

**Emilio Gamo Medina\***, **Cristina del Álamo Jiménez\***,  
**Laura Hernangómez Criado\*\***, **Ana García Laborda\*\*\***

*\*Psiquiatra. S.S Mental de Parla. Madrid. \*\*Psicóloga. S.S. Mental de Parla. Madrid.*

*\*\*\*Enfermera y Socióloga. S.S. Mental de Parla. Madrid.*

### Resumen

Este trabajo comienza con una introducción a la clínica del duelo, repasando las aportaciones psicoanalíticas fenomenológicas, y los estudios más importantes de series de casos de pacientes.

En la segunda parte se presentan los resultados de la aplicación de un protocolo a una población especialmente afectada por la pérdida. Se trata de un estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de 972 pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental, mayores de 18 años, que consultaron por vez primera, durante el periodo de un año (1999) en las que aparece el duelo como motivo de consulta, desencadenante o factor interviniente.

De las historias revisadas, un 8% (n=79) presentaba problemática relacionada con el duelo. Se encontraron como resultados notables la relación de la clínica con el sexo, la relevancia de las muertes imprevistas, la acumulación de las pérdidas y la convivencia con el fallecido.

**Palabras clave:** Duelo, pérdida, psicopatología.

### Summary

This paper shows a psychoanalytical and phenomenological point of view of bereavement and reviews the most important surveys.

We expose the results of applying a protocol in a population suffering from bereavement. This retrospective study reviews the clinical records of 972 overage outpatients, who consulted for the first time. During 1999 and who were in-

cluded in the protocol, if grief was the main suffering or intervening factor.

According to the clinical issues, 8% of the population presents problems that have to do with mourning. Relationship between clinics and sex, relevance of unexpected deaths, number of deaths and connivance with dead persons is found.

**Key words:** Bereavement, grief, pathology.

### Introducción

El duelo es la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido. Las clasificaciones diagnósticas como el DSM-III-R o DSM-IV atribuyen al duelo normal síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficit funcionales ni de inhibición psicomotora.

El duelo presenta múltiples aspectos para la reflexión y la investigación clínica. Aparece frecuentemente en las tareas asistenciales, ya sea como motivo de consulta, desencadenante o factor relacionado con la psicopatología que emerge en la historia biográfica o en las intervenciones psicoterapéuticas. La ayuda a la elaboración de los duelos es un cometido sustancial de éstas.

En el Centro de Salud Mental de Parla (Área 10, Madrid) hemos dedicado, desde hace tiempo, gran atención a ésta problemática, fruto de lo cual ha sido la apertura de una línea de investigación relacionada con dichos temas y la publicación del libro "Teoría y clínica del duelo"<sup>1</sup> que establece un marco de reflexión al res-

pecto y en el que se aborda más ampliamente alguno de los aspectos introductorios que se recogen a continuación.

Dentro de las aportaciones psicoanalíticas conviene recordar algunos elementos básicos. Freud<sup>2,3</sup> señaló ya las características clínicas anteriormente referidas, frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces. Para él, el trabajo del duelo consiste en aceptar la realidad de la pérdida e ir desligando la libido del objeto perdido. En la melancolía, como consecuencia de una pérdida de objeto, según Freud sustraída a la conciencia, habría un gran empobrecimiento del Yo, en relación con el predominio de elección de objeto de tipo narcisista. Los autores psicoanalíticos como O. Fenichel<sup>4</sup> señalaron el papel que la ambivalencia con relación al objeto perdido puede tener en la génesis del duelo patológico. L. Grinberg<sup>5,6</sup> postula que toda pérdida objetal presupone para el inconsciente una pérdida de la parte de Yo ligada al objeto; a partir de las ideas de M. Klein<sup>7</sup>, distingue dos tipos de culpa: culpa depresiva en la que predominan la reparación, la pena y la preocupación por el objeto, que es la propia del duelo normal, y culpa persecutoria vinculada a componentes destructivos, en la que predominan el resentimiento y el autorreproche, que se manifiesta más en los duelos patológicos. Este autor<sup>8,9</sup> ha señalado la importancia de la readaptación del Yo frente a la realidad, tras la aceptación de la pérdida, y el papel de los mecanismos de identificación en el restablecimiento interior de la imagen del objeto perdido. Igualmente incide en la importancia de realizar el duelo por las partes perdidas del self para poder elaborar el duelo por los objetos. En definitiva, la relación de la identidad con la elaboración de los duelos y la necesidad de cierta estabilidad para la resolución de las crisis.

