



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Gamo Medina, Emilio; Sanz Rodríguez, Luis Javier; Martínez Hernanz, Angeles; García Laborda, Ana
El impacto del duelo en pacientes psicóticos

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 88, diciembre, 2003, pp. 35-48

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019662004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*Emilio Gamo Medina. Luis Javier Sanz Rodríguez
Angeles Martínez Hernanz. Ana García Laborda*

EL IMPACTO DEL DUELO EN PACIENTES PSICÓTICOS

BEREAVEMENT IMPACT IN PSYCHOTIC PATIENTS

■ *Resumen:*

Se observa cómo el duelo incide en la patología psicótica y cómo esta modula la elaboración de la pérdida. Se realizó un estudio con todos los pacientes psicóticos del programa de seguimiento de un Servicio de Salud Mental con 207 sujetos y se seleccionaron los que habían presentado un duelo significativo previo a la consulta (10%). En un 60% de estos, el duelo está vinculado al desencadenante y en un 38% se manifestaba a través de los síntomas psicóticos. El efecto desencadenante es más frecuente significativamente en los cuadros psicóticos no esquizofrénicos. En los pacientes que tienen una pérdida significativa a lo largo del tratamiento (11%) se encuentra una recaída grave o reingreso en un 35% de los casos. Si bien su pronóstico posterior no se torna desfavorable más que en un 26% de los casos, estando la evolución condicionada por el apoyo del medio. Se confirma la trascendencia de factores como la muerte imprevista, convivencia con el fallecido o vínculos problemáticos en los psicóticos al igual que se había confirmado antes en estudios más generales. La circunstancia del duelo es importante que sea tenida en cuenta en el tratamiento de los pacientes psicóticos.

Palabras clave: Duelo, pérdida, psicosis, esquizofrenia.

Abstract:

In this work we are trying to describe how does bereavement influence in psychotic pathology and modulate the loss working-out. A study was carried out with every psychotic patient of the monitoring program of a Mental Health Service with 207 subjects and we selected the patients who presented a prior significant bereavement (10%). In a 60% of these, the bereavement is linked to the trigger and in a 38% was declared through the psychotic symptoms. The trigger factor is more frequent significantly in sets of no schizophrenic psychotic symptoms. In that patients with significant loss along the treatment (11%) it is found a serious relapse in a 35% of the cases. Through its subsequent forecast himself does not become unfavorable more than in a 26% of the cases, being the evolution conditioned by the support of the environment. It is confirmed the significance of factors as the unexpected death, contact with the passed away or problematic bonds in the psychotic, just like it had been confirmed before in more general studies. The circumstance of the bereavement is important to be considerate in the psychotic patients treatment.

Key words: Bereavement, loss, psychosis, schizophrenia.

■ INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se pretende abordar un aspecto de la implicación del duelo en la patología psiquiátrica, el referido al duelo en la psicosis. Este tema ha sido hasta ahora poco estudiado, entre otras razones porque la relación de la psicosis con el duelo es menos reconocida que la que existe con otros trastornos como la depresión, por la menor importancia que se concede a los acontecimientos biográficos en la psicosis, (M. Ferreri) (1), y por la propia dificultad del tema. El hecho de que el esquizofrénico viva hoy en la comunidad y mantenga mayores lazos familiares hace más necesario este estudio.

En anteriores trabajos, dentro de la misma línea de investigación, hemos abordado aspectos generales (2), la problemática clínica del duelo en las primeras consultas de Salud Mental (3) y el seguimiento de estos pacientes que habrían consultado por duelo (4). Para ello se partió de los estudios clásicos del psicoanálisis al respecto, como los de Freud en «Duelo y Melancolía» (5) y en « Inhibición, Síntoma y Angustia» (6), de los de O. Fenichel (7), que señaló el papel que la ambivalencia en relación con el objeto perdido puede tener en la génesis del duelo patológico, lo que da lugar a la consideración de la importancia de los vínculos problemáticos, ambivalentes, de odio, simbióticos, en las dificultades de elaboración del duelo. También las de M. Klein (8) que distingue dos tipos de culpa por la pérdida del objeto: la depresiva y la persecutoria; en la primera predominaría la pena y la reparación, mientras que la persecutoria, que se manifiesta más en duelos patológicos, da lugar a resentimientos y autorreproches en relación con un mal vínculo con el objeto. L. Grinberg (9) resalta la repercusión que la elaboración del duelo tiene de cara a la identidad. Nuestras anteriores aportaciones entroncan y tienen coincidencias con los diversos estudios con series de pacientes, y sobre las características del duelo patológico. Entre otras las de C.M. Parkes (10), I.O. Glick (11), M. Horowitz (12), S. Zisook (13), M. Biondi (14) o J. Bowlby (15) que, en «La pérdida afectiva», repasa múltiples estudios y datos sobre los diversos factores implicados en el duelo, como son las características previas de la interacción del individuo con el medio, la capacidad para establecer relaciones de amor o para reaccionar ante el estrés, y cómo todo esto se imbrica con el conjunto de circunstancias de la pérdida. Este autor resalta que el duelo supone un conjunto de etapas y tareas, en las que hay una sucesión de impacto, desorganización y reorganización. J. Worden (16) ha resumido esas tareas en aceptar la realidad de la pérdida, afrontar las emociones y el dolor, adaptarse al medio en ausencia del fallecido y continuar viviendo. Todas estas etapas tienen una duración diversa, muy variable; en términos generales podían circunscribirse a un periodo de al menos uno y hasta tres o cuatro años, pudiendo el efecto del duelo ser mucho más prolongado a veces.

