



EVALUACIÓN PSICOTERAPIA BREVE DEL DUELO EN CENTRO DE SALUD MENTAL.

TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA.
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



PAULA GARCÍA VÁZQUEZ
TUTOR: DR. D. JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO
2.015-2.016



EVALUACIÓN PSICOTERAPIA BREVE DEL DUELO EN CENTRO DE SALUD MENTAL.

Abstract.

El duelo complejo persistente, es un trastorno que recientemente será incluido en la CIE 11. Se trata de un tema muy actual, apenas cuenta con estudios, y en muchos casos no están orientados tanto al tratamiento psicoterapéutico, sino al farmacológico. Con una prevalencia de un 10% de los duelos, produce déficit a nivel laboral y/o social, acompañado de comportamientos perjudiciales para la salud, con gran repercusión emocional y económica.

El estudio se llevó a cabo durante un año sobre las personas que acuden a consulta en el CSM, por problemas de duelo, son derivadas en su mayoría por el EAP, perteneciente al Área de Salud Valladolid Este. La muestra tiene una N de 45, 34 completaron el tratamiento. Fueron tratados durante al menos 6 meses, y evaluados mediante una entrevista telefónica en Febrero de 2.016. Se trata de un estudio catamnésico y naturalístico, con evidentes sesgos que limitan sus conclusiones.

La Terapia Breve de Duelo se muestra eficaz y duradera en la reducción de los síntomas de un TDCP, como muestra la Evaluación Subjetiva y el IDC (Inventario del Duelo Complicado).

Keywords

Duelo, Duelo Complejo Persistente, Psicoterapia breve, Evaluación.

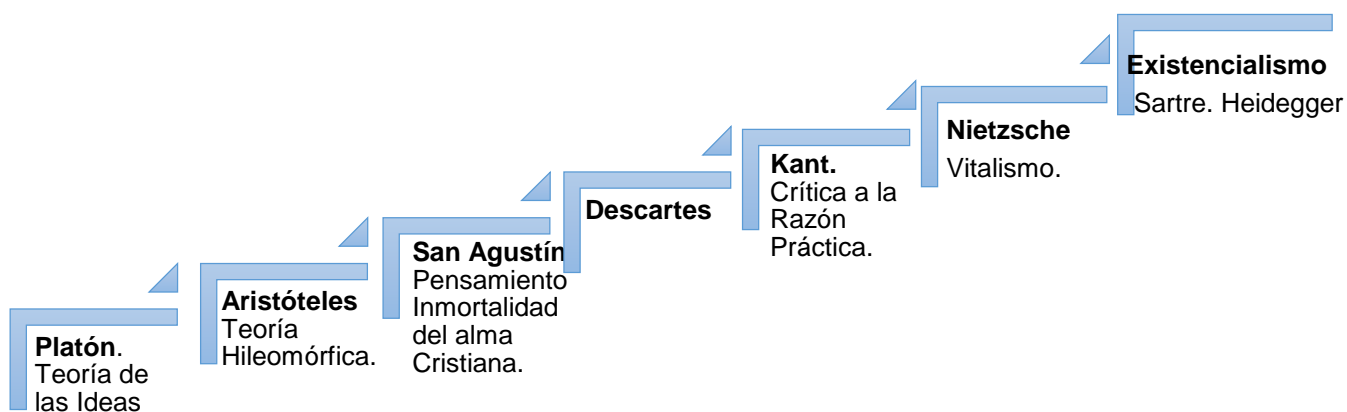
Grief, bereavement, mourning, brief psychotherapy.

Introducción.

La muerte a lo largo de la historia.

