

## DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Beatriz Gil-Juliá, Ascensión Bellver\*\* y Rafael Ballester\*

\* Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón.

\*\* Junta Asociada Provincial de Valencia de la A.E.C.C. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

### Resumen

A lo largo de la vida, todos los seres humanos sufren en mayor o menor medida el duelo por una pérdida. Es una experiencia inevitable que conlleva sufrimiento pero también puede ser una oportunidad de crecimiento.

**Objetivo:** realizar una revisión bibliográfica tanto de los artículos publicados durante los últimos años sobre estudios relacionados con el duelo, como de los aspectos más relevantes contenidos en la literatura reciente.

**Material y método:** las referencias bibliográficas en las que nos hemos basado han sido recogidas de las bases computerizadas Medline y PsycINFO, siendo la mayoría de los artículos encontrados de procedencia anglosajona; además se han consultado las principales revistas españolas relacionadas con el tema.

**Resultados:** en función del contenido de los resultados, hemos tratado de organizar el trabajo en las siguientes áreas: evaluación del duelo; diagnóstico de duelo complicado; predictores de duelo patológico; prevención y tratamiento.

**Conclusiones:** la mayoría de estudios encontrados sobre el duelo son descriptivos, en cambio hay pocos estudios con un diseño experimental adecuado. No obstante, consideramos que es necesario investigar más sobre los aspectos fundamentales de esta compleja realidad.

**Palabras clave:** Duelo, duelo patológico, evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento.

### Abstract

Throughout their life, all human beings suffer in greater or lesser extent the grief due to a loss. It is an inevitable experience which causes suffering, but it also can be an opportunity for growth.

**Objectives:** with this study our goal is to conduct a bibliographical review both of the articles published over the last few years of studies related with bereavement, as well as of the most relevant details contained in recent literature.

**Materials and methods:** the bibliographical references on which we have based our research have been gathered from Medline and PsycINFO computerized databases. The majority of the articles are of Anglo-Saxon origin and noteworthy Spanish journals related with the topic have also been consulted.

**Results:** according to the content of the results, we have tried to organize the study in the following areas: evaluation of grief; diagnosis of complicated bereavement; predictors of pathological bereavement, prevention and treatment.

**Conclusions:** the majority of the studies found on bereavement are descriptive; however, there are few studies with an adequate experimental design. Nevertheless, we believe that it is necessary to further investigate the fundamental aspects of this complex reality.

**Key words:** Bereavement, pathological bereavement, assessment, diagnosis, prevention, treatment.

---

### Correspondencia:

Beatriz Gil Juliá

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón

Avenida Sos Baynat s/n Castellón 12071

E-mail: al058496@alumail.uji.es

## INTRODUCCIÓN

Durante miles de años la gente ha estado elaborando duelos, recurriendo a los medios de los que entonces disponía para que les ayudaran a resolverlos. Sin embargo, el paso del tiempo y los cambios acontecidos en nuestra sociedad se han visto reflejados en un nuevo enfoque, puesto que en muchas ocasiones carecemos de ese sentido de comunidad y de familia extensa que proporcionaba apoyo en épocas anteriores, y eso hace que cada vez en mayor medida las personas que han sufrido una pérdida pidan ayuda a los profesionales de la salud mental. Durante los últimos años, el interés por parte de estos profesionales en temas relacionados con la muerte y el proceso de morir ha ido aumentando y con ello el interés en todo lo relacionado con el proceso de duelo<sup>(1)</sup>.

Para entender la experiencia de la pérdida, suele ser útil reconocer su omnipresencia en la vida humana; perdemos algo con cada paso que avanzamos en el viaje de la vida, desde las cosas más concretas, como personas, lugares u objetos, hasta las más inmateriales, pero no por ello menos significativas, como la juventud o los sueños e ideales que se desvanecen cuando nos enfrentamos a las duras "realidades" de la vida. Cada una de estas pérdidas inevitables va acompañada de su propio dolor y nos afecta de una manera particular. En esta línea y de acuerdo con Harvey y Weber (1998)<sup>(2)</sup>, podemos definir la pérdida como cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional.