En nuestro anterior trabajo con series de pacientes (3), que versaba sobre los pacientes adultos que consultaron por primera vez, en un año, por duelo como moti-

vo de consulta, factor desencadenante o interviniente, se obtuvieron 79 casos, un 8% del total, con un predominio del sexo femenino (78%). Se observó el peso de determinadas circunstancias como la muerte imprevista (52% de los casos), la convivencia con el fallecido (en un 49,4%) que daba lugar a un detenimiento biográfico, y las pérdidas acumuladas previas, en un 61% de los pacientes. El 20% refería francamente algún tipo de vínculo problemático que podía llevar a un duelo complicado (ambivalente, odio, simbiótico-dependiente...). La clínica que predomina es la depresiva en un 50%, ansiosa o neurótica en un 29%, las somatizaciones, el abuso de sustancias y los intentos de suicidio alcanzaron un 5%. La clínica depresiva tenía un porcentaje doble en las mujeres que en los hombres, y el consumo de sustancias era diez veces mayor en estos. La detención del curso biográfico, además de con la convivencia, guardaba relación con el parentesco, siendo mucho mayor en el caso de los hijos.

En definitiva, se confirmó la importancia de determinadas características de la pérdida y de las circunstancias que la rodean, así como el significativo número de primeras consultas relacionadas con el duelo. Los resultados obtenidos sobre la influencia de los vínculos problemáticos con el fallecido, aunque son insuficientes, parecen concordar con las aportaciones psicoanalíticas que los relacionan con la patología del duelo.

En una segunda fase (4) se realizó un seguimiento de estos pacientes al cabo de dos años mediante un cuestionario que exploraba: mejoría subjetiva, afrontamiento de la pérdida y continuidad del curso biográfico. Entre los resultados y conclusiones resaltan: que un 80% ha podido afrontar total o parcialmente la pérdida, frente un 18% que considera no haber podido afrontarla y un 2% que se siente gravemente afectado por la ausencia del fallecido. Igualmente un 74.5% continuaba sus actividades con normalidad, un 23,5% solo en parte y un 2% acusaba una marcada detención del curso biográfico. En la evolución influyen negativamente los vínculos problemáticos con el fallecido, la pérdida de los hijos y las muertes por suicidio.

Una reciente investigación (17) da una idea de la prevalencia de las pérdidas y duelos en pacientes ambulatorios, de un total de 729 de estos, mas de la mitad registraban pérdidas significativas y una tercera parte tenía criterios de duelo complicado moderado o grave, con una notable prolongación en el tiempo.

El propósito del presente estudio es ver como la universalidad del duelo incide en muchos aspectos en la patología psiquiátrica, en concreto en la psicótica, y cómo esta modula la elaboración de la pérdida. Se trata, en primer lugar, de observar en los psicóticos la existencia y tipo de duelos relevantes, mal resueltos o que tuvieron algún efecto desencadenante del cuadro clínico o en la expresión de la patología. Asimismo las características y efectos de los duelos sobrevenidos a lo largo de su tratamiento. Para esto se parte de observaciones clínicas así como de otras aportaciones previas relacionadas. Casi no se ha podido encontrar trabajos que tuvieran un

objetivo similar al propuesto. Desde el punto de vista clínico, las diversas formas de vinculación de aspectos de la patología psicótica con el duelo, aunque no son un hecho muy frecuente tampoco constituyen algo excepcional. Se dejan aparte manifestaciones como el tener experiencias de percepción de la presencia del difunto tras la pérdida, lo que no indica una patología psicótica ni siquiera puede considerarse anormal, siendo muy frecuentes según estudios recientes (S. Datson y S. Marwit) (18). Se pueden observar algunas:

- Aunque de forma poco habitual se puede ver desencadenamiento de síntomas psicóticos tras una pérdida, con negaciones delirantes, síntomas alucinatorios, paranoides...
- En una minoría de cuadros psicóticos o esquizofrénicos se evidencia el impacto de un duelo reciente o antiguo, en ocasiones con efecto desencadenante. Una circunstancia a tener en cuenta es la pérdida precoz de los progenitores.
- En ciertos psicóticos el contenido de su discurso o síntomas psicopatológicos alude reiteradamente a pérdidas personales, a veces muy difíciles de elaborar. Estas pueden influir en la evolución y curso de las psicosis.