La muerte siempre ha estado presente a lo largo de la historia, pero su percepción ha ido variando, siendo un continuo el interés del hombre a cerca de su desaparición, su ritualización marca el inicio de la civilización. Platón con su Teoría de las Ideas (1), que establece una profunda diferenciación entre el cuerpo, y el alma, que considera inmortal, además de defender la teoría de la transmigración. En su Mito de la Caverna “el cautivo que sube a la región superior y la contempla, es el alma que se separa del cuerpo y se eleva hasta la esfera inteligible”, considera la muerte como una liberación del alma, de su unión accidental y transitoria con el cuerpo, defendiendo la eternidad del alma racional. Su discípulo Aristóteles (2), en cambio rechazaba esta dualidad, y la presencia de la transmigración, abogando por una unión sustancial en base a su teoría hilemórfica, en la “Metafísica”. San Agustín, por su parte siguiendo la corriente neoplatonista, sienta la base del pensamiento cristiano, defendiendo nuevamente la inmortalidad del alma, con un origen a medio camino entre el creacionismo y el generacionismo. Descartes, en el siglo XVII, sigue manteniendo esta dualidad, añadiendo el componente de libertad, con base en el entendimiento. Durante la Ilustración Kant, en su “Crítica a la Razón Práctica” (3), defiende la inmortalidad del alma, por puro deber, basándose en el imperativo categórico de que se ha de actuar de manera desinteresada, necesiéndose un tiempo ilimitado para llevar a cabo dicha tarea. Ya en el siglo XIX, Nietzsche, acepta la muerte y hace una férrea apología del Vitalismo, como doctrina que propone a la vida como valor supremo, en su obra “Así habló Zaratustra”, defiende la finitud del hombre, haciendo una fuerte crítica la idea de inmortalidad cristiana, “la vida acaba donde comienza el reino de Dios”(4). A pesar de esta teoría, el pensamiento más profundo de su obra es el “eterno retorno”, según el cual la vida personal e individual se ha vivido infinitas veces, pero niega las anteriores ideas de un trasmundo platónico o el “cielo” cristiano. En la filosofía contemporánea, el punto de vista existencialista de la muerte se basa en “el ser para la muerte”(5). Existen dos movimientos, el teísta y el ateo, cuyo mayor representante es Sartre con su obra “El ser y la nada” afirma que la muerte es un simple “dato”, que no se distingue para nada del nacimiento. Dice

Heidegger, otro de los grandes exponentes de esta corriente, que el hombre es un ser para la muerte, que ha sido arrojado al mundo "para en él morar e ir muriendo", ya que la muerte es lo único seguro que cabe esperar al hombre.



El duelo

El duelo es un proceso que requiere un esfuerzo emocional y necesita una reestructuración emocional para llegar a su internalización que es la fase final del duelo, y la tristeza por la pérdida se encuentra en el interior del ser humano. Una de las experiencias más dolorosas para el hombre es la separación definitiva de aquellos a quienes ama (6). Antes de poder entender plenamente el impacto de una pérdida y el comportamiento humano al que va asociada, se debe entender el significado del apego. La teoría del apego de Bowlby sostiene que la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas es una manera de cubrir la necesidad de protección y seguridad. Frente a los que sostienen que, ciertos impulsos biológicos, como el impulso hacia la comida o el sexo, son la base de nuestra conducta. Bowlby afirma que las conductas de apego tienen un valor de supervivencia, como ya mostró Conrad Lorenz, que en sus estudios con gansos y patos (7), reveló que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre sin que el alimento estuviera por medio. El término impronta se refiere a una forma de aprendizaje en la que un animal muy joven fija su atención en el primer objeto que percibe creándose así el apego.

Para Engel, el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio psicológico. Por esta razón, ve el proceso de duelo similar al proceso de curación

El duelo patológico.

El trastorno del duelo complejo persistente (TDCP), se incluye por primera vez en la guía DSM-5 (8), aunque el Duelo siempre ha estado presente en la CIE 10 Z63.4. Pero ese añadido se hace en el Apéndice de Otros Trastornos que precisan estudio y no se encuentran codificados, sin embargo en la CIE 11 Se ha planteado su inclusión. Su prevalencia oscila en torno al 4,4-4,8%, siendo más frecuente en mujeres. Aproximadamente el 10% de los duelos se convierten en patológicos. Puede aparecer a cualquier edad a partir de un año. Los síntomas suele aparecer inmediatamente tras la muerte, pero puede llevar meses e incluso años que se desarrolle el síndrome completo. El riesgo de sufrir un TDCP, este aumenta notablemente en casos de mayor dependencia de la persona fallecida.

El duelo patológico es un problema de salud importante por su alta prevalencia, y asociación con déficits a nivel laboral y social, acompañados de comportamientos perjudiciales para la salud, tales como el incremento del consumo de tabaco y alcohol. Además se asocia con un aumento del riesgo de padecer afecciones médicas graves, principalmente el trastorno de depresión mayor, TEPT y trastornos por consumo de sustancias, con la consecuente disminución de la calidad de vida. Todo ello unido a una enorme repercusión económica.

El diagnóstico se realiza en base a los siguientes criterios:

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no, a un nivel clínicamente significativo, y persiste

durante al menos 12 en el caso de adultos en duelo y 6 meses para los niños en duelo:

1. Anhelos/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
3. Preocupación en relación al fallecido.
4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses, en el caso de adultos en duelo y 6 para niños:

Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte.
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida.

Alteración social/de la identidad

1. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
2. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.

3. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
 4. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
 5. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia.
 6. Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro desde la pérdida.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su edad.

Especificar si: **Con duelo traumático**, duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparece en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

El individuo puede presentar alucinaciones del fallecido, en las que de manera temporal perciben la presencia del difunto, también pueden existir quejas somáticas e incluso los síntomas que padecía el fallecido, apoyando el diagnóstico de duelo complejo.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con el duelo normal, siendo el rasgo diferencial principal la duración superior a 12 meses en adultos, o 6 en el caso de los niños. Con los trastornos depresivos, tanto el de depresión mayor, como el persistente comparten el estado de ánimo deprimido, pero el duelo complejo persistente se centra en la pérdida. En caso de que la pérdida sea una muerte traumática, también se puede desarrollar un trastorno de estrés postraumático, siendo el aspecto diferencial la añoranza y preocupación por el fallecido, en el caso del duelo complejo. En el caso del trastorno de ansiedad por separación, ocurre con figuras de apego actuales.

Psicoterapia del duelo.

La terapia del TDCP, es un modelo psicoterapéutico relativamente nuevo (9). Tiene raíces en la terapia interpersonal y en terapias cognitivo-conductuales. Múltiples ensayos apoyan la eficacia de esta terapia, con una mejor y más rápida respuesta que en el caso de empleo de terapias centradas en depresión.

En esta investigación se emplea la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), se trata de un método que se encuentra dentro de la terapia de sistémica, desarrollado en el último medio siglo, inicialmente en Estados Unidos, y posteriormente en Europa. Se ayuda al paciente a identificar momentos en la vida actual que se asemejen o diferencien del futuro deseado. Tomando así conciencia de estos logros, y repetir las cosas que pueden lograr cuando el problema es inexistente no es tan grave. El terapeuta ayuda al sujeto a dirigirse hacia el futuro preferido que ha identificado, contesta a las preguntas ¿Cómo será su vida sin el ser querido?, ¿qué será diferente en dicha vida? ¿Qué cosas hará como la persona perdida?. Además de dicha modalidad de orientación sistémica la intervención se basa en la Teoría de los Roles de Moreno y en el Psicodrama, según el cual el diálogo imaginario con la persona perdida, permite expresar las emociones que ha suscitado su ausencia, reconectarse con sus seres queridos y mejorar el self recogiendo los roles que hacía la persona que no está, con lo que la tristeza por la pérdida se interioriza y se deja de llorar su ausencia, recuperando las actividades cotidianas previas.

Para Worden, un duelo se ha terminado cuando la persona introyecta su pesar y puede vivir con ello igual o mejor que antes, sobre todo si recoge el legado. La psicoterapia realizada, tiene base en la "Grief Counseling and Therapy (10) de este mismo autor, que la estructura en 4 fases:

1. Aceptación de la realidad de la pérdida.
2. Procesamiento de la pena del duelo.
3. Adaptación a un mundo sin la persona fallecida.
4. Encuentro de una conexión duradera con la persona fallecida, mientras se comienza una nueva vida.

El método aplicado en nuestra investigación es una serie de sesiones de psicoterapia, de 30 minutos de duración y de periodicidad variable, entre uno y tres meses, acordadas entre el Terapeuta y el Paciente. Siguiendo el esquema de tratamiento del tutor de este trabajo, que es quien ha realizado el tratamiento (11).

PROGRAMA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL DUELO J. A. ESPINA BARRIO, 1.995	
ACCIONES	EFFECTOS
1. <i>Comentar lo que echa de menos de la persona querida</i>	<i>Facilita el reconocimiento de la ausencia.</i> <i>Expresa emociones reprimidas.</i>
2. <i>Informarla de lo sucedido desde que no está</i>	<i>Reconoce la pérdida.</i> <i>Mejora su aceptación.</i> <i>Conecta al deudo con su átomo social.</i>
3. <i>Recogida del legado o hacer algunas cosas como las haría la persona perdida.</i>	<i>Interioriza el dolor.</i> <i>Mejora el self con las aportaciones del otro.</i>

Se trata de una Psicoterapia de exposición imaginaria a las emociones que suscita la pérdida de la persona querida, que se realiza, tanto dentro como fuera de la sesión. Se utiliza la palabra y, en ocasiones, se representa en la consulta dicho encuentro, como mencionan diferentes guías para el tratamiento del Duelo. (12) (13)

Diseño General.