Otra definición más extensa es la de Alba Payás<sup>(3)</sup>, según la cual: "El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y

como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. Es importante ser muy cauteloso en la interpretación de ciertas expresiones de duelo que pueden aparecer como patológicas y ser, en realidad, manifestaciones totalmente naturales y apropiadas, dadas las circunstancias particulares de la pérdida."

De esta manera, los síntomas de tristeza del duelo podrían parecerse a los del Trastorno Depresivo Mayor, aunque no indicarían un trastorno mental. Para prevenir diagnósticos falsos-positivos, los criterios diagnósticos del DSM para Trastorno Depresivo Mayor excluyen el duelo no complicado de corta duración y moderada intensidad. Sin embargo, el DSM no excluye las reacciones depresivas que aparecen ante otras pérdidas, incluso cuando éstas no son complicadas en duración e intensidad. En esta línea, los resultados de un estudio reciente llevado a cabo por Wakefield et al<sup>(4)</sup>, revelan que los episodios depresivos sin complicaciones desencadenados por duelo y por otras pérdidas tienen perfiles sintomáticos similares. Por ello, según estos autores, los datos de su investigación no apoyan la validez de excluir únicamente del diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, el duelo no complicado, sino que también debería aplicarse a las reacciones ante otras pérdidas.

En el presente trabajo no abordaremos los duelos en general sino que nos centraremos en los procesos de duelo que provocan las muertes de seres queridos, considerando la muerte de un ser querido como uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede afrontar el ser humano.

La palabra “duelo” proviene del término latino “dolus” que significa dolor. El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, en problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, incluye el *duelo* y lo define como la reacción ante la muerte de una persona querida. Emplea el código V62.82, no atribuible a trastorno mental<sup>(5)</sup>. La clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, en los problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares, emplea el código Z63.4 para el duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia), mientras que utiliza los trastornos de adaptación

F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos<sup>(6)</sup>.

De acuerdo con Bayés, los componentes del duelo son tres: (a) una reacción universal ante la pérdida, en el sentido de que constituye una faceta que aparece en todas las culturas, aun cuando sus manifestaciones puedan ser muy diferentes. (b) Produce sufrimiento, el cual puede encontrarse asociado, tanto a comportamientos activos de malestar como a comportamientos pasivos de tipo depresivo. (c) Puede afectar negativamente a la salud de la persona que lo experimenta<sup>(7, 8)</sup>.

En función de los autores a los que hagamos referencia hablaremos de distintas etapas o fases en el proceso de duelo<sup>(2, 9, 10)</sup>:

Tabla 1. **Etapas o fases en el proceso de duelo**

Lindemann	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelos y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Otros autores como Worden consideran más oportuno hablar de tareas en el proceso de duelo, puesto que éstas implican que la persona sea activa y pueda hacer algo, mientras que las fases implican una cierta pasividad, es decir, algo que la persona en duelo atraviesa. Así, Worden incluye cuatro tareas en el duelo: (a) aceptar la realidad de la pérdida, (b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, (c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y (d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo<sup>(1)</sup>.

Del mismo modo, Parkes y Weiss consideran necesarias tres tareas: (a) reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida, (b) aceptación emocional de la pérdida y (c) asunción de una nueva identidad<sup>(11)</sup>.

Una vez atendidos los aspectos teóricos básicos sobre el duelo desde diferentes ópticas y autores, es momento de abordar esta compleja realidad desde una perspectiva más actual, para lo cual trataremos de realizar una revisión bibliográfica de las publicaciones más recientes en torno al tema. En el proceso de búsqueda bibliográfica llevado a cabo sobre el duelo, hemos considerado aquellas referencias publicadas durante los últimos diez años, utilizando como palabras clave las siguientes: duelo, duelo patológico, evaluación, diagnóstico, prevención y tratamiento. Principalmente se han consultado las bases computarizadas Medline y PsycINFO, encontrando que la mayoría de los artículos de las citadas bases recogen trabajos de procedencia anglosajona y siendo el porcentaje de estudios encontrados en PsycINFO mayor al de Medline. El objetivo inicial era buscar estudios empíricos. Del total de referencias bibliográficas, acordamos desestimar parte de las mismas por tratarse de estudios sin un diseño experimental adecuado. De esta

manera, hay más bibliografía de revisión teórica a la vez que hemos referenciado manuales clásicos. Las 33 referencias citadas, nos han permitido organizar la revisión en los apartados que a continuación presentamos: evaluación del duelo; diagnóstico del duelo complicado; predictores de duelo patológico; prevención y tratamiento. Las restantes citas, nos han servido para analizar los antecedentes y contextualizar el tema.