En la consideración freudiana, el dolor del duelo no es un dolor narcisista sino un dolor psíquico necesario para la maduración<sup>3</sup>. P. y G. Lemoine<sup>10</sup> consideran que el duelo es hacer las paces con el muerto y que supone la pérdida de alguien para el que somos objeto de su de-

seo. A través de este proceso el sujeto escapa a la repetición y logra su lugar en el discurso de las generaciones.

Para la comprensión clínica del proceso de duelo debe tenerse en cuenta que la muerte y las reacciones en torno a ella comportan aspectos ritualizados. La palabra duelo se aplica también al grupo o cortejo de personas que despiden al difunto y acompañan a sus seres más cercanos. Este puede cumplir una función de apoyo, ayuda a la expresión de la pena, evocación de recuerdos, recapitulación, idealización o reconciliación con el fallecido<sup>11</sup>. Tras la muerte de un ser querido hay una alteración de la percepción y relación con el mundo externo que tiene que ver con la pérdida; hay un cambio de la espacialidad referido sobre todo al ámbito de convivencia compartida y de los objetos del muerto que va modificándose con el tiempo a través de diversas etapas. Los sentimientos marcados de ausencia pueden evolucionar a sensaciones de vacío, vivencias de soledad o nostalgia y evocaciones más sosegadas en las fases de superación. La secuencia temporal es muy variable en relación con las circunstancias de la pérdida, vínculo, entorno cultural, etc. En lo que se puede considerar un duelo normal y en nuestro medio cultural, cabe establecer tres períodos<sup>11</sup> que abarcarían una duración estimable de un año al menos: duelo inmediato, que se sitúa en las primeras semanas; duelo cercano, que se estima entre dos y seis meses, seguido a los primeros momentos de choque, en el que la situación anímica está básicamente configurada por la pérdida; cuando esto se amortigua, todavía queda un tiempo en el que la vida se ve notablemente afectada por el duelo en diversos modos. Las modificaciones de la duración pueden ser amplísimas, especialmente en los casos de duelo patológico, en el que puede haber un inicio tardío, después de un período de negación, o en duelos crónicos. La anamnesis de las historias clínicas y las observaciones psicoterapéuticas muestran que, al cabo de mucho tiempo, se observa aún el impacto o consecuencias de duelos, sobre todo en los no bien elaborados o reactivados por diversas razones como nuevas pérdidas de

distinta índole, repeticiones o reacciones de aniversario, etc.

Según W. Worden<sup>11</sup> la elaboración supone cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor consiguiente, adaptarse a un medio en el que está ausente el fallecido, al que se debe recolocar emocionalmente y continuar viviendo.

Las manifestaciones patológicas de un duelo pueden ser múltiples, no siempre bien delimitadas ni reconocibles. Entre ellas, negación o marcada dificultad para aceptar la pérdida, fuertes sentimientos de culpa, rabia, abandono, excesiva prolongación en el tiempo, alteración o detención del curso biográfico, cambios emocionales bruscos o aparición de diversos cuadros psicopatológicos, con sintomatología de tipo depresivo, ansioso, somático, trastornos de la conducta, dependencias e incluso síntomas psicóticos. Habitualmente incluidos dentro de las clasificaciones actuales (DSM-IV, ICD-10) como episodio depresivo mayor si los síntomas tienen una duración mayor de los dos meses, el deterioro funcional es importante o existe sintomatología depresiva grave<sup>13</sup>; como trastorno adaptativo, cuando la reacción es en exceso o más prolongada de lo que cabría esperar<sup>14</sup>; o como trastorno por estrés postraumático en el caso de una muerte súbita o violenta<sup>15</sup>. Ninguno de estos diagnósticos ha sido plenamente satisfactorio, levantándose en los últimos años gran controversia con respecto a la inclusión o exclusión del duelo patológico de las categorías existentes en las nosologías actuales<sup>16</sup>. Diversos autores como Horowitz<sup>16</sup>, Jacobs<sup>17</sup>, Zisook<sup>18</sup>, Prigerson<sup>19</sup>, apuntan hacia una diferenciación como entidad propia, habiendo refundido recientemente una serie de criterios útiles para clasificar este síndrome.