Las peculiaridades del duelo en la esquizofrenia fueron ya señaladas por E. Bleuler (19), basado en la idea de que la enfermedad altera la vida afectiva; aporta ejemplos que ilustran la discordancia, incongruencia, contradicción en sucesivas etapas de tiempo, de las manifestaciones afectivas del duelo en los esquizofrénicos.

En uno de los pocos trabajos referidos al tema: «Muerte en una unidad hospitalaria. Efecto sobre un subgrupo de pacientes esquizofrénicos.» (20) se ve los efectos que tiene la muerte repentina de un paciente; los esquizofrénicos expresan sentimientos de desconfianza de matiz paranoide. Hay que considerar que lo observado está circunscrito a una situación concreta institucional. En una investigación anterior de nuestro grupo, acerca de las pérdidas personales y duelo previos, en pacientes que ingresaban en una unidad de agudos (21), se encontraron estas vinculadas relevantemente a la situación del internamiento en un 14% de los casos, lo que unido a la falta de apoyo social favorecía el ingreso en los psicóticos. J.C. González García (22) ha realizado un planteamiento general acerca del duelo en los esquizofrénicos, señala la heterogeneidad de sus manifestaciones, relacionada con la alteración y falta de unidad afectiva en estos pacientes, sus dificultades interpersonales, identidad contradictoria, funcionamiento simbiótico con carencia de separación y autonomía. Todo esto puede llevar a reacciones muy diferentes ante la pérdida de figuras significativas hacia las que existe una relación de dependencia marcada.

Éstas podrían ir desde el aniquilamiento, muerte o suicidio, el desvalimiento para hacer frente a las necesidades vitales al perder la contención personal externa, hasta las contrarias, como serían la maduración o consecución de una mayor auto-

mía. También sería posible que no pasase aparentemente nada. Insiste en lo imprevisible de estas conductas.

Desde el punto de vista psicoanalítico hay aportaciones aunque tampoco son muy abundantes ni estructuradas. S. Freud en «Duelo y melancolía» (5), al final de esta obra, se refiere al duelo maniaco, en la alternancia depresión-manía, y lo relaciona con la regresión de la libido al Yo tras la pérdida del objeto, aunque reconoce que esta explicación resulta insuficiente. Diversos analistas han tratado posteriormente el mismo tema, Angel Garma (23) siguiendo las teorías freudianas, añade que la manía podía ser, tras la muerte del objeto, como una fiesta totémica u orgía canibalística en la que el yo celebrase su liberación. La existencia de cuadros maníacos desencadenados por un duelo es una constatación clínica que hemos podido realizar en alguna de nuestras historias. En el presente trabajo, sin embargo, por razones metodológicas, no se han abordado las psicosis afectivas.

P. Federn (24), en «La psicología del yo y las psicosis», apunta que el dolor psíquico, como el ocasionado por las pérdidas, puede tener un papel etiológico en las neurosis y en las psicosis, existiendo, según él, diferenciación en relación con la aceptación o falta de aceptación del padecimiento. E. Jacobson (25) parte de la idea de que el conflicto neurótico sucede entre el yo y el mundo instintivo, mientras que el psicótico se da entre el yo y la realidad; los psicóticos tienen una dificultad de diferenciación y confusión entre realidad interna y externa, a menudo utilizan la realidad exterior como mecanismo de defensa o sustentación. Por eso, la pérdida de un objeto externo podría tener graves consecuencias desestructurantes.

Las ya aludidas aportaciones de M. Klein (8) sobre la culpa persecutoria en los duelos con relaciones malas o ambivalentes y los mecanismos de identificación proyectiva, podrían explicar los síntomas paranoides en determinados duelos. S. Freud, en una carta a Fliess en 1899, (26), dice: « La psicosis vuelve a disolver la identificación y restablece todas las personas amadas de la infancia, abandonadas en el interín..., disolviendo el propio yo en las personas externas». V. Korman (27) habla de la precariedad de los diversos tipos de identificación en las psicosis, con intensas fijaciones narcisistas, que dan lugar a una dificultad en la construcción del aparato psíquico. Considera, además, que en estos pacientes aparecen identificaciones con rasgos patológicos o psicóticos de los padres. Todo esto puede actuar como sobredeterminante sobre otros factores orgánico-constitucionales; en el momento de la aparición de la patología psicótica pueden surgir identificaciones más arcaicas y se disuelven las más maduras. A partir de aquí se puede pensar el efecto complementario que la muerte de las figuras identificatorias parentales, sobre todo de forma temprana, puede tener en estos pacientes, dadas sus características, y los avatares de una identificación patológica con el objeto perdido.