## EVALUACIÓN DEL DUELO

Dada la complejidad que conlleva el fenómeno del duelo es de esperar que su evaluación no constituya una tarea sencilla.

En líneas generales, con la evaluación del duelo se pretende recopilar toda aquella información que resulte relevante, en última instancia, para lograr una adecuada adaptación de los familiares a la realidad de la pérdida. Esta información puede obtenerse a través de diversas fuentes como entrevistas, genogramas, autorregistros, observación directa, historia de vida, cuestionarios, etc., y sobre todo mediante grandes habilidades de escucha y comunicación<sup>(12)</sup>.

Es necesario valorar si el duelo sigue un curso normal con toda la variedad de manifestaciones posibles descritas, si éstas son adecuadas en duración e intensidad, así como tener en cuenta que no todas las personas viven el proceso de duelo de la misma forma. Podemos considerar que las manifestaciones normales del duelo son las siguientes<sup>(13,14)</sup>:

1. *Sentimientos*: tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia, insensibilidad, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
2. *Cogniciones*: incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones,

pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, dificultades de atención, concentración y memoria, distorsiones cognitivas.

3. *Sensaciones físicas*: vacío en el estómago y/o boca seca, opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, falta de energía/debilidad.
4. *Conductas*: alteraciones del sueño y/o la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y/o suspirar, llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba el

fallecido, llamar y/o hablar del difunto o con él, hiper-hipo actividad, evitar recordatorios del fallecido.

Las principales áreas que deben evaluarse son las siguientes<sup>(15)</sup>: estructura y funcionamiento familiar, historia del fallecimiento, necesidades individuales y familiares, conductas problemáticas y peticiones de intervención.

**Cuestionarios para la evaluación del duelo:**

Entre los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación del duelo encontramos los siguientes<sup>(15-18)</sup>:

Tabla 2. **Cuestionarios para la evaluación del duelo**

CUESTIONARIOS GENERALES	
➤	Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001).
➤	Inventario Texas Revisado de Duelo (The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y De Vul, 1987). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros, Calvo y Gaminde (1995) y García-García y Landa (2001).
➤	Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001). La adaptación al español ha sido llevada a cabo por García-García, Landa, Prigerson, Echevarria, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).
➤	Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).
➤	Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (Soler, Barreto y Yi, 2002).
➤	Grief Reaction Checklist (Remondet y Hansson, 1987).
➤	Escala Emocional de Caras (Facial Affective Scale de McGrath, de Veber y Hearn, 1985).
CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS	
➤	Perinatal Grief Scale (PGS) (Toedter, Lasker y Alhadef, 1988).
➤	Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB) (Hogan y Greenfield, 1991).
➤	Grief Experience Questionnaire (GEQ) (Barret y Scout, 1989).

Otros cuestionarios que pueden aportar información sobre el estado de ánimo:

Tabla 3. **Cuestionarios para la evaluación estado de ánimo**

➤ Inventario Breve de Síntomas (BSI). Derogatis, Spencer (1982).
➤ Cuestionario general de Salud (GHQ) de Goldberg (1978).
➤ Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HADS) de Zigmond y Snaith (1983).
➤ Inventario de depresión de Beck (BDI) (1979).
➤ Inventario de ansiedad estado/rasgo (STAI) de Spielberger (1970).
➤ Escala de desesperanza (BHS) de Beck y cols (1974).

## DIAGNÓSTICO DEL DUELO COMPLICADO

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.

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 le lleva a buscar ayuda especializada; sin embargo, no siempre se relaciona el malestar que experimen-

ta con un duelo no resuelto, acudiendo en estos casos por un problema de tipo médico o psiquiátrico.

