



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Millán-González, Ricardo; Solano-Medina, Nicolás
Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 2, 2010, pp. 375-388
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>

- 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

Artículos de revisión/actualización

Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal

Ricardo Millán-González¹
Nicolás Solano-Medina²

Resumen

Introducción: El duelo es una reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido o de un estatus humano determinado. El duelo complicado es un *constructo* independiente que describe un cuadro clínico de mayor duración y gravedad luego de una determinada pérdida y que se considera cualitativamente distinto a los trastornos del afecto. La terapia interpersonal (TI) aborda cuatro elementos principales, uno de ellos el duelo. *Objetivo:* Revisar la literatura existente sobre duelo, duelo patológico y tratamiento con terapia interpersonal. *Resultados:* Algunos estudios sugieren el logro de efectos adecuados al emplear TI para el manejo de la depresión y otras entidades psiquiátricas, pero son pocos los que se centran en reacciones de duelo propiamente dicho o de duelo patológico. *Conclusiones:* La mayoría de estudios de TI no distinguen entre duelo normal y patológico, así como otras entidades psiquiátricas; por lo tanto, se desconoce su utilidad en estos casos y se requiere mayor investigación que contemple estas diferencias para obtener conclusiones más firmes.

Palabras clave: duelo, psicoterapia, literatura de revisión como asunto.

Title: Grief, Complicated Grief and Interpersonal Psychotherapy

Abstract

Introduction: Grief is a natural reaction human beings face when a loved one dies or a particular status is lost. Complicated grief (CG) is an independent construct that describes greater severity and longer duration as a consequence of a particular loss, which is qualitatively different from mood disorders. Interpersonal psychotherapy (IP) uses four main elements to approach patients, one of which is grief. *Objective:* To review the scientific literature regarding grief, complicated grief and its treatment with IP. *Results:* There are some studies that support the use of IP in the treatment of depression and other psychiatric conditions, but only a few have addressed grief or CG directly. *Conclusions:* Most IP studies do not make the distinction between normal grief, CG and other mood and anxiety disorders. Thus, its real usefulness when facing this scenario is unknown. More research having in mind these differences would yield stronger conclusions.

Key words: Grief, psychotherapy, literature review.

¹ Médico psiquiatra, especialista en Psiquiatría de Enlace. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, Unidad de Neurociencias del Hospital Calderón Guardia y Centro Costarricense de Investigaciones Médicas, San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.

² Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana y Clínica La Inmaculada. Bogotá, Colombia.



Tradicionalmente, el duelo se ha considerado el conjunto de reacciones emocionales provocado por la pérdida de un ser querido (1-3), cambios negativos en el estatus social o económico (3) o, incluso, la pérdida de la salud propia o de un tercero. Clarke y colaboradores lo incluyen como una de las cinco dimensiones afectivas que experimentan los pacientes internados en hospitales generales (4).

En condiciones normales, el duelo tiene una duración de seis a doce meses, aunque después de recuperarse el adecuado funcionamiento, podrían existir síntomas residuales en algunos casos y considerarse como normal (1). En ocasiones, su evolución y presentación están influenciadas por algunas condiciones particulares: por ejemplo, en los pacientes con insuficiencia renal crónica se experimentan múltiples duelos a lo largo de una misma enfermedad (5), mientras que en los niños con enfermedad terminal la reacción se presenta de forma generalizada en toda la familia (6-7).

Algunos autores sugieren que el duelo se divide en tres dimensiones: común, resiliente y crónico (8); sin embargo, clásicamente se ha afirmado que el 10%-20% de los individuos que sufren una pérdida significativa experimentarán un duelo patológico (9,10). En estos casos, el cuadro se caracteriza por distorsiones cognitivas, enojo y amargura acerca del fallecido, negativa para continuar con la vida propia, sentimiento de

vacio en la vida, así como ideación intrusiva sobre la persona ausente, que generan actitudes evitativas y franca disfunción social (9,10). Dicha condición se ha asociado con trastornos emocionales y físicos, entre los cuales se incluyen las patologías del sueño (9), así como altos porcentajes de complicación con episodios depresivos (2).