Para el presente estudio se parte también de los hallazgos generales más claros ya referidos, en pacientes que consultan por duelo, como son la importancia de la

muerte imprevista, la convivencia con el fallecido, lazos de parentesco, vínculos problemáticos etc.; tratando de averiguar la trascendencia que estos factores pueden tener o no en los psicóticos.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Los sujetos estudiados son la totalidad de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros cuadros psicóticos (CIE 10), descartando psicosis orgánicas, vinculadas al uso de sustancias y afectivas, que están en el programa de seguimiento ambulatorio de crónicos de Salud Mental de Parla (A. 10. Hospital de Getafe. Madrid). Se obtuvieron, quitando los casos dudosos, 207 pacientes, 161 diagnosticados de esquizofrenia y 46 de otros cuadros psicóticos.

Se revisaron las 207 historias, seleccionando las que cumplieran los criterios de presentar un duelo, con arreglo a la definición elaborada en dos cuestionarios:

1. Aquellos que previamente a una primera consulta en el Servicio, habían tenido en el material de la historia clínica un duelo que cumpliera al menos una de las siguientes condiciones:
 - a) Evidenciable de modo relevante en la historia, en relación al discurso manifiesto del relato biográfico del paciente o referido a través del material psicoterapéutico.
 - b) Que pudiera vincularse a acontecimientos o situaciones desencadenantes del inicio o recaídas.
 - c) Aparición manifiesta de referencias en la psicopatología psicótica activa.
El cuestionario explora datos acerca de la relación de parentesco, tipo de muerte (fijándose en la posible existencia de muerte imprevista o traumática), convivencia con el fallecido y notas acerca de la elaboración del duelo y su devenir.
2. Aquellos pacientes que a lo largo de su tratamiento en el Servicio han tenido una pérdida personal significativa, que aparezca en la historia. Se explora, además del parentesco, tipo de muerte y convivencia, en este caso el tipo de vínculo, las recaídas o ingresos en el año siguiente, la evolución, la repercusión o no en la psicopatología psicótica, e impresiones acerca de la reacción y elaboración del duelo.

Ambos cuestionarios recogen datos sobre sexo, edad, estado civil, convivencia y diagnóstico. Se aplicaron por el equipo investigador con encuesta al psiquiatra responsable del caso. Los pacientes podían cumplir o no criterios de uno de los dos o de ambos cuestionarios, que se cumplimentaron en los casos positivos. Se elaboró además una ficha con observaciones clínicas en cada uno de los casos. La parte de las informaciones que lo permiten se ha reducido a datos susceptibles de tratamiento

estadístico. Para analizar la dependencia estadísticamente significativa entre las variables objeto de estudio se aplicó una prueba t.

RESULTADOS

Del total de los 207 psicóticos en seguimiento, 38 casos componen la muestra seleccionada: 23 pacientes presentan duelo sobrevenido (11% del total) y 21 duelo previo a la consulta (10% del total); 7 (3,3%) presentan ambos.

1. El primer grupo, duelo previo a la consulta en nuestro centro, está compuesto por nueve varones y doce mujeres. La media de edad es 41,81 [Desviación típica (D.T.) = 11,34].

El 57% de los pacientes tienen un diagnóstico de esquizofrenia, mientras que el 43% restante han sido diagnosticados de otros trastornos psicóticos. Esta distribución de diagnósticos es diferente significativamente ($p=0,01$) de la del total de psicóticos seguidos, en los que hay un 78% de esquizofrénicos y un 22% de otros psicóticos. El estado civil y el tipo de convivencia de los sujetos aparece en la Figura 1; la relación con el fallecido se recoge en la Figura 2. Un 47% de los casos corresponden a la pérdida de un progenitor y en el 76% de los casos, los pacientes convivían con el fallecido. El 67% de los fallecimientos fueron traumáticos o imprevistos.

Figura 1
Porcentajes del estado civil y tipo de convivencia de los pacientes con duelo previo a la consulta.