En la actualidad no hay consenso diagnóstico en lo que se refiere a duelo complicado y como consecuencia no está incluido en la clasificación del DSM-IV-TR. No obstante, en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica se señala la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" y que pueden ser útiles para realizar un diagnóstico diferencial de duelo patológico y episodio depresivo mayor. 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 voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento 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.

Esta falta de consenso a la que nos vemos refiriendo, podría verse compensada por el esfuerzo de Prigerson, Shear, Jacobs et al (1999)<sup>(19)</sup> por 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 síntomas de males-

tar traumático. Entre los primeros síntomas estarían los pensamientos intrusivos sobre el fallecido, añoranza, búsqueda del fallecido y soledad como resultado del fallecimiento, mientras que entre los síntomas de malestar traumático encontraríamos 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. Los citados autores elaboraron los primeros criterios de duelo complicado.

Más tarde, estos criterios fueron traducidos y adaptados al español por García et al., lo cual llevó a pequeñas modificaciones en los mismos. A continuación se presentan estos criterios<sup>(20)</sup>:

— **Criterio A:** Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte

Presentar cada día o en grado acusado 3 de los cuatro síntomas siguientes:

- 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 —aún 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, 4 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 —los síntomas arriba indicados— es de al menos 6 meses.

— **Criterio D:** Deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

La utilización del término “pena traumática” en el pasado llevó a confusión, por lo que más tarde Prigerson et al. (1995)<sup>(21)</sup> eligieron el indicador “complicado” ya que éste refleja que se trata de un trastorno no resuelto y que sus síntomas están relacionados con complicaciones en el funcionamiento normal. Además, estos autores realizaron diagnóstico diferencial del duelo complicado con otros trastornos recogidos en el DSM-IV-TR, como son el trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor y trastorno adaptativo. Asimismo refieren que las ventajas de estandarizar los criterios diagnósticos del duelo complicado son mayores que los inconvenientes.

No obstante, anterior a Prigerson et al, ya había sido propuesto otro sistema para el diagnóstico de duelo complicado por Horowitz, Siegel, Hollen et al<sup>(22)</sup>. De manera independiente, ambos grupos de autores propusieron síntomas similares que podrían caracterizar de forma específica al duelo complicado (por ejemplo, añoranza, incredulidad, soledad, vacío, evitación...), lo cual sugeriría en principio un acuerdo general sobre los síntomas que conformarían el duelo complicado.

Sin embargo, con el estudio de comparación de ambos sistemas diagnósticos de duelo complicado, realizado por Forstmeier y Maercker<sup>(23)</sup>, se han encontrado diferencias importantes en relación a prevalencia y probabilidad condicional, siendo ambas mayores con el sistema diagnóstico propuesto por el grupo de Horowitz. Además en este mismo estudio, también se llega a la conclusión de que el conjunto de criterios establecidos por Horowitz et al., es más inclusivo y menos estricto que el de Prigerson et al., y por tanto, conduce a una prevalencia mayor.

## PREDICTORES DE DUELO PATOLÓGICO

El estudio de los predictores de riesgo nos permitiría 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 a la población a la que se haga referencia, en líneas generales podemos considerar que los predictores

de riesgo de duelo patológico son los relacionados con los siguientes aspectos<sup>(13,16)</sup>:

- A. PERSONALES: juventud o ancianidad del doliente, problemas de salud física y/o mental previos como depresión, ansiedad, intentos de suicidio..., 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 la 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, incierta y/o múltiple, muertes estigmatizadas, recuerdos dolorosos del proceso.
- D. SOCIALES: nivel socioeconómico bajo, percepción negativa o falta de apoyo sociofamiliar, responsabilidad de hijos pequeños, otros factores estresantes como por ejemplo proyectos truncados.

No obstante, hay pocos estudios sobre predictores de duelo complicado. En la mayoría de trabajos consultados se establecen los predictores por consenso de autores pero no como resultado de un estudio prospectivo; en esta línea hemos encontrado un estudio prospectivo de duelo llevado a cabo por Schulz et al<sup>(24)</sup>, entre los familiares-cuidadores de pacientes con problemas de demencia que muestra resultados acordes con los descritos anteriormente, pues incluye



factores sociodemográficos y características de la experiencia de cuidado.