Hoy en día se sabe que el duelo patológico es una entidad completamente distinta e independiente de los trastornos afectivos y ansiosos; además, se asocia con complicaciones físicas y emocionales a largo plazo, tanto en adultos como en adolescentes (9, 12). Se ha sugerido que la ansiedad de separación durante la infancia (13), así como el alto grado de control paterno y comportamientos dependientes durante la adultez (14), podría representar factores de riesgo para el posterior desarrollo de duelos complicados.

Dado lo anterior, se ha sugerido su inclusión en los manuales diagnósticos en una sección distinta de la actual (10); pero por el momento está clasificado en el episodio de trastornos adaptativos, tanto en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-R) (15) como en la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10), sección F (16).

Maj, en un editorial de *Psychotherapy & Psychosomatics*, considera que numerosas condiciones descritas como patológicas tienen límites "arbitrarios, inespecíficos y

no científicos" y que, en realidad, se trata de respuestas transitorias homeostáticas a estímulos internos o externos (17), como sería el caso del duelo. Otros autores (18) postulan que la mayoría de las personas que experimentan un duelo tendrán una "trayectoria resiliente" y que existe una tendencia por parte de los clínicos e investigadores a considerar como patológica esta condición. Además, la mayoría de los estudios que investigan esta temática utilizan escalas que se centran en síntomas psiquiátricos definidos, lo cual no es equivalente con el concepto de duelo patológico, que habla más del apego. Tampoco se exploran los elementos positivos de estos individuos. Por lo tanto, aunque existen personas vulnerables a una evolución tórpida después de la muerte de un ser cercano, no existe justificación para el uso indiscriminado de terapias en estas circunstancias.

Un metaanálisis reciente (18) sobre psicoterapia de duelo en niños, después de examinar 14 estudios, demostró que estas intervenciones no generan las mejorías adaptativas de otras estrategias psicoterapéuticas. El mismo hallazgo se había reportado previamente en adultos. La psicoterapia general sí genera beneficio tanto en niños como en adultos (18).

En un estudio de Büchi y colaboradores se observó que la concordancia en el duelo en parejas dos a seis años después del fallecimiento de un recién nacido prematuro es

determinado por el grado de intercambio emocional entre los cónyuges, el cual también predice un mayor crecimiento postraumático individual (19). En una revisión del 2009 del Instituto Cochrane (20) sobre medidas de apoyo a madres y padres después de una muerte perinatal, se concluyó que no existen pruebas suficientes para sugerir un tipo específico de intervención psicológica y que se requiere ampliar el estudio en este terreno.

Entre las estrategias más empleadas y efectivas para la resolución del duelo patológico se encuentran las psicoterapias grupales breves (21), así como tendencias interpretativas y de apoyo (22). Se ha demostrado que el grado de alianza terapéutica durante la terapia grupal genera mejores resultados (23). En el plano individual, tanto la motivación personal como el desarrollo del *self* también predicen un buen pronóstico (24).

A grandes rasgos, las estrategias no psicoanalíticas de terapia se dividen en técnicas dinámicas y expresivas, y dentro de estas últimas la interpersonal es un ejemplo de ellas (25). Es posible que la estrategia empleada dependa en gran medida de la experiencia, preferencia y entrenamiento del terapeuta (26). Los requerimientos para la terapia interpersonal se resumen a continuación:

- Un alto funcionamiento.
- Estar dispuesto a cooperar con el terapeuta.

- Tener introspección de sus sentimientos.
- Discutir acerca de sus sentimientos.
- Poder establecer un vínculo de confianza con el terapeuta.

La teoría interpersonal postula que el desarrollo y el mantenimiento de algunas patologías psiquiátricas ocurren en un contexto social e interpersonal y que su inicio, respuesta a tratamiento y resultados finales están influidos por las relaciones interpersonales entre los pacientes y sus personas más cercanas y significativas (27,28). Las generalidades de la terapia interpersonal se resumen así:

- Dirigida hacia las interacciones interpersonales.
- Centrada en expectativas de roles y disputas frente a conflictos internos y deseos.
- Explora transición del aquí y ahora frente a experiencias de la infancia.
- No descarta el uso de antidepresivos de forma concomitante.
- Tiempo limitado: 14-18 semanas.

El abordaje se centra en cuatro dominios principales: duelo, disputas interpersonales por un rol, transiciones de los roles y déficits interpersonales (27,29). Algunos autores han propuesto, además, la pérdida del *self* saludable como el quinto elemento (30), específicamente para el tratamiento del trastorno afectivo bipolar (Tabla 1).