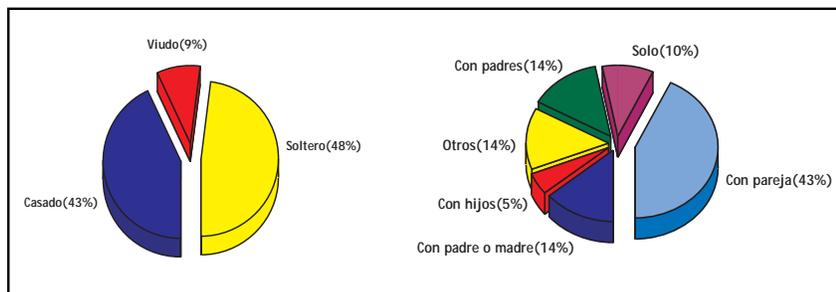
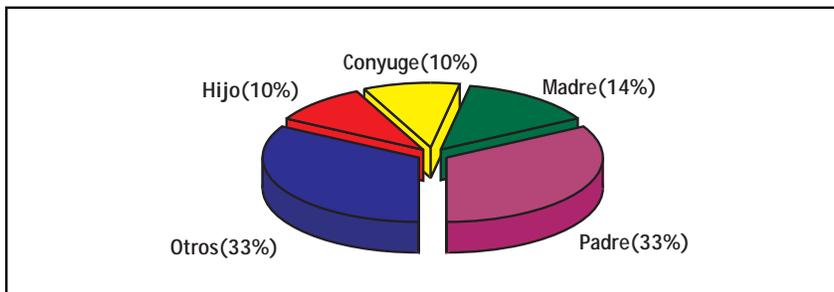


Figura 2
 Porcentajes de relación con el fallecido en duelo previo a la consulta.



El 10% de los sujetos sufrieron alguna recaída grave o ingreso en el año posterior a la pérdida y el 60% de los duelos tienen un efecto desencadenante, lo que supondría que en el total de los psicóticos en seguimiento en nuestro centro puede hallarse efectos desencadenantes de un duelo en un 6% de los casos. La pérdida aparece en la psicopatología de los pacientes en el 38% de ellos y en los elementos psicoterapéuticos en el 62%.

Al analizar la relación entre las recaídas y las variables sociodemográficas recogidas se hallan diferencias significativas entre dos pares de variables. En primer lugar, existe significancia estadística ($p=0,05$) entre las recaídas y la relación con el fallecido. La pérdida tiene relación con una recaída en el 66% de los casos en los que la figura fallecida es la madre, cuando es otra la figura fallecida no se encontró relación con recaídas. En segundo lugar, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,05$) entre el diagnóstico y la relación con desencadenante: se produce una relación con desencadenante más frecuente en aquellos pacientes diagnosticados de otros trastornos psicóticos (88%) frente a los diagnosticados de esquizofrenia (42%).

- En lo referente al segundo grupo de duelo sobrevenido, está formado por trece varones y diez mujeres. La media de edad es 45,96 (D.T. = 15,27). El 70% de ellos tienen un diagnóstico de esquizofrenia, mientras que el 30% restante presenta otros trastornos psicóticos. En este caso, como es de esperar, no existen diferencias significativas en cuanto a los diagnósticos con el grupo total de pacientes en seguimiento. El estado civil y el tipo de convivencia de los sujetos aparece en la Figura 3; la relación con el fallecido y el vínculo se recoge en la Figura 4. El 70% de los fallecimientos corresponden a los progenitores. Hay un predominio de vínculos problemáticos de forma que el 36% se pueden consi-

derar ambivalentes o malos y el 18% simbióticos. En menos de la cuarta parte la relación se califica de buena. En el 65% de los casos, los sujetos convivían con el fallecido. El 55% de las pérdidas fueron traumáticas o imprevistas.

Figura 3
Porcentajes del estado civil y tipo de convivencia de los pacientes con duelo sobrevenido.

