérdida en una proporción superior al resto de tipos de convivencia. Además, esta relación estaba mediada por el hecho de que la persona hubiera convivido con el fallecido en el momento de la pérdida, siendo más evidente en los casos en los que el doliente convivía con el fallecido en el momento de la muerte.

También el tipo de relación con el fallecido se mostró significativa en su relación con el afrontamiento de la pérdida ($p = 0,026$), de forma que cuando el fallecido era un hijo era mucho mayor la dificultad de afrontamiento (fig. 2).

Otro factor que mostró una relación significativa con la capacidad de afrontamiento de la pérdida fue la calidad del vínculo con el fallecido ($p = 0,02$), de modo que un 60% de las personas que manifestaban tener un vínculo ambivalente con el fallecido consideraban no haber podido aún afrontarlo en el momento del seguimiento a los 2 años frente al 80,8% de los que referían un vínculo bueno que creían haberlo podido afrontar totalmente o en parte.

Por último, el tipo de sintomatología se correlacionó también significativamente con la capacidad de afrontamiento de la pérdida ($p = 0,034$), de modo que un 77,8% de los pacientes que consideraban no haber podido afrontar el duelo presentaban clínica depresiva.

- *Continuidad del curso biográfico.* La clínica manifestada por el paciente mantuvo una relación significativa con la continuidad del curso biográfico a los

2 años de la primera consulta ($p = 0,004$), destacando también en esta interacción la sintomatología depresiva, ya que el 44,4% de personas con síntomas depresivos consideraba haber rehecho su vida sólo en parte frente al 95,8% del resto de patologías que consideraban haberla rehecho completamente.

- *Circunstancias posteriores.* La mayoría de los pacientes manifestaron no haber tenido cambios significativos en sus vidas, si bien un 29,5% declaró haber vivido sucesos familiares desfavorables (factor relacionado significativamente con la mejoría subjetiva en aquellos que perdieron a su hijo, como ya se ha señalado).
- *Continuidad de tratamiento.* De las consultas relacionadas con duelo en la primera fase del estudio, un 19% ($n = 15$) continuaba en tratamiento al año. No se evidenció ninguna variable sociodemográfica de duelo o clínica que pareciera influir en este hecho.

En relación con el resto de variables de seguimiento, el hecho de mantener el tratamiento durante 1 año mantuvo una relación significativa con un mejor afrontamiento ($p = 0,044$) únicamente en aquellos en los que su tratamiento había consistido en psicoterapia y no sólo en entrevistas de seguimiento.

Por último debe hacerse notar la ausencia de una relación significativa entre las variables de seguimiento y otras variables consideradas relevantes en la primera fase del estudio (previsibilidad de la muerte, pérdidas acumuladas).

CONCLUSIONES

A partir de este estudio podemos concluir que en la evolución a largo plazo (2 años) de una consulta por duelo es mayoritaria la remisión de sintomatología asociada^{12,13}. Asimismo, influyen negativamente en este proceso variables como la calidad del vínculo con el fallecido y el hecho de que el fallecido sea un hijo, y positivamente factores como el apoyo social y la psicoterapia.

La importancia del vínculo previo con el fallecido ya fue destacada por investigaciones previas¹⁴⁻¹⁶, avalando el concepto de duelo como proceso continuo de relación con el fallecido que dura toda la vida del doliente y que se apoya en la relación que existía antes de la muerte. Este concepto de duelo como proceso continuo justifica además la diferenciación entre afrontamiento, mejoría sintomatológica y funcionamiento psicosocial. En los estudios de seguimiento llevados a cabo por Tomita et al.¹⁷ y Ott y Lueger¹⁸ se ha observado que se produce mejoría en síntomas y bienestar psicosocial, pero no así en la añoranza del fallecido, lo que coincidiría con perspectivas actuales que consideran la elaboración del duelo como una tarea nunca finalizada¹⁹ y con la observación en nuestro estudio de unos índices más bajos de afrontamiento de la pérdida frente a las altas puntuaciones de continuidad del curso biográfico y mejoría subjetiva.