En todo caso, se considera que mejorando la calidad de las relaciones con terceros y, por lo tanto, el funcionamiento social, se podrían reducir o eliminar los síntomas psiquiátricos (27,29). Las tendencias principales que influencian este movimiento son (28):

Teoría del apego: tanto los problemas psicológicos como las relaciones interpersonales se dañan cuando hay conflictos del apego. La terapia se centra en cómo el paciente comunica sus necesidades y cómo fortalecer la red de apoyo social.

Teoría de la comunicación: algunos patrones de comunicación específicos generan respuestas negativas de terceros. El proceso terapéutico se centra en modificar estos elementos.

Tabla 1. Criterios de selección y exclusión para la terapia interpersonal

Criterios de selección	Criterios de exclusión
Depresión leve/moderada Manejo ambulatorio/hospitalario Transición de rol Experimentar un conflicto reciente Reacción adversa al duelo Aislamiento social con o sin deficiencias en las habilidades sociales	Psicosis Depresión Múltiples episodios depresivos previos Periodos intercríticos cortos

Teoría social: se basa en la teoría de Meyer, que postula que la psicopatología nace del intento fallido del individuo por adaptarse al entorno psicosocial. La respuesta de estas personas está determinada por previas experiencias familiares y por sus relaciones interpersonales.

El método de la terapia interpersonal hace hincapié en la importancia de definir un período de trabajo, a fin de establecer una alianza terapéutica positiva y un plan estructurado para una fase inicial, intermedia y de terminación del proceso psicológico (Tabla 2).

Tabla 2. Fases del tratamiento

Fase inicial	<p>Se realiza el diagnóstico de depresión y se le informa al paciente. Identificación y caracterización de problemas relacionados con el cuadro afectivo: circunstancias, ánimo o funcionamiento social. El terapeuta debe ayudar al paciente a entender el problema que tiene y trazar los objetivos específicos para resolverlo. Se establecen objetivos generales que se subdividen en otros más específicos. Se comienza por el aspecto que el paciente considera más importante.</p> <p>Tareas específicas:</p> <p>Lidiar con la depresión: revisión de síntomas, asignación de un nombre al síndrome afectivo/ansioso, explicación de la condición y de su tratamiento, valoración de la necesidad de medicación.</p> <p>Relacionar la depresión con el contexto interpersonal: revisión de relaciones interpersonales actuales y pasadas, determinar la naturaleza de la interacción con las personas significativas, expectativas, grado de satisfacción y posibles cambios que se pueden incorporar en la relación.</p> <p>Identificar el problema principal: determinar el problema asociado con la situación actual, trazar los objetivos del tratamiento con base en los factores relevantes de la relación y cómo se pueden cambiar.</p> <p>Explicación de los conceptos de la terapia interpersonal y el contrato. Describir los procedimientos y los aspectos prácticos de la terapia.</p>
	<p>Exploración inicial del problema. Enfoque en las expectativas y percepciones del paciente. Discusión de opciones para manejar la situación. Implementación del nuevo comportamiento.</p> <p>Duelo:</p> <p>Intervención en duelos con resolución retrasada o con respuestas disfuncionales.</p> <p>Objetivos: facilitar proceso de aceptación y restablecimiento del interés por las relaciones que sustituyan lo perdido.</p> <p>Estrategias: revisión de sentimientos y emociones y su asociación temporal con la pérdida en cuestión; reconstrucción de la relación del paciente con el fallecido; descripción de secuencia y consecuencias de los eventos que se dieron antes de la pérdida, durante y después de esta; muerte; revisión de nuevas estrategias de relación con terceros.</p> <p>Disputas interpersonales:</p> <p>Se define la disputa interpersonal como situación entre el paciente y una figura en la que existen expectativas no recíprocas en torno a su relación → conflictos.</p>