Pacientes, material y métodos:

El estudio se llevó a cabo sobre los pacientes que acudieron a la consulta con el Dr José Antonio Espina Barrio, en el Centro de Salud Mental perteneciente al Área de Salud Este de Valladolid. En el intervalo Agosto 2.014- Agosto 2.015,

con diagnóstico de duelo patológico, y fueron tratados con Psicoterapia Breve hasta Febrero 2.016.

A todos los evaluados se les ha aplicado una serie de sesiones, de 30 minutos de duración y de periodicidad variable, entre uno y tres meses, acordadas entre el Terapeuta y el Paciente. En ellas se escucha los recuerdos y sentimientos del Paciente en relación con su pérdida y se prescriben una serie de rituales a llevar a cabo dentro, y fuera de la sesión y en el lugar donde eche de menos a la persona fallecida, siguiendo el Programa para el Afrontamiento del duelo ya citado. También se empleó el Psicodrama en casos complicados.

Se ha indicado tratamiento psicofarmacológico en la mayoría de los casos, por lo tanto el tratamiento ha sido combinado.

Se trata de una evaluación catamnésica retrospectiva basada en la Historia Clínica y en Entrevista Telefónica, realizada por el investigador ajeno a la Psicoterapia y que se ha efectuado siempre tras más de 6 meses de finalizada la misma. En ella se recogen los Datos Sociodemográficos y los datos de la entrevista telefónica.

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS
Nombre
Teléfono
Nº de Historia
Estado Civil
Edad
Sexo
Nivel de Estudios
Situación Laboral
Nacionalidad

DATOS DE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA.
- Problema por el que acude a consulta.
- Parentesco.
- Diagnóstico según la CIE 10/ DSM V
- Número de sesiones empleadas.
- Tipo de Tratamiento.
- Meses desde la pérdida al inicio de la psicoterapia.
- Valoración sobre la recuperación de la pérdida. En concreto, grado de normalización de las actividades diarias. El paciente puntúa entre 1y 10. Al Comienzo del Tratamiento, al Final, después de seis meses y en el Futuro.
- Valoración sobre la recuperación de la pérdida basándonos en la puntuación tras realización del Inventario del Duelo Complicado (IDC) (14)(Figura 1) al Comienzo del tratamiento y al Final.
- Tratamiento con Psicofármacos.
- Existencia de comorbilidades y si tratamiento farmacológico necesario.
- Causa del abandono de la Terapia, si así hubiese ocurrido.

Dado que la Psicoterapia Breve se basa en el trabajo realizado fuera de la sesión por los pacientes, parece lógico que sean ellos los que puntúen su propia evolución. El parecer del terapeuta, suele ser inferior al del paciente y no siempre se correlacionan ambos; de ahí que no se tenga en cuenta en este trabajo. Por otra parte, el terapeuta se centra en los objetivos del paciente. El evaluar las quejas y los objetivos surgidos de las mismas sigue el Principio de Congruencia entre Objetivos y Resultados. Este trabajo busca si la intervención resulta eficaz en TDCP, y si existe correlación entre la percepción subjetiva del propio enfermo respecto, a la puntuación obtenida por el IDC, la primera se basa

en aspecto saludable, recuperación del duelo, la segunda en síntomas patológicos ocasionados por el duelo.

La Evaluación de Resultados en Psicoterapia es una necesidad, por su alto coste de ejecución y escasa repercusión en la población general, ya que su generalización es inasumible. No existe consenso acerca de la etiología de la enfermedad mental, ni sobre las causas instrumentales; pero sí sobre los síntomas y conductas alteradas y sus consecuencias sociales, como uso de servicios sanitarios. Estos dos últimos aspectos son los que se evaluarán en este trabajo.

Resultados.

Descripción de la muestra.

La muestra tiene una N de 45 personas, que fueron derivados desde atención Primaria por un problema de Duelo. Del total, 34 completaron el tratamiento. De los 11 que no lo concluyeron, 2 no cumplían criterios diagnósticos, 5 no recibieron un número de sesiones suficientes para ser evaluables, 3 abandonaron el tratamiento por no sentirse escuchados y 1 por considerar que no precisaba tratamiento.