Otro aspecto que se confirma en la presente investigación es que los problemas de afrontamiento son más evidentes en aquellos que han perdido a un hijo²⁰. En estos casos de duelo paterno se ha descrito, además, la especial dificultad para compartir la experiencia de la pérdida, que deriva en la inestabilidad de la relación conyugal^{21,22}. Ochoa de Alda²³ atribuye esta dificultad a las diferentes reglas que emplean hombres y mujeres para expresar y afrontar sus emociones. De cualquier modo, Murphy²⁴ señala la enorme variabilidad que pueden manifestar muestras de padres en duelo, lo que indica la necesidad de profundizar en investigaciones posteriores en otras variables como el significado que el doliente atribuye a la muerte. La investigación sobre duelo paterno indica que la búsqueda de significado es un proceso fundamental para la adaptación tras el fallecimiento del hijo, de modo que los padres que son capaces de dar un sentido a la muerte, encontrar un beneficio existencial importante o una lección de vida en la pérdida son los que se enfrentan mejor a ella²⁵⁻²⁸.

Por otro lado destacan como factores de protección en la evolución de los pacientes la convivencia con hijos y el tratamiento psicoterapéutico. La importancia del apoyo social ha sido destacada en numerosas investigaciones desde hace décadas⁸. La investigación sobre la psicoterapia se orienta en la actualidad al conocimiento de las variables específicas que optimizan su utilidad para las personas en duelo, tales como una relación terapéutica positiva²⁹, la apertura, diferenciación y simbolización de sentimientos dolorosos^{30,31}, el apoyo para la reorganización del sistema familiar²³ y dar significado a la muerte^{32,33}, en especial significados positivos, tales como aprecio a la vida y a las relaciones humanas y el propio crecimiento personal^{34,35}.

En la actualidad algunas otras variables que tradicionalmente se habían considerado como predisponentes o incluso determinantes para un duelo complicado están siendo reanalizadas a la luz de los estudios empíricos, a la vez que se comienza a enfatizar en la importancia de procesos idiosincráticos, intrapsíquicos e interpersonales y no tanto de características estáticas generales. Así, desde estudios longitudinales como el presente trabajo se matiza la idea de que el duelo es más grave si la muerte es repentina ya

que cuando se realizan seguimientos de 6, 18 o incluso 48 meses no se confirma esa relación³⁶. En cambio, en los últimos años la investigación se ha centrado en variables como el estilo de apego³⁷, ya tratado por Bowlby³⁸; el estilo defensivo³⁹ y estrategias de afrontamiento¹⁷.

Otro aspecto en el que profundizar que no se ha tratado en este trabajo por las características de la muestra (casos nuevos en un Servicio de Salud Mental) son los aspectos diferenciales de los duelos en enfermos psiquiátricos en tratamiento previo o crónicos⁴⁰.

Por último es interesante señalar que la clínica no está relacionada con la mejoría subjetiva, pero sí con las otras variables de seguimiento medidas, lo que parece indicar que las dificultades de afrontamiento y detención del curso biográfico no responden tanto a la gravedad de los síntomas, sino al significado que la pérdida tiene dentro del funcionamiento psicológico y social en las sucesivas etapas del duelo y en el devenir de la identidad personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. Duelo y melancolía. Obras completas. Vol XIV. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981; p. 235-55.
2. Lemoine P, Lemoine G. El afecto y el duelo. En: Jugar, gozar. Barcelona: Gedisa, 1980.
3. Neimeyer RA, Keesee NJ, Fortner BV. Loss and meaning reconstruction: propositions and procedures. En: Rubin S, Malkinson R, Witztum E, editores. Traumatic and non-traumatic loss and bereavement: clinical theory and practice. Madison: Psychosocial Press, 1997
4. Rood L. Identity dissonance in trauma and loss. Paper presented at the XII International Congress on Personal Construct Psychology. Seattle, Washington, 1997.
5. Worden JW. Las cuatro tareas del duelo. El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.
6. Faschingbauer TR, de Vault RA, S Zisook. Tescusc revised inventory of Grief Manuel. Houston: Honeycomb Publishing, 1981.
7. Paulham I, Bovegeois M. Le questionnaire de duil trig. Traduction française et validacion. L'Encéphale XXI, 1995; p. 257-62.
8. Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. New York: International Univ Press, 1972.
9. Weisman AD. Coping with untimely death. En: Moos RH, editor. Human adaptation: coping with life crises. Levington Mass: Heath & Co, 1976.
10. Horowitz M, Siergel B, Hohen A. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. Am J Psychiatr 1997;154:904-10.
11. Gamo E, del Álamo C, Hernangomez L, García Laborda, A. Problemática del duelo en la asistencia en salud mental. Psiquiatría Pública 2000;12(3):209-18.
12. Melges FT, de Maso DR. Grief-resolution therapy: reliving, revising and revisiting. Am J Psychoterapy, 1980;34:51-61.
13. Valdes M, Blanco A. Reacciones de la familia después de la muerte de un ser querido: duelo, aflicción, luto. Acta-Luso-Española Neurol Psychiatr 2001;27:101-7.
14. Levy SV. Tidal waves of grief: an experiential study of the grieving process. Diss Abs Intern Sec B Sci and Eng 2000; 61(1-B):538.
15. Field NP, Sturgeon SE, Puryear R, Hibbard S, Horowitz MP. Object relations as predictor of adjustment in conjugal