Continúa

Continuación

Fase intermedia	<p>Objetivos: identificar la disputa, escoger plan de acción y modificar expectativas de la mala comunicación. Estrategias: revisión de síntomas afectivos, establecer relación temporal entre los síntomas y la disputa, determinar el patrón de las disputas (aumento, descenso), comprensión de cómo las expectativas no reciprocas de los roles se relacionan con la disputa, señalar paralelos con otras relaciones y medios para perpetuar la conducta.</p> <p>Transición de roles: Cambio rápido hacia un nuevo rol. Objetivos: aceptación del nuevo rol y visualización como un evento positivo, mediante el dominio del nuevo papel que desempeña el paciente. Estrategias: revisión de síntomas afectivos, establecimiento de la relación entre la aparición de los síntomas con la dificultad para enfrentar los cambios recientes, determinación tanto de los aspectos positivos (nuevas oportunidades) como de los negativos, de los roles nuevos y viejos, exploración de los sentimientos de pérdida y cambio, estimulación de la descarga apropiada del afecto, así como del desarrollo de la red social.</p> <p>Déficit interpersonal: Ausencia de habilidades sociales que generan relaciones inestables, lo que lleva al aislamiento del paciente. Menor funcionamiento del paciente que en casos anteriores. Trabajo basado en relaciones previas debido a que por lo general no tienen relaciones actuales importantes. Terapeuta debe adoptar una posición más activa y directiva. Objetivos: disminuir el aislamiento social y estimulación de nuevas relaciones. Estrategias: revisión de síntomas afectivos, establecer relaciones temporales entre inicio de síntomas y aislamiento social, determinar grado de relaciones previas significativas (positivas y negativas) para establecer los patrones repetitivos mediante la interacción con el terapeuta y con otras personas significativas.</p>
Fase de terminación	<p>Últimas dos sesiones.</p> <p>Objetivos: discusión explícita acerca de la terminación de tratamiento, explicación de la posibilidad de que se experimente un periodo de duelo, reflejar la capacidad para reconocer y manejar los problemas, planeamiento de estrategias para enfrentar en el futuro nuevas situaciones adversas. Si el paciente continúa con síntomas depresivos, se debe considerar la hospitalización y replantear el tratamiento.</p>

Tradicionalmente, la terapia interpersonal se ha empleado en el tratamiento de cuadros depresivos, donde se sustenta el grueso de sus hallazgos (28); sin embargo, durante los últimos 30 años ha sido una de las estrategias más utilizadas en

el mundo (31), incluso en medios económicamente desfavorecidos (32). También se ha comprobado su eficacia en el tratamiento de la fobia social (33), síndrome de estrés postraumático (34) y de poblaciones específicas de mujeres deprimidas, como lo son

los estados perimenopáusicos (35), el embarazo (36) y el posparto (37). Al emplear la terapia interpersonal durante las fases de mantenimiento de la depresión, al menos dos veces al mes, logra mantener al paciente en remisión hasta dos años después del inicio del episodio (38).

En un estudio reciente, Frank y colaboradores (39) evaluaron la terapia interpersonal durante la fase aguda y de mantenimiento de la depresión. El análisis final confirmó la efectividad como monoterapia durante la fase de mantenimiento, pues al combinarse con farmacoterapia reduce significativamente las recaídas. Se confirma, entonces, que es suficiente realizar una o dos sesiones mensuales de terapia interpersonal en la fase de mantenimiento en pacientes deprimidos.

Un estudio hecho por Schramm y colaboradores (40) comparó la terapia interpersonal modificada y farmacoterapia con el cuidado clínico usual y la farmacoterapia. A las cinco semanas hubo mejores tasas de respuestas en el primer grupo, así como más casos de remisión a los tres meses. El seguimiento a los nueve meses perdió diferencia estadísticamente significativa.

En otra investigación reciente (41) participaron 47 madres deprimidas cuyos hijos tenían algún diagnóstico psiquiátrico. A ellas se les aplicó terapia interpersonal durante nueve sesiones frente al “tratamiento usual”. Las madres del primer grupo mostraron reducciones más signifi-

cativas en la escala de Hamilton para depresión y mejor funcionamiento global medido mediante la escala *Global Assessment of Functioning*, a los tres y nueve meses de seguimiento. Por su parte, al aplicar el *Children's Depressive Inventory*, también hubo un descenso en la depresión a los nueve meses en el grupo de los hijos de las pacientes. Los autores concluyeron que existe una relación entre la depresión de la madre y la de sus hijos, pues al mejorar las condiciones de la progenitora, se generan repercusiones positivas en la descendencia.