Los estudios con series de pacientes han sido poco desarrollados en nuestro país. En el presente trabajo se pretende analizar la problemática del duelo, en mayores de 18 años, que aparece en las historias clínicas nuevas a lo largo de un año en un Servicio de Salud Mental. A continuación se repasan algunas aportaciones

previas. J. Bowlby<sup>20</sup> ha recogido y realizado estudios sobre el duelo que ya son clásicos. Hace hincapié en la teoría del apego o facultad para establecer relaciones de amor, en las características de éstas y su influencia, junto con la capacidad de responder a situaciones estresantes, en la elaboración de las pérdidas. Gorer (1965)<sup>21</sup> encontró un diez por ciento de casos que presentaban un cuadro depresivo prolongado con desesperanza crónica. Los estudios con viudos de Parkes<sup>22</sup> en Londres y Glick<sup>23</sup> en Boston hallaron resultados semejantes. S. Zisook<sup>18</sup> encuentra un 17% de duelos no resueltos en un Centro de Atención psiquiátrica en California. D. Madison<sup>24</sup>, G. W. Brown y T. Harris<sup>25</sup>, han aportado observaciones y realizado estudios sobre la influencia negativa de la acumulación de factores de estrés o situaciones de crisis en la resolución del duelo.

Es de especial interés identificar los factores que predicen una mayor vulnerabilidad para padecer un duelo patológico, pudiendo relacionarse éstos con las siguientes variables<sup>28</sup>:

- El sexo: mujer.
- La edad: edades medias.
- Las circunstancias de la muerte: las muertes súbitas o en situaciones dramáticas y dolorosas, como mención especial las muertes por suicidio. Worden<sup>11</sup> también destaca las muertes perinatales o en la primera infancia, los abortos y las muertes por SIDA, como de especial dificultad para la elaboración.
- El tipo de relación o vínculo con el fallecido, aspecto este en el que han insistido especialmente los autores psicoanalistas; las muertes de padres o parejas, en relaciones muy dependientes o ambivalentes. Algunos autores consideran la muerte de un hijo menor como el acontecimiento estresante vital más importante. La existencia de antecedentes previos: psiquiátricos, situaciones de discapacidad física, pérdidas no resueltas y rasgos de personalidad como tendencia a la baja autoestima, hiperacusaciones y dificultad para expresar las emociones.

- Situaciones sociales de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores donde se tiende a evitar las situaciones de dolor.

## Metodología

La población objeto de estudio está constituida por las personas afectadas por un duelo a causa de fallecimiento, y que con relación a éste consultaron en el Servicio de Salud Mental del distrito de Parla (Madrid).

El distrito de Salud Mental de Parla comprende diversos municipios situados en la Zona Sur de la Comunidad de Madrid, con una población estimada de unos 112.000 habitantes. Sus mayores contingentes son de origen inmigrante procedente del propio Estado, que se asentaron fundamentalmente en las poblaciones de Parla y Pinto en los años 60 y 70 durante el boom industrial, a través de los distintos cinturones de expansión de Madrid. Demográficamente la población es de tipo intermedio.

La muestra utilizada fueron las personas que consultaron en el Servicio de Salud Mental del distrito de Parla por primera vez, mayores de 18 años, a lo largo del año 1999. Se eligieron para el estudio aquellas historias en las que el duelo era objeto de consulta, desencadenante o en el material clínico aparecía como un factor interviniente relevante. El número total de historias nuevas en el año 1999 de mayores de 18 años fue de 972, de las que 79 fueron seleccionadas para el estudio (8%). Además se encontraron otros 11 casos dudosos que no se incluyeron en el estudio.