- bereavement. *Development-and-Psychopathology* 2001; 13(2):399-412.
16. Carr D, House JS, Kessler RC, Neese R, Sonnega J, Wortman C. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *J Geront Series B. Psych Sci Soc Sci* 2000;55B(6):S374.
 17. Tomita T, Seto M, Kagami N, Agari I. Grief and coping with the death of a loved-one: an exploratory analysis. *Jap J Couns Sci* 2000;33(1):48-56.
 18. Ott CH, Lueger RJ. Patterns of change in mental health status during the first two years of spousal bereavement. *Death-Studies* 2002;26(5):387-411.
 19. Neimeyer RA. *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington: American Psychological Association, 2001.
 20. Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B. Duelo y significado. *Rev Psicoterapia* 2002;13(49):5-24.
 21. Hare-Musin R. Family therapy following the death of a child. *J Marital Fam Therapy* 1979;5:51-60.
 22. Schwab R. Effects of a child's death on the marital relationship. *Death Studies* 1992;16:141-54.
 23. Ochoa de Alda, I. La experiencia transformadora de la terapia narrativa de duelo. *Rev Psicoterapia* 2002;13(49):77-94.
 24. Murphy SA. The use of research findings in bereavement programs: a case study. *Death Studies* 2000;24(7):585-602.
 25. Braun ML, Berg DH. Meaning reconstruction in the experience of bereavement. *Death Studies* 1994;18:105-29.
 26. Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Jn Pers And Soc Psych* 1998;75:561-74.
 27. Kalischuk RG, Davies B. A theory of healing in the aftermath of youth suicide. *Jn Of Holistic Nurs Pract* 2001;19: 163-86.
 28. Wheeler I. Parental bereavement. The crisis of meaning. *Death Studies* 2001;25:51-66.
 29. Sewell KW. Psicoterapia con clientes traumatizados y en duelo: un marco constructivista para el amor y la curación. *Rev Psicoterapia* 2002;13(49):123-32.
 30. Segal DL, Chatman C, Boggards JA, Becker LA. One-year follow-up of an emotional expression intervention for bereaved older adults. *Jn of Mental Health Aging* 2001;7(4): 465-72.
 31. Angus L, Bouffard B. «No lo entiendo». La búsqueda de sentido emocional y coherencia personal ante una pérdida traumática durante la infancia. *Rev Psicoterapia* 2002; 13(49):25-46.
 32. Bauer JJ, Bonanno GA. I can, I do, I am. The narrative differentiation of self-efficacy and other self-evaluations while adapting to bereavement. *J Res Personality* 2001; 35(4):424-48.
 33. Sakaguchi Y. The role of meaning in the psychological process of bereavement: an examination of benefit finding effect. *Jap J Psychology* 2002;73(3):275-80.
 34. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. Positive responses to loss. Perceiving benefits and growth. En: Snyder CR, Lopez SJ, editores. *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press, 2002; p. 598-606.
 35. Pérez-Sales P, Hernangómez L, Santiago C. Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública* 2000;12(3):273-84.
 36. Carr D, House JS, Wortman C, Neese R, Kessler RC. Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *J Geront Series B. Psych Sci and Soc Sci* 2001;56B(4):S237-S48.
 37. Stroebe MS. Paving the way: from early attachment theory to contemporary bereavement research. *Mortality* 2002; 7(2):127-38.
 38. Bowlby J, Lyons I. Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega* 1990;20:307-22.
 39. Ashe KS. Defensive style and adjustment to conjugal bereavement. *Diss Abs Intern Sec B. Sci and Eng* 2000;60(10-B): 5218.
 40. Gamo E, García A, Martínez MA, Sanz LJ, Valverde M. El impacto del duelo en pacientes psicóticos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* (aceptado para su publicación).