Otro estudio llevado a cabo por Neimeyer et al<sup>(25)</sup>, también tiene en cuenta como posibles factores de riesgo la relación con el fallecido y la naturaleza de la muerte.

## PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Considerando que en principio el duelo es un proceso normal, la mayoría de los casos, no requieren de intervenciones específicas ni psicofármacos, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados, tanto internos como externos, para hacer frente a la situación. Por este motivo, no todas las personas van a necesitar atención, y en el caso de que la necesitaran habría diferencias individuales, puesto que no se vive el proceso de duelo de la misma forma, ni se dispone de los mismos recursos para afrontarlo<sup>(16)</sup>. Así, Jordan y Neimeyer<sup>(26)</sup> centrándose en las principales revisiones y/o meta-análisis existentes en la literatura sobre intervención en duelo, sugieren que no debería presuponerse la misma como necesaria y necesariamente eficaz para todos o la mayoría de dolientes, puesto que si la consideráramos beneficiosa en todas las personas, no estaríamos contemplando la posibilidad de que la intervención en duelo pueda tener efectos perjudiciales para algunos individuos. Por ello, consideran que debería hacerse un esfuerzo por adaptar las intervenciones al género, personalidad, antecedentes, recursos y necesidades percibidas de cada sujeto.

La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad. Por tanto, la atención al duelo debe empezar antes de producirse el fallecimiento de la persona querida y continuar después del mismo.

**ANTES DEL FALLECIMIENTO:** Cuando el manejo del duelo comienza antes del fallecimiento del paciente, se trabaja en la línea de prevenir en la medida de lo posible la aparición de duelo patológico, es decir, se pretende facilitar una adecuada elaboración posterior del duelo. Para este propósito, resulta conveniente<sup>(12,16,27)</sup>: facilitar que los familiares expresen sentimientos; promover la conservación de otros roles distintos al de cuidador; promover un papel activo en la atención y control de síntomas; reforzar la sensación de utilidad; ayudar a repartir tareas entre los miembros de la familia para que todos se sientan partícipes y útiles; favorecer la ruptura de la negación desadaptativa del familiar que comprometa los cuidados; favorecer la ruptura de la conspiración de silencio si no hay negación adaptativa en el paciente; favorecer la ruptura de la incomunicación emocional; explorar miedos y prever la organización de aspectos prácticos si el familiar pudiera encontrarse sólo en el momento del fallecimiento; permitir que el paciente pueda "elegir" con quien morir (en los casos en que sea posible); animar a resolver asuntos prácticos y/o emocionales pendientes; normalizar los sentimientos y pensamientos que puedan derivar en culpabilidad posterior (por ejemplo, llegar a desear que el enfermo muera o experimentar alivio cuando fallece, son sentimientos normales cuando la muerte no se puede impedir y los cuidados se han prolongado durante meses); y facilitar aquellos rituales que ayuden a los familiares a despedirse de la persona querida. De algún modo, los aspectos comentados los podríamos resumir en cinco: a) identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y temores de la familia para suprimirlos o aliviarlos, b) evaluar y potenciar los recursos de la familia con la finalidad de facilitar

un adecuado manejo de sus emociones, pensamientos y conductas, intentando reducir la sensación de impotencia y aumentar la de control sobre la situación, c) valorar los factores de riesgo y prevenir las posibles complicaciones ofreciendo alternativas, d) proporcionar a la familia información y e) ayudar a la familia a aceptar el futuro próximo del enfermo.

A todo esto, cabe añadir que una buena comunicación verbal y no verbal puede mejorar la calidad de las relaciones y facilitar reconciliaciones y despedidas.

TRAS EL FALLECIMIENTO del paciente: se continuará previniendo mediante apoyo emocional la aparición de duelo patológico; se pretende facilitar la elaboración del duelo y la adaptación a la nueva situación. En este caso la atención se dirigirá a aquellas personas que presentan factores de riesgo de duelo complicado o que la solicitan pues consideran que no poseen los recursos suficientes para afrontar la situación actual. Siguiendo en esta línea de prevención, después del fallecimiento resultaría conveniente<sup>(11,15,25)</sup>: favorecer todo aquello que aumente la realidad de la pérdida; informar sobre el proceso del duelo (hablar sobre las manifestaciones normales y transmitir que éste es limitado en el tiempo); abordar las circunstancias de la muerte clarificando hechos confusos; hablar de la historia de la relación perdida (revisando tanto aspectos positivos como negativos); completar asuntos inacabados; reforzar los elementos adaptativos existentes; expresar y elaborar pensamientos, sentimientos y emociones (tristeza, ansiedad, enfado, ira y culpa); potenciar la adaptación gradual a la nueva situación; identificar ayudas efectivas o su ausencia en los familiares y amigos; aumentar la respuesta de apoyo del entorno social; ayudar a establecer una nueva forma de relación con el