En un estudio piloto (42) con 23 pacientes deprimidos con estatus positivo para VIH, la terapia interpersonal generó mejoría, al trabajar los siguientes aspectos: psicoeducación sobre el rol del enfermo, un abordaje en el aquí y el ahora, formulación de los problemas desde una perspectiva interpersonal, exploración para el cambio de los patrones disfuncionales de comportamiento, enfoque hacia los cuatro elementos de la terapia (incluido el manejo del duelo por la pérdida de la salud), así como la confianza que obtuvieron los terapeutas al abordar los casos.

En el caso de pacientes con trastornos de somatización, Stuat y Noyes propusieron que al emplear terapia interpersonal se debe hacer hincapié en la alianza terapéutica, a través de un contrato bilateral enfocado en el funcionamiento interpersonal, más que en los síntomas físicos del paciente (43).

Otras investigaciones no han demostrado superioridad respecto a estrategias farmacológicas. En un estudio de seguimiento (44) que comparó el tratamiento antidepresivo con terapia interpersonal durante más de dos años, el mantenimiento con dicha estrategia psicoterapéutica con monoterapia o en combinación con paroxetina no evidenció una mejoría clínicamente significativa de los pacientes. Tampoco hubo efecto en la modulación de la cognición, ansiedad o patrón de sueño.

En un subanálisis del mismo estudio (45) se encontró un hallazgo inesperado: se describió un mayor tiempo de recurrencia en los adultos mayores con menor funcionamiento cognitivo que recibieron terapia interpersonal en comparación con el grupo de medicación antidepresiva. Los autores concluyeron que dicho procedimiento, mediante sesiones mensuales, es efectivo en adultos mayores con un deterioro cognitivo leve o moderado. Ellos plantearon la hipótesis de que los resultados reflejan el menor grado de aislamiento en quienes no presentan deterioro cognitivo y, por lo tanto, un beneficio potencial mucho menor. En todo caso, esta es una opción cuando el paciente no está dispuesto a tomar medicación o tiene alguna contraindicación para su uso.

En el caso del duelo, se trabaja específicamente en la pérdida de la relación significativa y de una parte de la identidad del paciente. La idea es

reconstruir la relación de una forma no idealizada, tanto con sus aspectos positivos como los negativos (27,28). También se promueve la clarificación, catarsis y restablecimiento de nuevas relaciones e intereses. En el duelo patológico, la muerte del ser querido se vuelve desbordante afectivamente. El mayor conocimiento que se tenga de estas reacciones, junto con un fortalecimiento de la red de apoyo social, contribuye a la recuperación del usuario (28).

Un duelo también genera la necesidad de intervenir en otro de los aspectos abordados por la terapia interpersonal: la transición de roles. Lo anterior se genera luego de los cambios internos de una familia por la muerte de uno de los seres queridos. Por lo tanto, la persona se ve obligada a asumir nuevas responsabilidades, producto del cambio de interacciones que se genera secundariamente. De esta manera, el trabajo se centra en reconocer los aspectos positivos y negativos de los roles, intentando brindar un sentido de mayor comodidad y control de la nueva posición (27).

El explorar los pensamientos, sentimientos, expectativas y comportamientos del paciente frente al terapeuta permite establecer un patrón definido de las interacciones a las que recurre el usuario. De esta forma se trabaja en reflejar los elementos que podrían interferir con las relaciones sociales y, secundariamente, generar síntomas psiquiátricos (27).

En los casos de muerte por suicidio, existe una mayor posibilidad de que los sobrevivientes experimenten un duelo patológico (46). Los sentimientos específicos de esta condición, al compararlos con otras muertes violentas, son principalmente la vergüenza y el repasar continuamente el hecho y las posibles causas. De forma secundaria, se genera aislamiento social en la mayoría de los familiares. Teóricamente, la terapia interpersonal sería ideal en estos casos.

A pesar de lo anterior, un estudio (47) que comparó la terapia interpersonal con estrategias cognitivo-conductuales en casos de muertes violentas (incluidos suicidios) encontró una mayor mejoría con las segundas. Lo inverso ocurrió únicamente cuando el fallecimiento ocurrió en niños.

En un estudio realizado por Luty y colaboradores (29) se aplicó el *Inventario de Temperamento y Carácter* en pacientes que recibieron terapia interpersonal por distintos motivos. Se observó que las personas que experimentaban duelos eran particularmente susceptibles a tener bajos puntajes en la autotranscendencia. El conocimiento de este aspecto resulta importante para planificar los ejes centrales del tratamiento.