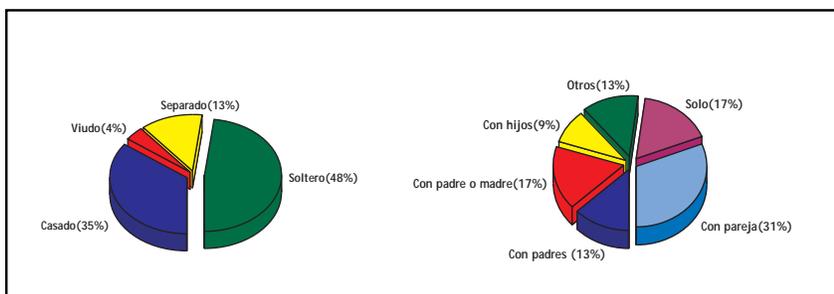
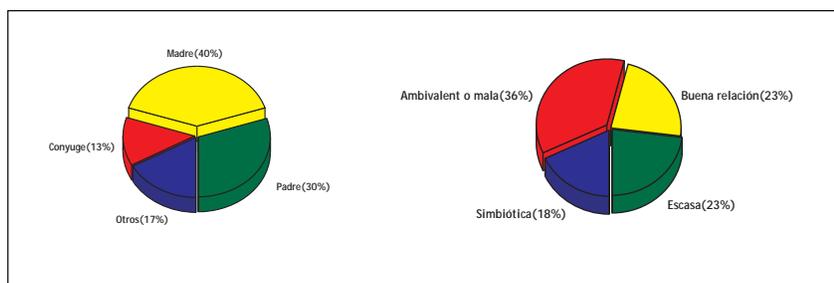
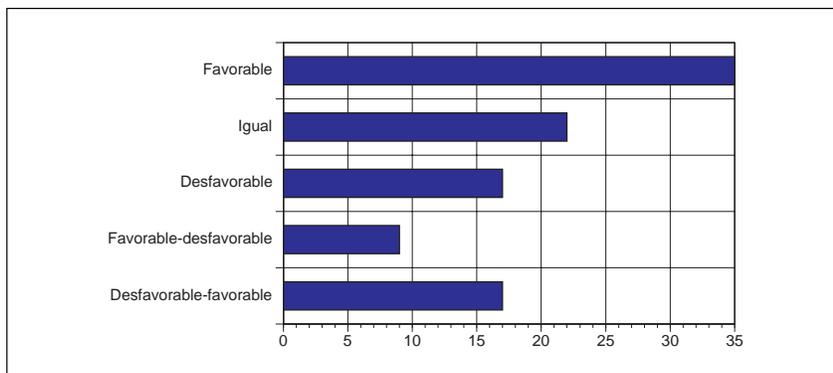


Figura 4
Porcentajes de relación con el fallecido y vínculo en duelo sobrevenido.



El 35% de los pacientes sufrieron alguna recaída grave o ingreso en el año posterior a la pérdida. Ésta aparece en la psicopatología de los sujetos en el 26% de ellos. En cuanto a la evolución, el pronóstico desfavorable persistente, tras el duelo, alcanza el 26% de los casos, otro 17% sufre un empeoramiento pasajero, aparentemente no se altera en un 22% y se observa una mejoría en un 35% (Figura 5).

Figura 5
 Porcentaje del pronóstico de los pacientes en duelo sobrevenido.



Al analizar la relación entre las recaídas y las variables sociodemográficas recogidas sólo se ha hallado una relación estadísticamente significativa ($p=0,05$), con el estado civil de los pacientes. En el 88% de los pacientes casados no se produce recaída mientras que si que se produce en el 73% de los pacientes solteros. Asimismo se ha encontrado un mayor número de recaídas entre los pacientes esquizofrénicos frente a los que tienen diagnóstico de otros trastornos psicóticos (Tabla 1) pero dichas diferencias no alcanzan la significatividad estadística.

Tabla 1. Tabla de contingencia entre el diagnóstico de los pacientes y las recaídas en el año posterior.

Diagnóstico	Esquizofrenia	Otros trastornos psicóticos	Total
Presencia de recaídas	7	1	8
Ausencia de recaídas	9	6	15
Total	16	7	23

■ DISCUSIÓN

En primer lugar habría que resaltar que en un 10% de los psicóticos en seguimiento, previamente a su consulta en el Centro, aparece la problemática del duelo, y que se podría vincular a un efecto desencadenante del cuadro en un 6% del total, siendo mucho más frecuente de forma significativa para otros trastornos psicóticos (8,8%) que en el caso de la esquizofrenia (4,2%). Esto nos confirma la idea de que hay un grupo minoritario de psicóticos en los que es importante considerar la proble-

mática del duelo; aún mirado con todas las reservas que se pueden tener ante la multicausalidad del cuadro. Dentro de este grupo, en un 60%, se podría vincular con el desencadenamiento de la psicopatología y aparecer de forma manifiesta y a través de los síntomas psicóticos las alusiones al duelo en un 38%. El que exista un efecto desencadenante menos frecuente en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos lo confirma también el hallazgo de que existe un sesgo en la distribución diagnóstica del grupo de pacientes con duelo previo con respecto al total del grupo en seguimiento, en el sentido de un mayor porcentaje estadísticamente diferente de las psicosis no esquizofrénicas. En casi la mitad de estos casos la pérdida es de alguno de los progenitores, y observando el material de las historias se constata que esta muerte es a menudo imprevista o traumática. En cuanto a los esquizofrénicos se pueden observar dos perfiles recurrentes: muerte precoz de los progenitores que aparece reflejada posteriormente en la psicopatología y casos con una carga psicótica familiar en los que una muerte cercana precipita la aparición del cuadro. En pacientes no esquizofrénicos se reiteran casos cuya sintomatología se inicia en una edad adulta tras la muerte de un familiar con el que se mantiene un vínculo problemático, que reactiva otro duelo no resuelto, o con circunstancias peculiares. Por ejemplo, una mujer con un marido alcohólico con una relación muy difícil, y del que se había separado poco tiempo antes de su muerte, inicia tras ésta un delirio erotomaniaco.