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se utilizaron datos secundarios procedentes de la historia clínica, cuya recogida se efectuó a través de una ficha de 21 ítems agrupados en varios bloques temáticos:

- Variables sociodemográficas.
- Relación del consultante con el fallecido y tipo de vínculo.
- Causa y previsibilidad del fallecimiento.

- Pérdidas acumuladas.
- Clínica y tratamiento.
- Afrontamiento o detención del curso biográfico.
- Resolución del duelo.

La ficha fue aplicada por parejas de investigadores para evitar el sesgo personal.

El análisis estadístico realizado consistió en la obtención de descriptivos de las distintas variables y el estudio de las diferentes correlaciones entre las mismas, y su correspondiente significación, con los procedimientos adecuados a cada caso (generalmente pruebas para variables nominales tales como la prueba Phi, V de Cramer, coeficiente de contingencia, y en ocasiones Lambda y Tau de Goodman y Kruskal).

## Resultados

### Variables sociodemográficas:

El rango de edades abarcaba desde los 19 hasta los 83 años, con una media (y mediana) de 45 años (desviación típica=16,53). La distribución por intervalos de edad resultó ser como muestra el gráfico 1.

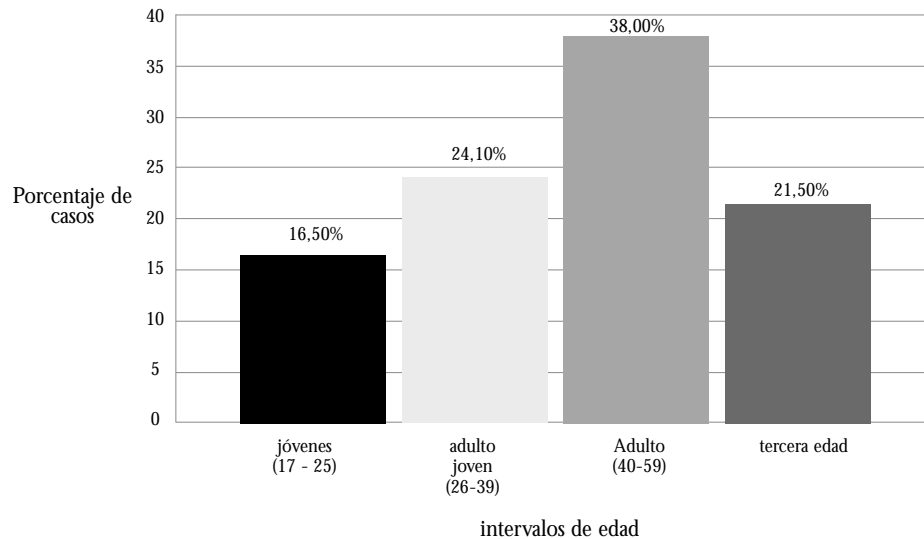
Respecto a la distribución por sexos, un 78,5% eran mujeres (N = 62). Este porcentaje excede al porcentaje global de mujeres que consultaron en 1999 (61%).

En cuanto al estado civil, un 57% de los pacientes estaban casados o convivían con su pareja (14% varones, 43% mujeres), un 24% eran viudos/as (5% viudos, 19% viudas), un 17,7% solteros/as (2,5% varones, 15,2% mujeres) y sólo una paciente (1,3%) estaba separada.

En el momento de la consulta, un 55,7% vivían con su pareja, un 14% vivían solos, otro 14% con sus hijos, y un 13% con sus padres.

### Variables referidas al duelo:

- Tiempo transcurrido desde la muerte hasta la consulta en salud mental: la mayoría de los pacientes (un 61%) consultó en el primer año tras la muerte, de los cuales un 18% lo

**Gráfico 1: Distribución de la muestra por intervalos de edad**

hizo en los tres primeros meses; un 14% consultó pasados más de seis años. Sin embargo, teniendo en cuenta el sexo, que correlacionó significativamente ( $p = 0,038$ ) con esta variable, se observó que un 53% de los varones consultaron pasados más de tres años, lo que sólo hicieron un 23% de mujeres.

Otro factor que correlacionó significativamente ( $p = 0,05$ ) con el tiempo tardado en consultar fue la calidad del vínculo con el fallecido, de modo que prácticamente todos los que referían un vínculo ambivalente o malo (un 89% en caso de ambivalente, y un 100% en el caso de malo) consultaron en el primer año.