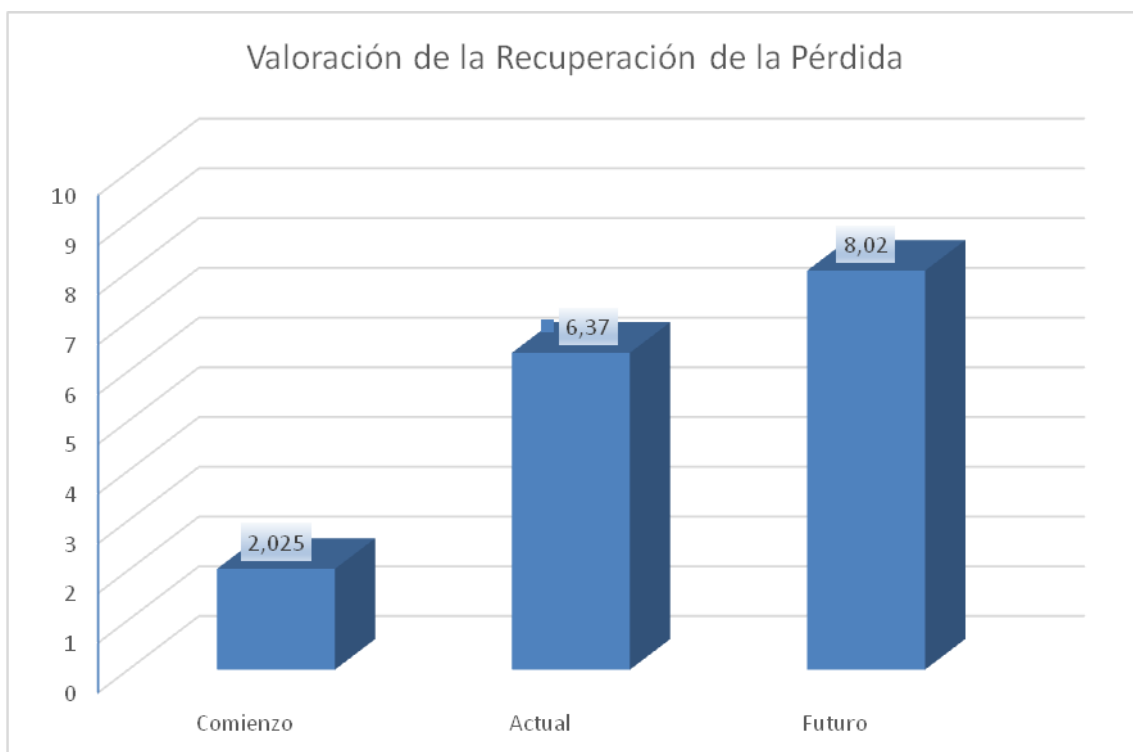
De los que finalizaron la terapia, 3 no se pudieron evaluar debido a pérdida de la Historia Clínica o traslado de esta, y 10 no fueron localizados por cambio de domicilio o teléfono. Con lo cual, la descripción a continuación mostrada se ceñirá a los 21 pacientes que completaron la psicoterapia y fueron evaluados.

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	
Estado Civil	6 Casados 7 Viudos 2 Divorciados 6 Solteros
Edad	La edad media es de 46.62 años. Siendo el más joven de 24 años, y el más anciano de 79.
Sexo	12 Mujeres

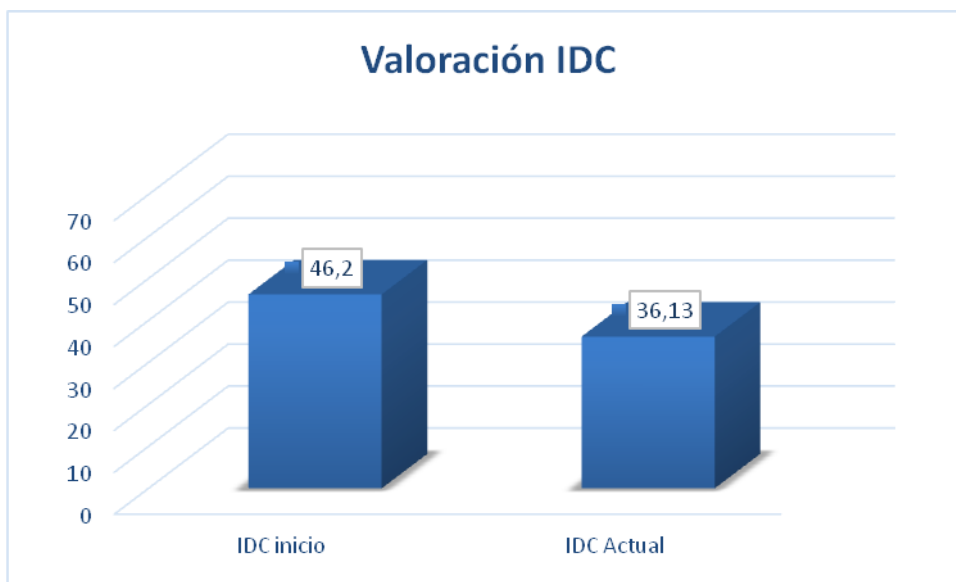
	9 Varones
Nivel de Estudios	12 Graduado Escolar 4 Formación Profesional 4 Estudios Superiores 1 Estudios Secundarios
Situación Laboral	- Población Activa: 6 trabajando 6 parados - Población Pasiva: 2 jubilados - Amas de casa 7
Nacionalidad	20 Española 1 Búlgara

Resultados de la evaluación.