En el grupo de pacientes que tienen un fallecimiento de persona significativa a lo largo de su seguimiento en el Centro (11%), teniendo en cuenta que ésta es en un 70% de los padres, este hecho tiene una repercusión clínica importante ya que en más de la cuarta parte la pérdida aparece de modo manifiesto en los síntomas positivos, por ejemplo, con voces alucinatorias. A lo largo del primer año un 35% sufre un ingreso o UNA recaída importante con manifestaciones diversas como pueden ser aumento de la sintomatología psicótica de forma pasajera o persistente, trastornos de conducta, consumo de tóxicos, ... No obstante, el pronóstico más a largo plazo no se torna desfavorable más que en un 26%. En cierto número de casos se observa la evolución hacia una mayor autonomía y mejora del nivel de funcionamiento global. La evolución parece muy condicionada por circunstancias posteriores a la pérdida, fundamentalmente el apoyo que obtiene del medio. Un hallazgo que llama la atención es que sólo en un 26% el vínculo con la persona fallecida aparece como bueno en la historia, el resto se pueden encuadrar de mayor a menor frecuencia dentro de los ambivalentes o malos, escasos y simbióticos. Comparado con anteriores investigaciones (3) en pacientes no psicóticos parece observarse un mayor número de vínculos problemáticos.

Considerando globalmente los resultados en ambos grupos de pacientes psicóticos se observa la transcendencia de hechos como son la muerte imprevista o convivencia con el fallecido, coincidiendo esto con los trabajos generales en personas con duelo. Con respecto al tipo de parentesco en los estudios generales sobre el duelo se obser-

va el mayor impacto que puede tener el fallecimiento de los hijos o cónyuge, sin embargo en los psicóticos, en los que hay un elevado número de solteros y tienen una mayor dependencia de las familia de origen encontramos que la mayoría de los duelos se refieren a la muerte de los padres.

En el grupo de duelo previo se ha encontrado un 10% de pérdidas por suicidio, el porcentaje es muy elevado aunque hay que tener en cuenta que el número total de casos es pequeño, con lo que esto tiene un valor relativo. En nuestro anterior estudio en pacientes que habían consultado por duelo (3) se encontró pérdidas por suicidio en un 5%, también muy sobrerrepresentado pero en menor proporción. En ambos grupos se ha observado la manifestación del duelo a través de los síntomas psicóticos. A veces va unido a otros síntomas más inespecíficos que pueden ser previos como trastornos de conducta, consumo de tóxicos... Las manifestaciones psicopatológicas son muy variadas: voces alucinatorias, síntomas delirantes, a veces de contenido acusatorio o paranoide con mecanismos proyectivos. Otras veces con conductas extravagantes, como un paciente que arrojó por la ventana de su casa todos los objetos de la madre fallecida tiempo atrás.

En el contexto clínico y terapéutico con estos dos grupos de pacientes reflejado en su historia se evidencian bastantes alusiones a los duelos recientes o antiguos, en determinados casos de forma reiterada, contingentes con otras pérdidas o crisis biográficas o nuevos duelos que actualizan los anteriores. Estas alusiones a veces pueden corresponder a intentos de elaboración de la pérdida y creemos que es muy importante poder trabajarlas con el paciente, y que ayuden a veces a desbloquear situaciones de crisis, descompensaciones o estancamiento terapéutico. Por ejemplo, una paciente esquizofrénica previamente compensada sufre una recaída moderada al terminar la relación con su novio con gran ambivalencia, habla entonces de la relación estrecha con un hermano muerto años antes, que era a su vez amigo del novio, y trae algunos recuerdos de este que vincula de una forma psicótica con el novio, mejorando casi inmediatamente. Otras veces lo que sorprende es la capacidad para expresar en determinadas ocasiones afectos adecuados, sobre pérdidas recientes o antiguas.

Fijándonos sobre todo en lo observado en el grupo con duelo sobrevenido creemos que se debe tener en cuenta esta circunstancia de cara a favorecer el apoyo terapéutico, las medidas de soporte del medio sociofamiliar y eventualmente de dispositivos institucionales o rehabilitadores.

