

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia de Duelo Desde la Perspectiva de William Worden

María Augusta Vega Gallegos
Teresa Borja, Ph.D., Directora de Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia de Duelo desde la Perspectiva de William Worden

María Augusta Vega Gallegos

Teresa Borja, PhD.,
Director de Trabajo de Titulación

Lellany Coll, PhD.,
Miembro del Comité de
Trabajo de Titulación

Javier Rodríguez, Psicólogo Clínico
Miembro del Comité de
Trabajo de Titulación

Teresa Borja, PhD.,
Directora del Programa

Carmen Fernández-Salvador, PhD.,
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: María Augusta Vega Gallegos

C.I.: 171747664-0

Fecha: Quito, mayo de 2015

DEDICATORIA

A mis padres, porque sin ellos nada de esto hubiera sido posible

A Bianca Emilia, que me ha enseñado todo aquello de la vida que es importante

A Martina, quien me ha permitido ser parte de este proceso

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a Teresa Borja quien ha sido mi guía y mi ejemplo a seguir, sin su ayuda incondicional y sus conocimientos este trabajo no hubiera sido posible.

A mis profesores y compañeros ya que gracias a su generosidad me permitieron aprender y me acompañaron durante todo este proceso.

RESUMEN

El siguiente estudio de caso se trata de la problemática de una joven en edad universitaria la cual presenta un cuadro de duelo complicado. El diagnóstico se obtuvo en base a la cronicidad de los síntomas, los cuales se prolongaron en el tiempo sin llegar a una resolución satisfactoria; impidiendo que la paciente resuelva el proceso del duelo (Worden, 2009). El malestar sintomático se evaluó a través del Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R). Además se utilizó la información obtenida en las sesiones. El proceso terapéutico duró un total de 16 sesiones, con intervenciones de una vez a la semana y se lo realizó a través de la terapia de duelo desde la perspectiva de William Worden. Al concluir el tratamiento la paciente no solo redujo la sintomatología presente, sino que fue capaz de resolver el proceso del duelo.

Palabras claves: *Duelo Complicado, Terapia de Duelo de William Worden.*

ABSTRACT

The following case study is about a college student's problematic that was diagnosed with complicated grief. The diagnosis was made considering the chronicity of the symptoms that accompanied her for a long period of time without reaching a satisfactory resolution; preventing her from resolving the mourning process (Worden, 2009). The symptoms were evaluated using the Symptoms Checklist 90 Revised (SCL-90-R). Moreover, data were collected from sessions. Therapy lasted a total of 16 sessions that were held once a week using the grief therapy model designed by William Worden. At the end of the process, the patient not only reduced symptomatology but was able to solve the grief process.

Key words: *Complicated Grief, Grief Therapy designed by William Worden.*

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	12
Antecedentes	12
El problema.....	12
Historia Familiar	13
Historia con la persona fallecida.....	14
Situación Actual.....	14
Hipótesis	16
Pregunta de investigación	16
Contexto y marco teórico.....	16
El propósito del estudio.	17
El significado del estudio.....	17
Definición de términos.....	17
Presunciones del autor del estudio.....	18
Supuestos del estudio.....	19
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	20
Tema 1. Introducción al duelo por muerte.....	21
Tema 2. Procesos del duelo o <i>mourning</i>	40
Tema 3. Conceptualización del caso en relación con factores de riesgo.	61
Tema 4. Duelo complicado.	63
Tema 5. Conceptualización del caso a través del duelo complicado.	67
Tema 6. Conceptualización del caso en base a los criterios de Horowitz et al. (1997)..	73
Tema 7. Conceptualización del caso en base a criterios de Prigerson et al. (1999).	75
Tema 8. Conceptualización del caso en base a criterios de Prigerson et al. (2009).	77
Tema 9. Conceptualización del caso en base a criterios para trastorno adaptativo relacionado con la pérdida.	79
Tema 10. Conceptualización del caso en base a criterios de desorden de duelo complejo persistente.	82
Tema 11. Conceptualización del caso en relación con la depresión y el duelo complicado.....	85
Tema 12. Intervenciones para Duelo Complicado.....	87
Tema 13. Conceptualización del caso a través de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden.	105
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	109
Curso del tratamiento.....	110
Herramienta de investigación utilizada.....	110
Diagnóstico y evaluación funcional.....	111
Estructura del tratamiento	112
Procedimiento	112

ANÁLISIS DE DATOS	127
CONCLUSIONES	132
REFERENCIAS	135
ANEXO A	142

TABLAS

Tabla 1. Factores de Riesgo que Complican el Proceso de Duelo.....	60
Tabla 2. Valores T de Pre y Post Intervención Evaluación SCL-90- R	128

FIGURAS

Figura 1. Variaciones de los Valores T Obtenidos en Cada Evaluación.....	129
--	-----

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Datos de Identificación

La persona objeto de este estudio a quien llamaremos Martina, es una mujer ecuatoriana en edad universitaria, quien al momento en que solicita terapia cursaba su tercer año de educación superior. En aquel momento se encontraba viviendo con sus padres y sus abuelos. Acude a terapia, auto-referida al sistema de atención psicológica gratuita del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Antecedentes

La paciente asiste a terapia en busca de ayuda, puesto que refiere que su hermana murió repentinamente hace tres años, sin embargo considera que a pesar del tiempo transcurrido ella no ha podido superar la muerte. Con esto se refiere a que constantemente recuerda y añora su presencia y esto le provoca mucho sufrimiento que le dificulta concentrarse en sus actividades académicas, sociales y recreacionales. La paciente refiere que antes de la muerte de su hermana ella era sociable, sin embargo actualmente le cuesta relacionarse con las personas, debido en parte a que considera que no entienden su situación pero más importante, porque no halla el sentido de hacerlo pues afirma que nadie reemplazará a su hermana fallecida. La paciente además refiere una sensación constante de vacío que nadie puede llenar y que le acompaña habitualmente.

El problema

La hermana de Martina con quien tenía una relación estrecha muere de forma repentina tres años antes producto de un incidente de salud que acaba con su vida de un momento a otro. A pesar de que en la relación entre la paciente y la fallecida primaban momentos positivos, era común que entre ellas se produjeran constantes discusiones por

diversos asuntos y una de esas discusiones se produce el día anterior a la muerte; dejando a la paciente con un gran sentimiento de culpa por su comportamiento ese día. Por otro lado, Martina tenía algunos resentimientos referentes a aspectos de la relación con su hermana, los cuales no pudieron resolverse debido a su muerte repentina, lo cual la dejó con un sentimiento de tristeza profundo. Así mismo, tenía un sentimiento de culpa importante, este, relacionado con el hecho de que creía que si hubiera reportado la sintomatología física que presentaba su hermana antes de morir, ella hubiera salvado su vida. Estos factores antes mencionados generaron en la paciente una dificultad para resolver el proceso del duelo y continuar con su vida, normalmente como lo hacía antes del acontecimiento. Esto último, se ve reflejado en el hecho de que Martina mostraba una dificultad para retomar sus actividades recreacionales, concentrarse en sus actividades académicas y continuar sus relaciones sociales, formando así nuevos vínculos. De hecho, a raíz de la muerte de su hermana la paciente había dejado de vivir su vida y se había concentrado enteramente en sufrir la muerte de su hermana.

Historia Familiar

Martina, pertenece a una familia ecuatoriana de nivel socio-económico medio. Ella es la segunda de dos hermanas pero al morir repentinamente su hermana mayor se convierte en hija única. La paciente vive con sus padres y abuelos maternos con quienes refiere siempre ha mantenido una buena relación. Dice que sus padres son preocupados y cariñosos y que siempre han procurado cubrir sus necesidades materiales razón por la cual, pasaban mayormente fuera del hogar trabajando para llevar el sustento. Martina refiere que en general su familia es muy unida y salvo pequeños conflictos típicos de convivencia sus miembros son bien llevados. Martina dice que luego de la pérdida de su hermana sus padres sufrieron mucho, sobre todo su madre, aunque poco a poco se fueron recuperando.

Historia con la persona fallecida

Debido a que los padres de Martina pasaban mucho tiempo fuera de casa, por cuestiones laborales, la persona que se quedaba al cuidado de la paciente era su hermana fallecida. Producto del tiempo que pasaban juntas la paciente manifiesta que tenían una relación muy estrecha, es decir era su confidente, con quien compartía vivencias, logros académicos, travesuras, preocupaciones, además de ser una importante fuente de nutrición emocional. Sin embargo, a pesar de esa relación tan cercana Martina refiere que su hermana tenía una faceta que a ella le desagradaba, puesto que podía volverse distante y relegarla a segundo plano. Martina resiente el hecho de que su hermana no era recíproca, puesto que mientras ella se desvivía por mantener la cercanía, su hermana no le correspondía de la misma forma. De hecho, tenía la sensación de que prefería estar con sus amistades y con su pareja que con ella, que mientras ella le cuidaba y le protegía, su hermana no siempre hacía lo mismo. Según la paciente ella era incondicional pero su hermana no respondía de igual manera. En general, Martina tenía la sensación de que su hermana no estaba disponible y resentía el hecho de sentirse abandonada y en ocasiones rechazada por ella. Esta sensación generaba constantes conflictos entre ambas, al punto que el día anterior a su muerte se produce una discusión que deja a la paciente con un gran sentimiento de culpa y con asuntos no resueltos entre ella y la fallecida.

Situación Actual

La paciente acude a terapia con el deseo de buscar un espacio en el cual poder hablar acerca de la muerte de su hermana, puesto que desde su perspectiva este es un tema que sigue vigente aunque ya han pasado tres años desde su muerte y que además afecta su vida. Con esto último, la paciente se refiere a que súbitamente la recuerda y anhela su presencia y dichos recuerdos además de provocarle malestar a nivel físico y psicológico, no le permiten realizar sus actividades habituales. Dentro del malestar físico la paciente

refiere dolores de cabeza, contracturas musculares y dolor de estómago, especialmente cuando extraña la presencia de su hermana y se da cuenta que ella no está. A nivel psicológico, la paciente refiere una sensación de tristeza y nostalgia que le suelen acompañar habitualmente además de mucha ira, puesto que considera que la muerte de su hermana nunca debió ocurrir. Así mismo, refiere una sensación de culpa puesto que considera que ella pudo haber evitado su muerte. La paciente además manifiesta que le cuesta concentrarse en sus estudios razón por la cual su rendimiento académico no es el adecuado, al punto que en varias oportunidades ha creído que reprobará algunas materias. En cuanto a sus relaciones sociales la paciente refiere que aunque nunca ha tenido problemas para relacionarse, después de la muerte de su hermana sus relaciones sociales son nulas debido a que considera que las personas no comprenden lo que ella está atravesando y le dicen constantemente que debe reponerse, razón por la cual ella prefiere alejarse. Además, refiere que no encuentra el sentido de relacionarse con nadie, puesto que considera que nunca encontrará a una persona que reemplace a la persona fallecida. Dice también que después de la muerte de su hermana dejó de frecuentar el círculo social que acostumbraban ambas, puesto que estas personas le recuerdan que su hermana ya no está sin embargo, la única relación que conserva de este grupo es la de un amigo que conoció a su hermana de manera cercana y que considera es el único que entiende su situación. La paciente además refiere que lo que más le molesta es sentir una soledad constante como si nadie llenara el vacío que dejó su hermana y que es como si una parte de ella hubiera muerto también. Al respecto, refiere que ha dejado de ser ella misma, puesto que ya no es la persona alegre y optimista que solía ser e incluso ha dejado las cosas que más le apasionan como el yoga y la música. Dice que más bien se ha interesado por las actividades que le gustaban a su hermana como jugar fútbol y colaborar en una asociación

de protección animal, aunque reconoce que son actividades que no le llaman mucho la atención pero que le mantiene unida a su hermana.

Hipótesis

Dada la información obtenida a lo largo de las sesiones y a la sintomatología presentada por la paciente en base a la duración de los síntomas, Martina presenta una reacción crónica de duelo complicado, la cual se caracteriza por reacciones de duelo que se han extendido en el tiempo sin llegar a una resolución satisfactoria; impidiendo que la paciente resuelva el proceso del duelo. (Worden, 2009). En base a la información obtenida, se establece la hipótesis del estudio como: la aplicación de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden va a ser efectiva en ayudar a la paciente a resolver el proceso de duelo, a adaptarse a la pérdida y a mejorar el nivel de satisfacción general de vida luego de la misma.

Pregunta de investigación

Cómo y hasta qué punto la intervención con la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden es efectiva para ayudar a la paciente a adaptarse a la pérdida y resolver el proceso duelo, así como mejorar el nivel de satisfacción general de vida luego de la misma.

Contexto y marco teórico

Para algunos autores el duelo complicado es una síndrome que se caracteriza porque las reacciones de duelo se intensifican y se prolongan en el tiempo (Shear, 2012). De hecho, algunas personas desarrollan reacciones crónicas de duelo complicado, las cuales se extienden en el tiempo sin llegar a una resolución satisfactoria; impidiendo que la persona pueda resolver el proceso de duelo (Worden, 2009). Sin embargo, otros autores creen que es una condición que se la define en relación a síntomas específicamente relacionados con ansiedad por separación y trauma que causan alteraciones significativas

en el funcionamiento normal del individuo y se extienden más allá del tiempo que se considera adaptativo (Prigerson et al., 2009). Esta condición puede afectar aproximadamente al 7% de las personas que atraviesa un duelo (Shear, 2012). Para algunos autores los síntomas de duelo complicado presentan manifestaciones de ansiedad por separación como: anhelo y búsqueda de la persona fallecida y síntomas de trauma como: pensamientos intrusivos en relación con la persona fallecida y evitación de recordatorios que le enfrenten a la persona con la realidad de la pérdida (Prigerson et al., 2009). Sin embargo, otros autores consideran que los síntomas de duelo complicado dependen de cada persona, por lo que estos no pueden generalizarse (Worden, 2009).

El propósito del estudio.

El propósito del siguiente estudio es determinar el nivel de efectividad de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden. Se espera obtener resultados positivos, ayudándole a la persona a resolver el proceso del duelo, a adaptarse a la pérdida y a mejorar el nivel de satisfacción general de vida luego de la misma.

El significado del estudio.

El estudio será útil para ampliar la investigación en lo que respecta al duelo complicado. Además que ofrecerá información acerca de la efectividad de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden. Dado que la terapia de duelo antes mencionada ha sido aplicada en otros contextos culturales, este caso no solo podrá ampliar las investigaciones existentes, sino proveer información acerca de su aplicabilidad en la cultura latinoamericana. Sin embargo, a pesar de estas contribuciones es importante mencionar que debido a que este es un estudio de caso único la información obtenida no podrá generalizarse a otras poblaciones.

Definición de términos

Duelo: Es la experiencia que atraviesa el individuo que ha perdido un ser

querido y contempla un gran número de manifestaciones emocionales y conductuales que se expresan luego de la pérdida de una persona significativa (Worden, 2009).

Duelo complicado: Para algunos autores el duelo complicado es una condición que genera síntomas de ansiedad por separación y trauma que se extienden más allá de un período que se considera adaptativo y que causan alteración significativa en el funcionamiento normal del individuo (Prigerson et al., 2009). Para otros autores, el duelo complicado se define en base a la cronicidad de los síntomas, sin importar cuales sean, los cuales han acompañado a la persona por un período prologado de tiempo, sin llegar a una resolución satisfactoria; impidiendo que esta resuelva el proceso del duelo (Worden, 2009). Para propósitos de este trabajo se utilizará esta última definición.

Proceso del duelo: Se refiere a la evolución personal que atraviesa el doliente al adaptarse a la pérdida de un ser querido (Worden, 2009). Los investigadores ven este proceso de distintas maneras; unos lo ven como un proceso que conlleva ciertas fases, otros como un proceso que supone etapas y otros como un proceso que implica tareas (Hooyman y Kramer, 2008). Para propósitos de este trabajo se verá al duelo como un proceso que conlleva ciertas tareas.

Proceso de duelo a través de tareas: Parte de la idea que para adaptarse satisfactoriamente a la pérdida y resolver el proceso del duelo, la persona debe trabajar cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida, identificar y expresar emociones, adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro no esté presente y recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo (Worden, 2009).

Presunciones del autor del estudio

Se presume que la información obtenida es verídica y certera. Los criterios utilizados para hacer el diagnóstico de duelo complicado se cumplen en base a la cronicidad de la sintomatología presente. Por lo cual, se espera que la intervención por

medio de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden, ayude a la paciente a resolver el proceso del duelo, adaptarse a la pérdida y a encontrar mayor bienestar en su vida luego de la misma.

Supuestos del estudio

Los resultados obtenidos en este estudio de caso podrán proveer de más información para continuar con la investigación del duelo complicado y la efectividad del modelo de terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden, aplicada en esta condición, a una joven ecuatoriana. Dada la unicidad del caso, los resultados no podrán generalizarse pero podrán utilizarse como referencia para continuar con las investigaciones al respecto.

En el siguiente capítulo se encuentra la revisión de la literatura en relación con el caso. Inmediatamente se explica la metodología aplicada para el estudio. Luego se expone en detalle los resultados obtenidos y el análisis de los mismos. Finalmente, se exponen las conclusiones del estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Las fuentes utilizadas para esta investigación, provinieron de artículos académicos, revistas indexadas de la biblioteca virtual de la Universidad San Francisco de Quito y de la Universidad de Capella, de libros especializados y de manuales. Las fuentes están relacionadas con la conceptualización de la pérdida, el duelo, el duelo complicado y los distintos enfoques terapéuticos propuestos para el duelo complicado.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura.

Para la revisión de la literatura, se optó por la opción búsqueda avanzada en las bibliotecas virtuales a través de palabras clave. Adicionalmente, se buscó información de los autores más representativos en cada área y se tomó las referencias dentro de libros y revistas académicas. También se tomó en cuenta la literatura propuesta por algunos profesores.

Formato de la revisión de la literatura.

La literatura se revisó por temas tomando en cuenta los autores más significativos en cada área y en donde el tema permitía, se revisó las investigaciones más recientes aunque se incluyó información de más de diez años de antigüedad debido a la relevancia académica.

Tema 1. Introducción al duelo por muerte.

Pérdida por muerte y procesos similares.

En general, los seres humanos nos enfrentamos a la pérdida a lo largo de nuestras vidas las cuales no solo incluyen vidas humanas, sino también materiales, además de un sinnúmero de otros bienes que son valiosos para nosotros (Barreto, Yi y Soler, 2008). Al respecto, se dice que la pérdida se la puede relacionar con la ausencia de algo que hemos poseído, como por ejemplo un amigo; con la incapacidad de conseguir o conservar algo que es importante para nosotros, como cuando nos roban; con la disminución de algo que poseemos, como cuando perdemos alguna capacidad física; o con la destrucción o ruina como la que provoca la guerra (Neimeyer, 2002).

Weston, Martin y Anderson (1998) sostienen que estamos emocionalmente ligados y apegados a aquello que hemos perdido, ya sea una persona o un bien material, y que dependemos y confiamos en que contaremos con su presencia. Según los autores, si se trata de una persona la relación que establecemos con esta implica confianza y apego mutuo y si es un objeto material paralelamente al valor funcional existirá también un apego emocional por lo que este significa para nosotros. De hecho, de acuerdo a Worden (2009) para comprender el impacto de la pérdida, en la vida de las personas y entender el comportamiento de las mismas a raíz de esta es indispensable comprender lo que significa el apego. La teoría del apego fue desarrollada por Bowlby, y plantea que desde las primeras etapas de vida las personas desarrollan un lazo emocional perdurable con personas específicas (Colin, 1996). Si bien este comportamiento ayuda a las personas a sobrevivir, la razón por la que se produce es por crear lazos emocionales, lo cual confirma el hecho de que este ocurre en ausencia de cualquier tipo de refuerzo o necesidad biológica (Worden, 2009). Johnson (2004) dice al respecto, que buscar y mantener contacto con las personas que son significativas para nosotros es un comportamiento innato y es una fuerza

motivadora para todos los seres humanos, de ahí que existe un miedo profundo a la soledad y a la pérdida. La autora, manifiesta que el contacto con las figuras significativas de apego provee bienestar y seguridad, mientras que la inaccesibilidad a estas genera estrés y sentimientos de ira, protesta, depresión, desesperación y dependencia.

Volviendo a Weston et al., (1998) mientras más profundo sea el apego con la persona u objeto perdido, la experiencia de la pérdida será más intensa y dolorosa de ahí que normalmente esta se viva como tal. De acuerdo a los autores, esta es la razón por la que toda pérdida implica un cambio al que las personas deben adaptarse interna y externamente. De hecho, estos cambios ocurren a lo largo de la vida por diversas circunstancias ya sea por: muerte, divorcio, pérdida de trabajo, embarazo, matrimonio entre otros y generan gran sensación de tristeza y estrés emocional (Wright, 2007).

Para objetivos del presente trabajo se abordará exclusivamente la pérdida por muerte. A continuación se detallan algunas consideraciones generales respecto al tema

Antecedentes.

De acuerdo a Aiken (2000) anterior a 1950, la tanatología o el estudio de la muerte y los moribundos era un tópico que tenía que ver con la poesía, la religión o el misticismo, era además un tema tabú, normalmente evadido por médicos y psicólogos. Sin embargo, según el autor el avance de la medicina, la baja mortalidad infantil, el aborto, la eutanasia, la violencia doméstica e internacional, los asesinatos masivos, los crímenes seriales, el sida y otras epidemias contribuyeron a que otras disciplinas se interesaran en este campo.

Kübler-Ross (1975) concuerda en que la sociedad actual ha convertido a la muerte en un tema tabú, lo cual queda plasmado en la utilización de eufemismos para referirnos a ella, en intentar que el moribundo tenga aspecto de dormido, en alejar a los niños de los rituales y de las conversaciones en relación a la misma y en aislar a las personas

moribundas de sus entornos. Más aún la autora, manifiesta que a medida que la ciencia y la medicina han ido avanzado también ha crecido el miedo y la negación de la misma.

De hecho, volviendo a Aiken (2000) desde el punto de vista sociológico la aceptación y el miedo a la muerte se relaciona con la familiaridad de las personas con la misma. Según el autor, en la época del Renacimiento la muerte y el morir eran fenómenos más visibles que el día de hoy, por ejemplo se decapitaba a la gente en público y morían gran cantidad de personas azotadas por epidemias. Así mismo, el autor sostiene que el morir era un evento natural, del que participaban las personas con el fin de expresar su dolor y en algunos casos discutir cuestiones legales y religiosas para que la persona muera en paz. De hecho, en sociedades más primitivas y médicamente menos avanzadas, las personas vivían la muerte de manera más cercana, los moribundos morían en sus casas rodeados de sus seres queridos y de estos rituales podían participar incluso niños, a quienes se les brindaba un espacio para expresar sus emociones (Kübler- Ross, 1975). Esta familiaridad de la personas con la muerte hacía que la vean como una evolución natural de la vida y que la acepten a nivel personal y público (Leishman, 2009). Sin embargo algunos cambios ocurridos en la época victoriana como: la reforma, la aparición de las ciencias naturales, la injerencia de los laicos en ciertos temas y una mayor influencia de la comunidad médica cambiaron la forma en que las personas veían la muerte (Houlbrook, 1989 en Bradbury, 1999).

Actualmente, se puede decir que la actitud de las personas hacia la muerte no es del todo positiva ni negativa, sino más bien se ubica en un continuum, en donde en un extremo se encuentran las personas que la temen y en el otro las personas que la aceptan y hasta cierto punto la esperan, y en la mitad, que es donde se encuentran la mayoría, están aquellas a quienes la muerte les desconcierta y representa un misterio (Aiken, 2000). Así mismo, se puede decir que la negación de la muerte es un hecho evidente en la actitud que

los expertos tienen hacia ella, la evitación constante de la misma y la disminución de los rituales en relación con esta (Seale, 1998). Al respecto, se ha visto solo por tomar un ejemplo que la psicología es una de las ramas que ha evitado tratar asuntos relacionados con la muerte, de hecho estaba preparada para tratar cualquier aspecto de la vida pero no de la muerte, no obstante esta actitud fue cambiando paulatinamente con el tiempo (Kastenbaum, 2000). Por ejemplo una de las primeras personas en intentar entender el proceso psicológico y social del morir fue Lindemann (1944), a raíz de un incendio ocurrido en un club nocturno de Massachusetts, que provocó la muerte de 492 personas (Doka, 2010). A pesar de esta contribución inicial de Lindemann no es sino hasta 1956 que el pionero en trabajos de tanatología, Herman Feifel, presiona a la Asociación Americana de Psicología para llevar a cabo un seminario sobre la agonía y la muerte, que este tema deja de ser de interés exclusivo de la religión y se convierte en interés de otras disciplinas (Doka, 2010). A partir de entonces, la muerte se convierte en objeto formal de estudio y empiezan a publicarse varias obras en relación con esta, tanto en el ámbito de la psicología, como la medicina, la sociología y la filosofía (Aiken, 2000). Cuando un ser humano pierde a un ser querido porque ha muerto este experimenta una serie de reacciones que se conocen con el nombre de duelo (Wright, 2007).

A continuación se describen algunas definiciones que los autores han propuesto respecto a este concepto.

Definiciones de duelo.

Algunos autores manifiestan que la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor y *duellum* que significa desafío o reto (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2012). Otros autores, en cambio manifiestan que la palabra proviene de raíces germanas que significan “ser robado” o “robar a alguien con violencia” (Greis, 2012).

Lo cierto es que a pesar de haber sido ampliamente estudiado todavía no existe un consenso respecto a lo que constituye el duelo (Howarth, 2011). Sin embargo, se sabe que es una experiencia universal que se la vive de manera dolorosa y única, la cual obliga a los individuos a adaptarse a una situación nueva (Barreto y cols., 2008). Se dice además que este constituye la respuesta natural ante la pérdida de cualquier persona con la cual hemos desarrollado un vínculo afectivo y que se trata de un proceso normal por el que atraviesan los seres humanos y no de una enfermedad o situación que deba evitarse (Payas, 1998, en Barreto y cols., 2008).

Worden (2009) considera que existen tres términos: duelo, *mourning* (proceso del duelo) y pérdida que se utilizan indistintamente para referirse a lo mismo cuando en realidad describen entidades diferentes. De acuerdo al autor, el duelo es la experiencia que atraviesa el individuo que ha perdido un ser querido y contempla un gran número de manifestaciones emocionales y conductuales, las mismas que se exhiben generalmente luego de la pérdida de ese alguien significativo; el *mourning*, es el proceso personal que atraviesa el doliente al adaptarse a dicha pérdida; y la pérdida es la muerte a la que la persona está tratando de adaptarse.

En general, se puede decir que el duelo hacen referencia a las reacciones psicológicas naturales que se producen luego del fallecimiento de un ser querido (Barreto y cols., 2012). Estas manifestaciones conllevan una serie de comportamientos, emociones y sentimientos que se expresan luego de la pérdida. (Romero, 2013). El duelo es un proceso lento que cada persona vive de manera particular, razón por la cual es difícil para los clínicos determinar el tiempo exacto que debe durar, sin embargo a medida que pasa el tiempo la persona por si sola empieza a aceptar la realidad de la pérdida y a reestablecer el balance mental y físico; logrando recordar al fallecido sin sentirse abrumado, volviendo a trabajar normalmente y encontrado placer nuevamente en las actividades (Greis, 2012).

A continuación se detallan las reacciones que los autores consideran son manifestaciones normales de duelo.

Reacciones normales del duelo.

Piper, Ogrodniczuk, Joyce y Weideman (2011) consideran que en general perder a un ser querido es una experiencia dolorosa y las personas que atraviesan esta situación, normalmente experimenta algunas reacciones típicas de duelo. Los autores consideran que estas reacciones son consideradas normales dependiendo de la duración y la intensidad de las mismas; así si son experimentadas de manera leve o moderada y por cortos períodos de tiempo, por ejemplo uno o dos meses luego de la pérdida, estas se consideran normales. Worden (2009) dice al respecto, que aunque cada persona vive el duelo de manera única, existen algunas manifestaciones que son comunes entre estos individuos; entiendo normal en el sentido clínico y estadístico. Según el autor, el sentido clínico se refiere a lo que los especialistas consideran comportamientos normales en las personas que están de duelo y el sentido estadístico a la frecuencia en la que dichos comportamientos se exhiben de entre una población aleatoria que han sufrido una pérdida; mientras más frecuente el comportamiento más normal es este.

Aunque la lista de comportamientos normales de duelo es muy extensa y variada algunos autores concuerdan en que a estas se las puede dividir en algunas categorías las cuales son: sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y comportamientos. Dichas categorías se detallan a continuación:

Sentimientos.