- Motivo de inclusión en la muestra: respecto a los criterios de inclusión en la muestra, los pacientes se distribuyeron de modo bastante uniforme entre los que exponían el duelo como motivo de consulta (38%), los que no lo referían explícitamente pero aparecía claramente ligado al inicio de los síntomas (29%), y aquellos en los que el duelo intervenía de un modo indirecto en la manifestación de psicopatología (33%). Sin embargo, esta variable se ve modulada por sus correlaciones significativas con si convivía o no con el fallecido ( $p = 0,016$ ), el sexo ( $p = 0,012$ ), y las circunstancias de la muerte ( $p = 0,043$ ). Así, un 70% de los que presentan el duelo como mo-

tivo de consulta convivían con el fallecido, relación que se invierte en el caso de que el duelo juegue un papel desencadenante o interviniente (el 61% y 65% respectivamente no convivían con el fallecido). En las diferencias entre sexos, mientras que la mayoría de las mujeres (45,2%) presenta el duelo como motivo de consulta, en la mayoría de los hombres (59%) aparece únicamente como variable interviniente. Por último, en los casos de muerte súbita es más frecuente presentar el duelo como motivo de consulta (51%), mientras que los pacientes que experimentaron la muerte de una persona querida de un modo previsible no muestran más que una ligera tendencia a que el duelo sea sólo factor interviniente (38,5% frente a un 30,8% que lo presentan como motivo de consulta y otro 30,8% como desencadenante).

- Tipo de relación que le unía al fallecido: la muerte de los padres era la que en la mayoría de los casos (un 39%) afectaba al paciente (un 24% por fallecimiento del padre, un 14% por la madre), seguida de la muerte del cónyuge (24%). En un 10% se acudía por fallecimiento de algún hijo. Esta variable correlaciona muy significativamente ( $p = 0,001$ ) con la detención del curso biográfico, de modo que la mayoría de los que habían perdido un ascendiente (74%) no presentaban ninguna deten-

ción de su curso vital, frente a un 53% de los que habían perdido al cónyuge que presentaban una detención moderada, y un 50% de los que habían perdido a un hijo que acusaban una detención importante o muy intensa.

- Circunstancias de la muerte: el 52% de los casos encontrados presentaban un duelo por una muerte súbita; un 5% de la muestra total eran por suicidio.
- Convivencia con el fallecido: el porcentaje de personas que convivían con el fallecido es prácticamente igual al de aquellos que no convivían con él (49,4% frente a un 50,6%).
- Pérdidas acumuladas: un 61% de los pacientes referían pérdidas significativas previas a la presente consulta.
- Calidad del vínculo con el fallecido: a pesar de ser una de las variables menos fuertes de la

investigación por la difícil inferencia a partir de la historia de datos fiables a este respecto, es importante destacar que un 20% refiere francamente algún tipo de vínculo que podría llevar a un duelo complicado (ambivalente, odio, simbiótico-dependiente, sexualizado). En un 30% no se cuenta con información suficiente sobre este tema.

#### **Variables de carácter clínico:**

- Clínica: la clínica se presenta como depresiva en un 50%, ansiosa o neurótica en un 29%, y las somatizaciones, lo mismo que el abuso de sustancias y los intentos de suicidio, alcanzan un 5%. Esta variable correlaciona significativamente ( $p = 0,013$ ) con el sexo, de modo que el porcentaje de depresiones es el doble en las mujeres (58% frente a un 29%), mientras que el abuso de sustancias es diez veces mayor en hombres (17,6% frente a un 1,7%). Aunque en la clínica an-



**Interior veraniego**  
*Edward Hopper, 1909*

Oleo sobre lienzo

siosa las diferencias están más matizadas, también es más frecuente en los hombres (35% frente a un 28% en mujeres). Por otro lado, aunque la asociación entre clínica y relación con el fallecido ( $p = 0,042$ ) esté claramente interferida por la variable sexo, habría que destacar que un 72% de los duelos por una madre, como los de los hijos, presentan una clínica depresiva, mientras que en los duelos por el padre predomina una clínica más ansiosa (53%).