fallecido compatible con la realidad presente y ayudar en la búsqueda de sentido de la vida y la muerte. Asimismo, se intentará detectar los dolientes que presenten duelo patológico o trastornos relacionados con la pérdida para poder derivarlos al psicólogo y/o psiquiatra.

Después de haber comentado cómo manejar el duelo para prevenir que éste siga un curso anormal, abordaremos el tratamiento del duelo patológico.

Según Worden, la terapia en el duelo es lo más apropiado en situaciones que están dentro de estas tres categorías<sup>(1)</sup>: a) el duelo complicado se manifiesta como un duelo prolongado; b) el duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado; c) el duelo se manifiesta con una reacción exagerada.

En líneas generales, podemos considerar que el tratamiento del duelo patológico debería comenzar por evaluar de forma precisa la problemática concreta que impide al doliente funcionar eficazmente en su vida diaria; seguidamente, se trataría de resolver los aspectos referentes a la pérdida, proporcionando el apoyo social y familiar necesario para ello, y por supuesto atender si fuera preciso tanto la problemática subyacente como la derivada de una elaboración incorrecta<sup>(16)</sup>. En este caso también resultaría conveniente tener en cuenta algunos aspectos vistos con anterioridad desde una filosofía de prevención, como pueden ser: potenciar la aceptación de la realidad de la pérdida, favorecer el establecimiento de una nueva forma de relación con el fallecido compatible con la realidad actual y aumentar y reforzar los elementos adaptativos existentes. Además, desde la óptica del tratamiento añadiríamos que habría que reducir las conductas desadaptativas e instaurar aquellas necesarias para alcanzar el bienestar emocional, reducir las rumia-

ciones en general y los pensamientos e imágenes intrusivos sobre el fallecido o las circunstancias de la muerte<sup>(12)</sup>. Desde este punto de vista, la lista de síntomas susceptibles de tratamiento puede ser muy larga no olvidando aquellos que hemos citado en los criterios de duelo complicado.

Por tanto, para resolver este tipo de duelo es necesario adecuar de manera específica las intervenciones y técnicas según el problema en cuestión.

Dentro de la gran variedad de técnicas y estrategias posibles, consideramos que las siguientes merecen ser tenidas en consideración<sup>(1,16,28)</sup>:

- Uso de cartas, diarios, fotos, visualización y poesía para expresar emociones, pensamientos, recuerdos, reconciliación, despedida y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.
- Utilización de fotos, vídeos, cassettes y pintura para la estimulación de recuerdos y emociones.
- “Role playing”: ayuda a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que se sienten molestas, facilitándoles el aprendizaje de habilidades y estrategias de afrontamiento. También se puede utilizar para reconciliaciones y elaboración de sentimientos de culpa.
- Visualización e imaginación de escenas en las que se encuentra el fallecido, sirviéndole para expresar sentimientos, pensamientos, reconciliarse y despedirse. También ha resultado muy útil la técnica Gestalt de la “silla vacía”. El éxito de esta técnica viene no de la imaginación sino de estar en el presente y de hablar con la persona fallecida en vez de hablar de la persona.

- Reestructuración cognitiva: cambio de pensamientos negativos, distorsionados, causantes de las manifestaciones de duelo patológico por otros más adaptativos.
- Autoinstrucciones positivas y autorrefuerzos para adquisición de habilidades y afrontamiento de situaciones difíciles.
- Resolución de problemas: ayuda a la toma de decisiones.
- Detención del pensamiento, cuando éstos producen ansiedad y no son productivos.
- Manejo de contingencias: refuerzo de conductas adaptativas y extinción de las desadaptativas.
- Técnicas de relajación para situaciones de ansiedad e insomnio.
- Planificación de actividades gratificantes y manejo de habilidades sociales.
- Biblioterapia.