En el caso de pacientes con cáncer, donde el duelo se manifiesta, al menos en parte, cuando el paciente percibe una pérdida de las interacciones sociales producto de visualizarse

distinto a los demás y de la menor cantidad y calidad de tiempo que se comparte con la familia y amigos (48,49), se ha sugerido reforzar los lazos sociales, trabajar las ideas de aislamiento del mundo y, por lo tanto, reducir el alto riesgo de condiciones psiquiátricas que afectan el pronóstico del usuario (50). En esta población también se hace hincapié en la transición y disputa de roles que se experimentan en el entorno que rodea al usuario (49). Algunos autores han propuesto utilizar escalas que logren discernir quiénes se preparan adecuadamente para el duelo en esta población (51).

Una revisión de la literatura de Ranmal y colaboradores (52) para el Instituto Cochrane, sobre las intervenciones de comunicación en niños y adolescentes con cáncer, llegó a la conclusión de que no han sido lo suficientemente estudiadas. Los escasos hallazgos existentes sugieren algún beneficio al brindar información sobre la situación, dar apoyo antes del proceso de tratamiento y durante este y aplicar estrategias que faciliten la reintegración del paciente a la escuela y las actividades sociales. Los autores mencionan que se requiere ampliar la investigación en esta área.

A pesar de lo anterior, las intervenciones psicoterapéuticas tempranas en niños con cáncer que se encuentran en alto riesgo emocional son defendidas por algunos autores (7), quienes promueven las expresiones de duelo a través de las palabras, dibujos o juegos. Cuando se

trabaja el duelo con una familia por la muerte o enfermedad de un niño, se debe enfocar la intervención en la desculpabilización de los integrantes del grupo (53).

Partiendo del hecho de que algunos pacientes con cáncer no pueden desplazarse para recibir atención psicoterapéutica, se han postulado intervenciones interpersonales que incluyen abordajes vía telefónica y en los que participan también familiares comprometidos con el proceso. Los índices de satisfacción han sido buenos; sin embargo, es necesario ampliar las muestras y comparar con grupos sin este tipo de atención para determinar la efectividad de la técnica (49).

Cuando se emplean las llamadas telefónicas para brindar terapia interpersonal en esta población, se deben contemplar los siguientes elementos: explorar el impacto físico, emocional y social del cáncer, así como la preparación psicológica del paciente y del familiar; fortalecer la comunicación en las relaciones más cercanas; promover las expresiones de afecto; fortificar las defensas psicológicas funcionales; brindar independencia en la medida de las posibilidades; optimizar el apoyo social, y resolver problemas prácticos (49).

Entre las ventajas que ofrece este procedimiento están el incluir a familiares en el proceso terapéutico, el detectar la patología psiquiátrica por la que no se pensaba consultar o que había pasado inadvertida, el

evitar el traslado de personas que muchas veces se encuentran muy débiles físicamente y el poder hablar con un terapeuta desde la comodidad del hogar (49).

La estrategia de brindar consejería interpersonal vía telefónica (una variable de terapia interpersonal) también ha sido estudiada en mujeres que vivieron un aborto reciente. Neugebauer y colaboradores (54) reportaron una mejoría de la sintomatología depresiva en un pequeño grupo de mujeres que recibieron dicha atención. Entre las ventajas encontradas se describe la buena aceptación del procedimiento, así como una adecuada respuesta en la mayoría de los casos.

En una investigación de Germain y colaboradores (9), participaron 95 adultos con duelos complicados, a quienes se les asignó terapia cognitiva-conductual o interpersonal. La finalidad era cuantificar las mejorías en los trastornos del sueño, utilizando el *Pittsburg Sleep Quality Index*. Llama la atención que a pesar de que hubo una mejoría clínica significativa en la gravedad del duelo con ambas intervenciones, la mala calidad del sueño se mantuvo. Los investigadores concluyeron que este elemento es al menos parcialmente independiente del duelo y que, por lo tanto, es necesario abordarlo individualmente. Lo anterior se opone a lo propuesto por Reynolds Tercero y colaboradores (55), quienes sugerían que el autorreporte de un adecuado patrón de sueño en adultos mayo-

res era un factor de predicción de menores tasas de recaída durante la fase de mantenimiento.