1. Tristeza: Es la forma más común con la que el doliente expresa el duelo (Love, 2007; Worden, 2009; Piper et al., 2011).

2. Ira: Es una de las experiencias más comunes luego de la pérdida de alguien significativo (Wright, 2007). De acuerdo a Worden (2009) es una de las reacciones que

más confusión genera en el doliente, puesto que no entiende porque se manifiesta. Según el autor, esta proviene normalmente de dos fuentes: la primera, de un sentido de frustración por no haber podido hacer nada por evitar la muerte y la segunda por una experiencia regresiva. En general ante el miedo y la ansiedad de ver que alguien significativo nos ha dejado en vez de responder de manera positiva y amorosa se responde con desesperanza, ira y ansiedad (Johnson, 2004).

3. Culpa y auto-reproche: Estos sentimientos son comunes en las personas que pierden a un ser querido (Wright, 2007). Según Worden (2009) generalmente van de la mano y normalmente las persona siente culpa por algo que hicieron o no hicieron alrededor del tiempo de la muerte y que creen que hubiera impedido que esta ocurra. Según el autor, usualmente la culpa es irracional y suele resolverse a través de un *reallity testing*.

4. Ansiedad: La ansiedad es otra reacción común entre los dolientes (Love, 2007). Worden (2009) manifiesta que puede variar desde una pequeña sensación de inseguridad hasta ataques de pánico y en los casos más extremos hasta fobias. Según el autor, esta proviene de dos fuentes las cuales son: miedo del sobreviviente de no poder ocuparse de él mismo ante la ausencia del fallecido y ansiedad por darse cuenta de su propia mortalidad.

5. Soledad: Esta es común entre los sobrevivientes, especialmente en el caso de aquellos que pierden a sus parejas o quienes han tenido un trato cercano en el día a día con la persona fallecida (Worden, 2009).

6. Fatiga: Se la puede experimentar ya sea como apatía o languidez y puede resultar sorpresiva y estresante para las personas que la experimentan, suele remitir en cierto período de tiempo y si no lo hace se podría pensar que es un signo de depresión (Worden, 2009). Se dice además que entre los dolientes es una sensación que se la experimenta a menudo (Love, 2007).

7. Desesperanza: Esta se correlaciona con la ansiedad y es lo que hace que la pérdida se viva de manera muy estresante, normalmente se experimenta en los primeros estadios del duelo (Worden, 2009).

8. Shock: Una de las reacciones normales que experimentan las personas luego de la muerte de un ser querido es shock (Piper et al., 2011). Este ocurre más frecuentemente en casos de muerte súbita, sin embargo aun cuando la muerte es esperada puede experimentarse entre los sobrevivientes (Worden, 2009).

9. Anhelo: Esta reacción se relaciona con nuestro sistema de apego, el cual ante la ausencia de la persona desaparecida activa nuestros patrones en un intento de reestablecer el contacto con la persona fallecida, generando este sentimiento. (Shear, et al., 2007). Es una de las reacciones más habituales de los dolientes y cuando disminuye es signo de que el duelo está llegando a su fin (Worden, 2009).

10. Emancipación: Normalmente, ocurre como respuesta a un cambio de estatus y puede ser una reacción positiva para el doliente quien tiene que aprender a vivir bajo sus propias reglas (Worden, 2009).

11. Alivio: Según Worden (2009) las personas suelen sentir alivio, comúnmente cuando la persona fallecida sufrió una enfermedad larga y dolorosa que causaba sufrimiento físico y emocional y cuando la relación con el fallecido era difícil. Sin embargo, el autor manifiesta que a este sentimiento normalmente le acompaña la culpa.

12. Adormecimiento: Una sensación que los dolientes suelen experimentar enseguida de la muerte de un ser querido suele ser adormecimiento (Greis, 2012). Después de una pérdida las personas pueden experimentar una ausencia de sentimientos, probablemente como mecanismo de defensa que les permite lidiar con la cantidad de emociones intensas que de otra manera serían desbordantes (Worden, 2009).

Sensaciones Físicas.

De acuerdo a Worden (2009) las sensaciones físicas más comúnmente reportadas por las personas que afrontan una pérdida son: 1) vacío en el estómago, 2) opresión en el pecho, 3) tensión en la garganta, 4) hipersensibilidad al ruido, 5) despersonalización 6) falta de aire, 7) debilidad muscular, 8) falta de energía, 9) boca seca.

Así mismo, Love (2007) manifiesta otras reacciones físicas como: 1) dolor de cabeza, 2) dolor de estómago, 3) náuseas, 4) alteraciones menstruales, 5) tensión y 6) cambios en el sistema auto-inmunológico producto de altos niveles de cortisol en el organismo.

Cogniciones.

Existen algunos patrones de pensamientos que son característicos de duelo (Love, 2007). En algunos casos se presentan en las primeras etapas del mismo y desaparecen con el tiempo y otros perduran y pueden causar ansiedad y depresión (Worden, 2009).

Estos pensamientos se detallan a continuación:

1. Incredulidad: Después de conocer la noticia de la muerte es común experimentar cierta incredulidad sobre el acontecimiento y pensar que es algo que no puede estar ocurriendo (Worden, 2009). Kübler- Ross (1975) quien estudió el proceso del morir y cuya descripción detallada de estas fases se ha utilizado para explicar el duelo, sostiene que la mayoría de personas a las que se les dice que morirán responden con incredulidad y niegan la realidad de los hechos. De hecho, se considera que la negación es una de las reacciones más comunes del duelo (Piper et al., 2011). Volviendo a Kübler-Ross (1975) esto sirve como un mecanismo de defensa el cual ayuda a la persona a digerir en principio una noticia impactante. Ciertamente, se dice que inmediatamente después de la pérdida el doliente experimentará incredulidad (Shear et al., 2007).

2. Confusión: La confusión es un sentimiento común entre los dolientes (Love, 2007). Después de la pérdida las personas experimentan falta de concentración y de memoria y una dificultad para ordenar sus pensamientos (Worden, 2009). Así mismo, les cuesta entender la realidad de la pérdida (Greis, 2012).

3. Preocupación: Las personas suelen experimentar preocupación en relación con el fallecido y rumiar constantemente sobre este acontecimiento (Love, 2007). De acuerdo a Worden (2009) estos pensamientos tienen la característica de ser obsesivos, intrusivos y repetitivos. Según el autor, los pensamientos obsesivos se refieren a cómo recuperar a la persona fallecida, mientras que los intrusivos aparecen súbitamente en forma de pensamientos o imágenes acerca de la persona fallecida sufriendo o muriendo. Los últimos son rumiaciones o pensamientos persistentes acerca de la muerte (Piper et al., 2011). Los dolientes normalmente son consumidos por pensamientos y recuerdos de la persona fallecida haciendo que estos encuentren difícil interesarse por el mundo exterior (Shear et al., 2007).

4. Sentir la presencia del fallecido: Uno de los síntomas comunes dentro de esta categoría es sentir la presencia del fallecido (Love, 2007). Esto se refiere a la experiencia del doliente de creer que la persona fallecida todavía se encuentra presente, lo cual se observa comúnmente en los niños que se sienten cuidados por sus padres incluso cuatro meses después de su fallecimiento (Worden, 2009).

5. Alucinaciones: Estas pueden ser de tipo visual y auditivo y son manifestaciones comunes en los dolientes, las cuales suelen tomar la forma de vivencias ilusorias y pasajeras que ocurren a pocas semanas de la muerte (Worden, 2009).

Comportamientos.

Existen algunos comportamientos específicos que se asocian con reacciones naturales de duelo y que se corrigen con el pasar del tiempo (Worden, 2009). Dichas expresiones son las siguientes;

1. Disrupciones del sueño: Un comportamiento habitual en los dolientes son las disrupciones del sueño (Love, 2007). Normalmente, la personas que han sufrido una pérdida sufren de insomnio (Piper et al., 2011). De acuerdo a Worden (2009) las disrupciones del sueño, normalmente suelen ser de dos tipos: la primera trata de la incapacidad de conciliar el sueño y la segunda de levantarse demasiado pronto por la mañana de manera innecesaria. Según Worden, estas alteraciones normalmente ocurren en las primeras etapas del duelo y en algunas ocasiones requieren de intervención médica. Más aún, el autor manifiesta que si estas persisten puede indicar que la persona podría estar atravesando un cuadro depresivo el cual debería ser explorado. En general, el autor dice que las alteraciones del sueño pueden estar relacionadas con varios miedos como: el miedo a soñar, a dormir solo, o el miedo a no despertar

2. Alteraciones del apetito: Uno de los cambios que ocurren luego de la pérdida son las alteraciones del apetito, así como los cambios en los hábitos alimenticios y las rutinas de ejercicio de los dolientes (Love, 2007). Estos cambios pueden manifestarse comiendo demás o comiendo muy poco y producen alteraciones en el peso en (Worden, 2009).

3. Mente distraída: Esto ocurre en etapas recientes del duelo y puede provocar algunos inconvenientes en la persona (Worden, 2009).

4. Retraimiento social: Normalmente, las personas están tan embebidas con pensamientos del difunto que les cuesta interesarse en otros aspectos (Shear et al., 2007). De acuerdo a Worden (2009) es natural que las personas luego de la pérdida se quieran distanciar socialmente, puesto que encuentran cualquier evento disonante con su estado

anímico, sin embargo este comportamiento se corrige solo con el pasar del tiempo y también puede adoptar la forma de falta de interés por las cosas del entorno.

5. Sueños en relación con el fallecido: Estos pueden ser agradables, estresantes y directamente pesadillas y son un gran indicativo de la etapa del proceso del duelo en la que se encuentra la persona (Worden, 2009).

6. Evitar recuerdos del fallecido: Otra reacción comportamental común en los dolientes es querer evitar recuerdos de la persona fallecida (Love, 2007). Según Worden (2009) algunas personas evitan lugares o cosas que les recuerden al fallecido y les provoquen emociones dolorosas. El autor manifiesta que comúnmente las personas evitan el lugar de fallecimiento, el cementerio, u objetos que les recuerden al fallecido. Sin embargo, el autor advierte que deshacerse rápidamente de objetos pertenecientes al fallecido, incluido el cuerpo del mismo, puede desencadenar un duelo complicado y no es una reacción saludable, además de indicar una relación ambivalente con el individuo muerto.

7. Búsqueda de la persona desaparecida: Al igual que el anhelo, la búsqueda por la persona desaparecida se relaciona con la activación de nuestro sistema de apego en un intento de lograr reestablecer el vínculo con la persona fallecida (Shear et al., 2007). Este puede expresarse de manera verbal o interna en donde la persona llama al fallecido y le pide que regrese (Worden, 2009).

8. Suspirar: El suspiro es una reacción normal entre los dolientes y se asocia a la falta de aire (Worden, 2009).

9. Hiperactividad: Otro comportamiento común entre los dolientes se refiere al incremento de las actividades físicas que normalmente realiza (Love, 2007). Esto usualmente, adopta la forma de una extensa lista de actividades que el doliente hace a lo

largo del día para permanecer ocupado, lo cual termina al llegar la noche cuando la persona se pone en contacto con lo que está sintiendo (Worden, 2009).

10. Llanto: Una de las formas más comunes de expresar la tristeza es el llanto (Love, 2007). Worden (2009) manifiesta que aunque se desconoce a ciencia cierta la función de las lágrimas se cree que estas tienen una función sanadora al eliminar el estrés y las sustancias tóxicas que este produce en el organismo, además de tener la función de recuperar la homeostasis. El autor manifiesta que a pesar de que se necesitan realizar más investigaciones al respecto se cree que las lágrimas que se desprenden a causa del estrés son distintas de las que se producen por otras alteraciones.

11. Visitar lugares o llevar objetos que recuerden al fallecido: Este es el comportamiento contrario a evitar recordatorios de la persona fallecida y tiene como objetivo no olvidar al fallecido (Worden, 2009).

12. Atesorar objetos pertenecientes al fallecido: Consiste en llevar con la persona objetos del fallecido como ropa, accesorios, entre otros, los mismos que logran que el doliente se sienta más cómodo (Worden, 2009).

El duelo presenta algunas reacciones que se parecen a ciertos trastornos psicológicos (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008). Normalmente se lo asocia específicamente con la depresión y el trauma.

A continuación se detalla lo que algunos autores manifiestan en relación con este fenómeno y los trastornos antes mencionados.

El duelo y la depresión.

De acuerdo a Moglen (2005) una de las primeras personas en establecer que existía una diferencia entre el duelo y la depresión fue Freud (1917) quien en su obra *mourning and melancholia* distinguía entre dos tipos de duelo: el duelo normal o en sus palabras *mourning* y la depresión o para él *melancholia*. Según el autor, el *mourning* se caracteriza

por una sensación de tristeza y abandono, así como una incapacidad para interesarse en el mundo y encontrar una persona a quien volver a amar, mientras que la *melancholia* aunque comparte muchos de estos síntomas se caracteriza por un sentimiento agudo de auto-censura y odio a uno mismo.

En el ámbito psiquiátrico, Fox y Jones (2013) manifiestan que desde su primera aparición en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III, la depresión ha tenido un criterio de exclusión que impedía a los clínicos diagnosticarla en caso de que la sintomatología depresiva pudiera explicarse mejor por la pérdida de una persona significativa. Según los autores, esta exclusión estuvo basada en una serie de investigaciones realizadas por Paula Clayton y sus colegas quienes encontraron que a pesar de las similitudes entre los síntomas exhibidos por personas depresivas y quienes sufrían una pérdida, estos se diferencian principalmente en dos aspectos. Por un lado, en la duración puesto que normalmente los síntomas de quienes sufren una pérdida desaparecen entre seis y 10 semanas a diferencia de los depresivos cuyos síntomas tardan mucho más en desaparecer y por otro lado en que los individuos que han sufrido una pérdida tienen menos ideación suicida y sentimientos de culpa (Fox y Jones, 2013). Clayton identifica tres síntomas principales que sufren las personas que atraviesan una pérdida los cuales son: a) ánimo deprimido, b) interrupciones del sueño, y c) llanto, además de otros síntomas secundarios como: a) dificultad para concentrarse, b) pérdida de interés en las noticias y la televisión c) anorexia y/o pérdida de apetito (Fox y Jones, 2013).

Al respecto, Gil-Juliá y cols. (2008) dicen que las expresiones de duelo incluyen manifestaciones que en muchas ocasiones pueden parecerse a un trastorno de depresión mayor, razón por la cual los clínicos deben ser muy cautos al momento de interpretar estas señales, puesto que en vez de considerarlas reacciones naturales ante la pérdida pueden llegar a interpretarlas como manifestaciones patológicas. Según las autoras, el criterio de

exclusión del Manual Diagnóstico Estadísticos de los Trastornos Mentales, DSM se lo realizó precisamente con el fin de evitar falsos positivos o dicho en otras palabras que los clínicos diagnostiquen como depresión mayor manifestaciones normales de duelo. En sus siguientes ediciones el criterio de exclusión del duelo se mantuvo así, el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR (2002) advierte lo siguiente:

Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia, y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia (p. 827).

Más aún el DSM IV-TR reconoce al duelo normal bajo el código V62.83, es decir no como trastorno mental, sino bajo la categoría de problemas adicionales que podrían requerir atención clínica (Barreto y cols., 2012).

Sin embargo, volviendo a Fox y Jones (2013) muchos clínicos no comparten el criterio de que la depresión y el duelo son entidades distintas y para la edición siguiente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 que se publicaba en mayo del 2013, el grupo de clínicos expertos en desordenes del estado de ánimo propuso eliminar la exclusión del duelo del diagnóstico y como resultado a dicha propuesta obtuvo criterios que estaban a favor y otros en contra.

Según algunos investigadores como Zisook y Kendler (2007) la eliminación de la exclusión basada en el duelo debía darse en primer lugar, porque el duelo es el único estresor que excluye el diagnóstico de depresión cuando todos demás síntomas están presentes, no así otros estresores que no están excluidos, que también pueden ocasionar

una depresión y en segundo lugar, porque los estudios realizados sugieren que la exclusión del duelo no es necesaria. Ciertamente, los investigadores han realizado estudios acerca de si la depresión ocasionada por la pérdida de un ser querido es similar o diferente a la depresión mayor y han concluido que existen más similitudes que diferencias entre ambas.

Por ejemplo, que tanto la una como la otra se presentan en individuos jóvenes con historiales personales o familiares de depresión mayor, con pocas redes de apoyo social y poca salud, y que sus síntomas clínicos como: impedimento en las funciones psicosociales, comorbilidad con algunos trastornos de ansiedad, sentimientos de poca valía, alteraciones psicomotoras y suicidio son iguales en ambos casos (Zisook y Kendler 2007). Además se dice que ambas comparten las mismas características biológicas como un incremento en la actividad adreno-cortical que influye en las interrupciones del sueño y en el funcionamiento inmunológico y que las dos responden a la medicación antidepresiva (Zisook y Kendler 2007). Por estas razones, y a pesar de reconocer que se necesitan realizar más investigaciones para llegar a una conclusión definitiva, los investigadores avalan la hipótesis de que la depresión ocasionada por la pérdida debe considerarse en realidad un caso de depresión mayor (Zisook y Kendler, 2007).

Al respecto, Corruble (2013) sostiene que los pacientes excluidos del diagnóstico de depresión mayor por duelo reciente, en realidad presentan síntomas de depresión más severos que los pacientes con diagnóstico de depresión mayor y que al parecer el duelo presenta un estrés adicional a pacientes que ya están sufriendo de esta condición. Así mismo, el autor manifiesta que contrario a lo que se pensaba los pacientes atravesando una pérdida tienen más alteraciones en el peso y el apetito y más ideaciones suicidas que los pacientes depresivos. Adicionalmente, el autor sostiene que en la práctica clínica a pesar de su entrenamiento, los profesionales no utilizan el criterio de exclusión del duelo de manera consistente atribuyéndoles diagnósticos de depresión mayor a personas que de acuerdo al

manual deben estar excluidas y excluyéndoles del diagnóstico a personas que atraviesan una pérdida pero que por las características que presentan (acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor) deberían ser diagnosticadas con depresión mayor.

Otros investigadores en cambio sostienen que a pesar de la cantidad de estudios que aparentemente avalan la similitud entre el duelo y depresión existe una diferencia cualitativa entre ambas (Pies, 2008). Por ejemplo, cuando las personas sienten tristeza por la pérdida estas todavía se sienten íntimamente conectadas con otros a diferencia de los depresivos que en general se sienten solos y aislados; las personas que sienten tristeza por la pérdida tiene la sensación de que esta algún día desaparecerá a diferencia de los depresivos que creen que la sensación durará para siempre; la tristeza por la pérdida hace que las personas se sientan reconfortadas a diferencia de la depresión en donde solo existe desesperación; y finalmente, la tristeza por la pérdida hace que las personas todavía sean capaces de centrar su atención en las personas que son más significativas para ellas a diferencia de los depresivos que se sienten superados por la desolación y sus sentimientos de poca valía (Pies, 2008). Así mismo, otros investigadores creen que existen muchas desventajas de excluir el duelo del diagnóstico de depresión sobre todo porque aumentarían los falsos positivos y se patologizaría una reacción natural ante la muerte de una persona significativa (First, 2011 en Fox y Jones 2013).

A pesar de todos los debates respecto a que la depresión y el duelo son entidades distintas, el grupo de expertos en estado de ánimo que estudiaba la posibilidad de eliminar la exclusión del duelo para la última edición del DSM-5 decidió realizar dicha exclusión (Corruble, 2013). De hecho, Wakefield (2013) sostiene que en la última edición del manual se ha eliminado la exclusión del duelo y se ha aumentado una nota imprecisa en donde dice que el criterio del clínico debe utilizarse para discriminar entre reacciones

normales de duelo y otros estresores de un cuadro de depresión mayor. De esta manera, el autor manifiesta que de acuerdo a como define el DSM-5 la depresión mayor: cinco de nueve síntomas que duren por lo menos dos semanas, la mayoría de personas atravesando un pérdida entrarían dentro del diagnóstico. Esto significa, por ejemplo que luego dos semanas de la muerte de una persona significativa, el doliente que no se sienta con energía, apetito, con ánimos de ir a trabajar, y no tenga interés en realizar actividades placenteras debería ser diagnosticado con depresión mayor (Flaskerud, 2011).

Duelo y trauma.

Al igual que la depresión, el trauma tiene muchos comportamientos que se parecen al duelo por lo que muchos autores lo ubican bajo esa categoría, no obstante otros establecen que hacer esto es exagerado y que de hecho existen algunas diferencias entre ellos (Worden, 2009). Figley (1997) es uno de los autores que ubica al duelo tanto provocado por circunstancias traumáticas como no traumáticas dentro de la categoría de trauma. Para él todo trauma conlleva una pérdida y toda pérdida conlleva un trauma. De hecho, según el autor todo duelo es en sí mismo una forma de estrés postraumático cuyas similitudes pueden verse en la sintomatología manifiesta y en la negación e intrusión que sufren los pacientes. Siguiendo esta misma línea Horowitz (1985) sostiene que la sintomatología del duelo y otros eventos traumáticos son iguales y que además se resuelven de la misma manera. El autor identifica dos fases: la primera es la intrusiva, caracterizada por ideas y emociones espontáneas, así como comportamientos compulsivos y la segunda es la fase de negación, caracterizada por amortiguamiento emocional y constricción de la ideación.

Sin embargo, otros investigadores como Stroebe, Schut y Finkenauer (2001) sostienen que no es sino hasta la última década que muchas opiniones han surgido en relación a si el duelo entra bajo la categoría del trauma, si estos dos conceptos se solapan o

si son entidades diferentes. Según los autores, normalmente, el trauma por definición se asocia a situaciones horribles, drásticas aversivas e impactantes como la guerra, violaciones o asesinatos que además suelen ser violentas y repentinas por naturaleza o dicho en otras palabras situaciones fuera de lo normal.

Stroebe et al. (2001) hacen la siguiente distinción en relación al duelo y trauma: La primera es que las personas pueden experimentar trauma sin duelo, en cuyo caso se habrán enfrentado a una situación traumática que les generó síntomas de trauma como: intrusión, evitación e hiperexcitación y que además habrá desembocado en un diagnóstico de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo además de una posible comorbilidad con otros trastornos como ansiedad y depresión pero sin haberse enfrentado a la muerte de ninguna persona. La segunda distinción es duelo sin trauma, en donde las personas se enfrentan a la muerte de una persona significativa pero sin experimentar ningún tipo de síntomas traumáticos y si es que surge alguna complicación estas normalmente entran bajo la categoría de duelo complicado. Finalmente, la tercera distinción es duelo traumático, en el que el tipo de muerte, normalmente muertes violentas; o la naturaleza del apego, normalmente inseguro; o la relación con la persona desaparecida, normalmente conflictiva genera un trauma en el doliente.

De acuerdo a Bonanno, Westphal y Mancini (2012) todas las personas estamos sometidas en el algún momento de nuestras vidas a situaciones traumáticas, así como a la pérdida de personas significativas, sin embargo eso no garantiza que se desarrolle un trauma. De acuerdo a los autores no todos los individuos se adaptan y reaccionan de la misma manera a las distintas circunstancias que se presentan, razón por la cual los autores prefieren llamar a estas eventos, potenciales eventos traumáticos PETs, por sus siglas inglés, porque en gran medida el resultado de estos tendrá que ver con la resiliencia de cada individuo.

A pesar de que la muerte es parte de la vida, perder a un ser querido es una experiencia dolorosa que requiere un proceso de adaptación (Ginzburg, Geron, Salomon, 2002). A continuación se detalla dicho proceso:

Tema 2. Procesos del duelo o *mourning*.

Perspectivas del proceso.

Dado que el *mourning* es un proceso, este ha sido visto por distintos investigadores de maneras diferentes unos lo ven como un proceso que conlleva ciertas fases, otros como un proceso que supone etapas y otros como un proceso que implica tareas (Hooyman y Kramer, 2008). Al respecto se dicen que a pesar de que cada persona vive el proceso de manera distinta y particular, tradicionalmente se lo ha visto como una serie de fases que aunque se dice que no va necesariamente en una secuencia fija, sí conservan cierto orden (Butler y Northcut, 2013). El origen de este modelo proviene del trabajo de Lindeman que lo dividió en: conmoción, incredulidad, dolor agudo y resolución pero sobre todo del trabajo de Elizabeth Kübler-Ross: *On death and dying* (1969) que describe las fases psicológicas y emocionales que atraviesan los pacientes terminales antes de morir y que ha sido generalizado a la forma en que los dolientes viven el proceso del duelo (Neimeyer, 2002). En la práctica clínica, esta visión por fases ha sido interpretada por los profesionales de manera literal, creyendo que se trata de una descripción exacta de la manera correcta de vivir el proceso, lo cual ha contribuido a agregar un estrés innecesario a ellos y a sus pacientes (Servaty-Seib, 2004). Sin embargo, respecto al proceso del duelo se ha visto que: 1) no existe ninguna razón para creer que haya un número específico de respuestas, 2) si las hubiera, no existe ninguna evidencia de que este proceso se lo deba llevar a cabo de manera lineal y 3) estas fases, cuando fueron propuestas, no eran ni pretendían ser descripciones de la manera correcta en la que las personas debían morir o llevar a cabo el proceso del duelo (Corr, 1993 en Servaty-Seib,

2004). Volviendo a Neimeyer (2002) se conoce que no existe ninguna evidencia de que el proceso del duelo se viva por fases, y menos aún que estas tenga un orden predeterminado, concretamente y a pesar de que el modelo es atractivo por su claridad y facilidad, tanto para profesionales como para personas no entendidas en la materia, las investigaciones realizadas sobre la pérdida no han encontrado el modelo válido ni confiable. De hecho, según el autor cada individuo vive el proceso de manera única y diferente y en muchos casos las fases descritas en la literatura no se cumplen en lo absoluto, por lo que pretender explicar esta experiencia con comportamientos universales que apliquen a todos los individuos es un error. Al respecto, se dice que dado que el proceso del duelo es lento e irregular explicarlo a través de fases o metas a alcanzar es inútil (Love, 2007). Más aún las visiones por fases suponen que el proceso del duelo llega a su fin en algún punto, en este caso con la recuperación del doliente, lo cual no se ajusta a la realidad (Neimeyer, 2002).

Sobre esto último, Carnelley, Wortman, Bolger y Burke (2006) dice que la noción de que el proceso del duelo llega a su fin cuando el doliente se recupera es controversial tal como lo demuestra el estudio realizado por ellos mismos en una muestra significativa de viudas, el cual demostró que estas siguen pensando, hablando y sintiendo por sus esposos desaparecidos aún décadas después de su muerte. De hecho, de acuerdo a los autores después de veinte años estas viudas todavía pensaban en sus esposos uno o dos veces a la semana o tenían conversaciones acerca de ellos una vez al mes.

Al respecto, anteriormente se creía que el proceso del duelo tenía como fin lo que Freud (1917) denominó *decathexis*, lo cual significaba para el doliente renunciar al vínculo con la persona desaparecida y dejarla ir (Malkinson, 2010). Esta visión freudiana además planteaba que el proceso termina cuando el sobreviviente reemplaza o sustituye el lugar que dejó la persona desaparecida por alguien idéntico o más o menos parecido (Moglen, 2005). Sin embargo, más adelante Freud (1929) rectificó lo que había planteado

anteriormente sosteniendo que en realidad el proceso del duelo no tiene un tiempo límite (Kernberg, 2010). De hecho, algunos autores plantean que la noción de que el proceso del duelo llega a su fin cuando la persona ha roto el vínculo con la persona desaparecida tiene que ver con aspectos promovidos por la cultura occidental, puesto que en culturas como las orientales mantener el vínculo con la persona fallecida es algo natural y esperado (Stroebe, Gergen, Gergen y Stroebe, 1997). De hecho cuando una persona muere no la dejamos de amar, ni nos deja de importar solo que intentamos encontrar como amarla en la ausencia (Attig, 1996). Por las razones antes mencionadas y volviendo a Butler y Northcut (2013) existen dos motivos por lo que las visiones más contemporáneas del proceso del duelo han eliminado la noción de fases: 1) precisamente debido a que cada individuo vive el proceso de manera particular y 2) debido a que no existe una línea clara en donde el proceso termina. Como alternativa a la visión por fases otros autores ven al proceso del duelo a través de etapas, aunque en cada una de ellas hablan de emociones, pensamientos y comportamientos diferentes (Hooyman y Kramer, 2008). La visión por etapas aunque se las describe en un orden, no significa que estas deban seguirse de esa manera, sino que los dolientes pueden ir y volver a través de ellas (Neimeyer, 2002). Sin embargo, otros autores sostienen que la descripción por etapas concibe al proceso del duelo como un evento pasivo o algo por lo que el doliente debe atravesar, no obstante la realidad es que este implica una adaptación, lo cual sugiere que el doliente debe y puede trabajar al respecto para lograrlo (Worden, 2009). De hecho, tal y como sugiere (Stroebe, 2001) la pérdida implica un trabajo, puesto que requiere navegar a través de un proceso cognitivo para que la persona se adapte a la pérdida, confrontar dicha pérdida y trabajar los recuerdos en relación con el fallecido. Así mismo, otros autores sostienen que al producirse una pérdida la personas deben trabajar en hallar el significado de la misma y reconstruir su sentido de valía y las creencias fundamentales que tienen sobre el mundo (Davis y Nolen-Hoekseman,

2001). Razón por la cual se propone que el *mourning* sea visto entonces como un proceso activo, el cual debe realizarse a través de ciertas tareas que el doliente debe cumplir para que este pueda adaptarse a la pérdida (Worden, 2009). Finalmente, paralelo a estas nociones Stroebe y Schut (1999) proponen un modelo de procesamiento dual del duelo como alternativa, el cual manifiesta que el doliente debe superar dos aspectos: los estresores orientados a la pérdida y los orientados a la restauración. Según los autores, los primeros se refieren a trabajar aspectos que tienen que ver con la persona fallecida y los segundos con destrezas que el doliente debe desarrollar y cambios a nivel psicológico y social que deben realizar luego de la misma.

A continuación se presentan ejemplos de cómo se ve el proceso del duelo a través de fases, etapas, tareas y procesamiento dual.

Ejemplo de descripción del duelo a través de fases descritas por Kübler-Ross.

Una de las primeras personas que intentaron entender la respuesta de los seres humanos ante la pérdida fue Elizabeth Kübler-Ross, cuyo modelo de fases se basó en la descripción del proceso psicológico que atraviesan los pacientes terminales que conocían que morirían pronto y de sus viudas (Weston et al., 1998). Esta descripción se hizo extensiva a cómo los dolientes sufrían el proceso del duelo (Neimeyer, 2002). Las etapas que Kübler-Ross (1975) delineó son las siguientes:

Negación y Aislamiento: La mayoría de pacientes terminales entrevistados por Kübler-Ross respondían con negación al enterarse que morirían, unos pensaban que los resultados médicos estaban equivocados otros negaban la enfermedad. De acuerdo a Kübler-Ross, la negación ocurre en la primera fase de la enfermedad pero puede hallarse durante todo el proceso y se agudiza cuando el paciente es informado del diagnóstico de manera brusca y prematura por alguien que no le conoce y en algunos casos raros puede ser muy extrema. De acuerdo a la autora, la negación sirve para amortiguar la experiencia

tan dolorosa y angustiante de la muerte hasta que poco a poco la persona va aceptando por lo menos de manera parcial su inminencia. Según Kübler-Ross, los pacientes en esta etapa pueden ser percibidos como raros y esto genera que el equipo médico o muchas veces su entorno los aíse.

Ira: Según Kübler-Ross, después de la negación los pacientes normalmente se preguntan por qué deben pasar por esta situación tan dolorosa y aparece la ira. La autora manifiesta que esta suele desplazarse a otras personas; en el contexto hospitalario, por ejemplo es común que el paciente se la traslade a los médicos y enfermeras, generalmente rehusándose a colaborar y a seguir las indicaciones prescritas. Kübler-Ross afirma que esta reacción genera hostilidad por parte del equipo médico quien no comprende la etapa por la que está atravesando el paciente.

Pacto: Según la autora, es la etapa menos conocida pero igual de importante para el paciente, quien en este punto está consciente de que irremediablemente morirá, por lo que a cambio de mostrar una buena conducta intenta llegar a un acuerdo, generalmente con Dios, para alargar la vida o mitigar el dolor o alguna molestia física que le aqueja. Según la autora, esta etapa puede considerarse lo contrario a la ira, puesto que en lugar de renegar o reclamar, el paciente pide que se le conceda lo inevitable. Kübler-Ross afirma que muchas veces el pacto encierra sentimientos de culpabilidad, ya sea porque el paciente no ha sido muy religioso o por deseos hostiles inconscientes

Depresión: De acuerdo a la autora, esta aparece cuando el paciente no puede seguir negando la realidad y cuando la ira es reemplazada por un sentimiento de pérdida debido a varios motivos. Según Kübler-Ross, estas pérdidas tienen que ver en primer lugar, con una pérdida física al ver mermada su figura o sus capacidades físicas; en segundo lugar, por una pérdida financiera por los costosos tratamientos médicos, por la pérdida de empleo o la pérdida del rol dentro de la familia. Según la autora, por todas las razones antes

mencionadas se genera en las personas una depresión reactiva en respuesta a todas estas pérdidas.

Aceptación: Según la autora, cuando el paciente no ha tenido una muerte repentina y ha tenido tiempo de prepararse y pasar por las fases antes descritas, llega a la aceptación en donde no existe depresión ni enojo, puesto que ya no siente envidia por quienes gozan de buena salud y ha llorado la pérdida por las personas y lugares que dejará. Según Kübler-Ross, esta fase no puede considerarse feliz, sino más bien desprovista de sentimientos. De acuerdo a la autora, es en esta fase que generalmente la familia necesita más apoyo.

Ejemplo de descripción del duelo a través de etapas descritas por Neimeyer.

De acuerdo a Neimeyer (2002) las etapas descritas a continuación se presentan en un orden, más no significa que estas no pueden solaparse y que la persona pueda oscilar entre unas y otras de manera indistinta. Las etapas se describen como siguen:

Evitación: Según Neimeyer, en muchas ocasiones la realidad de la pérdida puede ser muy dolorosa y difícil de digerir y deja a las personas conmocionadas, aturcidas, llenas de pánico y confundidas. El autor manifiesta que esta dificultad para asimilar la pérdida se agudiza cuando la muerte se ha producido en situaciones ambiguas, como cuando no se encuentra el cuerpo del fallecido.

De acuerdo al autor, en esta etapa es natural que las personas reaccionen con incredulidad o que actúen como si la muerte no hubiera ocurrido. A nivel físico, Neimeyer sostiene que las personas que se encuentran en esta etapa pueden sentir aturdimiento y una sensación de irrealidad, como escuchar las voces de los demás o percibirlos como si estuvieran lejos. A nivel conductual el autor manifiesta que la persona puede estar distraída y desorganizada; siendo incapaz de llevar las actividades diarias que normalmente realizaba, como hacer supermercado o pagar las cuentas. El autor dice que a medida que la persona va asimilando la noticia empiezan a aparecer las emociones más intensas que

normalmente comienzan con manifestaciones de irritabilidad en contra de quien se cree han sido responsable de la muerte (médicos, quien ocasiono el accidente o incluso Dios). Según Neimeyer, estas reacciones de ira suelen trasladarse a otras personas sobre todo a quienes se cree son más afortunados y produce distanciamiento e incomprensión del entorno. Finalmente, el autor sostiene que cuando la evitación comienza a desaparecer y la pérdida es innegable la persona empieza a oscilar entre momentos en donde experimenta emociones intensas y otros en donde intenta mirar a otro lado hasta acostumbrarse paulatinamente a la pérdida.

Asimilación: Neimeyer, manifiesta que a medida que se asimila la pérdida y después de experimentar las primeras reacciones de ira y evitación se manifiesta la soledad y tristeza, sobre todo cuando se hace consciencia en el diario vivir que la persona fallecida ya no está presente. Según el autor, las sensaciones de soledad y desesperación hacen que las personas se distancien de actividades y personas de su entorno y se centren en la elaboración del duelo. Neimeyer dice que es natural que en esta etapa aparezcan imágenes intrusivas o pensamientos sobre la persona fallecida, así como sueños o pesadillas sobre la muerte o el reencuentro con la persona desaparecida. Así mismo, el autor manifiesta que también se observan síntomas de depresión como: tristeza, llanto impredecible, alteraciones en el apetito y el sueño, falta de motivación, incapacidad para concentrarse y disfrutar de actividades que antes eran placenteras, y desesperanza con respecto al futuro. Así mismo, dice que es común que las personas sufran de ansiedad y experiencias alucinatorias con el ser querido. De hecho, el autor manifiesta que el estrés al que están sometidas genera estragos en el sistema digestivo, náuseas, embotamiento y dolores corporales difusos, así como alteraciones en el sistema inmunológico y cardiovascular, lo cual explica la alta tasa de mortalidad que en ocasiones ocurre luego de la pérdida de un ser querido.

Acomodación: A medida que la ansiedad y tensión de la etapa de asimilación van disminuyendo Neimeyer sostiene que la persona empieza a aceptar con resignación la realidad de la pérdida. El autor dice que se va recobrando de manera paulatina la concentración y el nivel de funcionamiento y las alteraciones físicas como el sueño y el apetito se normalizan. Neimeyer manifiesta que las personas tienen mayor control emocional aunque es muy común que la tristeza y la añoranza aparezcan por momentos y duren meses o años presentes. Así mismo, dice que se recupera las relaciones sociales que habían quedado de lado y se intenta rehacer la vida, planteándose nuevas relaciones o planes futuros.

Ejemplo de descripción del proceso duelo a través tareas descritas por Worden.

Como alternativa al modelo de etapas Worden (2009) ve al duelo como una serie de tareas que la persona debe cumplir para adaptarse a la pérdida. Dichas tareas se describen a continuación:

Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida

Según Worden, incluso cuando la muerte es esperada existe siempre una sensación de irrealidad en relación con la misma, por esta razón la primera tarea es lograr que la persona acepte mental y físicamente que la pérdida es real e irreversible y que la persona desaparecida no volverá a reunirse con ella por lo menos en esta vida. De acuerdo al autor, la forma más común de rechazar la realidad de la muerte es a través de la negación y quien incurre en la misma se queda atorado en esta tarea de procesamiento del duelo. Según Worden, existen muchas estrategias de negación, la primera, consiste en una distorsión de la realidad ya sea creyendo que el fallecido ha encarnado en algún familiar o teniendo el cuerpo inerte en el domicilio antes de notificar el deceso. La segunda forma, es de acuerdo al autor desconociendo la importancia de la pérdida ya sea aduciendo defectos en la persona fallecida, desconociendo la cercanía del vínculo, negando extrañarle o

deshaciéndose inmediatamente de las posesiones del fallecido. De acuerdo a Worden, la tercera forma, es a través del “olvido selectivo” borrando de la memoria recuerdos del fallecido como su aspecto físico u otros detalles. La cuarta forma, dice Worden, se da desconociendo la irreversibilidad de la muerte como cuando el doliente se dice a sí mismo que la persona fallecida volverá. Finalmente, el autor sostiene que se encuentra el *middle knowlde* lo cual significa aceptar y no aceptar la muerte a la vez. Worden manifiesta que aceptar la realidad de la pérdida toma tiempo y las personas normalmente fluctúan entre momentos de total aceptación y de no aceptación; por esta razón esta tarea es complicada, porque requiere no solo que el doliente acepte la pérdida a nivel cognitivo sino también a nivel emocional.

Tarea II: Identificar y expresar las emociones

De acuerdo a Worden, esta tarea consiste en lograr que el doliente experimente el dolor de la pérdida en todas sus formas, estas normalmente incluye expresiones de dolor físico, emocional y comportamental, las cuales deben ser correctamente procesadas para evitar que más adelante aparezcan como manifestaciones físicas o comportamientos aberrantes. Según el autor, en muchas ocasiones la sociedad dificulta esta tarea, puesto que en un intento por reanimar al doliente le envían sutiles mensajes de que no debe sufrir o no debe sentirse de esa manera, por ejemplo diciéndole que es joven y puede tener más hijos o cosas por el estilo.

Worden dice que el negarse a experimentar el dolor de la pérdida da como resultado no sentir y el doliente que se rehúsa a hacerlo utiliza algunas estrategias. Según el autor, reprimir todas las emociones y negar el dolor que se está sintiendo es una forma. Otra son según manifiesta es idealizando a la persona fallecida, evitando cualquier recuerdo de la muerte o utilizando algún tipo de droga. Más aún, el autor sostiene que algunas personas utilizan otros recursos como viajar a varios sitios para evitar enfrentarse a

todas las emociones que genera la pérdida del ser querido. Para Worden es importante que las personas puedan transitar por las emociones de dolor, tristeza, ansiedad, ira, culpa, depresión y soledad que normalmente suelen experimentarse en estos casos, puesto que más tarde procesar estas emociones es más complejo, porque ya no cuentan con el apoyo social que contaban al momento de la pérdida.

Tarea III: Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro no está presente

De acuerdo a Worden, la persona que pierde a un ser querido debe realizar tres tipos de ajustes luego de la pérdida de un ser querido:

Ajustes externos: Según el autor, esto se refiere a adaptarse al mundo sin la presencia del fallecido y depende en gran medida del rol que la persona desaparecida haya desempeñado en el diario vivir. De acuerdo a Worden, en muchas ocasiones las personas no están conscientes de los roles que desempeñaba el fallecido hasta algún tiempo después de su muerte, normalmente su desaparición implica que quien sobrevive deba quedarse sola, criar a sus hijos por su cuenta, manejar las finanzas sin la ayuda del cónyuge entre muchas otras situaciones similares. Según el autor, esto también implica en muchos casos que el superviviente deba desarrollar una serie de habilidades que antes no tenía para hacer frente a las nuevas responsabilidades que le toca asumir. Worden dice que hallar sentido a la muerte y alguna forma en la que esta le haya beneficiado al doliente es parte de procesar exitosamente esta tarea.

Ajustes internos: De acuerdo a Worden, la muerte de un ser querido afecta la autoestima, el sentido de eficacia y la forma en cómo el sobreviviente se define. Según el autor, algunas personas que se definen en función de la relación que tienen con los demás, al perder a esa persona significativa, pierden también su sentido de identidad, por lo que el trabajo que deben realizar en esta tarea es aprender a verse como personas independientes y no como una parte de otra persona. Para otras personas dice el autor, su autoestima

depende de la relación con ese alguien significativo, por lo que al producirse el fallecimiento su autoestima puede verse seriamente dañada. Según Worden, la muerte de un ser querido también afecta el sentido de auto-eficacia del individuo sobre todo si no puede encargarse exitosamente de las labores que desempeñaba el fallecido. En general, de acuerdo al autor en la tarea III, el doliente debe trabajar en hallar respuesta a la pregunta de quién es él y cómo es diferente en relación al amor que sentía por la persona fallecida.

Ajustes Espirituales

Según Worden, en general la muerte de una persona significativa cuestiona nuestros valores y creencias filosóficas acerca de la vida, especialmente si la muerte es repentina y violenta como quien pierde a un hijo a causa de incidentes de violencia escolar. Por esta razón, el autor manifiesta que es común que luego de una pérdida, las personas experimenten una especie de falta de norte en sus vidas y que intenten hallar el significado de la muerte para sentir que tienen el control de sus vidas nuevamente. Según Worden, quien no procesa adecuadamente esta tarea, no se adapta a la pérdida se aísla y es incapaz de ajustarse a los requerimientos del entorno que le toca asumir. Procesar adecuadamente esta tarea dice el autor, implica que la persona se ocupe del nuevo rol que le toca asumir y que desarrolle las destrezas necesarias para hacer frente a los requerimientos que le solicita el entorno.

Tarea IV: Recolocar emocionalmente al ser querido y seguir viviendo

De acuerdo a Worden, esta tarea se refiere a hallar maneras de recordar al fallecido y llevarlo con nosotros, sin que esto interfiera en nuestras vidas. Anteriormente, el autor dice que se creía que el doliente debía ir desapegándose de la persona fallecida, sin embargo de acuerdo a lo que se conoce actualmente las personas nunca se desapegan del fallecido sino que buscan continuar el vínculo. Según Worden, quien no completa esta tarea se puede decir que es como si hubiera muerto con la persona fallecida. El autor

manifiesta que normalmente, esta tarea se dificulta cuando ese vínculo que se tenía con la persona fallecida impide que la persona cree nuevos lazos emocionales con gente nueva. Según Worden, muchas veces las personas se hacen promesas como no volver a amar; lo que dificulta el progreso en esta tarea.

Modelo de procesamiento dual de Stroebe y Schut.

De acuerdo a Stroebe y Schut (1999) el modelo de procesamiento dual fue desarrollado originalmente para entender cómo las personas superan la muerte de sus parejas pero puede ser aplicado para todo tipo de pérdida por muerte. Según los autores, este modelo propone que en el procesamiento del duelo, las personas deben superar dos tipos de estresores: los orientados a la pérdida y los orientados a la restauración. De acuerdo a los autores, los primeros, se refieren a la pérdida en sí y a aspectos que tienen que ver con la persona fallecida y los segundos con destrezas a desarrollar y cambios a nivel psicológico y social que la personas deben realizar luego de la misma. Según los autores, las destrezas a desarrollar se refiere a aprender a manejar las tareas de las que se encargaba la persona fallecida, por ejemplo las finanzas o la cocina; y los cambios a nivel psicológico y social se refieren a construir una nueva identidad, por ejemplo de esposa a viuda. Los autores manifiestan que el modelo de procesamiento dual, no propone una secuencia de etapas, sino un proceso dinámico en el que la persona oscila entre resolver los aspectos relacionados con la pérdida (estresores orientados a la pérdida) y aspectos relacionados con la restauración (estresores orientados a la restauración); además, lo hace de una manera en la que unas veces confronta la pérdida y otras evita cualquier memoria o situación que le enfrente con la misma; lo cual se considera tiene una función adaptativa.

A pesar de que la personas en general se adaptan exitosamente a la pérdida a través del proceso del duelo se dan ocasiones en que esto no ocurre así (Worden, 2009).

Efectivamente, existen algunos factores que pueden dificultar esta adaptación, los cuales

tienen que ver con muchos aspectos (Lobb et al., 2010). Dichos asuntos se detallan a continuación.

Factores de riesgo que complican el proceso del duelo.

Lobb, et al., (2010) revisaron 40 estudios en los que se analizaba los factores de riesgo que complican el proceso de duelo y encontraron los siguientes:

Factores asociados con la niñez: Según los autores, las personas que tienen apegos inseguros y que han sufrido adversidades a lo largo de su vida tienen más probabilidad de complicar el proceso del duelo.

Factores relacionados con la dependencia: Los autores manifiestan que en un estudio en el que se analizaron predictores de duelo complicado, en pérdidas conyugales se observó que las personas que han tenido una relación dependiente con sus esposos y rasgos dependientes de personalidad, en general tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones en el proceso de duelo.

Predictores asociados con pensamientos cognitivos-conductuales: Según los autores, los pensamientos negativos se relacionan con el apareamiento de emociones negativas luego de la pérdida, las mismas que a su vez hacen que los sobrevivientes intenten negar el dolor y las implicaciones de la misma; complicando el proceso.

Predictores asociados a muertes traumáticas: Según los autores, en un estudio realizado en adolescentes que sufrieron muertes por suicidio se evidenció que las mujeres tienen más tendencia a desarrollar complicaciones en el proceso del duelo en estas circunstancias traumáticas.

Por otro lado, Barreto y cols. (2012) también proponen algunos factores que pueden contribuir a que las personas desarrollen complicaciones en el proceso de duelo, dichos factores tienen que ver con algunos aspectos del doliente, algunas características de

la persona fallecida, el tipo de muerte o enfermedad que haya sufrido dicha persona, entre otros. Las autoras clasifican estos factores como sigue a continuación

Características personales del superviviente:

- 1) Juventud o vejez del superviviente.
- 2) Afrontamiento pasivo ante situaciones de estrés, trauma o con connotaciones depresivas.
- 3) Enfermedad mental o física anterior.

Características de la persona fallecida

- 1) Juventud del difunto.
- 2) Apego o relación ambivalente o dependiente con el fallecido.
- 3) Si el fallecido era padre-madre, esposa o hijo.
- 4) Nivel pobre de desarrollo familiar.

Características de la enfermedad o muerte

- 1) Muerte repentina o sin previo aviso.
- 2) Enfermedad larga.
- 3) Muerte incierta o no visualización del cadáver.
- 4) Enfermedad con síntomas sin control (mayor sufrimiento de la persona

muerta).

Aspectos de relación

- 1) Falta de soporte familiar y social.
- 2) Bajo nivel de comunicación con la familia y amigos.
- 3) Imposibilidad y dificultad para expresar la pena.
- 4) Pérdida no reconocida socialmente.

Otros aspectos

- 1) Duelos producidos anteriormente que no fueron resueltos.

- 2) Pérdidas múltiples.
- 3) Crisis simultáneas.
- 4) Múltiples obligaciones.

Siguiendo con los factores de riesgo Worden (2009) de igual manera, propone algunos factores que pueden complicar el proceso de duelo, los cuales son los siguientes:

Factores relacionales: Según Worden, esto se refiere al tipo de relación que el doliente mantenía con la persona fallecida. Según el autor, las relaciones que más dificultan el proceso de duelo son las ambivalentes en donde existía una hostilidad no manifiesta entre ambas partes, la cual hace que quienes sobreviven se nieguen a sufrir el duelo, además de tener que lidiar con sentimientos de ira y culpa dada la naturaleza de la relación. De acuerdo al autor, otra relación que puede dificultar este proceso son las narcisistas, puesto que el doliente ve a la persona fallecida como una parte de sí mismo, por lo que sufrir la pérdida implicaría reconocer que una parte de ellos ha muerto, razón por la cual se niegan a hacerlo. Así mismo, el autor manifiesta que las relaciones en donde existió abuso sexual, por parte del fallecido son problemáticas al procesar el duelo, puesto que las personas que han sufrido esta situación, normalmente se culpan por lo ocurrido y desarrollan baja autoestima, estas heridas pasadas se abren al producirse el fallecimiento y crean proceso de duelos muy complicados. Finalmente, según Worden se encuentran las relaciones dependientes en la que la imagen personal del doliente dependía de la persona fallecida, normalmente en este tipo de relaciones el fallecido le daba al doliente una imagen de persona fuerte, por lo que al producirse la muerte, la persona pierde esa imagen y vuelve a sus estructuras antiguas donde se sentía débil y necesitada.

Naturaleza del Apego: Según Worden, el grado de cercanía con la persona influye en la relación, si existía mucho cariño y cercanía las reacciones del duelo será mayores. Así mismo, el autor afirma que la seguridad del apego también influye en el proceso del

duelo, las personas que necesitaban al fallecido para reforzar su autoestima tendrán reacciones de duelo más complicadas, así como quienes necesitaban del fallecido para sentirse seguros. Por otro lado, el autor manifiesta que los conflictos mantenidos con el fallecido a lo largo de la relación o alrededor del tiempo de la muerte dejan asuntos pendientes entre las partes y pueden complicar el proceso.

Factores Circunstanciales: Worden sostiene que existen algunas circunstancias que impiden que las personas puedan sufrir el proceso del duelo; complicándolo. Según el autor, dichas circunstancias tienen que ver con: muertes inciertas (por ejemplo, el soldado que va a la guerra y se desconoce lo que ocurrió con él), muertes en donde no existe el cuerpo de la persona fallecida (por ejemplo, en aquellas donde la persona desaparece y el doliente abraza la esperanza de que aún esté vivo) y pérdidas múltiples (normalmente las que ocurren en desastres naturales, accidentes o atentados; haciendo muy difícil para el doliente lidiar con tantas emociones simultáneamente). Así mismo, el autor sostiene que se encuentran las muertes repentinas las cuales generan en el doliente sentimiento de culpa, por no haber podido hacer nada para evitar la misma y las cuales dejan además asuntos no resueltos entre este y el fallecido.

Factores de la historia personal del doliente: Según Worden, cómo las personas han manejado las pérdidas y las separaciones en el pasado influye en cómo las manejarán en el presente, quienes han mostrado reacciones anormales de duelo en el pasado muy probablemente exhibirán las mismas reacciones en el presente. De acuerdo a Worden, el historial de enfermedades mentales, específicamente de depresión, indica que probablemente existirá un proceso de duelo complicado en el presente.

Variables de personalidad: Worden sostiene que el carácter del individuo influye en su capacidad para manejar situaciones de estrés, quienes tienen dificultad para manejar este tipo de escenarios, normalmente inhiben el proceso del duelo y generan reacciones de

duelo complicado. Así mismo, el autor afirma que quienes tienen que mantener una imagen fuerte a nivel social se niegan a sí mismos a sufrir el proceso y a verse vulnerables, lo cual a largo plazo crea la posibilidad de complicaciones en relación con el mismo.

Factores sociales: De acuerdo a Worden otra circunstancia que genera un riesgo en la elaboración del proceso de duelo tiene que ver con el apoyo social con el que cuenta el doliente, puesto que si este no existe hay mayor riesgo de que se produzcan complicaciones en relación con el mismo. Por ejemplo, el autor sostiene que en los casos en los que las circunstancias de la muerte son tabú, como el suicidio; el doliente y su entorno suelen no querer hablar del tema, negándose el apoyo social que necesitan para superar la experiencia. Otro ejemplo, según el autor que puede complicar el proceso son las muertes privadas de derecho, es decir aquellas en las que el sufrimiento de la persona no es reconocido o es sancionado socialmente como, por ejemplo las muertes por abortos provocados. Según Worden, esta situación hace que el doliente no pueda compartir con su entorno y que sufra en soledad y en silencio. Por último, el autor manifiesta que el no contar con una red de apoyo social, geográficamente cerca, que le ayude al doliente a afrontar la pérdida también complica el proceso del duelo.

Finalmente, Piper et al. (2011) proponen también algunos factores de riesgo que pueden contribuir a que el proceso se complique, estos son:

Forma de la muerte

Muerte repentina e inesperada: Según los autores, estas normalmente contemplan la muerte de niños o adolescentes y puede generar reacciones de duelo prolongado o inhibir las reacciones del duelo; complicándolo, así mismo puede generar el síndrome de muerte inesperada el cual se caracteriza por aislamiento social y retraimiento.

Muerte traumática: Los autores clasifican estas como: 1) repentinas y no anticipadas, 2) violentas, 3) evitables o fortuitas, 4) múltiples, 5) aquellas que enfrentaron

al doliente con su propia muerte. Según los autores, este tipo de situaciones además de complicar el proceso de duelo pueden generar síntomas de estrés postraumático.

Pérdidas múltiples: Los autores manifiestan que este tipo de eventos pueden abrumar al doliente y dar como resultado una inhabilidad para sufrir la pérdida.

Muerte luego de una enfermedad crónica: Los autores dicen que esta se relaciona con los cuidados provistos a la persona fallecida, los cuales pueden generar una exposición traumática a este tipo de enfermedad y complicar el proceso de duelo.

Muerte infantil: Los autores manifiestan que este tipo de muerte va en contra de las leyes naturales y se ha visto que quienes más sufren el impacto de esta pérdida son la madres, la edad del niño no disminuye el impacto y puede estar asociada a traumas posteriores y ser exacerbada si existen otros niños o no existe suficiente apoyo social.

Muertes relacionadas con el SIDA: Según los autores, estas muertes complican el proceso, porque son socialmente estigmatizadas y el doliente no puede sufrir la pérdida, este tipo de muerte también puede involucrar otros factores de riesgo como muertes inesperadas y trauma.

Muertes naturales frente a no naturales: De acuerdo a los autores, las muertes no naturales dentro de las cuales se encuentran aquellas en donde ha ocurrido violencia, violación o la intención de provocar la muerte requieren de una mayor adaptación psicológica y pueden complicar el proceso de duelo.

Muerte Accidental: Los autores manifiestan que este tipo de muertes están asociadas a otros factores de riesgo como muertes inesperadas, repentinas, y evitables y normalmente generan trauma, así mismo están asociadas con desastres que dejan a la persona sin saber que ocurrió en realidad con el fallecido, como por ejemplo cuando no se halla el cuerpo; por lo que complican el proceso.

Homicidio: Según los autores, este tipo de muerte normalmente incluye la 3Vs: violación, violencia y volición, y genera reacciones de duelo muy intensas con episodios de ansiedad persistente, dificultad para relacionarse con el entorno y victimización.

Suicidio: De acuerdo a los autores, este tipo de muerte se caracteriza por el síndrome de duelo conflictivo que incluye sentimientos de abandono, humillación, y poca valía, además de una traumatización secundaria. No obstante, los autores sostienen que a pesar de esto, no existe evidencia de que este tipo de duelo varíe en patología, duración o intensidad que otros duelos.

Factores Personales

Edad: Según los autores, las personas jóvenes sufren más problemas psicológicos y de salud cuando hay muertes traumáticas o inesperadas en relación con la personas maduras; existiendo por tanto mayor propensión en este grupo a desarrollar complicaciones en el proceso.

Género: Los autores manifiestan que los viudos reportan más complicaciones que las viudas, lo cual está relacionado con que los hombres cuentan con menor apoyo social en relación con las mujeres. Por otro lado, los autores sostienen que las mujeres muestran mayores complicaciones psiquiátricas debido a la naturaleza de sus apegos y mayores estresores ambientales.