Con cualquier técnica es esencial elegir el momento oportuno y tener en cuenta las particularidades de cada individuo.

En relación al tratamiento, cabe resaltar que el avance en las nuevas tecnologías también se ha aplicado a las intervenciones psicoterapéuticas, y en particular a la intervención en duelo. Así, Wagner et al<sup>(29)</sup> desarrollaron y evaluaron una intervención cognitivo-comportamental para duelo complicado basado en Internet. Los resultados de este estudio indicaron que el grupo que recibió tratamiento experimentó reducciones estadística y clínicamente significativas especialmente en los principales síntomas del duelo complicado, así como en depresión y ansiedad en el post-tratamiento y a los tres meses. Posteriormente, Wagner y Maercker<sup>(30)</sup> realizaron un estudio de seguimiento, encontrando que la mejoría alcanzada en el post-tra-

tamiento se mantenía transcurrido un año y medio, tanto en los síntomas psicológicos como en los físicos.

Por último, señalar que el tratamiento del duelo se puede realizar de forma individual, grupal y/o familiar o combinada<sup>(16)</sup>. Normalmente, atender al doliente de manera individual permite tratar problemas muy concretos y particulares de esa persona, pudiendo ser a la vez el paso previo a una terapia de grupo cuando ésta se considere pertinente. Esta segunda modalidad<sup>(16,31)</sup>, optimiza los resultados ya que se dan de manera conjunta una serie de factores como facilitar un espacio y lugar de encuentro, ofrecer apoyo social, compartir con "iguales", romper sentimientos de aislamiento y distanciamiento y posibilidad de aprender de las experiencias de las demás personas del grupo. Para muchas personas en duelo, el grupo se convierte en el único espacio donde se sienten con permiso para poder expresar sentimientos difíciles como el enfado, la tristeza, la culpa o soledad. Además, tal y como refiere Payás, el grupo tiene una función educativa, es decir, las personas aprenden que el duelo requiere tiempo, que es un proceso dinámico, que se desenvuelve en el tiempo de forma característica, que hay unas etapas y tareas, y que deben tener una actitud activa y de compromiso. No son responsables de lo sucedido pero sí del proceso de recuperación<sup>(32)</sup>. Igualmente, lo que acabamos de comentar también se podría aplicar a la atención a nivel de familia, aunque si hacemos referencia al planteamiento propuesto por KISSANE, "Terapia centrada en la familia en duelo"<sup>(33)</sup>, podemos puntualizar que la familia como grupo es la mejor y más natural fuente de apoyo social y se intenta maximizar su funcionamiento para así mejorar la efectividad de este apoyo. De esta manera, aumentando la cohe-

sión, abriendo canales de comunicación y ayudando a resolver conflictos, facilitamos un ambiente de apoyo que fortalece los vínculos entre los miembros de la familia tratada. Finalmente, resaltar que la modalidad combinada puede ser la de mayor utilidad, puesto que se beneficiará de las ventajas de cada una de ellas.

## CONCLUSIONES

El duelo es un proceso normal y natural por el que casi con total seguridad todas las personas pasaremos en algún momento de nuestras vidas. Es importante conocer las manifestaciones normales del mismo y ser prudentes en su interpretación pues de lo contrario podemos caer en el error de considerar patológicas manifestaciones completamente naturales y adaptativas en este proceso<sup>(3)</sup>. De la misma forma, hay que prestar especial atención a posibles indicios de que el duelo pueda no seguir un curso adecuado. Resulta especialmente relevante tener en cuenta los predictores de duelo patológico para poder identificar aquellas personas que con mayor probabilidad puedan necesitar apoyo tras la pérdida de un ser querido y así tratar de prevenir un posible duelo complicado<sup>(13,16)</sup>. En cambio, en las situaciones en las que no haya sido posible y por diversas razones hayan derivado en un caso de duelo patológico habría que evaluar de forma precisa la problemática concreta que le impide funcionar en su vida diaria de manera eficaz, así como atender los aspectos relativos a la pérdida<sup>(16)</sup>.