La presente revisión evidencia que la teoría interpersonal, que parte de sus cuatro focos de atención, tradicionalmente ha abordado la depresión como producto de algún duelo vivido por el paciente y ha asumido un vínculo causal. Sin embargo, no se contempla el concepto moderno que plantea que los cuadros afectivos y ansiosos son entidades independientes de los procesos de duelo que experimenta un individuo.

Por lo tanto, podrían cuestionarse metodológicamente algunos de los estudios que hasta la fecha se han realizado en este campo. Al no hacerse la diferenciación entre duelo (complicado o no) y episodios depresivos/ansiosos, se habrían estudiado poblaciones con patologías mixtas y, por lo tanto, las conclusiones no serían específicas. Es posible que el concepto de duelo usado durante la terapia interpersonal sea cualitativamente distinto del *constructo* actual, relacionado con la pérdida de seres queridos.

Tampoco existe una fuerte evidencia científica que compruebe la efectividad de la terapia interpersonal en el tratamiento del duelo patológico como entidad independiente, cuando no se le vincula con depresión. Por lo tanto, es necesario ampliar la investigación, clarificando las diferencias existentes entre duelo y patología psiquiátrica mayor, para

así obtener conclusiones más sólidas y específicas.

A pesar de lo anotado, el sentido clínico común hace pensar que las estrategias que promueve la teoría interpersonal podrían ser efectivas al individualizar los casos. El apoyo social predice mejores resultados en múltiples condiciones, de tal manera que cualquier herramienta que mejore este aspecto repercutirá positivamente en el bienestar de la persona afectada. No se debe perder de perspectiva la dificultad metodológica existente para trabajar en poblaciones que han experimentado duelos por la muerte de un ser cercano o por la pérdida de la salud, como en el caso del cáncer. Dicho de otra manera, el que no se haya constatado empíricamente, no significa que sea inefectivo al individualizar los casos.

Referencias

1. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Human development throughout the life cycle. En: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007. p. 64-8.
2. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D. Psychiatric care of the medical patient. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000.
3. Morla-Boloña R. Duelo. In: Gómez-Restrepo C, Hernández-Bayona G, Rojas-Urrego A, Santracruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M (editores). Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3a ed. Bogotá: Médica Panamericana; 2008. p. 332-6.
4. Clarke DM, Mackinnon AJ, Smith GC, Mckenzie DP, Herman HE. Dimensions of psychopathology in the medically ill:



- a latent trait analysis. *Psychosomatics*. 2000;41(5):418-25.
- 5. Alarcón-Prada A. Aspectos psicosociales del paciente renal. 2a ed. Bogotá: La Silueta; 2004.
 - 6. Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. 5a ed. Boston: Mosby; 2004.
 - 7. Brown MR, Sourkes B. Psychotherapy in pediatric palliative care. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2006;15(3):585-96.
 - 8. Ott CH, Lueger RJ, Kelber ST, Prigerson HG. Spousal bereavement in older adults common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(4):332-41.
 - 9. Germain A, Shear K, Monk TH, Houck PR, Reynolds CF, Frank E, et al. Treating complicated grief: effects on sleep quality. *Behav Sleep Med*. 2006;4(3):152-63.
 - 10. Dillen L, Fontaine JR, Verhofstadt-Denève L. Confirming the distinctiveness of complicated grief from depression and anxiety among adolescents. *Death Stud*. 2009;33(5):437-61.
 - 11. Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2175-7.
 - 12. Melhem NM, Moritz G, Walker M, Shear MK, Brent D. Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):493-9.
 - 13. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(2):121-3.
 - 14. Johnson JG, Zhang B, Greer JA, Prigerson HG. Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(1):26-30.
 - 15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, 4th ed. Arlington: American Psychiatric Press; 2000.
 - 16. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007: Chapter V: Mental and Behavioral Disorders* [Internet]. World Health Organization. [Citado el 2009 Abril 01] Disponible en: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
 - 17. Maj M. Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom*. 2007;76(5):257-9.
 - 18. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36(2):253-9.
 - 19. Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jeneiwein J, Glaser A, Fauchere JC, et al. Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics*. 2009;50(2):123-30.
 - 20. Flenady V, Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;23(1):CD000452.
 - 21. Marmar CR, Horowitz MJ, Weiss DS, Wilner NR, Kaltreider NB. A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *Am J Psychiatry*. 1988;145(2):203-9.
 - 22. Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie JS, Ogrrodniczuk JS. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother*. 2001;51(4):525-52.
 - 23. Piper WE, Ogrrodniczuk JS, Lamarche C, Hilscher T, Joyce AS. Level of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. *Int J Psychother*. 2005;55(4):527-50.
 - 24. Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, DeWitt KN, Rosenbaum R. Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41 (5): 438-48.
 - 25. Levenson H, Butler S, Powers T, Beitman B. *Interpersonal psychotherapy for*

- patients with depression. In: Levenson H, Butler S, Powers T, Beitman B (editors). *Brief dynamic and interpersonal therapy*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric; 2002. p. 55-74.
26. Cutler JL, Goldyne A, Markowitz JC, Devlin MJ, Glick RA. Comparing cognitive behavior therapy, interpersonal psychotherapy, and psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1567-73.
 27. Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy. In: Sadock BJ, Alcott-Sadock V (editors). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8a ed. Philadelphia: Lippincott; 2004. p. 2610-9.
 28. Sloan G, Hobson J, Leighton J, McFarlane B, Law R. An overview and history of interpersonal psychotherapy. *Nursing Standard*. 2009;23(26):44-9.
 29. Luty SE, Joyce PR, Mulder RT, Sullivan PF, McKenzie JM. Relationship between interpersonal psychotherapy problem areas with temperament and character: a pilot study. *Depress Anxiety*. 1998;8(4):154-9.
 30. Andrade AC, Frank E, Lotufo-Neto F, Houck PR. An adaptation of the interpersonal problem areas rating scale: pilot and interrater agreement study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(4):353-7.
 31. Weissmann MM. Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy: 30 years later. *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):693-6.
 32. Verdelli H. Toward building feasible, efficacious and sustainable treatments for depression in developing countries. *Depress Anxiety*. 2008;25(11):899-902.
 33. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1814-6.
 34. Bleiberg KL, Makowitz JC. A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):181-3.
 35. Spyropoulou A, Zervas I, Leonardou A, Gregoriou A, Verdelli H. Preliminary data on the use of interpersonal psychotherapy for menopausal depression. Women's Mental Health Clinic. 8th European Congress on Menopause. *Maturitas*. 2009;63(Suppl 1):S1-S136.
 36. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry*. 2003;160(3): 555-62.
 37. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*. 2001;158(4):638-40.
 38. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(12):1093-9.
 39. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR, et al. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):761-7.
 40. Schramm E, van Calker D, Dykierk P, Lieb K, Kech S, Zobel I, et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):768-77.
 41. Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, Cyranowski JM, Houck PR, Cheng Y, et al. Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Am J Psychiatry*. 2008;165(9):1155-62.
 42. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43(9):885-90.
 43. Stuart S, Noyes R Jr. Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychother Psychosom*. 2006;75(4):209-19.
 44. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med*. 2006;354(11):1130-8.
 45. Carreira K, Miller MD, Frank E, Houck PR, Morse JQ, Dew MA, et al. A con-



- trolled evaluation of monthly maintenance Interpersonal Psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(11):1110-3.
46. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6 Suppl 1):129S-36S.
47. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(21):2601-8.
48. Spiegel D, Classen C. Group therapy for cancer patients: a research-based handbook of psychosocial care. 1st ed. New York: Basic Books; 2000.
49. Donnellya JM, Kornblith AB, Fleishmanc S, Zuckerman E, Raptis G, Hudis CA, et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology*. 2000;9(1):44-56.
50. Lethborg C, Aranda S, Cox S, Kissane D. To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Palliat Support Care*. 2007;5(4):377-88.
51. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Screening for preparatory grief in advanced cancer patients. *Cancer Nurs*. 2008;31(4):326-32.
52. Ranmal R, Prictor M, Scott JT. Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD002969.
53. Aulí J. Comunicación personal sobre manejo del duelo en familias con un(a) niño(a) con cáncer. 2009.
54. Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K, Baxi L, Markowitz JC, Rosing M, et al. Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depression and Anxiety*. 2007;24(3):219-22.
55. Reynolds CR 3rd, Frank E, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Cornes C, et al. Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):958-62.

Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 20 de enero del 2010

Aceptado para publicación: 28 de abril del 2010

Correspondencia

Ricardo Millán-González

Apartado postal: 2579-2050

San Pedro, Montes De Oca, Costa Rica

drmillan@hotmail.com