- Problema por el que acude a consulta: Todos los pacientes acuden a consulta con el diagnóstico de Duelo. Además 2 de ellos también padecían F41.1, o Trastorno de ansiedad generalizada.
- Parentesco: La mayoría eran esposos (5), seguidos por 4 esposas, 4 hijos, 4 hermanos, 2 nietos y finalmente 1 madre y 1 amigo.
- Número de sesiones empleadas: la Media de sesiones empleadas fue de 5.09. Con un máximo de 16 y un mínimo de 2.
- Tipo de Tratamiento: 20 de ellos recibieron la combinación de Psicoterapia Breve de Duelo junto con psicofármacos, y tan sólo 1 fue intervenido exclusivamente con terapia.
- Meses desde la pérdida al inicio de la psicoterapia. La media de meses desde la pérdida fue de 47.52. Los valores oscilan desde un mínimo de 14, hasta un máximo de 242 meses. Por lo que se concluye que todos superan el mínimo establecido para TDCP, que es 12 meses.
- Valoración personal sobre la recuperación de la pérdida, en función del tratamiento, al inicio, tras más de 6 meses de acabar la terapia y en el futuro.



- Valoración sobre la recuperación de la pérdida basándonos en la puntuación tras realización del Inventario del Duelo Complicado.



- Existencia de comorbilidades y tratamiento farmacológico necesario: 14 de los pacientes estudiados padecían comorbilidades, recibiendo tratamiento farmacológico añadido, y 7 no precisaron otros tratamientos.

Límites de la investigación.

El análisis y las conclusiones se ven limitadas, por la inexistencia de grupo control. Por el contrario, el grupo es naturalístico y no viene con expectativas de Psicoterapia. No obstante, las conclusiones no pueden generalizarse, tanto por el bajo número de la muestra como por la ausencia de grupo control o aleatorización de la muestra.

Análisis e Interpretación de Resultados.

Análisis.

La psicoterapia se considera eficaz, ya que todos los pacientes que finalizaron el tratamiento tienen una mejor percepción de su estado, y además con expectativas de mejoría en el futuro.

Las terapias con número elevado de sesiones, se inician con una valoración inicial más baja, y la mejora es menos evidente que en los casos con menor número de sesiones. Tratándose, por tanto de pacientes más resistentes y menos implicados en la terapia, aunque sus expectativas futuras son equivalentes a las de tratamientos no tan prolongados.

Respecto al subgrupo formado por varones, su valoración inicial es más baja que en el caso de las mujeres, pero su mejoría es mayor que en el caso de estas, manteniendo en ambos una buena percepción para el futuro.

En las 2 personas diagnosticadas de TAG, la progresión es menor que en el resto, que no tiene comorbilidad psiquiátrica.

El coeficiente de correlación calculado entre la evaluación subjetiva y el IDC es de -0.49, ratificando la existencia de una correlación lineal negativa entre ambas escalas. Esto es interesante, ya que una valora los síntomas y la otra la recuperación, evitando así el “efecto halo”(15), se refiere a un sesgo cognitivo por el cual la percepción de un rasgo particular es influenciada por la percepción de rasgos anteriores en una secuencia de interpretaciones.

Interpretación de los Resultados.

