

Manejo del duelo prolongado

■ En años recientes las reacciones psicológicas incapacitantes ante las pérdidas han recibido una mayor atención por parte de los clínicos. De hecho, la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su undécima versión (CIE-11) que actualmente está en proceso de elaboración, ha propuesto un nuevo diagnóstico denominado “trastorno de duelo prolongado”, que hace una descripción específica de este tipo de condiciones. Su definición incluye la presencia de una añoranza por quienes han fallecido que se acompaña de dolor emocional, dificultades para aceptar la pérdida, un sentimiento de falta de sentido de la vida, amargura por el deceso y una dificultad para llevar a cabo actividades nuevas. Para establecer el diagnóstico se requiere que estas manifestaciones permanezcan por un mínimo de seis meses después de la pérdida, ya que hay datos provenientes de estudios de campo que sugieren que quienes extienden su duelo más allá de este periodo son los que muestran más problemas discapacitantes. Los duelos prolongados se asocian a una tasa mayor de problemas mentales, a trastornos del dormir, al suicidio, a conductas poco saludables, a problemas cardiovasculares y a dificultades sociales y laborales entre otras cosas más. Su prevalencia se calcula en un 10% del total de individuos que experimentan un duelo por la pérdida de un ser querido. Si bien este porcentaje parece bajo, en los Estados Unidos de Norteamérica se calcula que corresponde a un millón de nuevos casos por año, lo cual se considera como un problema importante de salud pública. Es claro que en muchos aspectos estos cuadros semejan las condiciones de una depresión mayor, sin embargo el elemento diferencial es la condición de tristeza y añoranza por la pérdida; no obstante hay datos de estudios clínicos que afirman que entre un 50 a un 70% de los casos se complican con cuadros de depresión.

Otro elemento que apoya la diferencia entre un trastorno de duelo prolongado y una depresión mayor es el hecho documentado de que el primero no responde a los tratamientos farmacológicos con antidepresivos. Por el contrario, hay evidencia cada vez más consistente que sugiere que la terapia cognitivo conductual (TCC) es una adecuada estrategia para tratarlo. La TCC para este tipo de condiciones se dirige a la revisión de aspectos relacionados con la muerte con el fin de facilitar su adecuado procesamiento emocional. Por consiguiente se abordan temas tales como promover las memorias positivas de la relación, promover nuevas metas en la vida de la persona e inclusive el imaginar un diálogo con la persona fallecida. Al comparar sus

resultados con los de la terapia interpersonal, la TCC ha mostrado una notoria superioridad. En esta modalidad terapéutica se utilizan normalmente elementos de exposición que consisten en que el o la terapeuta confronta propositivamente al paciente con las ideas o los recuerdos de la persona fallecida. En ocasiones estas confrontaciones generan un malestar importante durante el proceso, por lo que no se sabe con toda certeza si la exposición debe o no ser un elemento indispensable en la TCC para el tratamiento del duelo prolongado. Para resolver este cuestionamiento un estudio de reciente publicación comparó la eficacia de la TCC con exposición y con la misma intervención pero sin exposición para determinar si ésta es un elemento esencial para que la intervención resulte exitosa.

Se llevó a cabo un ensayo clínico en un grupo de individuos que buscaron atención por la presencia de una condición de duelo por pérdida de personas: el 29% por la pérdida de alguno de los padres, el 30% por la pérdida de la pareja, el 31% por la pérdida de algún hijo y el 10% por la pérdida de otro tipo de personas. Las causas de muerte incluyeron muertes súbitas, enfermedades crónicas, accidentes y suicidio. En cuanto a los criterios de inclusión, incluyeron a aquellos sujetos que presentaron los criterios diagnósticos de un trastorno de duelo prolongado con duración de 12 meses. Excluyeron a los que tenían antecedentes de cuadros psicóticos, abuso de sustancias al momento actual, trastorno límite de la personalidad, a los menores de 17 años y a los mayores de 70. En las valoraciones les aplicaron la Evaluación de Duelo Complicado que es una entrevista semi-estructurada basada en el Inventario de Duelo Complicado. Esta evaluación valora la presencia de malestar por separación (criterio A) y la dificultad para aceptar el deceso, embotamiento emocional, amargura, dificultad para reincorporarse a sus actividades, y un sentimiento de vacío y de falta de significado de la vida (criterio B). Además, para completar el diagnóstico se requiere de la evidencia de incapacidad funcional (criterio C). Adicionalmente aplicaron la entrevista MINI para identificar la presencia de comorbilidad de depresión, de ansiedad y de trastorno de estrés postraumático. Añadieron algunas escalas para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, del estrés postraumático y de la calidad de vida. Después de la primera sesión, y una vez explicado el objetivo del estudio, los pacientes contestaron el Cuestionario de Credibilidad/Esperanza con el que cada uno de ellos valoró su confianza en el tratamiento y definió el nivel de la lógica que fundamentaba su aplicación. A los participantes se les asignó aleatoriamente a una de las dos opciones de tratamiento (TCC con y sin exposición), procurando mantener un balance de estratificación de acuerdo al sexo y al nivel