Tal y como hemos podido apreciar a lo largo de la revisión bibliográfica, la mayoría de los estudios sobre intervención en duelo han sido descriptivos, con muestras muy reducidas y sin un diseño experimental adecuado al carecer

de grupo control... Así, el tema que nos ocupa presenta déficit considerables en cuanto a estudios experimentales que valoren la eficacia de la intervención psicológica en el duelo, por lo que consideramos que es necesario seguir investigando para conocer con detalle los factores implicados y evitar posibles complicaciones en el proceso del duelo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Worden JW. El tratamiento del duelo. Barcelona: Paidós, 1997.
2. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Barcelona: Paidós, 2002.
3. Payás A, Griffin R, Phillips J, Camino L. Ponencia II Congreso Nacional de la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECPAL). Santander, 6-9 Mayo de 1998; p. 281-6.
4. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB, Horwitz AV. Extending the bereavement exclusion for Major Depression to other losses. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 433-40.
5. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2003.
6. Organización Mundial de la Salud, CIE 10. Clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed. Zaragoza: Meditor, 1992.
7. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
8. Bayés R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza editorial, 2006.
9. Agrafojo E, Manrique de Lara B. El duelo. Modelos teóricos. Reacciones normales y patológicas del duelo. En: Die M, López E, editoras. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; p. 475-90.
10. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1989.
11. Parkes CM, Weis RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books; 1983.
12. Barreto MP, Molero M, Pérez MA. Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. En: Gil F, editor. Manual de psico-oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología, 2000; p.137-71.
13. Lacasta MA, Soler MC. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Camps C, Carrulla J, Casas A, González Barón M, Sanz J, Valentín V, editores. Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: Dispublic, SL, 2004; p. 713-30.
14. Latiegi A. Prevención y tratamiento del duelo patológico. En: Astudillo W, Arrieta C, Mendinueta C, Vega de Seoane I, editores. La familia en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1999; p. 295-313.
15. Barreto P, Soler MC. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis, 2007.
16. Lacasta MA, Sastre P. El manejo del duelo. En: Die M, López E, editoras. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; p. 491-506.
17. Soler MC, Barreto MP. Intervención psicológica en el duelo. *Rev Psicol Univ Tarracon* 2003; 25: 218-33.
18. Lacasta M, Sastre P, Arranz P, Sánchez M, Sánchez Y, Eguino A. Un programa de grupos de duelo en Cuidados Paliativos. *Med Paliativa* 1999; 6: 27-32.
19. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds III CF, Maciejewski PK, Davidson JRT, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 67-72.
20. García-García JA, Landa V, Prigerson H, Echevarria M, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Inventario de duelo Complicado (IDC). *Med Paliat* 2002; 9 (Suppl 2): 10-1.

21. Prigerson HG, Frank E, Kasl, SV, Reynolds CF, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, George CJ, Kupfer DJ. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 22-30.
22. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155(9):1305-6.
23. Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *J Affective Disorders* 2007; 99: 203-211.
24. Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 650-6.
25. Neimeyer RA, Baldwin SA, Gillies J. Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Studies* 2006; 30: 715-38.
26. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Studies* 2003; 27: 765-86.
27. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Protocolos de intervención. Barcelona: Ariel, 2003; p.108-16.
28. Lacasta MA, de Luis V. Evaluación de los resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 502-9.
29. Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies* 2006; 30:429-453.
30. Wagner B, Maercker A. A 1.5-Year Follow-Up of an Internet- Based Intervention for Complicated Grief. *J Trauma Stress* 2007; 20: 625-9.
31. Novellas A, Bleda M. Grupos de apoyo al proceso de duelo: 5 años de evolución. *Med Paliat* 2005; 12: 17-23.
32. Payás A. Intervención grupal en duelo. En: Camps C, Sánchez PT, editores. *Duelo en Oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007; p. 169-82.
33. Kissane DW. A model of family-centered Intervention during Palliative Care and Bereavement: Focused Family Grief Therapy (FFGT). En: Baider L, Cooper CL, DeNour AK, editors. *Cancer and the family*. 2nd ed. England: John Wiley & Sons Ltd., 2000; p.175-97.