- Detención del curso biográfico: un 58% de la muestra no aparenta detención en su curso vital, un 29% acusa un deterioro moderado, y un 13% presenta una interferencia en su funcionamiento psicosocial importante o muy intensa. Como ya se ha señalado más arriba, esta variable correlaciona significativamente con el tipo de relación que unía al fallecido, y también, de un modo muy significativo, con si convivía con el fallecido ( $p = 0,000$ ) y el tipo de convivencia actual ( $p = 0,001$ ). Así, el 70% de los que no presentan interferencia en su curso vital no convivía con el fallecido, frente a un 65% de los que presentan un deterioro moderado y un 100% de los que acusan una detención importante o muy intensa que sí convivían con el fallecido. Respecto a la actualidad, un 27% de los que viven solos presentan una detención importante o muy intensa de su curso vital, y un 64% moderada. Frente a esto, un 64% de los que viven en pareja y de los que viven con hijos no presentan ningún deterioro en su funcionamiento habitual; un 90% de los que viven con padres tampoco presentan deterioro.
- Tratamiento: un 45% de los pacientes únicamente acudió a las entrevistas de evaluación

(dos o tres sesiones), mientras que un 50% recibió atención psicoterapéutica individual más prolongada (entrevistas o psicoterapia) y un 5% terapia de grupo. El 24% de los pacientes no recibió ningún tipo de medicación, un 54% antidepressivos (con o sin ansiolíticos añadidos), y un 22% únicamente ansiolíticos.

- Antecedentes psiquiátricos informados: aunque la población de la que se partía eran los casos nuevos aparecidos en el Servicio de Salud Mental durante el año 1999, hay ocasiones en las que el paciente ha recibido previamente otro tipo de atención, privada o en otro centro público, por diferentes motivos. De los 79 casos de la muestra, sólo un 11,5% informó de antecedentes psiquiátricos previos.

### Discusión y conclusiones

Para la discusión de los resultados se tendrá en cuenta el material global de las historias recopilado a través de las fichas correspondientes. También se hizo como contraste una recogida de otros casos de duelo atendidos en los tres últimos años mediante encuesta a los profesionales del Servicio, psiquiatras y psicólogos, preguntando por las historias (35 en total) que presentaron mayor gravedad, dificultad o dedicación, sobre las que se elaboraron fichas con observaciones clínicas.

El porcentaje de pacientes en un año, la mayoría sin antecedentes psiquiátricos, que consultan en relación con un duelo, es considerable (8%). En un 61% no ha transcurrido más de un año del fallecimiento, pero hay un número importante de casos en los que han pasado más de tres e incluso de 6 años, lo que da idea de la persistencia en el tiempo.

**Tabla 1:** Tabla de contingencia entre el sexo del doliente con el tiempo transcurrido entre el fallecimiento y la primera consulta.

Tiempo tardado en consultar	Hombres	Mujeres	Muestra total
0-3 años	47,1%	77,4%	70,9%
3-6 años	17,6%	14,5%	15,2%
más de 6 años	35,3%	8,1%	13,9%

Con respecto a la influencia del vínculo, por la índole del trabajo, de revisión de historias, no es fácil establecer conclusiones. En un 30% no hay información suficiente, muchos de los vínculos que se califican como buenos, la mitad del total, cabe matizarlos con una mayor profundización; no obstante, los vínculos susceptibles de ser considerados problemáticos sobrepasan el 20%, predominando entre ellos los ambivalentes. Es interesante señalar que la gran mayoría de los que referían vínculos problemáticos con el fallecido consultaron el primer año, siendo la diferencia en la prontitud de la consulta significativa, lo que podría resaltar la relevancia que estos vínculos tendrían de cara a la dificultad de la elaboración del duelo y por ello surgiría la necesidad de buscar una ayuda terapéutica.