- Solamente 4 abandonaron el tratamiento, siendo el porcentaje menor del 20%, que es el habitual en las consultas de los Centros de Salud Mental.
- Destaca el amplio número de pacientes no localizados, 10. Puede ser debido a que las pérdidas obligan a cambios en la vida, o la reincorporación al mercado laboral, lo que puede explicar esta dificultad en encontrar a las personas dadas de alta.
- Se han encontrado pocos estudios extranjeros sobre la eficacia de la psicoterapia en trastornos similares. En el metaanálisis sobre Trastorno por Estrés Postraumático (16) se examinan diversas modalidades de psicoterapia y se observó una mejora significativa en la clínica, especialmente en los síntomas clave. Este estudio apoya la necesidad de un apoyo psicoterapéutico en este tipo de trastornos. En el metaanálisis sobre el Tratamiento del Duelo Complicado (17), se apoya la eficacia de la terapia enfocada a esta patología y no a los síntomas depresivos, facilitando el proceso de curación, además del beneficio del tratamiento farmacológico adyuvante, como afirman diferentes ensayos a nivel tanto nacional como internacional (19) (18).
- La literatura (20) confirma el hecho de que en casos de muerte repentina de los hijos, las madres sufren más estrés, peor adaptación y consultan con más frecuencia. De hecho el estudio reseñado se hizo con 261 padres, de los cuales 171 eran madres y sólo 90 padres. Estos resultados coinciden con la observación clínica de la madre que siguió la psicoterapia tras la muerte de su hijo, a diferencia del padre. También concuerda la evaluación positiva futura, lo que avala un cambio de actitud ante la pérdida en ambos estudios. Al haberse realizado hace más de 10, y coincidir con los resultados actuales, se apoya la efectividad y metodología empleada.
- La vida media de las mujeres en España ha sido de 5 años superior a la de los hombres. En la última década las diferencias han disminuido por los cambios en el estilo de vida, y al ser áreas diferentes, con población más envejecida. Por lo tanto, en este estudio ya no hay tantas diferencias

- entre sexos (12 mujeres y 9 varones), como en el llevado a cabo por el tutor de este trabajo hace unos años. (21)
- A nivel internacional, se comprobó mediante un ensayo aleatorizado (22) que los pacientes tratados con TDC respondieron más rápidamente y mejor, que los que recibieron Terapia Interpersonal (51% vs 28%). Probando de forma empírica la efectividad de esta psicoterapia aplicada al Duelo Patológico. También los resultados a largo plazo son probados por un ensayo clínico (23) llevado a cabo durante 1 año y medio a 51 pacientes, siendo el de mayor duración hasta el momento.
 - En cuanto a los estudios españoles, se comienza con uno realizado también en Valladolid (24), porque se refiere a pacientes de la misma zona geográfica, aunque distinta área sanitaria, y el método de reclutamiento ha sido similar, muestra no aleatoria de consultantes. El tamaño es menor, 19 pacientes, aunque mayoritariamente son mujeres. Los diagnósticos son más sintomáticos y no incluyen el Duelo patológico. Los objetivos del trabajo son más descriptivos. El tratamiento es exclusivamente farmacológico y sus resultados son una mejoría clínica subjetiva en el 36,84% y parcial ó nula en el 63,16%. Se puede concluir que el tratamiento combinado aplicado es mucho más satisfactorio y eficaz que el psicofarmacológico sólo.
 - En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, concretamente el psicodrama, se destaca un trabajo del tutor. (25) Prueba la eficacia del psicodrama en una unidad de agudos y en duelos complicados.
 - En Atención Primaria (26), existen grupos de discusión, en los que se enfatiza en la necesidad de hablar de la muerte. Pero solo consta de dos sesiones, y carece de finalidad terapéutica.

Conclusiones.

- Se muestra la efectividad de La Terapia Breve de Duelo en la reducción de los síntomas de un TDCP, como muestra la Evaluación Subjetiva y el IDC, que además se mantiene en el tiempo.
- Se detecta un cambio en la actitud ante la pérdida, como muestra la evaluación futura, que mejora los resultados de la intervención.

- Los cambios obtenidos no son achacables al transcurso del tiempo, porque en este estudio el período mínimo desde la muerte es de 14 meses, siendo la media mucho mayor.
- La Exposición en la Terapia Breve ayuda en el proceso de Duelo.
- El aumento del número de sesiones no mejora la eficacia.
- La Evaluación Subjetiva se correlaciona con el IDC y resulta mucho más sencilla de realizar.
- Se observa una disminución de déficits laborales y sociales.
- Se reducen costes de tratamiento farmacológico y en gastos sanitarios secundarios a comportamientos perjudiciales para la salud.
- Se observa una disminución de riesgo de padecer afecciones médicas graves, principalmente el trastorno de depresión mayor, TEPT y trastornos por consumo de sustancias, con la consecuente disminución de la calidad de vida.

Estas conclusiones se encuentran limitadas, por el tamaño de la muestra y la inexistencia de un grupo control, lo que hace necesario seguir investigando con muestras aleatorizadas y grupo control, por ello se mantienen la conclusiones como limitadas y provisionales.