■ CONCLUSIONES

Se ha podido constatar que la problemática del duelo en psicóticos tanto por su frecuencia como por su repercusión clínica, debe ser objeto de atención y merece tras esta aproximación estudios posteriores.

Es posible considerar que en algunos casos el duelo puede tener un efecto desencadenante en los cuadros psicóticos y con mayor peso en los no esquizofrénicos.

Se confirma también en los psicóticos al igual que en estudios más generales la importancia de la muerte imprevista, la convivencia con el fallecido o los vínculos problemáticos.

Los pacientes con duelo deben ser objeto de una especial atención al respecto, en cuanto a su seguimiento clínico, apoyo psicoterapéutico y sociofamiliar.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreri, N.; Vacher, J.; Alby, J.M. Evenement de la vie et depression. *Encyclopedie Medic-Chirurgicale, Psychiatrie 6. Vol.* París 37879A10.2, 1987.
2. Gamo, E. (Ed.). *Teoría y clínica del duelo.* C. Real, Angama. 1999.
3. Gamo, E. y otros. «Problemática del duelo en la asistencia en Salud Mental». *Psiquiatría Pública*, 2000, V12, 3, pp. 209-218.
4. Álamo, C. y otros. «Seguimiento de pacientes que consultan por duelo». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2001, V29, p. 36.
5. Freud, S. *Duelo y Melancolía.* Obras Completas, vol XIV. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
6. Freud, S. *Inhibición, síntoma y angustia.* Obras Completas, vol III. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
7. Fenichel, O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis.* Barcelona, Paidós, 1994.
8. Klein, M. *El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos.* Obras completas. Tomo I. Barcelona, Paidós, 1989.
9. Grinberg, L.; Grinberg, R. Angustia frente al cambio y duelo por el self. *En Identidad y cambio.* Barcelona, Paidós, 1980.
10. Parkes, C.M. «Effects of bereavement on physical and mental health: a study of the medial records of widows». *Br. Med. J.*, 1964, a, 2, pp. 274-286.
11. Glick, I.O.; Weiss, R.S.; Parkes, C.M. *The first year of bereavement.* New York, Wiley, 1974.
12. Horowitz, M.; Siegel, B.; Holen, A. «Diagnostic criteria for complicated grief disorder». *Am. J. Psychiatric*, 1997, 154, pp. 904-910.
13. Zysoc, S.; Lyons, I. «Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients». *Omega*, 1990, 20, pp. 307-322.
14. Biondi, M.; Picardi, A. «Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal». *Psychother. Psychosom.*, 1996, 65, pp. 224-245.
15. Bowlby, J. *La pérdida afectiva.* Barcelona, Paidós, 1993.
16. Worden, J.W. *Las cuatro tareas del duelo. El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia.* Barcelona, Paidós, 1997.
17. Piper, W.E. y otros. «Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients». *Psychiatric Services*, 2001, 52, pp. 8-16.

18. Datsom, S.; Marwit, S. «Personality constructs and perceived presence of deceased loved ones». *Death studies*, 1998, 21, pp.131-146.
19. Bleuler, E. *Demencia precoz*. Buenos Aires, Lumen, 1993.
20. Trapper, B.; Friedman, S. «Dead on a psychiatric inpatient unit effect on a subgroup of schizophrenic patients». *General Hosp. Psychiatry*, 1996, 18, pp. 261-265.
21. Martín, F. y otros. «Pérdidas personales y duelo en pacientes ingresados». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2001, V29, p. 36.
22. González, J.C. «Esquizofrenia y duelo». En: E. Gamo (Ed.). *Teoría y clínica del duelo*. C. Real, Amgama, 1999.
23. Garma, A. *La melancolía en psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
24. Federn, P. *La psicología del yo y las psicosis*. Buenos Aires, Amorrortu, 1984.
25. Jacobson, E. *Conflicto psicótico y realidad*. Buenos Aires, Proteo, 1970.
26. Freud, S. *Cartas a Fliess*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.
27. Korman, V. *Teoría de la identificación y psicosis*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.

Emilio Gamo Medina.
Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Parla.

Magdalena Valverde Gómez.
Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario de Getafe.

Luis Javier Sanz Rodríguez.
Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Getafe.

Angeles Martínez Hernanz.
Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario de Getafe.

Ana García Laborda.
Enfermera. Socióloga. Servicios de Salud Mental de Parla.

Servicios de Salud Mental de Parla (Área 10, Hospital Universitario de Getafe - Madrid).

Correspondencia:
Dr. Emilio Gamo Medina
Centro de Salud Mental de Parla.
C/. Pablo Sorozábal, 4 - 28980 Parla (Madrid)
Tel. 91 6056903