En este grupo de historias hay circunstancias que tienen un gran peso: la convivencia directa con el fallecido, que origina mayor alteración del curso biográfico, la muerte imprevista, en un número considerable de casos de forma traumática o accidental y las pérdidas acumuladas anteriores o posteriores. En todo esto existe concordancia, en líneas generales, con los trabajos antes aludidos. Con respecto a la clínica, como cabría esperar, predomina la de-

presiva, recayendo su peso en la población femenina. Los síntomas de ansiedad son los segundos en importancia, se aprecian componentes somáticos, a veces identificatorios con el fallecido; también se ha observado este carácter identificatorio en algunas crisis de angustia, sobre todo cuando el fallecido lo es por problemas respiratorios o en muertes repentinas como las producidas por infarto de miocardio. En sujetos jóvenes, la ansiedad y reacciones emocionales pueden estar ligadas, tanto a la pérdida, como al hecho de ser las primeras confrontaciones con la muerte, por ejemplo de un amigo, abuelo (que puede tener un papel sustituto paterno ...). El alcoholismo, las conductas adictivas como el juego, tienen una incidencia considerable en los varones (aunque es difícil ponderarlas dado su menor porcentaje). Los síntomas alimentarios, en sentido amplio, se acumulan en mujeres. Apenas se han encontrado síntomas psicóticos o delirios en esta muestra. En las historias aparecen algunas alucinaciones dudosas, en forma de voces del fallecido, de poca relevancia psicopatológica. En el grupo de historias antiguas sí se han observado algunos cuadros psicóticos.

Uno de los hechos que se ilustran más claramente en el material recogido, es la reactuali-

**Tabla 2:** Tabla de contingencia entre la relación del fallecido con el paciente y el grado de detención del curso biográfico.

Grado de detención	Ascendiente	Cónyuge	Descendiente (hijos)	Otros
Sin detención	74,3%	31,6%	25%	70,6%
Moderado	20%	52,6%	25%	23,5%
Importante-muy intenso	5,7%	15,8%	50%	5,9%

**Tabla 3:** Tabla de contingencia entre la clínica y el sexo del paciente

Clínica	Hombres	Mujeres	Muestra total
Depresiva	29,4%	58,3%	50,6%
Ansiosa	35,3%	28,3%	29,1%
Somática	0%	6,7%	5,1%
Abuso de sustancias	17,6%	1,7%	5,1%
Otros	17,6%	5%	7,6%

zación de duelos por otros posteriores o por diversas circunstancias biográficas de índole familiar, laboral, de jubilación, enfermedad... La acumulación de pérdidas, ya aludida, y factores intercurrentes o posteriores, como rupturas familiares, cambios en el entorno, dificultades económicas, problemas con la herencia, etc., se anudan confiriendo un mayor carácter patógeno al duelo.

El perfil más habitual de paciente es el de una mujer de edad media, casada, a la que se le ha muerto su progenitor, exponiendo el duelo como motivo de consulta explícito. Esta paciente prototípica podría haber vivido otras pérdidas afectivas, tendría una clínica depresiva sin gran detención del curso biográfico.

Entre los casos especiales de pérdidas que causan una mayor repercusión está: el de la muerte de los hijos, sobre todo en la infancia o juventud, que causan mayor detenimiento del curso biográfico, las muertes simultáneas o cercanas de varias personas y las muertes por suicidio que alcanzan un 5% de la muestra lo que se puede considerar muy elevado en relación con la incidencia del suicidio como causa de muerte. En este último caso, teniendo en cuenta las historias antiguas, se ha observado la consulta de varios familiares por una misma muerte; cuatro familiares de varias generaciones han consultado en nuestro centro, a lo largo de tres años, en relación explícita con el mismo suicidio.

En cuanto a la dificultad de resolución, complejidad o evolución crónica, cabe destacar, aparte de los casos ya comentados de muerte de hijos, suicidios y pérdidas acumuladas, otros como:

- Algunos casos de viudedad o de vínculos problemáticos.
- Muertes precoces de los padres en jóvenes que pueden llevar a asumir un rol adulto o parental forzado.
- Los que llevan a una descompensación a personas con problemas previos de personalidad

(carenciales, dependientes, narcisistas, histriónicos...). La influencia de la personalidad a pesar de que resulta clara clínicamente en determinados casos, es muy compleja y no ha sido objeto directo de esta investigación.