Bibliografía

- (1) Burt B.C. Boston. In A Brief History of Greek Philosophy. 1ª Edición. Ginn & Company. Publishers. 1989.
- (2) Horneffer, Ricardo. Aristóteles. La metafísica como la ciencia de los hombres libres. 2008, vol.2, n.4 pp.91-99. ISSN 1870-879X
- (3) Montero Moliner, F. El empirismo kantiano, Universidad de Valencia, 1973, p. 269
- (4) Nietzsche, F. Así habló Zaratustra. 5ª Edición. Alianza, Madrid, 2001
- (5) Roubiczeck, P. El existencialismo, Barcelona, Labor. 1.974.
- (6) Filgueria Bouza M. y Espina Barrio J.A. "Brief Psychodrama and Bereavement" en KELLERMAN y HUDGINS Psychodrama with Trauma Survivors – Acting our your Pain, London y Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2.000
- (7) Vicedo M. The father of ethology and the foster mother of ducks: Konrad Lorenz as expert on motherhood. Isis. 2009 Jun;100(2):263-91.
- (8) Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5^o), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Tomo 2
- (9) Bryant R.A. et al. Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial, JAMA Psychiatry. 2014;71(12):1332-1339.
- (10) Worden J.W. El Tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y Terapia, "Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia, 163", 1ª de., Paidós, Barcelona, 1997 (P. 240) (Transleted of O.V., Grief consueling and grief therapy: A handbook for the mental health praticioner , 1991 by Angela Aparicio)
- (11) Espina Barrio J.A "Psicoterapia del Duelo Patológico y las Enfermedades Graves" en Navarro J., Fuertes A. y Ugidos T. Prevención e Intervención en Salud Mental, "Colección Psicología N^o

- 41”, Salamanca Amarú, 1999 (Pp. 369-381) y en Annaes 1999 del II Congreso Iberoamericano de Psicodrama (Pp. 701-714).
- (12) Díaz P, Losantos G, Pastor P. Guía de duelo adulto. Para profesionales socio-sanitarios. FMLC Fund Mario Losantes del Campo. 2014;116.
- (13) Neimeyer R, Ramírez Y. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. 2007;35.
- (14) J. T. Limonero García, M. Lacasta Reverte, J. A. García García, J. Maté Méndez, H. G. Prigerson. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. MED PAL MEDICINA PALIATIVA Vol. 16: N.º 5; 291-297, 2009
- (15) Nisbett, Richard E.; Timothy D. Wilson (1977). «The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments». *Journal of Personality and Social Psychology* (American Psychological Association) 35 (4): pp. 250-256. ISSN 1939-1315.
- (16) Shermann J.J. “Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials” en *J. Trauma Stress*, Jul., 11 (3), 1998 (Pp. 413-35)
- (17) Naomi M. Simon, MD. Treating Complicated Grief *JAMA*. 2013 July 24; 310(4): 416–423.
- (18) Geert E. Smid, Rolf J. Kleber, Simone M. de la Rie, Jannetta B. A. Bos. Berthold P. R. Gersons and Paul A. Boelen. Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief(BEP-TG): toward integrated treatment of symptomsrelated to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology* 2015, 6: 27324.
- (19) Durà-Vilà G, Littlewood R, Leavey G. Depression and the medicalization of sadness: conceptualization and recommended help-seeking. *Int J Soc Psychiatry* . 2013;59(2):165–75.

- (20) Murphy SA.. "A bereavement intervention for parents following the sudden, violent deaths of their 12-28-year-old children: description and applications to clinical practice" en Can. J. Nurs. Res. , Winter; 29 (4),1997 (Pp.: 51-72)
- (21) Espina J.A. y Velasco A. Evaluación de Psicoterapia de Duelo en un Centro De Salud Mental, Familia-Revista de Ciencias y Orientación Familiar, Escuela Universitaria de Ciencias de la Familia, Universidad Pontificia, Salamanca, Nº 27, Mayo, 2003 (Pp. 71-82)
- (22) Julie Loebach Wetherell, PhD. Complicated grief therapy as a new treatment approach. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14:159-166.
- (23) Rosner R, Bartl H, Pfoh G, Hagl M. Prolonged grief: setting the research agenda. Eur J Psychotraumatology 2015;6:27303.
- (24) Macias Fernández, J A et al. "Perfil clínico del paciente con reacción de duelo" en Informaciones Psiquiátricas, Nº 146, 4º Trimestre, 1996, (Pp.: 527-534)
- (25) Espina Barrio, J A; Filgueira Bouza, M "Psicodrama del Duelo", Revista de la A.E.N., nº 64, Octubre/Diciembre, 1997, (Pp. 275-285)
- (26) García García, J A et al. "El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria" en Atención Primaria , 18 (9), 1996 (Pp: 475-479)

Tablas y Gráficos.

(Figura 1)

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastoran.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

Fig. 1. Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano.