

Adherencia al tratamiento del duelo patológico

M. Portillo, M.J. Martín, M. Alberto

Resumen

El objetivo de este estudio es evaluar qué factores intervienen en el abandono del tratamiento en pacientes diagnosticados de duelo patológico y si existe relación con el tipo de tratamiento que reciben y la gravedad del estado inicial. El tratamiento que reciben los pacientes puede ser psicológico, psiquiátrico o bien psicológico-psiquiátrico. Siempre es ambulatorio e individual y tiene una duración de 32 semanas, con un total de 12 sesiones.

Se analizan variables sociodemográficas y se evalúa el estado inicial de los pacientes mediante una entrevista semiestructurada e instrumentos objetivos.

Se observa que los motivos del abandono son diversos y no presentan relación ni con el tipo de tratamiento empleado ni con el estado inicial del paciente.

Palabras clave: Adherencia al Tratamiento. Duelo Patológico. Abandono.

Summary

The objective of this study is to evaluate which factors lead the patients diagnosed with pathologic grief to abandon treatment; we are also interested in finding if there is a relation between the type of treatment and the severity of the initial state of the patient.

The treatment received by the patients can be either psychological or psychiatric or a combination of both. The treatment is always ambulatory and individual; its duration is of 32 weeks and the total number of sessions is 12.

We analyse socio-demographics variables and we evaluate the initial state of the patients using a semi-structured interview and objective questionnaires.

We observe that the motives of abandoning treatment are diverse and that they do not hold a strait relation neither with the type of treatment received neither with the initial state of the patient.

Key words: Treatment Adherence. Pathologic Grief. Abandoning.

Correspondencia: Dr. M. Portillo
Hospital Mutua de Terrassa
Dr. Robert, 5
08221 Terrassa (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

En 1915 Freud publicó su libro *Duelo y melancolía* en el que definía el proceso de duelo como “una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente”; desde entonces muchos han sido los trabajos relacionados con el proceso de elaboración de la muerte de un ser querido.

El término duelo incluye un conjunto de manifestaciones emocionales y comportamentales que experimenta una persona que se enfrenta a una pérdida significativa (Altet et al, 2000).

Estas manifestaciones pueden indicar la presencia de un duelo patológico o complicado en los casos en que la naturaleza, duración y severidad de los síntomas no se sitúan dentro de los límites establecidos como normales (Melhem et al, 2001).

Los criterios que establece el DSM-IV para el diagnóstico de duelo patológico incluyen una reacción a la muerte de una persona querida con la presencia casi habitual de síntomas característicos de un episodio de depresión mayor que se mantienen durante dos meses y que incluyen: culpa, pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad, enlentecimiento psicomotor acusado y experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

La presencia de síntomas de duelo traumático 6 meses después de la muerte, es predictor de diversos aspectos negativos en la salud de las personas tanto física (problemas de corazón, alta presión sanguínea, cáncer, cambios importantes en la alimentación,...) como psicológica (ideación suicida, ansiedad, depresión, abuso de tranquilizantes, tabaco y alcohol,...); siendo los síntomas psicológicos los que tienen mayor perdurabilidad en el tiempo que los somáticos (Valdés et al, 1997).

Por tanto, una correcta elaboración del duelo, resulta fundamental para una buena salud física y mental del individuo (Holly et al, 1997).

Este estudio forma parte de una investigación más amplia todavía no finalizada, en la que nos interesó comparar tres tipos de tratamiento (psicológico, farmacológico y la suma de ambos) en

pacientes diagnosticados de duelo patológico para observar cuál era más efectivo y de qué dependía esta efectividad; el hecho de que durante la intervención observáramos un alto porcentaje de abandonos del tratamiento nos estimuló a estudiar dicho abandono.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es evaluar qué factores intervienen en el abandono del tratamiento y si existen diferencias en función del tipo de tratamiento que recibe cada uno de los pacientes.

MÉTODO

Sujetos

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 19 sujetos que presentaban sintomatología correspondiente al diagnóstico de duelo patológico según los criterios del DSM-IV; nosotros añadimos como criterios de inclusión ser mayor de 18 años y que hubiera transcurrido un mínimo de seis meses desde la muerte de la persona por la que se está realizando el duelo; y como criterios de exclusión el presentar un trastorno psiquiátrico previo diagnosticado según criterios del DSM-IV y haber iniciado cualquier tipo de tratamiento antidepresivo antes de ser derivado a nuestra unidad.

Material

La recogida de información se realizó a través de una entrevista semiestructurada que se dividía en dos partes: una primera parte en la que se recogía información sociodemográfica (sexo, edad, lugar de nacimiento, situación laboral, estado civil, con quién convive); y una segunda parte en la que se realizaba una valoración del duelo (antecedentes de duelo, relación con la persona por la que en ese momento estaba haciendo el duelo, tipo de muerte, tiempo que ha transcurrido desde la muerte) y de la sintomatología a nivel emocional (tristeza, sentimientos de culpa, ansiedad, ira,...), cognitivo (preocupación, sentido de presencia, alucinaciones,...), físico (opresión en el pecho, falta de energía, debilidad muscular, falta de aire,...) y conductual (alteraciones del sueño e ingesta, aislamiento social, llanto,...).

Se administraron los siguientes cuestionarios

para obtener una valoración objetiva de Personalidad, Estado de Ansiedad y Depresión y gravedad del duelo.

- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) de Eysenck y Eysenck, en su adaptación a población española de Seisdedos. Este cuestionario evalúa tres dimensiones básicas de personalidad: neuroticismo, extraversión y psicoticismo o dureza y además incluye una escala de sinceridad. Consta de noventa y cuatro ítems dicotómicos y tiene una validez y fiabilidad fuertemente probadas.

Para valorar la sintomatología depresiva se utilizó el Beck Depression Inventory (BDI) de Beck. Formado por 21 ítems evalúa el grado de depresión a través de una escala tipo Lickerd de 4 puntos.

- Hamilton Depression Escala (HDRS) de Hamilton. La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo en el momento de la entrevista y proporciona además de una puntuación global de gravedad del cuadro, una puntuación en tres factores o índices; melancolía, ansiedad y sueño; la escala la pasaba el profesional que iba a encargarse del caso.

- State-Trait Inventory (STAI) de Spielberger. Esta escala evalúa los dos conceptos de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo mediante un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos).

- Inventario de Experiencias en duelo (IED) de Sanders, Mauger y Strong, adaptado al castellano por Jesús A. García García, Victor Landa, M^a Cruz Trigueros, Pilar Calvo e Idoía Gaminde. Este inventario proporciona una medida objetiva multidimensional de duelo, siendo sensible a la evolución longitudinal del proceso. Está compuesta por un total de 135 frases relacionadas frecuentemente con el duelo a las que el sujeto ha de dar una respuesta de verdadero o falso; el total de ítems forman 4 escalas de validez (Negación / Ocultamiento, Respuestas Atípicas, Deseabilidad Social, y evalúan las actitudes acerca de la participación en el cuestionario) y 9 de duelo (Desesperanza, Enfado/Hostilidad, Culpa, Aislamiento Social, Pérdida de Control

Emocional, Rumiación, Despersonalización / Embotamiento / Aturdimiento, Somatización y ansiedad ante la muerte).

Para evaluar los motivos por los que los pacientes habían abandonado el tratamiento al llamarlos por teléfono les hacíamos dos preguntas: ¿Por qué habían dejado de venir? y ¿Cómo se encontraban actualmente?.

Procedimiento

Cuando los pacientes acuden al servicio, generalmente derivados por su médico de cabecera, en primer lugar se realiza una entrevista de acogida para confirmar que cumplen los criterios establecidos. Después son incluidos por orden de llegada en uno de los tres grupos de tratamiento que queremos comparar: psicológico cognitivo-conductual, psiquiátrico y mixto (psicológico-psiquiátrico).

Todos los pacientes recibían tratamiento a nivel individual durante un período de 4 meses, al principio con una frecuencia semanal, después quincenal y finalmente mensual.

Durante la primera visita, el mismo profesional que llevaría a cabo el tratamiento cumplimentaba la entrevista semiestructurada y la Escala de Depresión de Hamilton; el resto de cuestionarios los realizaba cada uno de los pacientes.

Una vez finalizado el tratamiento los pacientes vuelven a cumplimentar todos los cuestionarios excepto el Inventario de Ansiedad-Rasgo y el Cuestionario de Personalidad para ver si se han producido cambios en estado del paciente y si hay diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento.

Para estudiar qué factores podían haber influido en el abandono del tratamiento, decidimos contactar con los pacientes que no habían finalizado el protocolo de tratamiento mediante llamadas telefónicas para que no tuvieran que trasladarse hasta el hospital y porque pensábamos que les resultaría menos violento.

Las llamadas fueron realizadas por personas diferentes de quienes les realizaban el tratamiento para evitar sesgos.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el SPSS v.10. Se calcularon las medias, desviacio-

nes típicas y porcentajes para todos los datos sociodemográficos, y a través de pruebas t se realizaron comparaciones entre el grupo de sujetos que abandonaban el tratamiento y el que no en las variables depresión, personalidad, nivel de ansiedad, tiempo transcurrido desde el fallecimiento, gravedad del duelo, edad, relación con el fallecido y tipo de muerte.

RESULTADOS

Las principales características sociodemográficas de la muestra estudiada se pueden ver en la Tabla 1.

Del total de pacientes incluidos en el protocolo, 37% acudían por la muerte de la pareja, un mismo porcentaje al anterior por la de los padres, 21% por la muerte de un hijo y un 5% acudía por muerte de amigos o de parientes de la familia extensa (primos, tíos, abuelos).

En el 58% de los casos había transcurrido entre seis meses y un año desde la muerte, en el 26% entre un año y dos, y en el 16% más de dos años.

En casi la mitad de los pacientes (47%) la muerte se había producido por una enfermedad conocida, en el 32% de los casos había sido muerte súbita, y el número de accidentes y suicidio había sido un 11% y 10% respectivamente.

Por lo que respecta a la sintomatología depresiva, se observó que aproximadamente la mitad de los pacientes, al inicio del tratamiento, tenía niveles de depresión leve (según BDI) o distimia (según HDRS), entre un 20-30% no presentaba sintomatología depresiva, y aproximadamente un 20% tenían niveles de depresión moderada-grave.

El porcentaje de abandono del estudio fue del 42%, porcentaje similar al de otros estudios (Shear et al, 2001; Liberal et al, 2000).

Al comparar las puntuaciones entre el grupo de sujetos que abandonó el tratamiento y el que no, se observó que había diferencias significativas ($p < 0,05$) en los niveles de depresión inicial, siendo mayores en los que abandonaban el tratamiento (Gráfico 1); y en el Inventario de Experiencias de Duelo (Gráfico 2) se observó que obtenían mayor puntuación los sujetos que abandonaban respecto de los que no en las subescalas

Tabla 1
Datos sociodemográficos

Sexo		
Mujeres	69%	(n=13)
Hombres	31%	(n=6)
Edad	Media	D.S.
	47,9	17,4
Estado Civil		
Casado	53%	
Separado	5%	
Viudo	42%	
Nivel Estudios		
Leer y escribir	11%	
Primarios	79%	
Bachillerato	5%	
Superiores	5%	
Situación Laboral		
Asalariado	10%	
Baja	33%	
Paro	5%	
Invalidez	10%	
Jubilación	16%	
Otros	26%	
Convivencia		
Sólo	26%	
Pareja	37%	
Padres	5%	
Hijos	32%	
Relación con el fallecido		
Pareja	37%	
Hijo	21%	
Padres	31%	
Otros	5%	
Tiempo transcurrido desde la muerte		
6-12 meses	58%	
12-24 meses	26%	
Más de 24 meses	16%	

de Desesperanza, Pérdida de control, Pérdida de apetito, y Optimismo, lo que indica que la gravedad del duelo era significativamente mayor en el grupo de personas que abandonaban el tratamiento ($p < 0,05$).

El tiempo transcurrido desde la muerte hasta el momento en que se inicia el tratamiento era significativamente menor en el caso de los que abandonaban ($p < 0,05$).

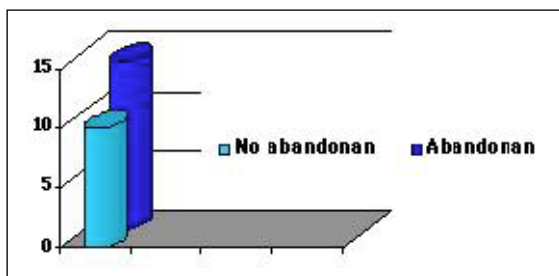


Gráfico 1
Escala Hamilton de Depresión.

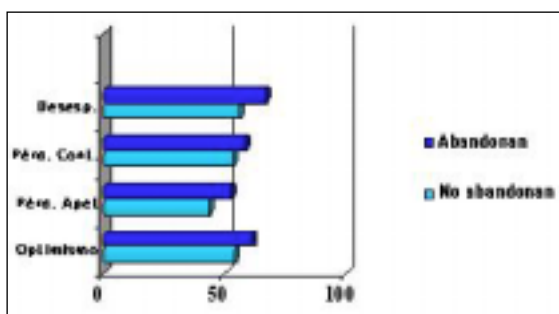


Gráfico 2
Inventario de Experiencias en duelo.

No se observaron diferencias entre ambos grupos en la edad ni en el tipo de muerte, variables que sí resultaron ser significativas en otros estudios (Shear et al, 2001). Tampoco hubo diferencias significativas en función del tipo de tratamiento recibido, nivel de Ansiedad ni Personalidad de los pacientes.

En cuanto a los motivos por los que habían abandonado el tratamiento, se obtuvieron cuatro categorías: no estar de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido, no querer revivir los sentimientos de la pérdida en consulta, sentirse bien, y una última categoría que incluía problemas personales del tipo enfermedad de algún familiar, traslado de domicilio, etc... Por otro lado, cinco de los ocho pacientes que habían abandonado el tratamiento informaron estar muy bien en estos momentos y que el tratamiento les había sido de utilidad.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en nuestro estudio, se desprende que el nivel de depresión, la gravedad del proceso de duelo y el tiempo trans-

currido desde la muerte del ser querido, son las variables que han influido significativamente en el abandono del tratamiento.

Pese a no haber obtenido diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento, sí se observa que el número de sujetos que abandona es mayor en el grupo del tratamiento combinado psicológico-psiquiátrico (5 pacientes de los seis pacientes de este grupo abandonaron).

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes que abandonaron informaron estar bien, pensamos que tal vez sea el hecho de recibir tratamiento combinado lo que haga que los pacientes mejoren antes y por tanto abandonen independientemente de que su estado inicial fuera más grave.

Estos pacientes, además de recibir dos tipos de tratamiento (psicológico y farmacológico) acuden al doble número de visitas (ya que tienen que ser tratados por dos profesionales) en comparación con los que reciben tratamiento de un solo tipo; esto hace que la intervención sea más intensa.

A partir de los resultados, nosotros nos planteamos si tal vez, lo más importante para la mejoría de pacientes diagnosticados de duelo patológico, sea la intensidad de un tratamiento combinado más que una intervención espaciada en el tiempo.

De todos modos, para poder afirmar lo anterior habrá que esperar y ver los resultados del seguimiento en el tiempo de estos pacientes, que a pesar de haber abandonado el tratamiento dicen sentirse bien.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Altet J, Boatas F.:** Reacciones de duelo. *Informaciones Psiquiátricas* 2000; 159: 17-29.
2. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al.:** An inventory for measuring depresión. *Arch.*
3. **Eysenck HJ, Eysenck SB.:** Eysenck Personality Questionnaire Adult (EPQ-A). Londres: Hodder and Stoughton Educational, 1975.
4. **Hamilton M.:** A rating escale for depresión. *J Neurol Neurosurg Psyciat* 1960; 23: 56-62.
5. **Liberal Górriz C, Pérez Barc T, Fábregas Minguell MR, Saló Danés L.:** Seguimiento del duelo en un CSMA. *Informaciones Psiquiátricas* 2000; 161: 185-192.

-
6. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Masson. Barcelona, 1995.
 7. **Melhem N, Rosales C, Karageorge J, et al.:** Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *J Clin psychiatry* 2001; 62: 884-887.
 8. **Prigerson H, et al.:** Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. *Am J Psychiatry* , May 1997; 616-623.
 9. **Ramos-Briera JA, Cordero Villafáfila A.:** Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986; 14: 324-334.
 10. **Seisdedos, N.:** EPQ. Cuestionario de personalidad para adultos (EPQA). Madrid: Tea Ediciones, 1989.
 11. **Shear K, Frank E, Foa E.:** Traumatic grief treatment: A pilot study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1506-1508.
 12. **Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE.:** Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Manual (2ª edición). Madrid: Tea Ediciones, 1986.
 13. **Valdés M, Blanco A.:** Reacciones de la familia después de la muerte de un ser querido; duelo, aflicción y luto. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 1997; 25,3: 190-196.