En el aspecto terapéutico el empleo predominante de fármacos antidepresivos está en relación con el predominio de esta clínica y su mayor o menor gravedad. En cuanto al tratamiento psicológico, el enfoque más frecuentemente utilizado son las entrevistas psicoterapéuticas que acompañan la elaboración del duelo. Un número considerable de casos han quedado circunscritos a las primeras entrevistas evaluatorias y orientativas por su levedad o por abandono. En un 5% de los casos de la muestra se ha realizado terapia de grupo, participando en grupos psicoterapéuticos con patologías diversas o en un grupo de apoyo específico.

Se puede concluir que el estudio confirma la amplitud de la problemática del duelo en las nuevas consultas a los Servicios de Salud Mental; permite un marco para su valoración y para establecer factores de riesgos o pronósticos.

Los resultados obtenidos pueden apoyar la idea de la relevancia del tipo de vínculo con el fallecido en la elaboración del duelo, aunque resultan insuficientes para esto. Sobre todo se puede observar la importancia que tienen las circunstancias de la pérdida y las que le rodean.

### **Correspondencia:**

Dr. Gamo Medina, Emilio  
Centro de Salud Mental de Parla  
C/ Pablo Sorozabal 4  
28980 PARLA (Madrid)  
Tel. 91 6056903

### **Bibliografía**

- 1 Gamo Medina E, et al. Teoría y clínica del duelo. Ciudad Real: Angama; 1999.
- 2 Freud S. Duelo y Melancolía. Obras Completas, vol XIV. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973; p. 235-255.
- 3 Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas, vol III. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.

- 4 Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Barcelona: Paidós; 1994; p. 437-457.
- 5 Grinberg L. Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Madrid: Alianza Universidad, 1994; p. 150-160.
- 6 Grinberg L. Sobre dos tipos de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de Psicoanálisis* 1963; 4: 321-332.
- 7 Klein M. El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos. Obras completas. Tomo I. Barcelona: Paidós; 1989; p. 310-346.
- 8 Grinberg L. Culpa y Depresión. Estudio psicoanalítico. Madrid: Alianza Universidad; 1994.
- 9 Grinberg L, Grinberg R. Angustia frente al cambio y duelo por el self. En *Identidad y cambios*. Barcelona: Paidós, 1980.
- 10 Lemoine P, Lemoine G. El afecto y el duelo. En *Fugar, gozar*. Barcelona: Gedisa; 1980.
- 11 Worden JW. Las cuatro tareas del duelo. En *El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 1997.
- 12 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4<sup>th</sup> ed. Washington. D.C.: American Psychiatric Press; 1994; p. 326.
- 13 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4<sup>th</sup> ed. Washington. D.C. American Psychiatric Press; 1994; p. 626.
- 14 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4<sup>th</sup> ed. Washington. D.C.: American Psychiatric Press; 1994; p. 424.
- 15 Stroebe M, Van Son M, Stroebe W. On the classification and diagnosis en pathological grief. *Clin Psychol Review* 2000; 20 (1): 904-910.
- 16 Horowitz M, Siergel B y Holen A. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatr* 1997; 154: 904-910.
- 17 Jacobs C. Pathologic grief. *Maladaptation to loss*. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1993.
- 18 Zisook S, Lyons I. Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega* 1990; 20: 307-322.
- 19 Prigerson HG, Shear MK, Jacobs S. Consensus criteria for traumatic grief. *Br J Psychiatr* 1999; 174: 67-73.
- 20 Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós; 1993.
- 21 Gorer G. *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. Londres: Tavistock Publications; 1965.
- 22 Parkes CM. *Bereavement: Studies of grief in Adult Live*. Londres: Tavistock Publications; 1972.
- 23 Glick IO, Weis RS, Parkes CC. *The first year of bereavement*. Nueva York: John Wiley. Interscience; 1974.
- 24 Maddisom D, Viola A, Walker WL. Further studies in bereavement. *Amst and MZ J Psychiatr* 1969; 113: 1057-67.
- 25 Brown GW, Harris T. *The social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publication; 1978.
- 26 Biondi M, Picardi A. Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychother psychosom* 1996; 65; 224-245.
- 27 Zisook S. *Death, dying, and bereavement*. En: Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6<sup>a</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.