Historia familiar o personal de desórdenes emocionales: Aunque todavía no existe evidencia consistente, los autores dicen que se cree que las enfermedades mentales previas a nivel personal y familiar representan un riesgo. Así mismo, dicen que las enfermedades físicas antes de producirse el duelo también representan un riesgo.

Muerte de niños: Según los autores, la muerte de los padres en la infancia se relaciona con cuadros de depresión luego de la muerte de alguien significativo en la edad adulta.

Religiosidad: De acuerdo a los autores se cree que las personas religiosas resuelven mejor el duelo que las que no los son, probablemente debido a al apoyo social que reciben.

Factores de Personalidad

Ajuste psicológico: Los autores manifiestan que el duelo se complica cuando la persona tiene relaciones de excesiva dependencia, inseguridad y ansiedad, excesiva ira y reproches.

Estilos de apego: Según los autores, las personas con apegos ansiosos ambivalentes presentan riesgo de mostrar patrones de duelo crónico, mientras que las que tienen estilos de apego evitativo son propensas a reacciones de duelo retrasado.

Factores de riesgo asociados con asuntos relacionales

Relación con el desaparecido: De acuerdo a los autores, las relaciones muy cercanas e íntimas con los esposos están asociadas con complicaciones en la adaptación al duelo. De hecho, los autores sostienen que las relaciones de dependencia están asociadas a síntomas de duelo más severos.

Parentesco con el fallecido: Según los autores, la muerte del cónyuge o los hijos es más riesgosa que la de los padres o los hermanos.

Disponibilidad de redes sociales de apoyo: Los autores sostienen que la disponibilidad de redes sociales de apoyo se relaciona con mejores resultados en la salud de los dolientes. Efectivamente, los autores manifiestan que el apoyo de la familia es beneficioso para resolver cuestiones prácticas, mientras que el de las amistades para ayudar con los problemas emocionales.

Circunstancias alrededor de la muerte

Crisis anteriores: De acuerdo a los autores, las crisis del pasado, especialmente las maritales están relacionadas con pobres resultados en la adaptación al duelo.

A continuación se resumen en la siguiente tabla, los factores en los que los investigadores antes mencionados coinciden que son factores de riesgo que pueden complicar el proceso de duelo:

Tabla 1. Factores de Riesgo que Complican el Proceso de Duelo

	Lobb et al.	Barreto y cols.	Worden	Piper et al.
Apoyo social		x	x	x
Dependencia relacional	x	x	x	x
Duelos y crisis anteriores		x	x	x
Edad del deudo		x		x
Edad del fallecido		x		
Enfermedad larga y/o difícil de tratar		x		
Estilo de afrontamiento del deudo		x		
Estilo de apego	x	x	x	x
Género del deudo				x
Muerte accidental/repentina	x	x	x	x
Muerte incierta/sin visualización		x	x	
Parentesco con el fallecido		x	x	x
Pérdidas múltiples		x	x	x
Relación con el fallecido		x	x	
Salud física y psíquica del deudo		x		x
Situación de adversidad del deudo	x			

En general, la muerte es un evento inevitable al que todas las personas deben enfrentarse en determinado momento de la vida, aunque esta experiencia es dura, la mayoría de personas se adaptan a esta situación de manera exitosa cambiando a veces su actitud frente a la vida y mejorando incluso la relaciones sin embargo, otras personas debido a muchos factores de riesgo como los que se enlistaron anteriormente encuentran esa adaptación difícil (Piper et al., 2011).

A continuación se describen algunos de estos factores de riesgo que contribuyeron para que el proceso del duelo se complique en el caso de la paciente. Dichos factores se discuten a continuación.

Tema 3. Conceptualización del caso en relación con factores de riesgo.

Como ya se mencionó existen algunos factores de riesgo que pueden complicar el proceso de duelo. Aunque cada investigador plantea distintos factores de riesgo existe uno en el que la mayoría concuerda, el cual se relaciona con muertes que han ocurrido de forma repentina (Worden, 2009; Piper et al., 2011; Barreto et al., 2012). Dichas muertes dejan en el doliente sentimientos de culpa y asuntos no resueltos entre este y la persona fallecida (Worden, 2009). Además de reacciones de duelo crónicas o prolongadas (Piper et al., 2011). En el caso de Martina, se puede observar que la muerte de su hermana ocurre precisamente en estas circunstancias, dado que un incidente de salud inesperado acaba con su vida de un momento a otro. Esta situación deja a Martina con mucho sentimiento de culpa, puesto que ella considera que su hermana dio algunas señales de que algo podía estar ocurriendo con ella a nivel físico, sin embargo ella no comunicó estas señales. La paciente constantemente refiere pensamientos del tipo “Si solo”, que en su caso específico giran en torno a lo que hubiera ocurrido si prestaba atención a esas señales y las notificaba. Así, la paciente expresa constantemente la idea de: “Si solo me hubiera tomada en serio las quejas de mi hermana, ella ahora no estaría muerta”, “Si solo le hubiera llevado al médico antes, ahora estaría viva”, “Si solo me hubiera dado cuenta de que la molestias eran importantes, ahora no estaría muerta”, “Si solo hubiera avisado a mi familia sus molestias, no estaría muerta”. Así mismo, esta circunstancia de muerte que ocurre de forma repentina deja entre la paciente y su hermana algunos asuntos pendientes, puesto que esta no pudo expresarle algunos resentimientos que tenía respecto a la relación que ambas mantenían y no pudo alcanzar la relación que a ella le hubiera gustado tener con su hermana. Esta incapacidad de resolver los sentimientos de culpa y los asuntos pendientes contribuyeron a que la paciente desarrolle un duelo complicado.

Otro factor de riesgo que complicó el proceso de duelo de la paciente fue el historial de conflictos con la persona fallecida. De hecho, de acuerdo a Worden (2009) los conflictos con el fallecido a lo largo de la relación constituyen un factor de riesgo que puede complicar el proceso de duelo. En el caso de Martina, si bien la relación con su hermana era muy estrecha y primaban en ella sentimientos positivos, existían constantes discusiones entre ambas debido a que la paciente resentía algunos aspectos de la relación con la misma. Así mismo, los conflictos cercanos al momento de la muerte también constituyen un factor de riesgo que puede complicar el proceso del duelo (Worden, 2009). De hecho, en el caso de Martina una discusión importante el día anterior a la muerte de su hermana, deja a la paciente con la sensación de que quedó algo pendiente entre ambas que no pudo arreglarse, generando en ella sentimientos de culpa y de tristeza que no pudieron expresarse.

Cuando las personas debido a distintos factores de riesgo o circunstanciales, como los que ya se mencionaron anteriormente, no pueden avanzar en el proceso del duelo se dice que este se ha complicado y puede generar en el doliente distintas reacciones de duelo complicado, como por ejemplo reacciones crónicas de duelo o reacciones retrasadas, entre otras (Worden, 2009). De hecho, para algunos autores, los factores de riesgo se relacionan con la dificultad de las personas de resolver el proceso de duelo haciendo que este no siga su curso (Barreto y cols., 2008). Según varios investigadores al duelo que no sigue la trayectoria esperada se lo denomina duelo complicado (Barreto y cols., 2012). Sin embargo, el concepto de duelo complicado difiere entre los distintos autores, los cuales proponen diferentes conceptos para el mismo (Howarth, 2011).

A continuación se expone lo que los distintos investigadores consideran que representa el duelo complicado, que para objetos de este trabajo se lo denominará de esa

manera, no sin antes mencionar que muchos investigadores lo denominan de maneras distintas.

Tema 4. Duelo complicado.

Qué es duelo complicado.

Determinar qué es duelo complicado es una tarea un tanto difícil, puesto que existen muchos criterios y discrepancias respecto al concepto del mismo, razón por la cual no se incluyó en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR* (Gil-Juliá y cols., 2008). Efectivamente, se sabe que desde hace muchos años existen tantos conceptos en relación al mismo que incluso ha sido difícil que los expertos lleguen a un consenso respecto a cómo denominar a estas expresiones atípicas de duelo, de hecho de acuerdo a una encuesta realizada por Raphael y Middleton (1990), a los terapeutas expertos en este tema, los términos más utilizados para denominar el duelo complicado eran “duelo crónico”, “duelo retrasado” y “duelo exagerado” (Worden, 2009). Así mismo, se lo llamaba “duelo complicado” (Prigerson et al., 1995). Así como, “duelo traumático”, “duelo traumático de la niñez”, y más recientemente “desorden de duelo prolongado” (Howarth, 2011). En general, en el siglo XX el término más utilizado para denominar a las reacciones anormales de duelo eran duelo patológico y hacían referencia a las complicaciones y a los aspectos inadaptativos ocasionados por la pérdida, hasta que Horowitz y sus colaboradores (1997), introdujeron el término duelo complicado y establecieron una serie de criterios diagnósticos para evaluarlo (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000).

Para Horowitz et al. (1997) el duelo complicado se define en base al tipo de síntomas que exhibe la persona, normalmente asociados con ansiedad por separación y trauma, al impedimento que dichos síntomas causan en el funcionamiento del individuo y al tiempo que estos acompañan al mismo. Prigerson et al. (1995) dice que lo que define al

duelo complicado es precisamente las alteraciones que la sintomatología causa en el funcionamiento de la persona. De hecho, para la investigadora si los síntomas no causan alteraciones significativas en el funcionamiento, no pueden denominarse duelo complicado. Posteriormente, luego de realizar varias investigaciones Prigerson, concuerda en que al duelo complicado se lo defina en base a síntomas específicos de ansiedad por separación y trauma, además de mantener el hecho de que estos deben causar un impedimento significativo en el funcionamiento del individuo y extenderse por un período de tiempo inadaptativo (Jacobs et al., 2000). De hecho, la última propuesta de Prigerson sobre el duelo complicado, desorden de duelo prolongado, como lo denomina más recientemente, mantiene los mismos criterios anteriores y modifica el tiempo, de dos a seis meses, en que los síntomas deben estar presentes para considerarse inadaptativos (Prigerson et al. 2009). Lobb, et al. (2010) concuerda con que el término duelo complicado hace referencia a la respuesta ante la pérdida, que incluye síntomas de duelo que se extienden por un período de tiempo que se considera inadaptativo. Además, los investigadores, concuerdan en que estos síntomas muestran por un lado una ansiedad por separación crónica en relación con el fallecido como: intensa añoranza y búsqueda continua de la persona desaparecida, sentimientos de soledad y frecuentes estallidos emocionales, constante preocupación por la persona desaparecida y pensamientos intrusivos en relación con el fallecido y por otro lado síntomas de trauma como: incredulidad respecto a la muerte, desconfianza, ira, shock, aislamiento y la experiencia de síntomas físicos que sintió la persona fallecida. En concordancia, Shear y Mulhare (2008) sostienen que lo que caracteriza al duelo complicado son algunos síntomas: anhelo y búsqueda del desaparecido, rumiación acerca de la persona fallecida e incapacidad de comprender la irreversibilidad de la muerte que duran más allá de un tiempo que se considera adaptativo. Así mismo, los autoras sostienen que las personas que manifiestan

duelo complicado no son capaces de integrar la experiencia dolorosa y se quedan atrapadas en un ciclo que se caracteriza por creer que la muerte no debió ocurrir, que ha sido injusta o que pudo ser prevenida.

No obstante, contrario a estas visiones, otros autores manifiesta que existen varias formas de ver el duelo complicado por lo que reducirlo a un solo síndrome o un desorden es un error (Rando et al., 2012). De hecho, según algunos autores el duelo complicado se manifiesta de distintas maneras y no se trata de los síntomas que exhibe la persona, sino del tiempo o la intensidad que dichos síntomas acompañan a la misma, lo que determina el diagnóstico (Horowitz et al., 1980 en Worden, 2009). Al respecto, se dice que el duelo complicado es un síndrome cuyas reacciones se han intensificado y prolongado en el tiempo impidiendo que el doliente se recupere de la pérdida (Shear, 2012). Para algunos investigadores, las personas que sufren de duelo complicado pueden exhibir algunas reacciones como: duelo retrasado, duelo inhibido, duelo distorsionado y duelo traumático que requieren ser investigadas (Rando et al., 2012). De acuerdo a Worden (2009) también pueden presentar otras reacciones como duelo crónico, cuando las reacciones de duelo duran excesivamente y no llegan a una resolución satisfactoria; duelo con reacciones exageradas, cuando las mismas se intensifican y resultan abrumadoras para el doliente generando en comportamientos inadaptativos; y reacciones enmascaradas de duelo que se caracterizan por presentar malestar somático, el cual no suele asociarse con la pérdida pero es producto de esta.

En general, la propuesta de algunos investigadores dice que una persona desarrolla duelo complicado, a través de dos vías: en caso de muertes traumáticas como accidentes, desastres naturales o violencia; o debido a un estilo de apego vulnerable producto de características hereditarias o de crianza, lo cual crea síntomas de ansiedad por separación y trauma que son necesarios y suficientes para hacer el diagnóstico (Jacobs et al., 2000). Así

mismo, manifiestan que dichos síntomas necesarios para hacer el diagnóstico son diferentes entre sí y diferentes de los síntomas de depresión (Prigerson et al., 1995). Sin embargo, Hogan, Worden y Schmidt (2004) al poner a prueba a través de un análisis factorial, dichos síntomas (ansiedad por separación y trauma) que se dicen son básicos para hacer el diagnóstico encontraron que estos, no son entidades distintas, sino que se agrupan bajo un mismo factor que no permite diferenciarlos entre sí. Más aún, los investigadores afirman que al analizar dichos síntomas con los de depresión que se dice son distintos, nuevamente se observó que estos caen bajo un mismo factor alcanzando el 83.66% de la varianza, por lo que concluyen que estas entidades no pueden diferenciarse y proponen que se realicen más investigaciones antes de oficializar esos criterios diagnósticos para el duelo complicado. De esta manera se dice que existen varias formas de conceptualizar el duelo complicado (Ginzburg et al., 2002). Además de que se propone que los interesados en ahondar sobre esta condición sigan haciendo más investigaciones al respecto para poder delinear unos criterios específicos que puedan diagnosticarla (American Psychiatric Association, 2013).

Para el presente caso se diagnosticó a la paciente utilizando los criterios que propone Worden (2009) en relación a las reacciones crónicas de duelo complicado, las cuales son aquellas que se prolongan en el tiempo, sin llegar a una resolución satisfactoria e impidiendo que la persona resuelva el proceso del duelo, precisamente porque tal como afirma Hogan et al. (2004) aún no ha podido demostrarse que los criterios que proponen otros autores para diagnosticar el duelo complicado como: síntomas de ansiedad por separación y trauma, los cuales según su criterio son necesarios y suficientes para hacer el diagnóstico, hayan probado que efectivamente lo son; de hecho según los investigadores aún se necesitan realizar más investigaciones al respecto.

A continuación se expone la conceptualización del caso de la paciente desde la perspectiva del duelo complicado.

Tema 5. Conceptualización del caso a través del duelo complicado.

Como ya se mencionó los criterios utilizados para determinar que la paciente desarrolló un duelo complicado se basaron en la cronicidad de los síntomas de duelo, los cuales se extendieron por un período prolongado de tiempo sin llegar a una resolución satisfactoria; dificultando que esta avance en el proceso de duelo (Worden, 2009). En el caso de la paciente se advierte que presenta síntomas que se han extendido en el tiempo por un período de alrededor de tres años. Estas reacciones de duelo crónico provocan en las personas una sensación de que el duelo no ha terminado y suelen presentarse por períodos prolongados de tiempo de tal manera que los pacientes pueden acudir a terapia al cabo de dos o cinco años, luego de la pérdida, intentando finalizar el proceso (Worden, 2009). En el caso de la paciente se observa precisamente esta sensación, es decir que el proceso de duelo no ha terminado para ella y la intención de finalizarlo.

Sin embargo, a pesar de haber utilizado el criterio antes expuesto para hacer el diagnóstico también se observa que presenta algunos síntomas (ansiedad por separación y trauma) que otros enfoques explicados anteriormente determinan que son necesarios y suficientes para hacer el diagnóstico y que además causan impedimento significativo en el funcionamiento del individuo y se extiende por un período inadaptable (Jacobs et al., 2000). Por ejemplo, Martina presenta síntomas de ansiedad por separación como: anhelo o añoranza de la persona fallecida, así como síntomas asociados a trauma como recuerdos espontáneos o intrusivos en relación con la persona fallecida y la evitación de personas que recuerden a la persona desaparecida, así como personas que le enfrenten con la realidad de la pérdida. Estos síntomas han durado tres años y afecta importantemente algunas áreas de

su vida. Por esta razón, incluso utilizando este enfoque se podría decir que la paciente presenta un caso de duelo complicado.

En términos generales se puede decir que existen distintas formas de conceptualizar el duelo complicado y con el fin de que este sea reconocido oficialmente en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM*, como un trastorno mental se ha intentado unificar los criterios diagnósticos para el mismo (Worden, 2009).

A continuación se explican las gestiones realizadas por algunos autores para delimitar dichos criterios y se exponen los diversos principios propuestos para diagnosticar esta condición.

Diagnósticos emergentes de duelo complicado.

De acuerdo a Worden (2009) hace aproximadamente una década varios investigadores vienen intentado definir el duelo complicado utilizando unos criterios que sean sujetos de medición confiable para poder incluirlo en el *Manual Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales* y con ello conseguir que este sea reconocido como un trastorno mental auténtico. Según el autor, dicho reconocimiento lograría conseguir financiamiento para seguir realizado más investigaciones al respecto, al tiempo que haría a los sujetos con este padecimiento susceptibles de cobertura médica por parte de las aseguradoras. Al respecto, una de las personas que más ha investigado en relación al duelo complicado y que más ha trabajado en la definición y delimitación del mismo es Holly Prigerson (Barreto et al., 2012). Anterior a Prigerson, Horowitz y sus colaboradores también realizaron esfuerzos para demarcar unos criterios diagnósticos para el duelo complicado y aunque los dos grupos trabajaron de manera independiente, ambos propusieron algunas manifestaciones muy similares como: añoranza, incredulidad, soledad, vacío y evitación, que daban cuenta que de alguna forma los investigadores estaban de acuerdo con los criterios diagnósticos del mismo (Gil- Juliá et al., 2008).

Volviendo a Worden (2009) el trabajo de Prigerson et al. (1995) inició cuando la investigadora trabajaba en la Universidad de Pittsburg y decidió hacer un análisis factorial entre la depresión y el duelo utilizando datos de una población de ancianos que habían sido recogidos con anterioridad. Dicho estudio determinó que el grupo de ítems que correspondían al duelo caían bajo una categoría y los de depresión bajo otra, por lo que la investigadora concluyó que son entidades distintas aunque pueden ocurrir simultáneamente (Prigerson et al., 1995).

Siguiendo con Worden (2009) de este trabajo inicial de Prigerson y sus colaboradores se desprendieron dos ideas, la primera que en el duelo complicado deben tratarse dos aspectos: el trauma y la ansiedad por separación y segundo que el duelo complicado es un fenómeno distinto de la depresión y la ansiedad.

Estos hallazgos iniciales de Prigerson y sus colaboradores plantaron la semilla para llevar a cabo una reunión, en la que participaron un grupo de expertos en psiquiatría, y en asuntos de duelo y trauma para discutir la necesidad de establecer los criterios diagnósticos del mismo (Prigerson et al., 1999 en Prigerson et al., 2009).

De acuerdo a Jacobs et al. (2000) en la reunión de expertos se analizaron datos de estudios llevados a cabo en individuos tanto de la práctica clínica como de la comunidad y encontraron que los síntomas de ansiedad por separación como: anhelo y búsqueda de la persona desaparecida, así como soledad excesiva producto de la pérdida formaban un conjunto de síntomas del mismo tipo que a su vez mostraban manifestaciones de trauma como: pensamientos intrusivos en relación con la persona desaparecida, sensación de aturdimiento, incredulidad en relación con la pérdida, estupefacción y sensación de seguridad y confianza quebrantada. Así mismo, notaron que estos síntomas son distintos de la depresión y ansiedad, y que además provocan alteraciones en el funcionamiento global de la persona, interrupciones en el sueño, problemas de autoestima, además de morbilidad

con enfermedades importantes, malos hábitos de vida e ideaciones suicidas, que justificaba que los expertos elaboren unos criterios diagnósticos para esta condición que mostraba ser una entidad propia (Jacobs et al. 2000).

Sobre esto último un estudio realizado por Prigerson et al. (1995) comprobó que el duelo complicado, la ansiedad y la depresión son entidades distintas aunque pueden ocurrir al mismo tiempo. Dichos hallazgos fueron confirmados más tarde por otra investigación realizada por ella misma y sus colegas en la determinaron que efectivamente el duelo complicado y la depresión y ansiedad provocadas por la pérdida eran conceptos distintos (Prigerson et al., 1996).

Así mismo, la investigación realizada por Prigerson et al. (1995) también determinó que el diagnóstico de duelo complicado era capaz de predecir alteraciones en el funcionamiento global del individuo, ánimo deprimido, baja autoestima y disrupción del sueño un año y medio después de la pérdida. Además, que los síntomas de duelo complicado también mostraba gran morbilidad con enfermedades importantes como: cáncer, presión arterial elevada, problemas cardíacos, así como ideaciones suicidas, cambios en los hábitos alimenticios y síntomas de depresión (Prigerson et al., 1997).

Más aún, en la reunión de expertos también se encontró que el duelo complicado no responde a la medicación antidepresiva y que responde satisfactoriamente a la terapia psicológica, por lo que los investigadores concluyeron que todos esos hallazgos justificaban crear unos criterios diagnósticos para el mismo (Jacobs et al. 2000). Para delimitar los criterios se utilizó el formato del DSM-IV, desde el criterio A al D (Worden, 2009). Los criterios diagnósticos propuestos en esa reunión cambiaron el nombre de duelo complicado a duelo traumático, no debido a la etiología del mismo, sino porque este era menos impreciso que duelo complicado y menos negativo que duelo patológico y porque describía mejor los criterios diagnósticos propuestos (Jacobs et al. 2000).

Luego de ese primer intento de oficializar los criterios diagnósticos del duelo complicado, algunos años más tarde Prigerson vuelve a proponer unos criterios diagnósticos para ser incluidos en la última publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5* y cambia el nombre de duelo traumático a desorden de duelo prolongado y decide que el tiempo para que las reacciones del mismo se consideren inadaptativas sea de seis meses y no dos meses como proponía anteriormente; aunque sigue manteniendo que los síntomas característicos son ansiedad por separación y trauma y la disfuncionalidad que estos producen en el individuo (Prigerson et al., 2009).

Como alternativa a los esfuerzos de Prigerson por delimitar unos criterios diagnósticos que permitan que el duelo complicado sea considerado un trastorno mental oficialmente reconocido por el DSM, Horowitz (2005) plantea que para la última publicación del mismo, se lo incluya bajo la categoría de trauma y propone que todas las categorías en relación a este se modifiquen. Si esto no es viable, el autor sostiene que este debería incluirse en algún sitio, pero no en los problemas que requieren investigación en el futuro, puesto que esto no garantizaría que las personas que sufren de este padecimiento estén cubiertas por el seguro y puedan beneficiarse del tratamiento.

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados por estos investigadores, en la última publicación del DSM 5, el duelo complicado todavía no aparece reconocido como un trastorno mental (Romero, 2013). Sin embargo, el manual propone dos desórdenes relacionados con la pérdida, el primero se denomina trastorno adaptativo relacionado con la pérdida y el segundo desorden de duelo complejo persistente (Kaplow, Layne, Pynoos, Cohen y Lieberman, 2012). El primero puede ser diagnosticado después de la muerte de una persona significativa cuando: la intensidad, cualidad y persistencia de las reacciones de duelo exceden lo que normalmente sería esperado tomando en cuenta las normas culturales

religiosas y los comportamientos esperados de acuerdo a la edad del individuo (American Psychiatric Association, 2013, p. 287).

Mientras que el segundo se encuentra bajo la categoría de condiciones a ser investigadas en el futuro, lo cual significa que los criterios propuestos para dicho trastorno no se encuentran oficialmente reconocidos y no pueden ser utilizados con fines médicos (American Psychiatric Association, 2013). Según el manual los criterios propuestos, para este último trastorno fueron elaborados por un grupo de expertos los cuales revisaron la literatura disponible y re-analizaron los datos con el fin de facilitar el entendimiento del trastorno, de tal forma que quienes estén interesados en investigar sobre esta condición puedan llevar a cabo dichos estudios (American Psychiatric Association, 2013).

A continuación se exponen los criterios diagnósticos propuestos por los distintos investigadores y las condiciones que propone el DSM 5, para el duelo complicado. Así mismo, se exponen la conceptualización del caso de la paciente desde la perspectiva de cada uno de los criterios diagnósticos propuestos.

Criterios diagnósticos para duelo complicado propuestos por Horowitz et al. (1997).

A. Criterio del Evento/Respuesta prolongada a dicho evento

Duelo (muerte de cónyuge, pariente o persona significativa) al menos 14 meses atrás (12 meses son eliminados por posible agitación puesto que se halla cerca el aniversario).

Criterios para signos y síntomas

En el último mes, tres de los siguientes siete síntomas con una severidad que interfiera con el funcionamiento diario.

Síntomas Intrusivos

1. Memorias espontáneas o fantasías intrusivas en relación con la persona fallecida

2. Fuertes trances o emociones agudas en relación con la persona fallecida
3. Anhelo angustiante de que la persona fallecida estuviera presente.

Signos de evitación y dificultad para adaptarse

4. Sentimientos de estar muy solo o vacío.
5. Estar excesivamente lejos de personas, lugar, o actividades que recuerden a la persona fallecida.
6. Niveles inusuales de interferencia para dormir.
7. Pérdida de interés en actividades laborales, sociales, de autocuidado, recreacionales a un punto inadapativo.

Tema 6. Conceptualización del caso en base a los criterios de Horowitz et al. (1997).

Si se tomaran en cuenta estos criterios para diagnosticar a Martina se observa que la paciente cumple con los requerimientos para ser diagnosticada con esta condición. En primer lugar, con el criterio del evento: muerte de persona significativa, así como con la respuesta prolongada a dicho evento que estipula más de 14 meses para hacer el diagnóstico, que en el caso de la paciente se cumple con una respuesta que ha durado tres años desde la pérdida. En cuanto a los signos y síntomas la paciente cumple con cinco de los tres requeridos, los cuales son: memorias espontáneas o intrusivas acerca de la persona desaparecida, anhelo de la persona desaparecida, sentimientos de estar muy solo o vacío, estar excesivamente lejos de personas que recuerden a la persona fallecida, que en el caso de la paciente se traduce a evitar el círculo social que frecuentaba su hermana no solo porque le recuerdan a ella, sino porque dichas personas le enfrentan con la realidad de la muerte y finalmente, pérdida de interés en actividades sociales y recreacionales a un punto inadapativo.

Criterios diagnósticos para duelo complicado propuestos por Prigerson et al. (1999).

De acuerdo a Jacobs et al. (2000) Prigerson y sus colaboradores proponen en 1999 unos criterios diagnósticos para el duelo complicado, los cuales se describen como siguen a continuación:

Criterio A:

1. La persona ha experimentado la pérdida de una persona significativa,
2. La respuesta incluye preocupación intrusiva y angustiante por la persona desaparecida (por ejemplo, ansias, deseo, añoranza y búsqueda de la persona desaparecida).

Criterio B: En respuesta a la muerte el siguiente síntoma(s) es/son marcado y persistente.

1. Esfuerzos frecuentes por evitar recordatorios de la persona desaparecida (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, actividades, personas y lugares).
2. Pensamientos de que el futuro no tiene sentido o no tiene importancia.
3. Sensación subjetiva de adormecimiento, desapego o ausencia de respuesta emocional.
4. Sentirse impactado, aturdido o en shock.
5. Dificultad para aceptar la pérdida (ejemplo, incredulidad).
6. Sentir que la vida está vacía o no tiene sentido.
7. Dificultad para imaginar una vida plena sin la persona fallecida.
8. Sentir que una parte de uno ha muerto.
9. Visión truncada del mundo (por ejemplo, pérdida del sentido de seguridad, confianza y control).

10. Asumir síntomas o comportamientos destructivos de la persona fallecida o en relación con esta.

11. Excesiva irritabilidad, amargura e ira en relación con la muerte.

Criterio C

La duración de la perturbación (los síntomas enlistados) es de al menos dos meses.

Criterio D

La perturbación causa impedimento clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Tema 7. Conceptualización del caso en base a criterios de Prigerson et al.

(1999).

Si se tomaran en cuenta los criterios enlistados anteriormente para diagnosticar a Martina, la paciente cumple con el criterio A: muerte de persona significativa, y añoranza de la persona desaparecida. Además con cuatro síntomas del criterio B: esfuerzos frecuentes por evitar recordatorios del fallecido, que en este caso se refiere a evitar estar con personas que le recuerden a su hermana, y le enfrenten a la pérdida; asumir comportamientos de la persona desaparecida, que en el caso de la paciente se trata de interesarse por las actividades que le gustaban a su hermana, como participar en campeonatos de futbol y hacer voluntariado en asociaciones animales, las cuales son actividades que no son de su completo agrado pero que a raíz de la muerte se convierten en actividades de interés para la paciente; sentir que una parte de ella ha muerto con su hermana fallecida y finalmente amargura e ira en relación con la muerte. Cumple además con el criterio C: puesto que los síntomas los ha experimentado por más de dos meses y finalmente con el criterio D: puesto que esta perturbación ha causado impedimento clínicamente significativo en el área social, laboral y recreacional, que en el caso de la

paciente se refiere a una disminución en su rendimiento académico, incapacidad para mantener y hacer nuevas relaciones sociales y de interesarse por las actividades que antes le agradaban.

Criterios diagnósticos para duelo complicado propuestos por Prigerson et al. (2009).

- A. Evento: Duelo (pérdida de persona significativa)
- B. Ansiedad por separación: el doliente experimenta anhelo (ej. añoranza, ansias, por el fallecido; sufrimiento físico y emocional como resultado del deseo insatisfecho de dicha reunión) que se lo experimenta a diario o de un modo deshabilitante.

C. Síntomas cognitivos, emocionales y comportamentales

El doliente tiene cinco (o más) de los siguientes síntomas que se lo experimentan a diario o en un nivel deshabilitante:

1. Confusión acerca del rol en la vida o un sentido personal disminuido (ej. sentir que una parte de uno ha muerto).
2. Dificultad para aceptar la pérdida.
3. Evitar recordatorios que le enfrenten con la realidad de la muerte.
4. Inhabilidad para confiar en otros desde la pérdida
5. Amargura o ira en relación con la muerte.
6. Dificultad para seguir adelante con la vida (ej., hacer nuevos amigos, interesarse por otros aspectos de la vida).
7. Adormecimiento (ausencia de emoción) a partir de la muerte.
8. Sentir que la vida está vacía y que no tiene sentido a partir de la muerte.
9. Sentirse en shock, aturdido por la muerte.

- D. Tiempo: El diagnóstico no puede hacerse sino han pasado seis meses desde la muerte.
- E. Impedimento: La perturbación causa impedimento clínico significativo en el área social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento (ej. responsabilidades domésticas).
- F. Relación con otros trastornos mentales: La perturbación no se explica mejor por un trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático.

Tema 8. Conceptualización del caso en base a criterios de Prigerson et al.

(2009).

Si se tomaran en cuenta estos criterios para diagnosticar a la paciente cumple con el criterio A: muerte de persona significativa, cumple con el criterio B: síntomas de ansiedad por separación como: anhelo y añoranza de la persona desaparecida que produce malestar somático que en el caso de la paciente se traduce en dolores musculares y malestar emocional como nostalgia y tristeza debido a la incapacidad de satisfacer el reencuentro con la persona fallecida, síntomas que además la paciente experimenta a menudo. En cuanto al criterio C: aunque no cumple con cinco o más de los síntomas requeridos si se acerca mucho a la cantidad solicitada reportando lo siguiente: sentido del yo disminuido, como sentir que una parte de ella ha muerto; evitar recordatorios que le enfrenten con la realidad de la pérdida, que en caso de la paciente se trata de evitar el círculo social que frecuentaba su hermana, el cual le recuerda que ella está muerta; amargura o ira en relación con la muerte, que la paciente reporta con pensamientos de que su hermana no debía haber muerto y finalmente dificultad para continuar con la vida, que en el caso de la paciente se traducen en una incapacidad para seguir adelante con sus relaciones sociales, hacer nuevos

amigos y mantener las relaciones de amistad que tenía, además de incapacidad de concentrarse en sus estudios y retomar sus actividades recreacionales. Cumple también con el criterio D: han pasado más de seis meses desde la pérdida. Cumple con el criterio E: puesto que los síntomas causan impedimento significativo a nivel ocupacional y social y finalmente con el criterio F: puesto que la paciente no reporta un trastorno de ansiedad generalizada, estrés postraumático o depresión.

Criterios diagnósticos para trastorno adaptativo relacionado con la pérdida propuestos por el DSM 5.

A. Desarrollo de síntomas emocionales y conductuales en respuesta a un estresor(s) identificado que ocurre dentro de 3 meses desde el apareamiento del estresor(s).

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como lo demuestra uno o dos de los siguientes:

1. Marcada angustia fuera de proporción en relación con la severidad o intensidad del estresor, tomando en consideración el contexto externo y cultural que puede influenciar la severidad y presentación de los síntomas.

2. Impedimento significativo en el área social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Las perturbaciones no cumplen los criterios diagnósticos de otra enfermedad mental o no son meramente la exacerbación de una condición mental preexistente.

D. Los síntomas no son los de duelo normal.

E. Una vez que el estresor o sus consecuencias terminaron, los síntomas no persisten más de unos 6 meses adicionales.

Especificar si:

309. 0 (F43.21) Con ánimo deprimido: Bajo ánimo, llanto o sentimiento de desesperanza predominante.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predominante nerviosismo, preocupación, o ansiedad por separación.

309.28 (F43.23) Con combinación de ansiedad y depresión: Predominante combinación de ansiedad y depresión.

309.3 (F43.24) Con perturbaciones de la conducta: Predominante perturbación de la conducta.

309.4 (F43.25) Con una combinación de perturbaciones emocionales y conductuales: Predominante combinación de síntomas emocionales (ejemplo, depresión, ansiedad) y perturbaciones de la conducta.

309.9 (F43.20) Inespecificado: Por reacciones desadaptativas que no son clasificables como uno de los subtipos de trastornos de desajuste.

Tema 9. Conceptualización del caso en base a criterios para trastorno adaptativo relacionado con la pérdida.

Aunque el trastorno adaptativo relacionado con la pérdida aparece en la última edición del DSM 5, el cual no se hallaba disponible cuando la paciente fue diagnosticada, si se utilizaran esos criterios para establecer su condición se observa que cumple con el criterio A: síntomas emocionales y conductuales frente a un estresor específico que ocurrió dentro de los tres meses posteriores a la muerte, que en este caso el estresor se refiere a la muerte de una persona significativa que generó síntomas que no se han disipado a pesar del tiempo transcurrido desde la muerte. En cuanto al criterio B: cumpliría con impedimento significativo en el área social, por no poder mantener y hacer nuevas amistades y en el área laboral por reportar una dificultad para concentrarse en actividades académicas que se traducen en un bajo rendimiento. Cumple con el criterio C, en cuanto las perturbaciones de la paciente no cumplen los criterios diagnósticos de otra enfermedad mental o no son la

exacerbación de una condición mental preexistente y con el criterio D, en cuanto los síntomas no son los de duelo normal. Sin embargo, la paciente no cumple con el criterio E, que estipula que una vez que el estresor o sus consecuencias terminaron, los síntomas no deben persistir más de unos seis meses adicionales, razón por la cual no podría ser diagnosticada con esta condición.

Criterios diagnósticos para desorden de duelo complejo persistente propuestos por el DSM 5.

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien él o ella ha tenido una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los siguientes síntomas que se experimentan la mayor parte del tiempo en un grado que es clínicamente significativo y que ha persistido por lo menos 12 meses después de la muerte en los adultos y 6 en los niños:
 - 1. Anhelos persistentes del fallecido. En los niños pequeños, el anhelo puede ser expresado a través de juego, incluyendo comportamientos que reflejan el haber sido separado, y ser reunido con el cuidador o la figura significativa de apego.
 - 2. Tristeza intensa y dolor emocional en relación con la pérdida.
 - 3. Preocupación en relación con la persona desaparecida.
 - 4. Preocupación con las circunstancias de la muerte. En los niños esta preocupación se expresa a través del juego y otros comportamientos y puede extenderse a la preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.
- C. Desde la muerte, al menos seis de los siguientes síntomas que se experimentan la mayor parte del tiempo en un grado que es clínicamente significativo y que

ha persistido por lo menos 12 meses después de la muerte en los adultos y seis en los niños:

Sufrimiento reactivo a la muerte

1. Marcada dificultad para aceptar la muerte. En niños, esto depende de la capacidad de los mismos de entender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o adormecimiento emocional en relación con la muerte.
3. Dificultad para recordar positivamente al fallecido.
4. Amargura e ira en relación con la muerte.
5. Evaluación mal-adaptativa acerca de uno mismo en relación con el fallecido (ej. auto-culpa).
6. Excesiva evitación de recordatorios del fallecimiento (ej. evitar personas, lugares, o situaciones asociadas con la muerte; en los niños incluye evitar pensamientos y emociones en relación con el fallecido).

Disrupción de la identidad social

7. Deseo de morir para reunirse con el desaparecido.
8. Dificultad para confiar en otras personas desde la muerte.
9. Sentirse solo o desapegado de otras personas desde la muerte.
10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o la creencia de que uno no puede funcionar sin la persona fallecida.
11. Confusión del rol personal, o un sentido de identidad disminuido (ej. sentir que parte de uno murió con la persona fallecida).
12. Dificultad o negación de encontrar interés a raíz de la pérdida o planear el futuro (ej. amistades, actividades).

- D. La perturbación causa sufrimiento emocional significativo o impedimento social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.
- E. Las reacciones ante la pérdida están fuera de proporción o son inconsistentes con las normas culturales o religiosas o lo esperado de acuerdo a la edad del doliente.

Tema 10. Conceptualización del caso en base a criterios de desorden de duelo complejo persistente.

Al igual que la condición anterior esta aparece en la última edición del DSM 5, la cual como ya se mencionó no se encontraba disponible al hacer el diagnóstico. No obstante, al utilizar estos criterios en el caso de la paciente se observa que cumple con el criterio A: ha experimentado la muerte de una persona cercana. Cumple además con dos síntomas del criterio B: anhelo persistente de la persona fallecida y tristeza intensa y dolor emocional en relación con la pérdida. En cuanto al criterio C, no cumple con los seis síntomas requeridos pero se acerca mucho a la cantidad solicitada: amargura e ira en relación con la muerte; sentimientos de auto-culpa en relación con la persona fallecida, que en este caso se caracteriza por auto-reproche en relación a haber podido evitar la muerte de la persona significativa; evitar recordatorios del fallecimiento de la persona, que en este caso se trata de evitar personas que le enfrenten con la realidad de la pérdida; sentir que una parte de uno a muerto y finalmente, dificultad para encontrar interés en las actividades que solían gustarle como las clases de música y yoga. Así mismo, cumple con el criterio D, la perturbación causa sufrimiento emocional significativo o impedimento social y ocupacional y con el criterio F, puesto que las reacciones ante la pérdida están fuera de proporción en cuanto a la intensidad y a la duración de las reacciones, puesto que si bien es cierto es normal que las personas experimenten algunas reacciones ante la pérdida de un

ser querido con el pasar del tiempo estas deberían ir desapareciendo permitiendo que la persona recobre el equilibrio físico y emocional y su capacidad para funcionar adecuadamente en todo ámbito; cosa que la paciente no ha podido lograr.

Como se ha podido observar los distintos criterios diagnósticos propuestos para el duelo complicado, los cuales se mencionados anteriormente, indican síntomas que pueden parecerse a otros trastornos sobre todo a la depresión (Prigerson et al., 1995).

A continuación se expone lo que algunos autores han encontrado al respecto, así como la conceptualización del caso en relación con este asunto.

Diferenciación entre duelo complicado y depresión.

Como ya han demostrado las distintas investigaciones realizadas, la depresión y el duelo complicado son entidades distintas (Boelen y Prigerson, 2007). De hecho, para intentar diferenciar entre estas se llevó a cabo una investigación en donde uno de los objetivos era observar hasta qué punto los síntomas del duelo complicado y la depresión mayor se solapaban y hasta qué punto, estos podían ocurrir simultáneamente (Prigerson et al., 1995). Para hacer dichas determinaciones los investigadores hicieron un análisis factorial, cuya regla era agrupar cada síntoma en el factor en el que más a menudo se repetían y luego del análisis de datos se llegó a la conclusión de que síntomas relacionados con la depresión como: hipocondriasis, apatía, insomnio, ansiedad, ideación suicida, culpa, soledad, ánimo deprimido, retraso psicomotor, hostilidad y autoestima se agrupaban bajo un mismo factor y síntomas relacionados con el duelo complicado como: anhelo de la persona desaparecida, preocupación y pensamientos sobre el fallecido, llanto, búsqueda de la persona fallecida, incredulidad, conmoción y aceptación de la muerte se agrupaban bajo otro factor (Prigerson et al., 1995). Los investigadores también determinaron que a pesar de que cada uno de los síntomas antes mencionados cayeron bajo categorías diferentes también existieron algunos como: soledad y aceptación de la muerte que servían para

ambas categorías, por lo que determinaron que aunque el duelo complicado y la depresión son entidades diferentes estas pueden existir simultáneamente (Prigerson et al., 1995).

Estos hallazgos fueron confirmados por otro estudio realizado posteriormente por Prigerson et al. (1996) que consistió en un análisis factorial que examinó una población de 150 viudas americanas, entrevistadas seis meses después del fallecimiento de sus esposos, el cual quería estudiar las diferencias entre el duelo complicado, la depresión y la ansiedad. Para saber los factores que medirían ansiedad y depresión los investigadores utilizaron la escala de depresión denominada *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* CES-D, por sus siglas en inglés y la escala de ansiedad denominada *Psychiatric Epidemiology Research Interview Anxiety Scale* (Prigerson et al. 1996). Para determinar los ítems que se incluirían bajo el factor duelo complicado se utilizó la escala *Grief Measurement* y los ítems de las escalas que se incluyeron en el análisis fueron aquellos que más altamente se correlacionaban (Prigerson et al. 1996). Al hacer el análisis se evidenció tres factores que en total representaban el 90% de la varianza de los datos y que se agrupaban en tres categorías distintas, así los síntomas de duelo complicado como: anhelo, alucinaciones y pensamientos de la persona fallecida caían bajo una categoría; los síntomas de depresión como: ánimo deprimido y tristeza se agrupaban bajo otra y los de ansiedad como: inquietud y agitación bajo otra (Prigerson et al., 1996). Estos hallazgos les permitieron concluir a los investigadores que el duelo complicado, la depresión y la ansiedad son entidades distintas (Prigerson et al., 1996).

Al respecto, Boelen, Van den Bout y Keijsers (2003) replicaron el estudio antes mencionado con el objetivo de corroborar que los síntomas de duelo complicado eran efectivamente distintos de la ansiedad y la depresión. Para ello los investigadores analizaron una población de 103 pacientes ambulatorio que provenían de distintos hospitales de los países bajos cuya media de edad era de 44 años. Los síntomas del duelo

complicado se analizaron mediante el Inventario de Duelo Traumático y los de depresión y ansiedad, se evaluaron a través de los 17 ítems que miden depresión y los 10 que miden ansiedad en el Inventario de Síntomas SCL-90, respectivamente (Boelen et al., 2003). Al realizar el análisis se observaron tres factores que correspondían al 64.7% de la varianza, el primero era el duelo complicado, el segundo era la ansiedad y el tercero la depresión (Boelen et al., 2003). Con estos hallazgos los investigadores comprobaron que el duelo complicado, la depresión y la ansiedad son entidades distintas, además que fueron capaces de generalizar estos hallazgos a otro tipo de población, puesto que a diferencia del estudio anterior en el que se analizó únicamente datos de mujeres norteamericanas ancianas que habían perdido a sus esposos, este estudio contemplaba un tipo de población más amplia y de otra nacionalidad (Boelen et al., 2003). En concordancia con estos hallazgos un año más tarde un análisis factorial realizado con 398 pacientes ambulatorios que habían sufrido una pérdida encontraron que los síntomas de duelo complicado no se agrupaban bajo la misma categoría que los síntomas de depresión (Ogrodniczuk et al., 2003).

Finalmente, Boelen y Prigerson (2007) intentan replicar sus hallazgos en estudios anteriores esta vez utilizando los criterios diagnósticos propuestos para el duelo complicado que los investigadores denominan desorden de duelo prolongado y utilizando una muestra de sujetos más heterogénea que las utilizadas anteriormente y nuevamente al realizar el análisis factorial determinan que el duelo complicado, la depresión y la ansiedad son entidades distintas.

Tema 11. Conceptualización del caso en relación con la depresión y el duelo complicado.

En el caso de Martina se observa que efectivamente algunos de los síntomas asociados al duelo complicado como: anhelo de la persona desaparecida, pensamientos en

relación con el fallecido, llanto y en las primeras etapas del duelo conmoción e incredulidad en relación con la muerte se hallaban presentes. No obstante, síntomas asociados con la depresión: hipocondriasis, apatía, insomnio, ansiedad, ideación suicida, retraso psicomotor, hostilidad y baja autoestima no se reportan en la paciente. Por otro lado, la paciente refiere síntomas de soledad y en las primeras etapas del duelo falta de aceptación de la muerte, los cuales se asocian a la depresión pero también al duelo complicado. De hecho, como ya se mencionó la soledad y la aceptación de la muerte sirven para determinar ambos factores tanto los de depresión como los de duelo complicado (Prigerson et al., 1995). Así mismo, refiere otro síntoma asociado con la depresión como la culpa, sin embargo en el caso de la paciente esta se refiere al hecho de no haber podido evitar la muerte de su hermana y haberse comportado inadecuadamente la víspera de su muerte, no a un sentimiento de culpa generalizado por las cosas como refieren la personas deprimidas. De hecho, entre otros factores lo que diferencia a las personas que padecen depresión de las que atraviesan un duelo es que las primeras sienten culpa por las cosas más que por las acciones recibidas o no recibidas por el fallecido el momento de su muerte (American Psychiatric Association, 2002). Así mismo, en cuanto al ánimo deprimido que manifiesta la paciente, que se dice también es característico de la depresión, se observa que este tiene que ver con una sensación de nostalgia y tristeza específicamente en relación con la pérdida que se vive con la esperanza de que disminuya o se esfume eventualmente, lo cual es cualitativamente distinto a la sensación que reportan los pacientes depresivos. De hecho, en la tristeza provocada por el duelo las personas tienen la sensación que esta desaparecerá algún día a diferencia de la tristeza provocada por la depresión que se cree durará para siempre (Pies, 2008). En el caso de la paciente se observa que acude a terapia precisamente porque quiere resolver el duelo y todo lo que este le implica a nivel psicológico y funcional con el afán de volver a ser ella misma, esto significa que la

paciente cree que dichas sensaciones que le aquejan pueden resolverse, además que indica que la paciente tiene esperanza, a diferencia de los depresivos que creen que su estado de ánimo no cambiará.

Las personas que desarrollan síntomas de duelo complicado necesitan ayuda terapéutica y normalmente la ayuda que se provee es a través de terapia individual (Piper et al., 2011). Los tratamientos de duelo complicado en general intentan resolver las complicaciones del duelo y ayudar al doliente a sentirse mejor (Shear, 2012).

A continuación se detallan algunas intervenciones terapéuticas propuestas para el duelo complicado.

Tema 12. Intervenciones para Duelo Complicado.

Modelos propuestos.

Dado que no existe una definición consensuada ni criterios diagnósticos específicos en relación con el duelo complicado, se han realizado pocas pruebas experimentales respecto al tratamiento que podría aplicarse para el mismo (Howarth, 2011). Se cree que aproximadamente el 7% de las personas que sufren un duelo desarrollan más adelante un duelo complicado (Shear, 2012). Sin embargo, la prevalencia de este desorden depende de los criterios utilizados y de la población analizada (Rosner, Pfoh, Kotoucová, 2011). Por esa razón otro estudio determinó que la prevalencia del duelo complicado era de 2.4% (Fujisawa, Miyashita, Nakajima, Ito, Kato, 2010 en Ito et al., 2012). Otro en cambio revela que la prevalencia es del 25% (Newson, Boelen, Hek, Hofman, Tiemeier, 2011 en Ito et al., 2012).

En general, se puede decir que la eficacia de la terapia de duelo es un tema que genera muchas discusiones (Piper, et al., 2011). Rosner et al. (2011) realizaron un meta-análisis comparando 50 terapias y observaron que la psicoterapia para duelo complicado

tenía un efecto (ES) de 0.27 en comparación con las intervenciones del duelo que solo son preventivas, es decir que se aplican en pacientes que no han desarrollado un duelo complicado, la cual solo alcanza un efecto (ES) de 0.04.

Al respecto, Piper, et al. (2011) manifiestan que a diferencia de los tratamientos preventivos para del duelo o *counselling* de duelo, la terapia para duelo complicado tiene mayor efectividad. De hecho, según los autores los estudios acerca de tratamientos de duelo complicado, muestran que quienes cumplen con los criterios para esta afección tienen mejores resultados comparados con las personas que están solo en riesgo de desarrollarlo. En referencia a esto, Neimeyer y Currier (2009) realizaron un estudio de meta-análisis en donde uno de los objetivos era medir la efectividad de las intervenciones de duelo aplicadas en todo tipo población y los factores comunes de las mismas que generaban mejores o peores resultados. Para ello, los investigadores analizaron 61 intervenciones, las cuales tenían un grupo de control y se centraron en resolver la ansiedad por separación y en brindar estrategias de resolución de problemas. Los resultados encontrados mostraron que las intervenciones de duelo alcanza un efecto (ES) de 0.15, lo cual no resulta muy significativo, sobre todo si se compara con la psicoterapia aplicada en otros trastornos, la cual comúnmente tiene un efecto (ES) de 0.80 (Neimeyer y Currier, 2009). Sin embargo, observaron que lo que hacía exitosas a dichas intervenciones es la población a la que estaba dirigida, de hecho la terapia aplicada a grupos que sufrían síntomas de duelo complicado tuvo efectos positivos en la evaluación post-intervención y en el seguimiento, arrojando un (ES) superior a 0.5 en ambos casos, en comparación con las intervenciones realizadas a personas que solo atravesaban un proceso de duelo; cuyo efecto es poco significativo (Neimeyer y Currier, 2009). Estos hallazgos concuerdan con lo que sostiene Piper et al. (2011) sobre que la terapia de duelo complicado ha mostrado ser más efectiva en relación con las intervenciones de duelo dirigida a pacientes que no

atraviesan esta condición. Así mismo, otro estudio realizado por Shear (2010) en el que comparaban la terapia interpersonal aplicada a un grupo de dolientes y la terapia específica para duelo complicado, encontró que esta última es dos veces más eficaz que la anterior.

Los hallazgos anteriores fueron confirmados por otro estudio de meta-análisis realizado en el que se analizaron 14 terapias: nueve de ellas eran intervenciones preventivas del duelo y siete eran terapias para duelo complicado (Wittouck, Van Autreve, Jaegere, Portzky, Heeringer, 2011 en Romero, 2013). De las intervenciones preventivas solo tres ofrecieron resultados moderadamente positivos y el modelo era cognitivo conductual y de las terapias para duelo complicado el 90% fueron efectivas y de igual manera tenían un modelo cognitivo conductual (Wittouck et al., 2011 en Romero, 2013).

En cuanto a las terapias que han probado ser efectivas se ha visto a través de un meta-análisis realizado, que las terapias que resultaron ser positivas para el tratamiento del duelo complicado fueron: la terapia interpersonal para el duelo complicado de Shear y sus colaboradores y la terapia cognitivo-conductual basada en internet de Wagner, Knaevelsrud y Maercker (Rosner et al., 2011). Así mismo, otra terapia que cuenta con mucha aceptación en el ámbito clínico para tratar duelo complicado es la de Worden quien trabaja este tipo de duelo a través de tareas y en general las terapias que utilizan el modelo cognitivo conductual (Romero, 2013).

A continuación se detallan estos modelos que se han visto son efectivos tratando el duelo complicado, ahondando particularmente en la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden, la cual fue utilizada para tratar el caso de la paciente:

Terapias con modelo cognitivo-conductual.

Malkinson (2010) sostiene que en general los modelos cognitivos conductuales para el tratamiento del duelo complicado hacen énfasis en la importancia de los procesos cognitivos y en las perturbaciones emocionales derivadas del evento desfavorable. Según la

autora las personas que padecen duelo complicado tienen ciertas creencias irracionales que generan sentimientos de depresión, terror, desesperación y menosprecio los cuales son insanos y derrotistas. Más aún, la autora sostiene que las creencias irracionales son demandantes y absolutistas y hacen que las personas piensen que los eventos del pasado deben ser diferentes de lo que son, lo cual genera en la persona mucho sufrimiento. Por esta razón, la meta de la terapia cognitiva es: 1) integrar la pérdida al sistema cognitivo, 2) determinar los pensamientos que no ayudan al doliente, y 3) reemplazar los comportamiento evitativos por otros más funcionales (Boelen, 2008). La clave de la terapia es entonces facilitar que el doliente se adapte a una nueva realidad, en la que ya no se encuentra la persona fallecida, y a la emociones de tristeza, frustración y dolor que esta realidad provoca (Malkinson, 2010).

Shear et al. (2001) sostiene que para que los dolientes se adapten a la realidad de la pérdida existen algunas técnica cognitivas-conductuales como: exposición, reestructuración cognitiva y escritura que han probado ser eficaces. La reestructuración cognitiva intenta identificar y modificar los patrones de pensamiento inadaptativos en relación con la muerte y utiliza el diálogo socrático para alterar dichos pensamientos (Boelen, 2008). La terapia de exposición por su parte consiste en: 1) estimular al doliente a revivir de manera imaginaria el evento de la muerte de la persona significativa, y 2) facilitar que el sobreviviente reviva *in vivo* las situaciones en relación con la pérdida que ha estaba evitando (Shear et al., 2001). Así mismo, otra técnica cognitiva beneficiosa en el caso de duelo complicado es la activación comportamental, la cual consiste en incentivar al paciente a retomar las actividades sociales, recreacionales u ocupacionales que ha dejado luego de la pérdida de persona significativa (Boelen, 2008).

Sobre la efectividad de las técnicas cognitivas utilizadas en la terapia del duelo complicado Boelen, de Keijser, Van den Hout, Van den Bout (2007) llevaron a cabo un

estudio en el que compararon pacientes que recibieron terapia cognitiva para duelo complicado frente a un grupo que recibió un tratamiento de apoyo por la misma causa. A los participantes los dividieron en tres grupos: 1) quienes recibían terapia cognitiva centrada primero en reestructuración cognitiva y luego en terapia de exposición, 2) quienes también recibían terapia cognitiva pero primero de exposición y luego de reestructuración y 3) quienes recibían tratamiento de apoyo; encontrando que los pacientes que recibieron terapia cognitiva en ambos casos tuvieron mejores resultados (Boelen et al., 2007).

Terapia interpersonal para duelo complicado.

La terapia interpersonal fue desarrollada por Katherine Shear y está basada en la teoría del apego propuesta por Bowlby, está indicada para personas que después de haber perdido a un ser querido tienen dificultades para integrar ese aspecto en su vida (Romero, 2013). Esta teoría propone que las personas tenemos un sistema denominado *working model*, el cual es revisado cuando ocurre un cambio importante con una figura significativa de apego (Shear y Mulhare, 2008). El *working model*, dice que cuando una persona significativa muere nuestra memoria narrativa y semántica incorporan dichos acontecimientos, sin embargo la última tarda un poco en hacer esta incorporación (Romero, 2013). La razón de dicha tardanza es porque es difícil integrar información nueva al sistema sobretodo aquella que es extraña a lo que este ya conoce (Shear y Mulhare, 2008). Al morir una persona significativa se produce una discrepancia entre lo que el sistema ya conoce y el acontecimiento actual, generando que el doliente todavía sienta la presencia de la persona desaparecida, y anhele y busque proximidad con el fallecido (Shear et. al 2007). Esto se resuelve cuando la persona desaparecida entiende que la muerte es irreversible y por ende deja de buscar a la persona desaparecida (Shear y Mulhare, 2008). Sin embargo, en el duelo complicado la persona no puede resolver la

información que su sistema ha recibido; negando la irreversibilidad de la muerte y por ende, no siendo capaz de redefinir sus metas y planes futuros (Shear et. al 2007).

Por esta razón, la meta de la terapia interpersonal es ayudar a las personas a entender la irreversibilidad de la muerte y a concentrarse en nuevas metas y planes futuros; se la realiza en un período de cuatro meses con un total de 16 sesiones, (Shear, 2010). Este modelo de terapia está basado en la terapia interpersonal y en el modelo cognitivo conductual (Romero, 2013). La terapia interpersonal, ayuda al doliente a mantener las relaciones cercanas que ya tiene, a embarcarse en actividades sociales placenteras y a restaurar aquellas con las que ha tenido problema; mientras que las técnicas cognitivo conductuales, le ayuda a monitorearse a diario, al procesamiento emocional para reducir la evitación, y a reconocer los factores psicológicos y sociales que le impiden sufrir la pérdida (Shear, 2010).

Terapias cognitivo conductual vía e-mail.

La terapia cognitivo conductual a través e-mail fue desarrollada por Wagner, Knaevelsrud y Maercker para tratar trastornos de estrés postraumático y duelo complicado (Piper et al., 2011). Los creadores de la terapia sostienen que los pacientes que presentan duelo complicado tienen la presencia de síntomas que se parecen al trauma como: evitación e intrusión, por lo que desarrollan una modelo exclusivamente a través del internet que abarca tres módulos: 1) exposición al duelo, 2) reevaluación cognitiva, 3) integración y restauración (Wagner, Knaevelsrud, Maercker, 2006). El primer módulo, incluye técnicas de exposición imaginaria para que los pacientes confronte el duelo y desarrollen estrategias de afrontamiento; el segundo, incluye técnicas de reestructuración cognitiva reconociendo y poniendo a prueba los pensamientos disfuncionales; y el tercero, le da al paciente la oportunidad de monitorear su progreso, anticiparse al futuro y restablecer metas sin la persona fallecida (Wagner et al., 2006).

Al respecto, un estudio realizado en el que participaron madres que habían perdido a sus hijos por suicidio recibiendo este modelo de tratamiento, el cual se enfocó en: 1) la auto-confrontación, 2) reevaluación cognitiva, y 3) un ritual de despedida; se vio que produjo una reducción en los síntomas de intrusión, evitación, ansiedad y depresión (Piper et al., 2011).

En un estudio posterior de seguimiento se reclutaron a personas con una media de edad de 37 años, que sufrieron muertes traumáticas o duelo complicado y aplicaron este modelo de terapia, el cual duró cinco semanas y abordó tres aspectos: 1) exposición al duelo, 2) reevaluación cognitiva, y 3) integración y restauración; encontrando que el grupo que recibió tratamiento superó al que se hallaba en lista de espera (Wagner et al., 2006). De hecho, de los que recibieron tratamiento apenas el 19% reportaron síntomas de intrusión y evitación comparado con el grupo de la lista de espera en el que el 65% de los participantes reportaron dichos síntomas (Wagner et al., 2006).

Finalmente, otro estudio realizado en el que se impartió este modelo de terapia con una duración de cinco semanas mostró que el grupo que había recibido terapia obtuvo mejoría estadísticamente significativa en síntomas como intrusión, evitación e inadaptación, inmediatamente después del tratamiento y en los tres meses posteriores al mismo, en comparación con el grupo que no recibió este tratamiento (Wagner et al., 2006 en Wagner, Knaevelsrud, Maercker, 2007).

Terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden.

Este modelo de terapia parte de la teoría de que para resolver el proceso del duelo las personas deben trabajar cuatro tareas importantes las cuales son: 1) aceptar la realidad de la pérdida, 2) identificar y expresar las emociones, 3) adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está presente y 4) recolocar emocionalmente al ser querido y seguir viviendo (Romero, 2013). Cuando debido a alguna situación, normalmente asociada a

factores de riesgo y circunstanciales, la persona no puede avanzar a través del proceso de duelo, este se complica y como resultado se producen algunas reacciones de duelo complicado como: reacciones crónicas, tardías, exageradas y enmascaradas (Worden, 2009). El modelo de la terapia a través de tareas identifica en cuál de estas está atascado el doliente e intenta resolver los conflictos, que normalmente se asocian con dicho estancamiento, y le ayuda a la persona a través de algunas técnicas a avanzar en el proceso de duelo hasta que este pueda resolverse (Worden, 2009). Aun cuando Worden, no tiene una corriente cognitiva conductual reconoce que existen algunos patrones de pensamiento que aparecen con el duelo, los cuales pueden gatillar algunas emociones (Butler y Northcut, 2013). Dichos pensamientos se relacionan con incredulidad de la muerte, lo cual se manifiesta negando que ha ocurrido; confusión, que se traduce en una incapacidad de las personas en ordenar sus pensamientos, concentrarse y recordar información; y finalmente preocupación y rumiación en relación con el fallecido o con las circunstancias de la muerte (Butler y Northcut, 2013). Así mismo, reconoce que existen algunas creencias irracionales que pueden tener las personas que genera emociones negativas, las cuales deben ser procesadas (Worden, 2009). Por esta razón, el autor utiliza como herramientas terapéuticas algunas técnicas cognitivas conductuales para tratar aspectos del doliente que se relacionan con creencias disfuncionales, las cuales provocan reacciones emocionales negativas, por ejemplo utiliza técnicas como: reestructuración cognitiva y juego de roles (Worden, 2009). Así mismo, utiliza algunas técnicas gestálticas como la silla vacía para resolver conflictos no resueltos entre la persona fallecida y el doliente, así como lenguaje evocativo que despierte las emociones que el doliente ha estado evitando (Worden, 2009).

A continuación, se exponen algunas especificaciones de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden en lo que respecta a: cuando está indicada la terapia, cómo

se trabaja cada tarea, el objetivo de la terapia, el marco terapéutico, el procedimiento y las herramientas utilizadas.

Cuándo está indicada la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden.

La terapia está indicada cuando aparecen este tipo de reacciones:

Reacciones crónicas de duelo

Según Worden (2009) estas se caracterizan por ser excesivas en duración y no llegar a una resolución satisfactoria. Según el autor, normalmente las personas se presentan a terapia de dos a cinco años luego de la pérdida con la sensación de que el duelo no ha llegado a su fin o con el deseo de volver a ser ellas nuevamente. El autor sostiene que lo que suele estar detrás de estas reacciones es que el doliente debido a alguno de los mediadores del proceso del duelo no ha podido completar una de las tareas, por lo que es importante que el clínico analice cuál de estas no ha sido completada y la razones que están detrás de ello.

Reacciones tardías de duelo

Worden (2009) manifiesta que las reacciones tardías, inhibidas, suprimidas o pospuestas de duelo son aquellas que no se expresan en el duelo actual, sino en duelos futuros en una intensidad que parece excesiva. Según el autor, algunas personas que en algún momento de su vida sufrieron una pérdida significativa expresaron alguna reacción emocional al momento de la pérdida, la cual no fue suficiente dada las circunstancias; razón por la cual, en pérdidas futuras expresan todas estas emociones que no fueron capaces de hacerlo en su momento. De acuerdo al autor, las reacciones de duelo inhibidas pueden deberse a una falta de apoyo social, a la necesidad de mantenerse fuerte por otros o por pérdidas múltiples que generaron sentimientos abrumadores.

Reacciones exageradas de duelo

De acuerdo a Worden (2009) estas aparecen cuando la persona experimenta reacciones de duelo de una manera tan intensa que resulta disfuncional y requiere tratamiento. Según el autor, las reacciones exageradas de duelo resultan en un trastorno psicológico o psiquiátrico como por ejemplo, depresión mayor; ansiedad, la cual puede tomar la forma de ataques de pánico, fobias o algún otro desorden; abuso de alcohol u otras sustancias; estrés postraumático; y en algunos casos manías, por lo que primero deben ser diagnosticadas y tratadas farmacológicamente antes de abordar la terapia.

Reacciones de duelo enmascaradas

Según Worden (2009) las reacciones de duelo enmascaradas se presentan con síntomas físicos o conductas maladaptativas que la persona no sabe que están relacionadas con la pérdida. De acuerdo al autor, algunos síntomas físicos pueden parecerse a aquellos que aquejaron a la persona fallecida o no tiene causa física; por lo que son diagnosticados como un desorden somatomorfo, así mismo pueden también presentarse como desórdenes psiquiátricos, como una depresión sin explicación. Según el autor, la diferencia entre las reacciones exageradas de duelo y las enmascaradas, es que si bien ambas pueden dar como resultado el diagnóstico de desórdenes psiquiátricos, en el primer caso las personas saben que estos empezaron algún momento después de la pérdida; mientras que en el segundo, las personas no están consciente de ello. Así mismo, el autor sostiene que las condiciones psiquiátricas de las personas que presentan reacciones enmascaradas remiten luego de la terapia, cuando se establece la relación entre sus dolencias y la pérdida a diferencia de las reacciones de duelo exagerado en donde esto no ocurre.

Cómo se trabaja en cada tarea.

Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida

De acuerdo a Worden (2009) la primera tarea es lograr que la persona acepte mental y físicamente que la pérdida es real e irreversible y que la persona desaparecida no

volverá a reunirse con ella por lo menos en esta vida. Según el autor, una forma común de no aceptar la realidad de la muerte es a través de la negación ya sea: distorsionando la realidad, negando la importancia de la misma, borrando de la memoria recuerdos del fallecido y desconociendo la irreversibilidad del fallecimiento. De acuerdo al autor, completar esta tarea es importante, porque mientras la persona no acepte que el acontecimiento es irreversible no puede avanzar en su proceso de duelo. De hecho, según el autor cuando las personas que sufren duelo complicado se quedan atascadas en esta tarea, es decir las personas se niegan aceptar la realidad de la pérdida, se debe investigar con qué factores está relacionado, lo cual normalmente tiene que ver con cuestiones de apego y se debe trabajar para que la persona acepte la realidad de la misma.

Tarea II: Procesar el dolor de la pérdida

Esta tarea consiste en lograr que el doliente experimente el dolor de la pérdida en todas sus formas, las cuales normalmente incluye expresiones de dolor físico, emocional y comportamental y comprometen todo tipo de emociones: ira, tristeza, culpa, ansiedad, entre otras (Worden, 2009). Para evitar experimentar el dolor de la pérdida, las personas utilizan algunas estrategias como reprimir todas las emociones y negar el dolor, idealizar a la persona fallecida, evitar cualquier recuerdo de la muerte o utilizar algún tipo de droga (Worden, 2009). Las personas que sufren duelo complicado y que se atascan en esta tarea normalmente es debido a que existen sentimientos negativos en relación con el fallecido que no desean confrontar, por esta razón el terapeuta debe incentivar al doliente a hacerlo para llegar a un balance entre los aspectos buenos y malos del fallecido (Worden, 2009).

Tarea III: Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está presente

Según Worden (2009) la persona que pierde a un ser querido debe realizar tres tipos de ajustes luego de la pérdida de un ser querido: ajustes externos, ajustes internos y ajustes espirituales. De acuerdo al autor, los ajustes externos se refieren a adaptarse al

mundo sin la presencia del fallecido, lo que implica en muchos casos que el superviviente deba desarrollar una serie de habilidades que antes no tenía para hacer frente a las nuevas responsabilidades que le toca asumir. El autor manifiesta que las personas que sufren duelo complicado y se atascan en este aspecto de la tarea, en terapia, deben aprender a desarrollar las habilidades que necesitan y se puede utilizar la técnica de resolución de problemas o juego de roles para lograrlo. De acuerdo a Worden, otro aspecto de esta tarea tiene que ver con los ajustes internos, lo cual se relaciona con trabajar la autoestima y el sentido de autoeficacia que se ven afectados cuando muere un ser querido; esto es todavía más importante en personas que tenían relaciones dependientes, narcisistas o ambivalentes que se pueden ver más afectadas. Según el autor, cuando las personas que sufren duelo complicado se atascan en esta tarea, normalmente es debido a la naturaleza de la relación con el fallecido y al estilo de apego, por lo que el trabajo consiste en ayudarle a que halle respuesta a quién es él y cómo es diferente en relación al amor que sentía por la persona fallecida.

Finalmente, de acuerdo a Worden, otro aspecto de esta tarea son los ajustes espirituales, lo cual se refiere a hallar sentido a la pérdida. Según el autor, las personas que sufren duelo complicado y se atascan en esta tarea deben hallar el significado de la muerte y explorar cómo la pérdida ha afectado su sentido del yo.

Tarea IV: Recolocar emocionalmente al ser querido y seguir viviendo

De acuerdo a Worden (2009) esta tarea se refiere a hallar maneras de recordar al fallecido y llevarlo con nosotros, sin que esto interfiera en nuestras vidas. Según el autor, anteriormente se creía que el doliente debía ir desapegándose de la persona fallecida, sin embargo de acuerdo a lo que se conoce actualmente las personas nunca se desapegan del fallecido sino que buscan continuar el vínculo. Según Worden, aunque es difícil definir como las personas pueden atascarse en esta tarea, la forma más práctica es decir que esta no siguen viviendo o lo que es lo mismo como si hubiera muerto con la persona fallecida.

De acuerdo a Worden, normalmente la tarea se dificulta cuando ese vínculo que se tenía con la persona fallecida impide que la persona cree nuevos lazos emocionales con personas nuevas y continúen con su vida, por lo que las personas que sufren duelo complicado y están atascadas en esta tarea deben lograr formar una conexión duradera con el fallecido, cultivar nuevas relaciones y seguir viviendo.

Objetivo de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden.

De acuerdo a Worden (2009) el objetivo de la terapia es tratar los conflictos que impiden que las personas puedan avanzar a través de su proceso de duelo y progresar en cada una de las tareas. Según el autor, para resolver estos conflictos se requiere que el paciente experimente tanto los pensamientos como las emociones que ha estado evitando. Más aun, el autor sostiene que el terapeuta debe proveer un entorno adecuado en el que exista el apoyo social, que probablemente no existió cuando ocurrió la pérdida para que el paciente pueda sufrir el proceso del duelo. Según el autor, esto se traduce en lograr una buena alianza terapéutica que reconozca la dificultad que representa para la persona revivir la pérdida, lo cual será más complicado si los conflictos con el fallecido han sido importantes, y monitorear constantemente la resistencia que presentan algunos pacientes dentro del proceso.

Marco Terapéutico.

De acuerdo a Worden (2009) la terapia de duelo tiene un tiempo límite, por lo que lo primero que se debe realizar es un contrato con el paciente con el tiempo que durará la terapia que normalmente, es entre ocho y 10 sesiones para aquellas personas que no presentan otro tipo de complicaciones como patologías en el eje I y II. Según el autor, la frecuencia con la que se llevan a cabo dichas sesiones, es de una vez por semana, aunque suelen ser más efectivas si se agendan con más frecuencia. Así mismo, el autor sugiere que se debe estipular que en las sesiones se tratará exclusivamente la pérdida ocurrida y su

relación con el sufrimiento actual, así como debe quedar claro que si existieran patologías de personalidad y/o en el eje I estas deben ser tratadas por un especialista fuera de las sesiones de terapia.

Procedimiento.

Descartar enfermedades físicas

Si el paciente presenta quejas a nivel físico es importante descartar que se trate de algún tipo de padecimiento físico, porque si bien algunos síntomas pueden deberse al duelo, esto no ocurre en todos los casos ni con todos los síntomas, por lo que antes de empezar el proceso terapéutico hay que descartar algún problema de salud (Worden, 2009).

Establecer el contrato y la alianza terapéutica

Esto se refiere a que el paciente accede a explorar la pérdida, específicamente la relación con la persona fallecida y debe creer que esta es un área que vale la pena indagar, porque el hacerlo va a ser beneficioso para sí mismo, de igual forma se trata de educar a los pacientes acerca del duelo para que comprendan lo que se les pedirá realizar (Worden, 2009).

Revivir memorias de la persona fallecida

De acuerdo a Worden (2009) esto consiste en lograr que el paciente hable acerca de la persona fallecida, que cuente quien era, cómo era, lo que recuerda de esa persona, lo que les gustaba hacer juntos, entre otras. Según el autor, esto es importante porque crea recuerdos positivos en relación al fallecido lo que facilita trabajar más adelante los sentimientos negativos en relación al mismo, puesto que crearán un balance en los recuerdos que tiene la persona sobre el fallecido. El autor sugiere que para llevar a cabo esta actividad se invierta un tiempo considerable en las primeras sesiones preguntando al paciente: qué es lo que extraña del fallecido, qué es lo que no extraña, cómo le desilusionó, entre otras. Finalmente, el autor plantea que se debe guiar a la persona a hablar de aquellos

aspectos o memorias que le causaron ira, dolor y desilusión, sin embargo si la persona solo muestra emociones negativas se debe realizar el ejercicio contrario, es decir ir paulatinamente hablando de aspectos positivos.

Evaluar en qué tarea del proceso tiene la persona dificultad

De acuerdo a Worden (2009) si la persona tiene dificultad con la tarea I, es decir con aceptar la realidad de la pérdida, la terapia debe centrarse en el hecho de que la persona está muerta y de que esto es un acontecimiento irreversible.

De acuerdo a Worden (2009) si la dificultad radica en la tarea II, es decir procesar el dolor de la pérdida, el objetivo de la terapia entonces es lograr que el paciente sienta que es seguro explorar tanto los sentimientos positivos como los negativos y que se puede llegar a un balance entre ambos. Según el autor, una de las metas más importante en esta tarea es la redefinición de la relación con el fallecido, por ejemplo que el sobreviviente comprenda que algunas cosas que el fallecido hizo o no hizo fue debido a sus limitaciones personales y no necesariamente porque no le quería o quería hacerle daño.

Según Worden (2009) si la dificultad radica en la tarea III, en lo que respecta a ajustes externos, la terapia debe centrarse en darle al doliente, estrategias de solución de problemas para que desarrolle nueva habilidades y pueda adaptarse al nuevo rol que le toca asumir. Por otro lado, el autor manifiesta que si la dificultad radica en los ajustes internos o espirituales, es decir en encontrar el significado de la pérdida se le debe ayudar al paciente a explorar cómo el fallecimiento ha afectado su sentido del yo.

Finalmente, de acuerdo a Worden (2009) si la dificultad radica en la tarea IV, el terapeuta pueda ayudarle al paciente a encontrar una conexión duradera con el fallecido, de tal manera que no afecte su propia vida ni la relación que pueda tener en el futuro con otras personas. Según el autor, esto implica darle al paciente permiso para dejar de sufrir y dejar de castigarse por querer emprender relaciones nuevas, así mismo implica ayudarle al

paciente a comprender que el querer continuar con su vida no significa una ofensa a la memoria del fallecido.

Tratar el afecto o la falta de afecto

De acuerdo a Worden (2009) normalmente, las personas que llegan a terapia de duelo, recuerdan aspectos solo positivos de la persona fallecida y la presentan de una forma exageradamente positiva, lo cual debe permitirse durante las primeras sesiones hasta poder abordar otros sentimientos en las sesiones siguientes. De acuerdo al autor, usualmente las personas sienten una cantidad considerable de ira que no ha sido expresada, por lo que es importante explorar los sentimientos de ambivalencia en relación con el fallecido y ayudar a la persona a comprender que el tener este sentimiento no anula todo lo bueno que siente por la persona desaparecida. Así mismo, el autor manifiesta que se debe trabajar la culpa, la cual es otro sentimiento común entre las personas que han perdido un ser querido y suele ser irracional, por lo que una técnica útil es la reestructuración cognitiva que suele poner a prueba las creencias que están detrás de esta emoción para que esta desaparezca con el tiempo. Finalmente, el autor plantea que cuando la persona no exhibe emoción esto puede deberse a que no estaba apegada a la persona fallecida o a que existen aspectos traumáticos de la muerte a los que la persona no desea enfrentarse.

Explorar y remover objetos que mantienen el vínculo

De acuerdo a Worden (2009) en algunos casos el mantener objetos que vinculen al paciente con el fallecido contribuye a que este no pueda resolver su proceso. Según el autor, dichos objetos tienen un simbolismo que el doliente atesora y que constituyen una manera de mantener externamente el vínculo con el fallecido y manejar la ansiedad por separación. Estos objetos pueden obtenerse de las siguiente manera: 1) algunos son pertenencias del fallecido, como alguna ropa o una joya que usó; 2) algo que represente una extensión de los sentidos de la persona muerta, como por ejemplo una cámara de fotos

que puede ser una extensión visual; 3) una representación del fallecido, como una fotografía; 4) algo que estaba a la mano cuando el doliente recibió la noticia o cuando vio la muerte (Volkan, 1972 en Worden, 2009). Es importante preguntar a los pacientes si estos han guardado algún objeto y determinar si este está siendo utilizado para mantener el vínculo y si esto está causando un impedimento en la resolución del duelo (Worden, 2009).

Ayudar al paciente a comprender la irreversibilidad de la muerte

Algunos pacientes se rehúsan admitir que la muerte es irreversible y abrigan la esperanza de que la persona regrese de una u otra manera por lo que es importante evaluar porqué el paciente tiene dificultad aceptando este hecho (Worden, 2009).

Ayudar al paciente a construir una nueva vida sin la persona desaparecida

De acuerdo a Worden (2009) esto tiene que ver con la tarea III, que se trata de que la persona se adapte al mundo sin la persona fallecida, por lo que una técnica útil sería lograr que el paciente piense en lo que le gustaría obtener para sí mismo si es que el duelo desapareciera.

Evaluar y ayudar al paciente a mejorar sus relaciones sociales

De acuerdo a Worden (2009) esto también se relaciona con la tarea III y consiste en ayudarle al paciente a recobrar o desarrollar las relaciones sociales perdidas. Según el autor, en algunos casos las personas se distancian de sus amistades, puesto que consideran que no entienden la experiencia que están viviendo o porque creen que estas las están obligando a cerrar el proceso de manera muy rápida; o en otros casos, porque las propias amistades las separan puesto que se sienten incomodas alrededor de la persona que está sufriendo. El autor plantea que es importante explorar estos desacuerdos o desilusiones que el paciente ha tenido con sus amistades para que puedan reestablecer el contacto; sugiriendo se utilice la técnica del juego de roles.

Ayudarle al paciente a explorar sus ideas acerca de terminar el duelo

Según Worden (2009) es importante explorar con el paciente sus ideas en relación con terminar el duelo, puesto que algunos piensan que si lo hacen olvidarán a la persona fallecida o que la gente pensará que si dejan de sufrir es porque no les importaba la persona fallecida. Según el autor, esto debe explorarse a través de *reallity testing*.

Herramientas terapéuticas.

Lenguaje evocativo: Se refiere al uso de palabras que evoquen emociones (Worden, 2009). Esto significa utilizar las palabras precisas como por ejemplo, la persona ha muerto en lugar de has perdido a la persona querida, así mismo, es importante hablar en pasado del desaparecido como por ejemplo, la persona era en lugar de es (Worden, 2009).

Uso de símbolos: Esto se refiere a utilizar fotografías, cartas, videos, accesorios o ropa del fallecido que no solo ayuda al terapeuta a tener un sentido claro de quién era la persona, sino que ayuda a crear una atmósfera íntima con el desaparecido y ayuda a hablar con el fallecido en lugar de hablar del fallecido (Worden, 2009).

Reestructuración Cognitiva: Ayuda a detectar los pensamientos del doliente que son irracionales y que generan sentimientos de tristeza; poniéndolos a prueba a través de algunas técnicas como el diálogo socrático y *reallity testing* (Worden, 2009).

Imaginería Direccionada: Esta puede realizarse a través de la técnica de la silla vacía, la cual ayuda al doliente a hablar directamente con la persona desaparecida y a resolver conflictos entre ambas (Worden, 2009). De acuerdo a Greenberg (2011) la técnica de la silla vacía, para resolver conflictos o *unfinished business* como también se lo conoce, puede utilizarse cuando una persona tienen sentimientos negativos como: resentimientos o necesidades insatisfechas hacia una persona significativa. Según Greenberg, el objetivo de este ejercicio no es que la persona hable con el fallecido y tenga un intercambio de palabras, sino que exprese las emociones no expresadas y las necesidades insatisfechas en relación con la persona significativa. Esto le permite al cliente crecer, empoderarse y poder

hacer nuevas elecciones (Elliot, 2014). Así mismo, le permite a la persona comprender al otro y perdonarlo (Greenberg, 2011). Esto se relaciona con lo que Worden (2009) dice sobre redefinir la relación, lo cual significa que el doliente comprenda que lo que hizo o no hizo la persona significativa no fue necesariamente por causarle un daño, sino porque era lo que podía hacer de acuerdo a sus limitaciones personales.

Juego de Roles: Esta técnica ayuda a la personas a simular un papel o un rol en un contexto imaginario de situaciones que la persona teme o con las que no se siente del todo cómodo, el terapeuta también puede participar del juego para modelar al paciente comportamientos más adaptativos (Worden, 2009).

Tema 13. Conceptualización del caso a través de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden.

De acuerdo a lo propuesto anteriormente por Worden (2009) Martina presenta una reacción crónica de duelo complicado la cual se caracteriza por una respuesta de duelo prolongada que no llega a una resolución definitiva de hecho, han pasado tres años desde la muerte y la paciente todavía no puede resolver el proceso del duelo. El desarrollo del duelo complicado se relaciona con algunos mediadores del proceso o factores de riesgo como: el historial de conflictos con la persona fallecida y las circunstancias de la muerte, solo por citar algunos ejemplos (Worden, 2009). En el caso de Martina, precisamente la circunstancia de la muerte que se produce de manera repentina y el historial de conflictos con la persona fallecida complicaron el proceso.

De acuerdo a lo referido por la paciente en las sesiones de evaluación se observó que tenía dificultad en procesar la tarea IV, es decir en reubicar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. Por esta razón, el proceso de la paciente se centró en trabajar los aspectos que impedían que avance en esa tarea y en facilitar que pueda continuar con

su vida, formar nuevos vínculos y por ende resolver el proceso del duelo. Tal como sugiere Worden (2009) se debe evaluar en qué tarea tiene dificultad la persona y con qué aspectos está relacionado y centrar el trabajo terapéutico en dichas tareas.

La dificultad en la tarea IV, se hacía evidente en el hecho de que a raíz de la muerte de su hermana la paciente había dejado de vivir, lo cual significa que estaba tan ocupada en sufrir su muerte que dejó de hacer las actividades que usualmente le gustaban como el yoga y la música y dejó de relacionarse socialmente, por un lado porque creía que las personas no entendían el sufrimiento que posee pero más importante, porque sentía que ninguna de ellas podían reemplazar a su hermana. De hecho, la paciente decía frases como: “No encuentro el sentido de salir con gente, porque nadie será como mi hermana”, “Jamás querré a nadie como mi hermana”, “Nadie podrá ocupar el lugar de mi hermana”, “Nadie reemplazará a mi hermana. Los comportamientos de la paciente, antes mencionados, no solo daban cuenta de que había dejado de vivir su vida, por lo menos como lo hacía antes del acontecimiento, sino que sobre todo, tomando las últimas frases antes descritas, indicaban su incapacidad de formar nuevos vínculos; lo cual mostraba que la paciente estaba atascada en esta tarea. Efectivamente, tal como afirma Worden (2009) aunque es difícil definir en una frase lo que significa estar atorado en la tarea IV, tal vez la mejor forma es diciendo que la persona deja de vivir y se niega vincularse con otros. Con estos antecedentes se trabajó con la paciente en que pueda llevar a la fallecida de alguna forma que le permita continuar con su vida, así como vincularse a otras personas nuevas. Algunos factores que contribuían a que la paciente tenga dificultada en completar esta tarea se relacionaban en primer lugar, con asuntos no resueltos entre ella y su hermana, puesto que sentía que la fallecida, en vida, había estado ausente, que no le valoraba lo suficiente, que le desplazaba y que no fue recíproca; asuntos que no pudieron resolverse producto de la muerte repentina y que dejaron a la paciente con emociones no expresadas. Al respecto, la

paciente decía frases como: “Siempre pienso en la relación que nunca puede tener con mi hermana y eso no me deja continuar”. En segundo lugar, otro factor que dificultó el procesamiento de esta tarea se debió a un gran sentimiento de culpa producto de su comportamiento, luego de una discusión previa al fallecimiento, y a la creencia de que si hubiera comunicado el malestar físico que tenía su hermana, ella no hubiera fallecido. En relación con esto la paciente decía: “Esta culpa que siento, no me deja seguir viviendo” o “No quiero que mi hermana se vaya sin saber que me perdona”.

Por esta razón, parte de trabajar la tarea IV incluyó procesar estos asuntos de tal manera que la paciente pueda resolverlos y logre avanzar con su vida y encontrar a quien amar y con quien vincularse nuevamente. De hecho, los asuntos no resueltos entre ella y su hermana se trabajaron en silla vacía para que la paciente pueda expresar las emociones y resentimientos que tenía en relación con comportamientos de su hermana. En un inicio, la paciente sentía iras y tristeza, puesto que consideraba que su hermana no le valoró como a ella le hubiera gustado y resentía el hecho de que la fallecida no había estado emocionalmente disponible cuando la paciente le necesitaba. Al respecto, decía frases como: “Tu nunca me valoraste”, “Yo siempre te di más de lo que tú me diste”, “Solo quería estaría contigo pero tú no estabas”, sin embargo al final del trabajo en silla vacía la paciente comprendió emocionalmente que muchos de los comportamientos de su hermana fueron sin intención de lastimarla y que la paciente siempre fue importante para ella aun cuando la fallecida no supo expresarlo; esto podría resumirse en una frase de la paciente: “No fue su intención herirme, yo fui muy importante para ella pero no supo expresarme”. En cuanto a la formación de nuevos vínculos se trabajó incentivando a la paciente a restablecer las actividades sociales que había dejado por un lado, porque esta era una manera de que empiece a vivir nuevamente y por otro, porque era una invitación a desarrollar nuevas relaciones y por ende nuevos vínculos. Al inicio del trabajo terapéutico,

la paciente decía frases como: “No quiero que nadie ocupe el lugar de mi hermana”, “Nadie va a reemplazar a mi hermana”, “Si salgo con otros, tal vez me olvide de ella”, “Si me olvido de ella sería traicionarla”, no obstante luego de trabajar las creencias que estaban detrás de estas afirmaciones la paciente decía frases como: “Sé que no voy a reemplazarla solo que estoy conociendo otra gente”, “Ahora entiendo que no puedo olvidar a mi hermana, porque ella está en mí”. En relación con el establecimiento de nuevas relaciones en principio se vio que la paciente, no hacia intento alguno por relacionarse socialmente con gente nueva, ni por restablecer las relaciones del pasado, sin embargo, el trabajar las creencias en relación a formar nuevos vínculos facilitó que la paciente acceda a conocer gente nueva y a contactarse con gente del pasado que había estado evitando. De hecho, la paciente hizo contacto a través de un amigo en común con algunas de las personas del círculo que había evitado y empezó a salir un poco más a menudo con compañeros de la universidad. Tal como afirma Worden (2009) en la terapia de duelo es importante ayudar a las personas para que puedan reestablecer las relaciones sociales y todo aquello que han perdido.

Finalmente, se trabajó en recobrar las actividades que la paciente había dejado y accedió a acudir a clases de yoga dos veces a la semana, lo cual era una forma de reencontrar a la paciente con las actividades placenteras que antes eran parte de su vida.

Luego de trabajar en terapia los aspectos antes mencionados se logró que la paciente ubique a su hermana en un lugar que le permita recordarla pero que a la vez le permita continuar con su vida. En un inicio la paciente llevaba a su hermana en una cadena que le había pertenecido y que le recordaba constantemente a ella y no le dejaba dejar de sufrir, sin embargo luego de terapia halló un lugar en donde llevarla, sin que esto interfiera en su vida; esto se resume en esta frase: “Mi hermana está en mí, en todo lo que me enseñó y siempre la llevaré conmigo”. Esto último junto al hecho de que accedió a formar nuevos

vínculos y a continuar con su vida puede considerarse un indicativo de que la paciente alcanzó esta tarea. Esto podría resumirse en lo que Worden (2009) dice como reubicar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo, lo cual constituye la finalización exitosa de la tarea IV del procesamiento del duelo.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se explican en detalle el curso de tratamiento, la metodología utilizada y las herramientas empleadas para el diagnóstico y la evaluación. La investigación proviene de un estudio de caso de una joven universitaria que presenta un caso de duelo complicado. La paciente acudió voluntariamente al servicio gratuito de atención psicológica de la Universidad San Francisco de Quito. La metodología en este caso consistió en obtener información antes y después del tratamiento a través de una herramienta psicométrica con el fin de comprobar si los objetivos de la terapia se cumplieron y si disminuyó la sintomatología presentada por la paciente. Así mismo, se utilizó la información recabada a lo largo de las sesiones para obtener un diagnóstico y medir la mejoría de la paciente.

Justificación de la metodología seleccionada

Dado que el principal objetivo de este estudio de caso es determinar la efectividad de la terapia de duelo a través de tarea diseñada por Worden, en un caso de duelo complicado se aplicó una metodología híbrida. El diseño de investigación busca determinar de manera objetiva la efectividad de dicho enfoque terapéutico, por lo que evalúa la sintomatología antes y después del tratamiento. Así mismo, examina que la paciente cumpla con los criterios diagnósticos propuestos para el duelo complicado. Por otro lado, a través de la observación y de la información obtenida a lo largo de las sesiones

terapéuticas, así como del comportamiento exhibido por la paciente busca determinar el nivel de mejoría de la misma.

Curso del tratamiento

Breve descripción del estado mental actual.

Esta área del funcionamiento de la paciente no se evalúa de manera objetiva pero sirve para determinar que la paciente acude a terapia orientada en tiempo y espacio. Se muestra alerta y consciente puede detallar aspectos importantes de su vida personal, así como otros factores externos a ella. Su lenguaje es organizado y coherente y aunque se desconoce su nivel de coeficiente intelectual CI, se deduce que está dentro del rango normal, puesto que se encuentra en un ambiente universitario cursando su tercer año de estudios. También se puede inferir que es una persona independiente, con la capacidad de cuidarse a sí misma, mantiene niveles de aseo y arreglo personal adecuados.

Adicionalmente, se observa que puede mantener la interacción con su entorno, mantenerse concentrada y responder a las preguntas formuladas. Sin embargo, muestra signos de ánimo deprimido.

Herramienta de investigación utilizada

Para medir el nivel de bienestar psicológico se pueden utilizar distintas herramientas y en este caso se utilizó Symptoms Checklist Revised (SCL-90-R). Dada la sintomatología de la paciente es importante determinar si hubo cambios en este auto-reporte estructurado (ver Anexo A).

SCL-90-R.

De entre las herramientas de auto-reporte creadas para evaluar el malestar sintomático, el Symptoms Checklist Revised (SCL-90-R) es una de las más utilizadas en el

entorno psicológico y psiquiátrico; instrumento que consiste en un cuestionario multi-dimensional el cual contiene 90 ítems, los cuales se responden sobre la base de una escala Likert que presenta cinco opciones de respuesta las cuales van desde nada (0) a mucho (4) (Schmitz et. al 2000).

El cuestionario evalúa desde los síntomas más leves a los más severos en nueve áreas, las cuales son: 1) Somatizaciones (incomodidad física leve hasta trastornos que afectan el funcionamiento), 2) Obsesiones y compulsiones (desde problemas de concentración a síntomas que dan cuenta de la presencia de un trastorno obsesivo compulsivo), 3) Sensitividad interpersonal (pequeños indicios de inferioridad e inadecuación a grandes indicios de los síntomas antes mencionados), 4) Depresión (desde síntomas de duelo hasta depresión severa), 5) Ansiedad (desde nerviosismo hasta ansiedad severa), 6) Hostilidad (desde enojo hasta conductas agresivas severas), 7) Ansiedad fóbica (desde miedos hasta fobias), 8) Ideación Paranoide (desde suspicacia hasta pensamientos paranoides), 9) Psicoticismo (desde percepción de soledad hasta pensamiento psicótico y alucinaciones) (Schauenburg y Strack, 1999).

Adicionalmente, evalúa la severidad del malestar percibido en forma general a través del Índice de Severidad Global (IGS), Total de Síntomas Positivos (TSP), Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) (Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti, y Tress, 1999).

Diagnóstico y evaluación funcional

A partir de la información obtenida en las sesiones. Se determina el siguiente diagnóstico en base al DSM IV-R (American Psychiatric Association, 2002).

EJE I: Z63.4 Duelo

EJE II: Z03.2 No hay diagnóstico

EJE III: Ninguno

EJE IV: 61 (actual)

Criterios diagnósticos para evaluar duelo complicado

Los criterios utilizados para diagnosticar el presente estudio de caso se basaron en la cronicidad de los síntomas, los cuales se extendieron a lo largo del tiempo sin alcanzar una resolución satisfactoria; impidiendo que la paciente resuelva el proceso de duelo (Worden, 2009).

Estructura del tratamiento

Lista de problemas.

La paciente muestra dificultad para procesar la tarea IV:

1. Se debe trabajar asuntos no resueltos.
2. Se debe trabajar la culpa.
3. Crear nuevos vínculos.
4. Restablecer y emprender nuevas relaciones sociales.
5. Restablecer actividades recreativas.
6. Reubicar emocionalmente al fallecido.

Procedimiento

Sesiones de evaluación.

Estas sesiones consistieron en escuchar y analizar la problemática de la paciente para poder establecer un diagnóstico, evaluar el malestar sintomático a través de la evaluación psicométrica SCL-90-R y determinar en qué tareas del proceso de duelo tenía dificultad y con qué podía estar relacionado. De acuerdo a la información obtenida la paciente presentaba una reacción crónica de duelo complicado y tenía dificultad en procesar la tarea IV, es decir en ubicar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. Por esta razón, el objetivo de la terapia se centró en trabajar los aspectos que estaban impidiendo que el doliente complete dicha tarea. Antes de iniciar con el trabajo

terapéutico, debido a las circunstancias de la muerte de su hermana y a las molestias físicas que refirió la paciente tanto en terapia como en el test de síntomas SCL-90-R se le solicitó que se realizara un chequeo médico. Sin embargo, la paciente manifestó que ya se había realizado este procedimiento y los resultados arrojaron que estaba en perfecto estado de salud. Esto planteó la posibilidad de que las molestias físicas se traten de somatizaciones producto del proceso de duelo complicado por el que estaba atravesando.

Contrato Terapéutico.

Se estableció el contrato terapéutico en el que se estipuló que la terapia duraría aproximadamente 16 sesiones las cuales se llevarían a cabo con una frecuencia de una vez a la semana y se dejó claro que en dichas sesiones se exploraría exclusivamente la pérdida y los aspectos de la relación que la paciente tenía con su hermana fallecida. Así mismo, se le explicó que en terapia se requerirá que haga algunos ejercicios con el fin de explorar algunas emociones que normalmente las personas que sufren situaciones como ella experimentan y que son importantes trabajar para que se sienta mejor. Tal como manifiesta Worden (2009) es importante establecer el contrato terapéutico con el número de sesiones que se llevarán a cabo y dejar claro que se tratarán exclusivamente aspectos de la pérdida del ser querido.

Primeras Sesiones.

Las primeras sesiones del proceso terapéutico se centraron en que la paciente reviva memorias de la persona fallecida. De hecho, tal como sugiere Worden (2009) es importante que la persona recuerde aspectos positivos del fallecido, porque más adelante esto ayudará a que pueda hablar de los aspectos más negativos. Para facilitar esta tarea se utilizó la técnica que utiliza simbología para lo que se le solicitó a la paciente que trajera una fotografía o un objeto de la persona desaparecida con el afán de que tenga un sentido de proximidad con la misma. De hecho, el uso de simbología como fotografías, videos u

objetos del fallecido ayuda a que las personas se sientan más cerca de la persona fallecida y a que hablen directamente con ellas y no se limiten solo a contar aspectos de ella (Worden, 2009). La persona trajo a terapia una fotografía y una cadena de la fallecida, la cual le había retirado el momento en que se suscitó el evento que condujo a su muerte y que le servía para mantener el vínculo con la misma. De hecho, algunas personas guardan algún objeto que sirve para mantener el vínculo con el fallecido y en algunos casos dificulta el proceso del duelo (Worden, 2009). En el caso de la paciente este objeto servía para mantener la proximidad con la persona fallecida y aminorar el dolor de la pérdida, lo cual en ese momento resultaba funcional para la misma pero dificultaba el procesamiento de la tarea IV, puesto que evitaba que la paciente trabaje en el restablecimiento de nuevos vínculos y continúe con su vida, sin embargo se decidió ver qué ocurría con el mismo a medida que avanzaba el proceso terapéutico. La fotografía era traída a cada sesión y ayudó para que la paciente pueda evocar memorias de su hermana fallecida. De hecho la paciente miraba su fotografía constantemente como si le estuviera hablando a ella y decía frases mientras le miraba como: “Eras alegre”, “Divertida”, “Tenias gran sentido del humor”, entre otras.

Para hablar de los aspectos positivos de la persona fallecida se utilizaba el formato siguiente:

Terapeuta: Qué cosas extrañas de tu hermana.

Paciente: (con voz nostálgica) Extraño su preocupación, sus consejos...

Terapeuta: (con voz suave) Qué más extrañas.

Paciente: Su compañía, las actividades que hacíamos juntas, su sentido del humor.

En estas sesiones la paciente tuvo el espacio de recordar todos los aspectos positivos tanto de la personalidad como de las vivencias que tuvo con la fallecida.

Sesiones siguientes.

Hablar de los aspectos positivos de la paciente tomó un par de sesiones hasta que paulatinamente se le cuestionó acerca de los aspectos menos positivos. Tal como sugiere Worden (2009) para evitar la resistencia de las personas a hablar sobre aspectos negativos del fallecido se debe confrontar a las mismas a través de preguntas sutiles y no preguntándoles directamente por esos aspectos, además hablar de estos sentimientos negativos ayuda a que las personas identifiquen todas las emociones en relación con el fallecido. Por ello, se le preguntó a la paciente qué cosas no extraña de su hermana y en qué aspectos le había desilusionado:

Terapeuta: Qué cosas no extrañas de tu hermana.

Paciente: (con gesto de sorpresa) No sé....

Paciente: No me he puesto a pensar en eso...

Paciente: (con gesto de sorpresa) No sé....

Al principio la paciente mostró dificultad en relación con este trabajo probablemente producto de un sentimiento secundario de ira, como se verá más adelante, en relación con algunos asuntos no resueltos entre ella y su hermana. Como manifiesta Worden (2009) algunas personas que tienen dificultad en hablar de aspectos más negativos es porque guardan un sentimiento de ira en relación con el fallecido.

Terapeuta: ¿Qué ocurre te sorprendió la pregunta?

Paciente: Sí... nunca me había puesto a pensar en eso.

Terapeuta: Ahaa... te ves desilusionada.

Paciente: Sí un poco...hay aspectos de ella que...

Terapeuta: ¿Qué?... veo que aprietas los labios y las manos.

Paciente: Sí, que me daban coraje.

Terapeuta: Aha sientes iras.

Paciente: Sí, me daba iras que nunca estaba para mí.

Trabajar asuntos no resueltos para facilitar tarea IV.

En sesiones anteriores se vio que la paciente tenía asuntos no resueltos con su hermana que se relacionaban con sentirse desplazada, poco valorada y en desventaja, así como a un sentimiento de culpa que estaba dificultando el procesamiento de la tarea IV, por lo que se decidió trabajar dichos aspectos para ayudarle a procesar la misma. Para trabajar los asuntos no resueltos se utilizó la técnica de la silla vacía. De acuerdo a Greenberg (2011) esta técnica puede utilizarse cuando una persona tiene sentimientos negativos como: resentimientos o necesidades insatisfechas hacia una persona significativa con el objetivo de que la persona exprese las emociones no expresadas y dichas necesidades, de tal manera que alcance el perdón o comprenda que lo que hizo o no hizo la persona significativa fue debido a sus limitaciones personales y no por causar daño.

Estas sesiones se trabajaron de la siguiente manera:

Martina hablaba de resentimientos con su hermana: “Era muy mal agradecida”, “Prefería estar con su novio y con sus amigos que estar conmigo” “Yo dejaba todo por ella pero ella no hacía lo mismo”. “Yo siempre daba más pero nunca recibí nada a cambio” “Nunca estaba para mí”.

Terapeuta: Tengo la sensación de que hay muchas cosas que no le has dicho a tu hermana. ¿Crees que podrías traerle y sentarle en esta silla?

Paciente: (llorosa) Sí, claro.

Terapeuta: ¿Puedes mirarle a tu hermana sentada en esta silla? ¿Cómo está vestida?

Paciente: Con un jean y una blusa fucsia y huele a su splash de mango.

Terapeuta: Qué le quieres decir.

Paciente: (con mirada intensa y levantando el ceño en señal de reclamo) Mmm... quiero decirte que eres una mal agradecida, porque tú nunca me valoraste de la manera que debías. Yo siempre te apoyé, incluso en tus estupideces pero yo no recibí lo mismo de ti.

Terapeuta: Aha, aha yo te apoye en todo, incluso en las cosas que a mí no me parecían importantes, pero no recibí lo mismo de ti. ¡Que injusto!

Paciente: (con gesto de ira golpea las manos) Sí exactamente, ¡que injusto!..., no es justo yo siempre te di más de lo que tú me diste.

Terapeuta: Qué está pasando dentro de ti en este momento

Paciente: Estoy furiosa

Terapeuta: Dile a tu hermana ¡estoy furiosa contigo!

Paciente: (con lágrimas en los ojos) Estoy furiosa contigo, estoy histérica.

El objetivo de esta sesión era lograr que la paciente se conecte con la emoción secundaria de ira para poder acceder a la emoción primaria de tristeza en relación con la sensación de haberse sentido poco valorada y no correspondida. De hecho, las emociones secundarias se dan en respuesta a los pensamientos o a las emociones de las personas y normalmente es a través de estas que se accede a las emociones primarias las cuales son aquellas que deben ser expresadas (Greenberg, 2011).

En siguientes sesiones se continuó explorando la ira que eventualmente llevó a la tristeza y a establecer lo que la paciente necesitaba de su hermana.

Paciente: En pequeñas cosas me daba cuenta de la desigualdad que había entre ambas yo siempre le intentaba proteger y estar de su lado pero cuando a mí me pasaba algo no era lo mismo.

Terapeuta: Podemos traerle a tu hermana y hablar con ella.

Paciente: Sí.

Terapeuta: Qué le dices.

Paciente: Te acuerdas cuantas veces te defendí cuantas veces estuve de tu lado, cuando mi mamá te hablaba yo siempre saqué la cara por ti pero cuando más necesitaba tú nunca lo hiciste.

Terapeuta: Ajaaam (en tono de tristeza) cuando más necesitaba de ti, tú no estabas...

Paciente: (Llorando)

Terapeuta: Que está pasando dentro de ti en este momento

Paciente: (Llorado) Estoy triste

Terapeuta: Estoy triste, quería que estés a mi lado...

Paciente: Quería que estés a mi lado, quería compartir contigo pero tú no estabas.

En esta sesión la paciente se conecta con la sensación primaria de tristeza que le produjo el sentir que su hermana no estaba para ella.

En siguientes sesiones se siguió explorando la tristeza

Paciente: En realidad me dolía mucho que entraba a tu cuarto y te invitaba a estar conmigo pero tú nunca me aceptabas siempre tenías algo más que hacer.

Terapeuta: Aha, estoy triste porque siempre que intentaba acercarme a ti me rechazabas.

Paciente: (llorando)

Terapeuta: Dile que necesitas

Paciente: (Llorando) Sólo quería estar contigo, que me tomes en cuenta, que no me dejes botada.

Terapeuta: (ven a esta silla, la que ocupaba la hermana) Qué te dice tu hermana.

Paciente: (Llorando) No fue mi intención herirte, no sabía que me necesitabas tanto, tú eras más importante para mí, más que ninguno de mis amigos pero no supe expresarte, por favor perdóname.

Terapeuta: (ven a esta silla, la que ocupaba ella antes) Qué le dices a tu hermana

Paciente (llorando): Te perdono, perdóname tú también, por exigirte que seas lo que no eras, sé que no fue tu intención herirme, no sabías como hacer mejor las cosas.

En esta sesión se establece la necesidad de la paciente de sentirse acogida y logra que la paciente pueda perdonar a su hermana por lo que ella quería y nunca pudo darle. De hecho el objetivo de trabajar los asuntos no resueltos en silla vacía es precisamente que la persona pueda perdonar a la persona significativa y procesar las emociones en relación con este acontecimiento (Greenberg, 2011) Además que redefinió la relación, puesto que la paciente entendió que su hermana hizo lo que pudo de acuerdo a sus limitaciones personales y que nunca fue su intención lastimarla.

Trabajar la culpa para facilitar la tarea IV.

La culpa de la paciente tenía relación con su comportamiento, producto de la discusión que se produjo el día anterior a su muerte. La paciente sentía que quedó un asunto pendiente por resolver con su hermana, por lo que se trabajó este asunto a través de silla vacía. Las sesiones en relación con este tema se trabajaron de la siguiente manera:

Paciente: Me siento culpable por cómo me porté ese día con ella le dije de todo.

Terapeuta: De todo...

Paciente: (voz de tristeza) Le dije que es una idiota que está con un tipo que le ve la cara.

Terapeuta: Que te parece si le traes a tu hermana y hablas con ella.

Paciente: Sí.

Terapeuta: Qué le quieres decir.

Paciente: (llorosa) Nana no te quería insultar no quería decirte esas cosas.

Terapeuta: No quería decirte esas cosas, no tenía intención.

Paciente: (llorosa) No tenía intención de herirte, ni de tratarte mal.

Paciente: Llorando....

Terapeuta: Qué está pasando dentro de ti este momento.

Paciente: (con lágrimas en los ojos) No sé.

Terapeuta: Que te dicen esas lágrimas.

Paciente: (Llorando) Estoy triste, no quería herirle.

Terapeuta: Dile a tu hermana estoy triste, no quería herirte.

Paciente: Estoy triste no quería herirte, no fue mi intención decirte esas cosas.

Terapeuta: Puedes sentarte en esta silla.

Terapeuta: Qué te dice tu hermana.

Paciente: (Llorando) Mmm... Yo sé que no fue tu intención, no querías herirme, solo estabas enojada.

Terapeuta: (pasa a esta silla, la que ocupaba ella antes) Qué le contestas.

Paciente: (Llorando) No quiero que te vayas sin saber que me perdonas.

Terapeuta: Aja no quiero que te vayas sin saber que me perdonas.....qué te dice tu hermana.

Paciente: Te perdono, quédate tranquila.

Terapeuta: Te perdono... puedes venir a esta silla.

Terapeuta: Qué está pasando dentro de ti en este momento.

Paciente: (suspira, luego sonrío) estoy bien, estoy tranquila.

El objetivo de este ejercicio estaba encaminado a procesar la emoción secundaria de culpa para poder acceder a la emoción primaria de tristeza que le provocó el haberle tratado mal a su hermana y que pueda redimirse ella misma. De hecho, como ya se mencionó algunas personas presentan emociones secundarias que en realidad ocultan emociones primarias que deben expresarse y resolverse (Greenberg, 2011). En el caso de la paciente esa emoción secundaria era la culpa, que ocultaba una sensación primaria de tristeza por el comportamiento con su hermana, previo a su muerte. De hecho, al trabajar estas emociones la paciente solo pudo expresarle a la fallecida sus sentimientos en relación con este evento, sino alcanzar su perdón que en realidad era un perdón hacia ella misma.

Por otro lado, existía otro sentimiento culpa en relación con la creencia de la paciente de que ella hubiera podido evitar la muerte de su hermana si avisaba a alguien acerca de su sintomatología. A través del diálogo socrático se intentó modificar las creencias irracionales que tenía la paciente en relación con el acontecimiento, que le hacían sentir culpable. La paciente decía frases como:

Paciente: Pienso que yo hubiera podido evitar la muerte de mi hermana.

Terapeuta: Qué te hace pensar eso.

Paciente: Que mi hermana tenía muchos síntomas físicos, le dolía mucho la cabeza, se le adormecían las manos pero yo no avisé a nadie, no le lleve al médico, no hice nada, es justo eso lo que me hace sentir culpable.

Terapeuta: ¿Por qué no lo hiciste?

Paciente: No sé, porque no creía que era importante, quiero decir no sabía que los síntomas podían indicar algo grave, sino un dolor simple de cabeza.

Terapeuta: Pero espera no estoy entendiendo, ¿dices que no sabías que los síntomas era importantes?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Entonces por qué avisarías a alguien, quiero decir, si algo no es importante por qué te tomarías la molestia de hacer tantas cosas: avisar a tu familia, llevarle al médico.

Paciente: Mmmmm... si es verdad, no había pensado en ello.

Paciente: (gesto de sorpresa) Es verdad... es que no sabía que podía ser grave por eso no dije nada.

Terapeuta: Entonces no es que no dijiste nada porque sí, sino porque pensabas que no era importante.

Paciente: Aha.

Terapeuta: Como te hace sentir lo que acabas de decir

Paciente: Aliviada

Esta técnica tenía la intención de reemplazar las creencias irracionales por otras más racionales que alivien el sentimiento de culpa.

Facilitar la creación de nuevos vínculos.

La paciente tenía dificultad en vincularse con otras personas, puesto que creía que si lo hacía traicionaría, reemplazaría y olvidaría a su hermana. Por lo que el trabajo consistió en analizar dichas creencias que impedían que la paciente forme nuevas relaciones con el fin de modificarlas.

Terapeuta: Te he escuchado decir en varias oportunidades que no encuentras sentido de relacionarte con otras personas, porque no vas a querer a nadie como tu hermana, que nadie será como ella, que nadie ocupará su lugar.

Paciente: Sí.

Terapeuta: La sensación que tengo es que tú piensas que el vincularte con otras personas implica que tú tienes que reemplazarla.

Paciente: Es que no quiero que nadie ocupe su lugar.

Terapeuta: Aha...

Paciente: Lo que pasa es que me a mí me angustia que si continúo las cosa que hacia siempre, si me relaciono con otras personas, si salgo tal vez no me quede tiempo ni espacio para pensar en ella y esto me lleve al olvido y la verdad no quiero olvidarme de ella, sería como traicionarla.

Terapeuta: Como podrías olvidarla si ella está en tu vida, me has dicho que parte de lo que eres y lo que sabes es gracias a ella, quiero decir te ha dejado una huella que incluso aunque no esté físicamente, está en ti siempre.

Paciente: La verdad es que no lo había visto así.

Terapeuta: Quiero decir es cierto que nadie la reemplazará, ni ocupará su lugar, porque ese lugar ya está ocupado, nunca ha estado vacante. Todo lo vivido, lo compartido sigue ahí, hay afectos y sentimientos intactos.

Paciente: No me había dado cuenta de esto, pero es cierto que ella está siempre conmigo.

Terapeuta: Entonces qué de malo tiene conocer otras personas, disfrutar de actividades que te gustan, de la presencia de personas que te simpatizaban o pueden simpatizarte, en fin disfrutar de las cosas que tienes.

Paciente: No se me había ocurrido esto, es una gran verdad que me hace sentir bien, porque sé que haga lo que haga no le voy a olvidar y que va a estar presente siempre.

Terapeuta: Tu hermana que ha escuchado todo lo que has dicho (la fotografía de ella está en la sesión) que crees que diría de todo esto.

Paciente: No sé, me dice que me quiere ver tranquila, feliz, que quiere que retome mi vida, que ella siempre me acompaña y me cuida.

Terapeuta: Aha, entonces ¿crees que podrías solo intentar empezar a hacer poco a poco esas cosas que tu hermana te pide que hagas, por ejemplo volver al yoga, salir a tomar un café o hacer cualquier otra actividad con alguien?

Paciente: Sí podría intentar pero ha pasado tanto tiempo que a veces no sé cómo.

Terapeuta: Sí te entiendo, te gustaría en otras sesiones trabajar el cómo

Paciente: Sí podría ser.

Este trabajo tenía como objetivo atacar las creencias irracionales de la paciente y modificarlas para que pueda más adelante restablecer las relaciones perdidas, emprender otras nuevas y retomar sus actividades.

Trabajar el restablecimiento y el emprendimiento de nuevas relaciones.

El objetivo de esta actividad era el restablecimiento de las relaciones sociales que la paciente había dejado a raíz de la muerte de su hermana y el emprendimiento de nuevas amistades. Esto se trabajó a través del juego de roles, que tenía como objetivo modelar a la paciente las conductas adecuadas para retomar el contacto con las personas que había dejado hace tiempo, ser empática y prepararle para los distintos escenarios.

Para trabajar el restablecimiento de antiguas relaciones, la terapeuta tomó el rol de la paciente con el fin de modelarle las conductas que podrían llevarse a cabo para contactar nuevamente a dichas amistades, por ejemplo hacer contacto a través de un amigo en común, de redes sociales, acordar pequeñas salidas. La paciente, por su lado tomó el rol de una de esas amistades para responder a los intentos de acercamiento de la terapeuta, después de tanto tiempo. Este ejercicio le daba a la paciente la oportunidad de ver las posibles formas de acercarse paulatinamente a sus antiguas amistades, al tiempo que intentaba a través de la empatía, que la paciente experimente cómo se sentirían estas personas al ser contactas por ella luego de tanto tiempo de haberles evitado. Esto además servía para prepararle para los posibles escenarios que podía encontrar, no solo porque algunas personas podían estar física sino emocionalmente no disponibles. De hecho, más tarde se supo que algunas de sus amistades ya no estaban cerca y otras no reaccionaron de la manera que ella esperaba, sin embargo la paciente ya estaba preparada. Tal como se había ensayado en el juego de roles al contactar con algunas amistades, al principio la paciente experimentó una sensación de rareza, sin embargo como estos temas se habían tratado en terapia la paciente ya estaba prevenida, así mismo estuvo lista para afrontar las distintas reacciones que tuvieron las personas.