Cuadro 1

Característica	Tipo de Tratamiento		P
	TCC/Exposición (n = 41)	TCC (n = 39)	
Edad (DE)	51.0 (14.4)	54.8 (9)	.18
Tiempo desde el fallecimiento (DE)	4.0 (3.39)	3.62 (3.10)	.60
Años de estudio (DE)	13.6 (2.6)	13.3 (2.9)	.65
Hombres (%)	4 (10)	7 (18)	.29
Mujeres (%)	37 (90)	32 (82)	
Con empleo (%)	31 (75)	28 (73)	.84
Relación con el fallecido			
Pareja (%)	11 (27)	13 (33)	.52
Hijo (%)	11 (27)	14 (36)	
Padre (%)	14 (34)	9 (23)	
Otro (%)	5 (12)	3 (8)	
Tipo de muerte			
Súbita (%)	9 (22)	7 (18)	.86
Enfermedad crónica (%)	22 (54)	21 (54)	
Accidente (%)	6 (15)	6 (15)	
Suicidio (%)	4 (10)	5 (13)	
Depresión comórbida (%)	26 (63)	24 (62)	.93
Ansiedad comórbida (%)	11 (27)	8 (21)	.47
TEPT comórbido (%)	21 (51)	25 (64)	.25
Evaluación de lógica (DE)	7 (1.4)	7.8 (1.7)	.16
Evaluación de esperanza (DE)	6.3 (1.6)	7.0 (2.2)	.24

TCC = Terapia cognitivo conductual; DE = Desviación Estándar; TEPT = Trastorno de estrés post-traumático.

del duelo. Se llevó un registro cuidadoso de la emergencia de eventos adversos y si se identificaba uno de nivel alto de impacto se eliminaba al sujeto del estudio para poder proporcionarle tratamiento adicional, ya fuera de psicoterapia, ya farmacológico. La muestra del estudio consistió en la aleatorización de 80 pacientes, de los cuales se asignaron 41 a TCC con exposición y 39 a TCC sin exposición. El 76% de los pacientes completó el estudio y el 70% completó la fase de seguimiento a seis meses.

La maniobra terapéutica consistió en sesiones de grupo de dos horas de duración (una sesión semanal hasta completar 10) y en sesiones individuales de una hora de duración (una sesión semanal hasta completar cuatro). Todos los terapeutas recibieron un entrenamiento especial para definir la intervención de tal manera que ésta fuera uniforme para todos los pacientes. La fidelidad a los tratamientos se evaluó por medio de la revisión de un cierto número de sesiones video-grabadas por terapeutas experimentados.

Las características de los participantes por grupo de tratamiento se observan en el cuadro 1.

Como se observa, los dos grupos no difirieron significativamente en cuanto a sus características sociodemográficas ni clínicas. Así tampoco en cuanto a las expectativas sobre el éxito de la terapia. Considerando el efecto sobre la gravedad de las manifestaciones, la TCC/exposición logró una reducción de síntomas significativamente mayor a la obtenida con la terapia sin exposición ($p = 0.005$). También se puede identificar que la exposición redujo un mayor número de síntomas depresivos ($p < 0.001$). De igual forma, esta opción terapéutica redujo claramente los sentimientos de culpa por la pérdida. En cuanto al funcionamiento psicológico, los sujetos que recibieron la exposición mostraron una recuperación superior a la del otro grupo ($p = 0.001$).

Con estos resultados los autores concluyen que el adicionar la exposición a la TCC lleva a una mayor reducción del duelo y de los síntomas depresivos y además mejora

el funcionamiento psicológico y social de los individuos que la reciben. Sus resultados son concordantes con los encontrados en otros estudios que utilizan las mismas técnicas para tratar a pacientes con ansiedad: la terapia de exposición logra una mayor recuperación. Sin embargo, consideran que el proceso en cada una de estas condiciones es diferente. En el manejo de la ansiedad la exposición se dirige al desarrollo de aprendizaje de extinción, mientras que en el duelo el efecto de mejoría consiste en el proce-

samiento emocional de las pérdidas. Este tipo de estudios sientan las bases para el manejo psicológico del trastorno de duelo prolongado, el cual no había recibido previamente la atención adecuada.

Bibliografía.

BRYANT RA, KENNY L, JOSCELYNE A y cols.: Treating prolonged grief disorder. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1600.