En cuanto al establecimiento de nuevas amistades la paciente se mostraba poco accesible a los demás. De hecho, evitaba entablar conversación, se mantenía callada mientras estaba con otros y demostraba poco interés en los demás, razón por la cual las

personas no se acercaba. A través del juego de roles se intentó generar empatía en la paciente para que comprenda que el tener esas actitudes le impediría hacer nuevas amistades. Para ello la terapeuta tomo el rol de la paciente imitando sus actitudes y la paciente el de una persona de su entorno y luego se discutió con ella acerca de las desventajas de tener dicho comportamiento. Posteriormente, la terapeuta tomó el rol de la paciente pero esta vez modelando las actitudes correctas, por ejemplo mostrándose más comunicativa, haciendo contacto visual al hablar, interesándose por lo que le dicen los demás, mientras que la paciente tomo el rol de una persona de su entorno quien observaba el cambio de comportamiento. En general, este trabajo tenía el fin de que la paciente imite los comportamientos adecuados y que comprenda que las actitudes de los demás tienen estrecha relación con las suyas.

Restablecimiento de actividades.

En cuanto a las actividades recreacionales que había dejado se le incentivó a la paciente a retomarlas y se utilizó la técnica de juego de roles para modelar los pasos necesarios para volver a realizarlas. Por ejemplo, se modeló cómo contactarse con la academia de yoga, se estipuló fecha y hora para realizar dichos contactos y finalmente se acordó fecha y hora para acudir personalmente a realizar la inscripción en este sitio. Esta actividad más que tener el objetivo de enseñarle los pasos necesarios para materializar una tarea tenía como objetivo que la paciente concrete cuándo haría esas visitas y que eventualmente empiece un día específico a llevarla a cabo, sin quedarse solo en el deseo de hacerlo.

Reubicar al fallecido.

Esta sesión tenía el objetivo de reforzar la idea de que es importante que la paciente mantenga el vínculo con la persona fallecida pero de tal manera que le permita seguir viviendo. Esto ya sea había tratado en sesiones anteriores, sin embargo era importante

dedicar un espacio de tiempo para ubicar de manera simbólica a la fallecida. La paciente decidió que no llevaría a su hermana en objetos materiales, sino en las cosas que ella había aprendido de ella y en lo que era ella como persona. La paciente decía frases como: “Mucho de lo que soy es gracias a mi hermana, por eso sé que ella va a estar conmigo siempre”, “Ella va a estar en todo lo que pude aprender de ella”. Esto era muy importante, puesto que la paciente tenía una cadena que le había pertenecido la cual la utilizaba para mantener el vínculo, pero comprender que el lazo con su hermana seguiría vigente para siempre y que la fallecida estaría presente siempre en su vida debido a la huella que había dejado en ella, hizo que la paciente no necesitara llevar a la fallecida en objetos externos. La paciente decía: “Hoy me olvidé de ponerme la cadena y no pasó nada”, refiriéndose a que no se había sentido angustia o que había olvidado a su hermana. Así mismo, el hecho de comprender que la fallecida estaría siempre con ella y que no le olvidaría, ni traicionaría si emprende nuevas amistades y continua con sus actividades, logró que pueda continuar viviendo y avance en la tarea IV.

Sesión de cierre.

Esta sesión tenía como objetivo obtener una retroalimentación del proceso con la finalidad confirmar el impacto que la terapia tuvo en la paciente. A Martina se le preguntó: Cómo te sientes actualmente en relación a la primera vez que llegaste, Cuéntame a breves rasgos cómo ha sido el proceso que has vivido durante la terapia. La paciente refirió que la primera vez llegó muy agobiada y triste pero que paulatinamente esa tristeza ha ido desapareciendo, así mismo refirió que antes extrañaba y pensaba en su hermana todos los días pero que esos pensamientos ya no la asaltan tan a menudo. La paciente decía: “Todavía extraño a mi hermana pero no siento tanta nostalgia, ni dolor de estómago”, “Todavía la pienso pero ya no todo el tiempo”, “Ahora puedo concentrarme más en mis cosas, por ejemplo en mis estudios”, “Tengo más ganas salir con amigos y de hacer las

cosas que me gustan”. Sobre el proceso la paciente refirió que fue fuerte en algunas sesiones pero que le ha ayudado, puesto que ya no tiene pendientes. La paciente refirió: “Las sesiones que trabajé en la silla vacía fueron muy intensas pero me ayudaron un montón”, “Trabajar en las sesiones fue muy difícil pero me ha ayudado a sentirme mejor” “También me ayudó que usted no me dejó escapar, o sea me presionó para que saque todas las emociones que a veces estaba evitando”. Finalmente, se le preguntó qué se llevaba de la terapia: “Lo más importante es que, no porque haga mis cosas o conozca a otra gente significa que voy a olvidar a mi hermana porque está conmigo siempre.

Herramientas utilizadas

1. Simbología.
2. Lenguaje evocativo.
3. Silla vacía.
4. Restructuración cognitiva.
5. Juego de roles.

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis de resultados SCL 90-R

Se realizaron dos evaluaciones con la herramienta psicométrica SCL 90-R. La primera evaluación se realizó antes del tratamiento y la segunda evaluación se la realizó al término del mismo.

A continuación se exponen los resultados que llegan o superan el rango clínico $T > 63$ tanto en la evaluación de pre-intervención como en la de post-intervención. La tabla dos provee un resumen de los valores T de todas las escalas en la pre y post intervención y la figura uno expone las variaciones de dichos valores.

Pre Intervención.

La primera administración del SCL-90-R, indica una elevación en la siguientes escalas: Somatizaciones (SOM) T= 64; la cual indica malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales: cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias y (DEP) T=64, que se asocia a ánimo deprimido, poca energía, desesperanza, falta de motivación e ideaciones suicidas. El Índice de Severidad Global no tiene un valor significativo superior al rango normal (T= 59), sin embargo esta cerca del rango clínico por lo que la severidad de los síntomas es algo importante a tomar en consideración.

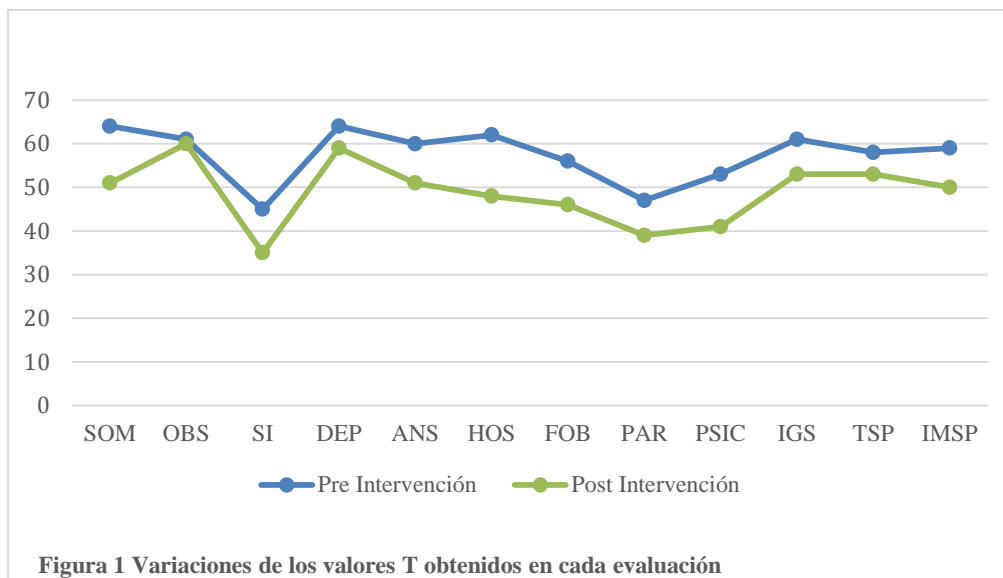
Post Intervención.

Los resultados obtenidos en la segunda evaluación indican un cambio en las escalas que se reportaron sobre el rango clínico en la primera evaluación. En la post-intervención la escala de Somatizaciones (SOM) T= 51 y Depresión (DEP) T=59 se encuentran dentro del rango clínico. Esto significa en el primer caso que los valores asociados con molestias cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias redujeron y en el segundo caso que los síntomas asociados con depresión, por ejemplo: ánimo deprimido, poco energía, desesperanza, falta de motivación e ideaciones suicidas también lo hicieron.

Tabla 2. Valores T de pre y post intervención evaluación SCL-90- R

	Valores T											
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Pre-Intervención	64	61	45	64	60	62	56	47	53	61	58	59
Post-Intervención	51	60	35	59	51	48	46	39	41	53	53	50

Nota: Los valores subrayados en negrita indican los valores T más altos en cada escala.



Análisis cualitativo

Los resultados se evaluaron en base al comportamiento exhibido por la paciente así como a lo que fue refiriendo a lo largo del proceso. En cuanto a la sintomatología que presentaba al inicio, luego de terapia, la paciente refirió menores niveles de tristeza, así como menor añoranza y pensamientos en relación con la fallecida. Esto no solo fue evidente en el comportamiento, porque en comparación con las primeras sesiones donde mostraba ánimo deprimido, con el pasar del tiempo, se le notaba más animada, vestía colores más brillantes y sonreía más a menudo, sino que fue ratificado por ella misma quien decía frases como: “Todavía extraño a mi hermana pero no siento tanta tristeza como sentía antes”, “Todavía la pienso pero ya no todo el tiempo”. Así mismo, los menores niveles de tristeza y de pensamientos en relación con la fallecida hacían que la paciente pueda concentrarse mejor en sus actividades ocupacionales, de hecho la paciente refería: “Todavía extraño y pienso en mi hermana pero ya me puedo concentrar en mis estudios”, lo cual es importante porque al inicio de la terapia la paciente relataba que la añoranza y los pensamientos en relación con su hermana fallecida no le permitían concentrarse en sus actividades académicas.

Por otro lado, los niveles de culpa que reportaba la paciente en relación con haber podido evitar la muerte, así como a su comportamiento la víspera de la misma redujeron importantemente luego de la terapia. De hecho, la paciente refería al inicio frases como: “Esta culpa que siento no me deja seguir viviendo”, sin embargo al final del trabajo terapéutico decía: “Me siento más aliviada”, “Ahora entiendo que lo que hice fue porque no creía que los síntomas eran importantes”. Sobre esto último, se debe recalcar que la paciente sentía culpa en relación a no haber comunicado la sintomatología física que tenía su hermana pero luego de trabajar en terapia revisando sus creencias pudo tener una visión más realista de los acontecimientos, lo cual redujo su sentimiento de culpa.

Más aun, también se observó un cambio positivo en la vida de la paciente, que se tradujo en el hecho de que esta pudo retomar la misma. De hecho, luego del fallecimiento de su hermana, Martina había dejado de hacer las actividades que usualmente hacía, por ejemplo dejó de acudir a clase de música y yoga, de frecuentar el círculo social que acostumbraba y lo que es más importante se rehusaba a formar nuevos vínculos, sin embargo luego del trabajo terapéutico la paciente retomó algunas de estas actividades, por ejemplo empezó a acudir a clases de yoga dos veces por semana, contactó el círculo que antes evitaba y accedió a salir con personas de su entorno, lo cual facilitaba que empiece a vincularse con otros nuevamente. Esto no solo mejoró su calidad de vida, sino que también ayudó a que la paciente se adapte a la pérdida, continúe con su vida y resuelva el proceso de duelo. De hecho, como ya se mencionó en capítulos anteriores, la paciente mostraba dificultad precisamente en los aspectos antes mencionados, lo cual impedía que avance en su proceso de duelo. No obstante, luego de trabajar en terapia, la paciente refirió en la sesión de cierre: “No porque continúe con mi vida y haga mis cosas o conozca a otra gente significa que voy a olvidar a mi hermana, porque ella está conmigo siempre”. Esto último

es probablemente la mejor descripción de completar la tarea IV definida por Worden (2009) la cual se traduce en colocar emocionalmente a la persona fallecida de tal manera que no interfiera con la vida de la persona quien debe seguir viviendo, además que demuestra de alguna manera que la paciente pudo completar exitosamente dicha tarea del procesamiento del duelo, en la que se hallaba estancada.

Importancia del estudio

Este estudio es importante, porque constituye la documentación de un caso a través del cual se validó la existencia del duelo complicado y la eficacia de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden para tratar esta condición. Esto ratifica lo que diversos investigadores de la comunidad científica han venido manifestando a este respecto, lo cual sugiere la necesidad de profundizar sobre esta condición. Este estudio además es importante, porque potencialmente beneficiará a los pacientes que sufren de duelo complicado para que reciban el tratamiento adecuado. El presente trabajo también servirá como una guía para realizar futuras investigaciones en el campo del duelo complicado. Además, es importante recalcar que el trabajo se lo realizó en un contexto latinoamericano lo cual es relevante porque la mayoría de las investigaciones han sido realizadas en poblaciones norteamericanas y europeas.

Resumen de sesgos del autor

En el presente estudio pudieron intervenir algunos sesgos. Primero, la herramienta de evaluación utilizada era en base a autor-reportes, por lo que los resultados del SCL-90-R pudieron estar sesgados. Debido al cansancio emocional y físico que experimentaba la paciente producto de la condición que atravesaba podía haber reportado una sintomatología mayor. En segundo lugar, la mejoría de la paciente se evaluó en base a los comportamientos exhibidos por ella a lo largo de la terapia, así como a las frases que

manifestaba en cada sesión; evaluación que pudo ser afectada por las expectativas y el juicio de la terapeuta y la paciente.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

El presente estudio de caso brinda información importante respecto a la efectividad de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden. Los resultados obtenidos en el SCL-90-R permiten observar que el malestar sintomático que presentó la paciente antes de realizar la terapia disminuyó luego de la aplicación de la misma. Así mismo, la información obtenida a lo largo de las sesiones denotó que la paciente reportaba una mejoría por un lado en la sintomatología que presentaba al inicio como: tristeza, añoranza y pensamientos constantes en relación con la persona fallecida, la capacidad de concentrarse en sus actividades ocupacionales y de relacionarse socialmente y por otro lado y más importante existió una mejoría en cuanto a que la paciente pudo empezar a establecer nuevas relaciones sociales y por ende nuevos vínculos. La formación de nuevos vínculos y el continuar con la vida, por lo menos de manera similar a lo que se vivía antes del acontecimiento, se relaciona con la tarea IV, que Worden (2009) describe como reubicar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo, tarea en la que antes del proceso terapéutico la paciente se hallaba estancada y que no le permitía resolver el proceso del duelo. Al momento la paciente es capaz de continuar con las actividades tanto sociales como recreacionales que había dejado, así como es capaz de buscar formas de desarrollar nuevos vínculos, lo cual es indicativo de que la terapia ayudó a que pueda avanzar en el proceso del duelo y que este llegue a una resolución definitiva. Así mismo, al alcanzar lo antes mencionado, el nivel de satisfacción de vida de la paciente mejoró.

Limitaciones del estudio

Este estudio de caso presenta algunas limitaciones. La primera es que al ser este un estudio de caso individual no puede generalizarse a otras poblaciones. Por otro lado, la subjetividad de la terapeuta puede haber influido en la interpretación de los resultados. Así mismo, la subjetividad de la paciente pudo haber influido en los reportes del malestar sintomático, dado el uso de la herramienta de auto-reporte para determinarlo. Otra limitación se relaciona con la evaluación del nivel de mejoría de la paciente, la cual pudo estar sesgada, en parte porque fue realizada a partir de la observación de la terapeuta y de lo referido por la paciente en las distintas sesiones. Adicionalmente, dado que es un estudio de caso único este no puede replicarse debido a algunos factores como las características personales de la paciente, las características de la terapeuta y al contexto en el que fue aplicada la terapia, sin embargo a pesar de las limitaciones antes mencionadas esta investigación representa un estudio detallado de un caso de duelo complicado.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomienda para futuros estudios que se realice un seguimiento tanto a mediano como a largo plazo con el fin de determinar si los cambios se mantuvieron en el tiempo.

Resumen general

El presente estudio trata del caso de una joven ecuatoriana que presenta un caso de duelo complicado. El diagnóstico se lo obtuvo en base a la cronicidad de los síntomas que se extendieron por un período prolongado de tiempo sin llegar a una resolución satisfactoria; impidiendo que la paciente resuelva el proceso de duelo (Worden, 2009). El análisis de los resultados se lo realizó a través de la herramienta de psico-evaluación SCL-90-R y a la observación de la terapeuta, así como a lo referido por la paciente a lo largo de las sesiones.

La terapia se la realizó en un total de 16 sesiones con una duración de una hora semanal y se la llevó a cabo en los consultorio de la Universidad San Francisco de Quito y bajo la supervisión de profesionales en la materia.

El objetivo de este estudio era medir la efectividad de la terapia de duelo a través de tareas diseñada por Worden (2009) para esa condición. Los resultados indican que la terapia fue efectiva, no solo porque redujo la sintomatología, sino porque ayudo a la paciente a resolver el proceso del duelo. Al final de la terapia los síntomas como tristeza, añoranza pensamientos sobre la persona fallecida disminuyeron, así mismo la paciente fue capaz de retomar las actividades recreacionales y sociales que había dejado, además de ser capaz de interesarse en desarrollar nuevos vínculos, lo cual logró resolver el proceso de duelo y mejorar el nivel de satisfacción general de vida de la paciente.

REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (2000). *Dying, Death, and Bereavement*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- American Psychiatric Association (2002) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed., Texto rev.). Barcelona, ES: Masson S.A.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Arlington, VA: America Psychiatric Association.
- Attig, T. (1996). *How We Grieve: Relearning the World*. New York, NY: Oxford University Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Barreto, P., de, I. T., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2), 355-368. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/1432297384?accountid=27965>
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2), 383-400. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220444947?accountid=27965>
- Boelen, P. (2008). Cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Bereavement Care*, 27(2), 27-30, doi: 10.1080/02682620808657717
- Boelen, P. A., de Keijser, J., Van, d. Hout, M. A., & Van, d. Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/210624385?accountid=36555>
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 444-52. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Boelen, P. A., Van, d. Bout., & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339-41. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220482320?accountid=27965>
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2012). Loss, trauma, and resilience in adulthood. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 32, 189-X. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/922382231?accountid=36555>
- Bradbury, M. (1999). *Representations of Death: A Social Psychological Perspective*. New York, NY: Routledge. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

- Butler, S., & Northcut, T. B. (2013). Enhancing psychodynamic therapy with cognitive-behavioral therapy in the treatment of grief. *Clinical Social Work Journal*, 41(4), 309-315. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-012-0406-1>
- Carnelley, K. B., Wortman, C. B., Bolger, N., & Burke, C. T. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: Evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 476-492. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/209810733?accountid=36555>
- Colin, V. (1996). *Human Attachment*. United States: Mc Graw-Hill.
- Corruble, E. (2013). Study results and the discriminant validity of DSM-IV bereavement exclusion. *Psychiatric Annals*, 43(6), 272-275. doi:<http://dx.doi.org/10.3928/00485713-20130605-07>
- Davis, C. G., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *The American Behavioral Scientist*, 44(5), 726-741. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/214762612?accountid=27965>
- Doka, K. J. (2010). *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. Bilbao, ES: Desclee de Brouwer.
- Elliot (2014). Taller: emotion-focused therapy for anxiety and depression training for working with individuals. Documento no publicado. Ecuador, Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Figley, Ch., Bride, B. y Mazza, N. (Eds.) (1997). *Trauma and grief: The Traumatology of Grieving*. Washington, DC: Taylor y Francis.
- Flaskerud, J. (2011). Grief and Depression: Are they Different? *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 338-340. doi:10.3109/01612840.2010.523512
- Fox, J., & Jones, K. D. (2013). DSM-5 and bereavement: The loss of normal grief? *Journal of Counseling and Development: JCD*, 91(1), 113-119. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/1293109808?accountid=27965>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220393256?accountid=36555>
- Ginzburg, K., Geron, Y., Salomon, Z. (2002). Patterns of complicated grief among parents. *Omega*, 45(2), 119-132. doi: 10.2190/xuw5-qgq9-kcb8-k6ww
- Greenberg, L.S. (2011) Taller 1: emotion-focused therapy level 1 training for working with individuals. Documento no publicado. Ecuador, Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Greis, L. M. (2012). Adjustment disorder related to bereavement. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(3), 186-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2011.08.018>

- Hogan, N., Worden, W., Schmidt, L. (2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega*, 48(3), 263-277. doi: 10.2190/gx7h-h05n-a4dn-rlu9
- Hooyman, N. R., & Kramer, B. J. (2008). *Living Through Loss: Interventions Across the Life Span*. New York, NY: Columbia University Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Horowitz M. (2005). Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1), 87-89. doi:10.2190/ALWT-JH33-6474-0DT9
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, CH. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-10. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220461827?accountid=36555>
- Horowitz, M. (1985). Stress Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment disorders. En P. Michels & J. Cavenar (Eds.) *Psychiatry* (pp. 241-249) Philadelphia, USA: Lippincott/New York Basic Books.
- Howarth, R. A. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), 4-10. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/851298236?accountid=36555>
- Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M. K., Wall, M. M. (2012). Brief measure for screening complicated grief: Reliability and discriminant validity. *PLoS ONE*, 7(2), e31209. doi:10.1371/journal.pone.0031209
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/231351488?accountid=36555>
- Johnson, S. M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J. A., & Lieberman, A. (2012). DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry*, 75(3), 243-66. doi:<http://dx.doi.org/101521psyc2012753243>
- Kastenbaum, R. (Ed.). (2000). *Psychology of Death*. New York, NY: Springer Publishing Company. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Kernberg, O. (2010). Some observations on the process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 601-19. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/603209077?accountid=27965>

- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. (N. Daurella, Trad.) Aragón, Barcelona: Grijalbo Mondadori. (Trabajo original publicado en 1969).
- Leishman, J., & Moir, J. (Eds.). (2009). *Perspectives On Death And Dying*. Cumbria, GBR: M&K Update Ltd. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. B., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698. doi:10.1080/07481187.2010.496686
- Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 27(1), 73-83. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/203176174?accountid=36555>
- Malkinson, R. (2010). Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy. *Psychological Topics*, 19(2), 289-305. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/1017879817?accountid=27965>
- Moglen, S. (2005). On mourning social injury. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 10(2), 151-167. doi:<http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.pcs.2100032>
- Neimeyer, R. A., & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions In Psychological Science* (Wiley-Blackwell), 18(6), 352-356. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01666.x
- Neimeyer, R. (2002). *Aprendiendo de la Pérdida*. (Y. Gómez Trad.) Barcelona. ES: Paidós (Trabajo original publicado en 2000).
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., Azim, H. F., Weideman, R., & Rosie, J. S. (2003). Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 87-93. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/222819293?accountid=36555>
- Pies, R. (2008). The anatomy of sorrow: A spiritual, phenomenological, and neurological perspective. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM*, 3, 17. doi:10.1186/1747-5341-3-17
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Joyce, A., Weideman, R. (2011). *Short-term Group Therapies for Complicated Grief*. Washington, USA: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, Ch., & et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-23. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220470233?accountid=27965>

- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, Ch. F., & et al. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(11), 1484-6. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220464958?accountid=27965>
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S.V., Reynolds, Ch. F., & et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 22-30. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220457068?accountid=27965>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., & et al. (2009) Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Med*, *6*(8): e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., & Steele, R. (2012). A call to the field: Complicated grief in the DSM-5. *Omega*, *65*(4), 251. doi: 10.2190/OM.65.4.a
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, *10*(2), 377-392. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/1506444675?accountid=27965>
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoucová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 11-10. doi:10.3402/ejpt.v2i0.7995
- Schauenburg, H., & Strack, M. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the symptom checklist SCL 90 R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *68*(4), 199-206. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/235438159?accountid=36555>
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G., Reister, G., & Tress, W. (2000). The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): A german validation study. *Quality of Life Research*, *9*(2), 185-93. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1008931926181
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: The general health questionnaire (GHQ) and the symptom check list (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*(7), 360-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/236072674?accountid=36555>
- Seale, C. (1998). *Constructing Death: The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Servaty-Seib, H. (2004). Connections between counseling theories and current theories of grief and mourning. *Journal of Mental Health Counseling*, *26*(2), 125-145. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/198711245?accountid=27965>

- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 119–128.
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: The theory practice and outcomes. *Bereavement Care, 29*(3), 10-14, doi:10.1080/02682621.2010.522373
- Shear, M. K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., & et al. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 257*, 453-461. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220461635?accountid=27965>
- Shear, K., & Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Anals 38*(10). doi: 10.3928/00485713-20081001-10
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., & et al. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1506-8. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/220461635?accountid=27965>
- Stroebe, M. S. (2001). Bereavement research and theory: Retrospective and prospective. *The American Behavioral Scientist, 44*(5), 854-865. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/214770383?accountid=36555>
- Stroebe, M., Gergen, M., Gergen, K., Stroebe, W. (1997). Broken hearts or broken bonds. In D. Klass, F. Silverman, S. Nickman (Eds.). *Continuing bonds: New understanding of grief* (pp. 31-39). Philadelphia, USA: Taylor and Francis.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*(3), 197-224. Retrieved from <http://search.proquest.com.library.capella.edu/docview/231408801?accountid=27965>
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 38*(3), 185-201. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/236922437?accountid=36555>
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*(3), 156-161. doi: 10.1080/16506070701339713
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies, 30*(5), 429-453. doi: 10.1080/07481180600614385
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal, 41*(2), 139-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-013-0445-2>
- Weston, R., Martin, T., & Anderson, Y. (1998). *Loss and Bereavement: Managing Change*. Malden, Mass: Blackwell Science.

Worden, W. J. (2009). *Grief Counseling and grief therapy*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Wright, B. (2007). *Loss and Grief Workbook*. Cumbria, GBR: M&K Update Ltd.
Retrieved from <http://www.ebrary.com>

Zisook, S., & Kendler, K. S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, 37(6), 779-94. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/204493208?accountid=36555>

ANEXO A

SCL-90-R
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo, 1998, CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.S.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario Incompleto Secundario Incompleto Terciario Incompleto

Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a

Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de Interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho

SCL-90-R.
Adaptación UIBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Canino.

- 7. Sentir que otro pueda controlar mis pensamientos.
- 8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
- 9. Tener dificultad para memorizar cosas.
- 10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
- 11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
- 12. Dolores en el pecho.
- 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
- 14. Sentirme con muy pocas energías.
- 15. Pensar en quitarme la vida.
- 16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
- 17. Temblores en mi cuerpo.
- 18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
- 19. No tener ganas de comer.
- 20. Llorar por cualquier cosa.
- 21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
- 22. Sentirme atrapado/a o encerrado/a.
- 23. Asustarme de repente sin razón alguna.
- 24. Explotar y no poder controlarme.
- 25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
- 26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
- 27. Dolores en la espalda.
- 28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
- 29. Sentirme sol/a.
- 30. Sentirme triste.
- 31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
- 32. No tener interés por nada.
- 33. Tener miedos.
- 34. Sentirme herido en mis sentimientos.
- 35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
- 36. Sentir que no me comprenden.
- 37. Sentir que no calgo bien a la gente, que no les gusto.
- 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
- 39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

- 40. Náuseas o dolor de estómago.
- 41. Sentirme inferior a los demás.
- 42. Calambres en manos, brazos o piernas.
- 43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
- 44. Tener problemas para dormirme.
- 45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
- 46. Tener dificultades para tomar decisiones.
- 47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
- 48. Tener dificultades para respirar bien.
- 49. Ataques de frío o de calor.
- 50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
- 51. Sentir que mi mente queda en blanco.
- 52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
- 53. Tener un nudo en la garganta.
- 54. Perder las esperanzas en el futuro.
- 55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
- 56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
- 57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
- 58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
- 59. Pensar que me estoy por morir.
- 60. Comer demasiado.
- 61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
- 62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
- 63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
- 64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
- 65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
- 66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
- 67. Necesitar romper o destrozlar cosas.
- 68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
- 69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
- 70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
- 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

SCL-90-R
Adaptación UBA, CONICET, 1998/2004.
Prof. M.M. Casallo.

- 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
- 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
- 74. Metarme muy seguido en discusiones.
- 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
- 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
- 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
- 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
- 79. Sentirme un/a inútil.
- 80. Sentir que algo malo me va a pasar.
- 81. Gritar o tirar cosas.
- 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
- 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
- 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
- 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
- 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
- 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
- 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
- 89. Sentirme culpable.
- 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho