

Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo

Andrómeda Ivette Valencia Ortiz¹

Facultad de Psicología (UNAM)

Yolanda Dávila Vázquez

Servicios Psicológicos Integrales de México (SEPIMEX)

Resumen

Se desarrolló una estrategia cognitivo-conductual para el manejo del duelo en la diada madre-hijo. Participaron una mujer de 40 años y su primogénito (e hijo único) varón de 9 años. El motivo de consulta de la madre fueron síntomas de depresión y ansiedad ante la posible muerte del esposo (enfermo crónico degenerativo por ingesta de alcohol). Se realizó entrevista para identificar el desarrollo del problema, la definición del mismo, así como las variables distantes, antecedentes, organizmicas y de respuesta y si hubo intentos anteriores para solucionarlo. Se desarrolló un Mapa Clínico de Patogénesis (MCP) para la madre y otro para el niño, lo que permitió la elaboración del Mapa de Alcance de Metas (MAM) compuesto por las estrategias potenciales de intervención, las variables de resultados instrumentales, y las metas de resultados finales. Ambos pacientes alcanzaron los objetivos terapéuticos, reportaron significancia clínica y satisfacción con el tratamiento.

Palabras clave: Cognitivo, conductual, duelo, pérdida, depresión.

Abstract

We developed a cognitive-behavioral strategy for the management of grief in the mother-child dyad. Involved a 40 years old woman and her eldest son (and only child) 9 year old boy. The main consultant reasons of the mother were symptoms of depression and anxiety at the possible

1 Correspondencia: andromedavalencia@yahoo.com.mx

death of her husband (with chronic degenerative illness result of alcohol consumption). Interview was conducted to identify the development of the problem, defining it and the most important variables involved (distant, background, organism, and result variables) and whether there were previous attempts to solve it. We developed the Clinical Pathogenesis Map (CPM) for the mother and one for the child, allowing the development of the Achieve Goals Map (AGM), consisting of potential intervention strategies, instrumental outcome variables, and goals for final results. Both patients achieved therapeutic goals, reported clinical significance and treatment satisfaction.

Keywords: Cognitive, behavioral, grief, loss, depression.

Las pérdidas forman parte natural del desarrollo y crecimiento de un individuo, de igual forma las experiencias amenazantes o violentas están presentes al menos durante una vez a lo largo de nuestras vidas (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Durante el ciclo de vida las personas pasan por pérdidas que pueden ser identificadas en distintas áreas, algunas de las más frecuentes son el deterioro del cuerpo (pérdida de la salud, de la juventud, etc.), las pérdidas afectivas (muerte de un ser querido, divorcio, separación, etc.), pérdidas por desastres (naturales, guerra, accidentes, etc.), pérdidas escolares (reprobación, cambio de escuela, etc.), pérdidas laborales (desempleo, cambio de puesto, etc.) e incluso las relacionadas con la identidad (estigmatización y prejuicio, etc.). Sin embargo, es evidente que no todas las pérdidas tienen un impacto en la salud emocional o la calidad de vida de las personas, diferenciándose por la frecuencia con la que se presentan y la magnitud, lo que permite clasificarlas como “pérdidas menores”, representadas por aquellas situaciones más cotidianas y en las que el sujeto percibe que tiene control, como sería la pérdida de las llaves o algún objeto con cierto valor sentimental; por otra parte, se encuentran las llamadas “pérdidas mayores”, con una frecuencia menor en la vida del sujeto y un gran impacto a nivel emocional, percibidas por la persona como fuera de su control (Harvey, 2001).

El impacto de las pérdidas ha sido estudiado desde distintas perspectivas dentro de la psicología, entre los que destacan el marco conceptual psicoanalítico de Freud (1917), el modelo biológico de Engel (1964), el modelo de apego de Bowlby, (1961a, 1961b), el pensamiento humanista de Kübler-Ross (1969), el modelo cognitivo-conductual de

Worden (1982), y el pensamiento constructivista de Niemeyer (1988, 2001).

Las pérdidas o situaciones traumáticas se pueden representar a través del tiempo en respuestas de: a) recuperación: al momento de la pérdida se presenta una disrupción moderada en el funcionamiento normal del sujeto y conforme pasa el tiempo regresa a su nivel normal, b) respuesta retardada: al inicio se presenta una disrupción moderada y posteriormente se presenta una alteración severa, c) respuesta crónica: se presenta desde el inicio una disrupción severa del funcionamiento del sujeto y se mantiene en ese nivel a través del tiempo, y d) resiliencia: donde el sujeto presenta una alteración mínima al inicio y se mantiene sin disrupción significativa a lo largo del tiempo (Bonanno, 2004; Echeburúa, 2004).

El duelo se refiere al síndrome de sufrimiento emotivo que se observa en la mayoría de las personas que tienen alguna pérdida, y presenta etiología, sintomatología y cursos similares a los del trastorno de adaptación (Elkin, 2000). En el caso de la pérdida afectiva por el fallecimiento de un ser querido, el duelo se refiere al conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida (Echeburúa, 2004).

El duelo puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, etc.), emocionales (tristeza, enojo, culpa, etc.), cognitivos, (ideas irracionales, rumiación, etc.) conductuales (aislamiento social, agresividad, etc.). La intensidad de estos síntomas depende de las características del sujeto (edad, estilos de afrontamiento, estilos atribucionales, etc.), de la intensidad del lazo que le unía al fallecido y de las circunstancias de la pérdida.

Para el desarrollo oportuno de intervenciones terapéuticas que apoyen el proceso de elaboración del duelo es importante identificar aquellos factores de riesgo y protección que faciliten el alcance de las metas terapéuticas. Diferentes investigaciones refieren que hay personas que se muestran *resistentes* a la aparición de síntomas clínicos tras experimentar un suceso traumático o la muerte de un ser querido. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos des-

agradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia & Vázquez, 1998; Seligman, 1999).

La experimentación de un duelo patológico depende de una serie de factores (Echeburúa & Corral, 2001) entre los que destacan , la *edad de la persona fallecida*, el tipo de *muerte*, (sobre todo cuando es prematura, inesperada, trágica o por enfermedades desgastantes), las *variables psicosociales* (como estar en una situación económica precaria, hacerse cargo de niños pequeños, las reacciones de carácter grave ante una pérdida tienen lugar frecuentemente entre las mujeres y niños), la *inestabilidad emocional previa* (antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad, Clayton, 1985) y la *experiencia negativa de pérdidas anteriores*.

En el caso de los niños se debe considerar la edad y nivel de madurez para identificar el tipo de concepto que el menor tiene sobre la muerte y sus consecuencias, sin embargo, se puede identificar de forma general que ante la muerte parental los niños presentan reacciones como agresión, ansiedad, alteraciones conductuales, depresión, disforia, irritabilidad, alteraciones del sueño, regresan a conductas que no corresponden a su etapa del desarrollo (regresiones), tristeza, llanto, ansiedad de separación, síntomas somáticos y a su vez estas respuestas están moduladas por otras situaciones estresantes como las propias respuestas de agresión o depresión del padre sobreviviente, las deficiencias o características de los nuevos cuidadores primarios, las dificultades económicas resultado de la pérdida parental, problemas de comunicación con el padre sobreviviente, así como el interactuar con el propio proceso de duelo del padre sobreviviente (Arnold, 1990).

Con respecto a las estrategias de intervención para el manejo del duelo se destaca en la literatura aquellas propuestas que incluyen los *sistemas de creencias disfuncionales* (como ambigüedad, ideas irracionales, estilos atribucionales pesimistas, indefensión, miedos irracionales, etc.) y los *funcionales* (capacidad de darle sentido positivo a la pérdida como aprendizaje de vida, estilos atribucionales optimistas, percepción de control, presencia de rituales espirituales que brindan sentido a la pérdida, etc.). Las habilidades de comunicación la capacidad para la reorgani-

zación después de la pérdida y las habilidades de solución de problemas, también se han encontrado como componentes importantes de intervenciones para el proceso de duelo (Fabry, Bulka & Sahakian, 1995; Meichenbaum, 1985; Meichenbaum & Fitzpatrick, 1992; Neeld, 1990).

Existen pérdidas que se presentan en combinación con otros factores de riesgo y que exacerbaban el estrés e impacto en las personas que tienen que enfrentarlas, en este sentido se incrementa la probabilidad de alteraciones emocionales, y de conductas disfuncionales alterando la calidad de vida de quienes las padecen. El tener un familiar enfermo de un padecimiento crónico degenerativo, en etapa terminal con consumo de alcohol, representa un ejemplo de la combinación de factores estresantes que potencializa el riesgo de sufrir alteraciones en la pareja y los hijos, complicaciones que se incrementan al momento de fallecer.

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar una estrategia cognitivo-conductual para el manejo del duelo en la diada madre-hijo. Los participantes del estudio fueron una mujer de 40 años y su primogénito (e hijo único) varón de nueve años. El motivo de consulta de la madre fueron síntomas de depresión, agotamiento y miedo ante la posible muerte del esposo por la presencia de la enfermedad crónica degenerativa ocasionada por la ingesta de alcohol, ya con deterioro significativo en su salud y en sus relaciones sociales. El motivo de consulta del menor fue para brindarle apoyo ante la situación de salud del padre, así como mejorar la relación con la madre. La valoración de los pacientes empezó con una entrevista inicial (individual para la madre y el niño) recolectando datos sociodemográficos, investigando el problema, la historia inmediata del desarrollo del problema, la definición del mismo, así como las variables distantes, antecedentes, organísmicas y de respuesta, la duración y frecuencia del problema, y si hubo intentos anteriores para solucionarlo. La impresión clínica permitió identificar las principales áreas implicadas, es decir, área cognitiva, área afectiva, área interpersonal y área conductual. De igual forma se observaron la apariencia física, las conductas durante la entrevista, el estado de actividad, la orientación en espacio, tiempo y lugar, las habilidades sociales, la cooperación y motivación para el tratamiento de la diada madre-hijo. La historia clínica se componía de información general, de la historia personal y social, de la descripción del problema actual y de las expectativas respecto a la terapia tanto de la

madre como del niño. Se realizaron autoregistros para el control del enojo. De acuerdo con lo propuesto por Nezu (2004), se desarrolló un Mapa Clínico de Patogénesis y uno de Alcance de Metas para la madre y otro para el niño (ver Figuras 1, 2, 3, y 4).

En el caso de las variables distantes se hace referencia a las situaciones de la madre durante su infancia o juventud, pero que son relevantes en el impacto que ejercen las variables antecedentes, para favorecer junto con las variables propias del sujeto (organísmicas) la presencia de variables de respuesta que ponen en riesgo la salud física y mental de la madre.

Con respecto a las variables del niño se observan principalmente las características de la relación conflictiva de los padres, el consumo de alcohol, la baja supervisión y la muerte del padre como elementos que aumentan la probabilidad de desajuste.

El desarrollo de los mapas clínicos de patogénesis facilitó la elaboración del Mapa de Alcance de Metas (MAM) compuesto por las estrategias potenciales de intervención, las variables de resultados instrumentales, y las metas de resultados finales. Las metas iniciales del tratamiento se establecieron cuando el esposo se encontraba con un estado de salud muy deteriorado, sin embargo es importante mencionar que a la tercer sesión el esposo fallece, por lo que el plan de tratamiento cambia de ser preventivo a una intervención para la elaboración del duelo. El MAM fue la base para la elaboración del plan de tratamiento sesión por sesión (Ver Figuras 3 y 4).

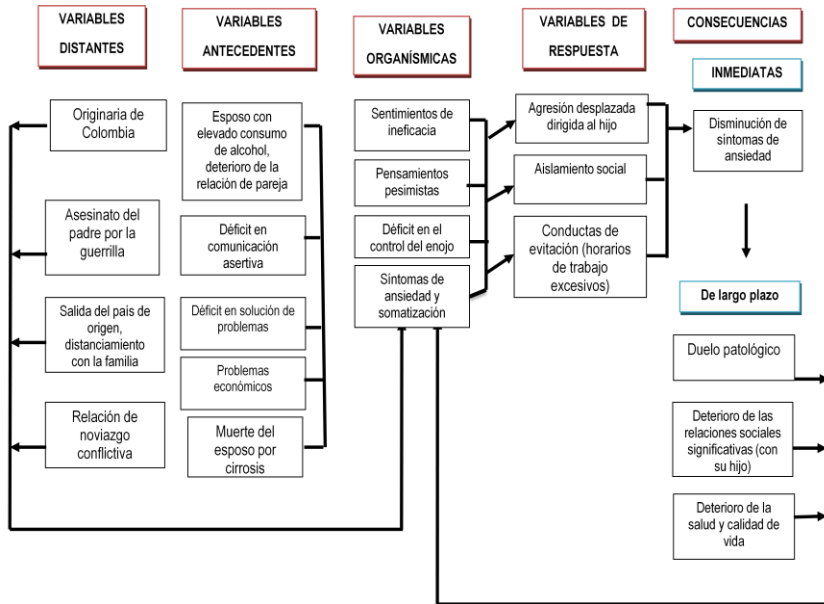


Figura 1. Mapa clínico de Patogénesis de la Madre

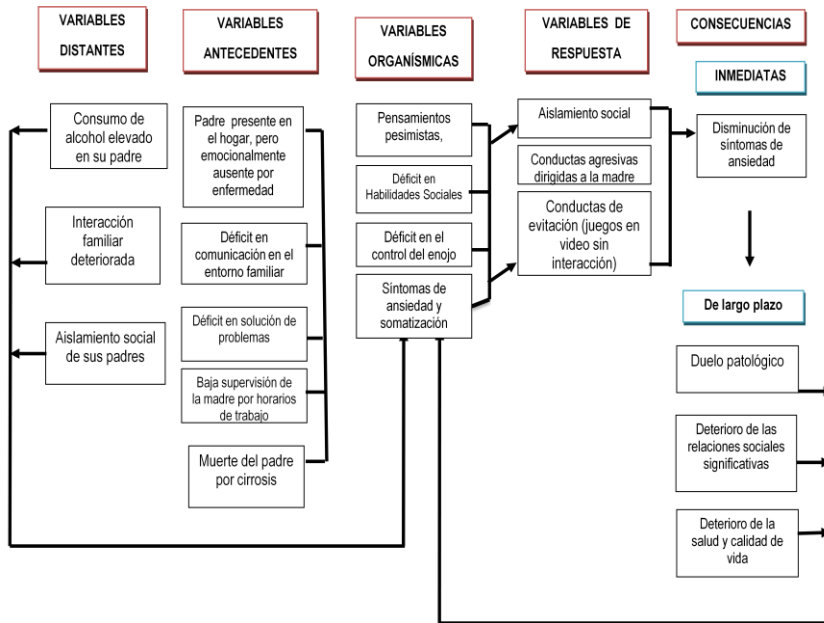


Figura 2. Mapa Clínico de Patogénesis del hijo.

Las técnicas de tratamiento utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en comunicación asertiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas psicoeducativas para conocer e identificar el proceso normal del duelo con la madre y técnicas narrativas con la elaboración del “Libro del Adiós” con el niño para despedirse de su papá y abordar el concepto de muerte, entrenamiento en seguimiento instruccional y establecimiento de límites (en el caso de la madre) y entrenamiento en control del enojo (en el niño). En ambos casos se apoyo el trabajo con registros conductuales ABCDE, ejercicios narrativos para la elaboración de un duelo, ensayos conductuales para el entrenamiento en comunicación asertiva, ejercicios de plan de vida a corto y largo plazo y establecimiento de compromisos dentro de la diada madre-hijo (ver Figura 3 y 4).

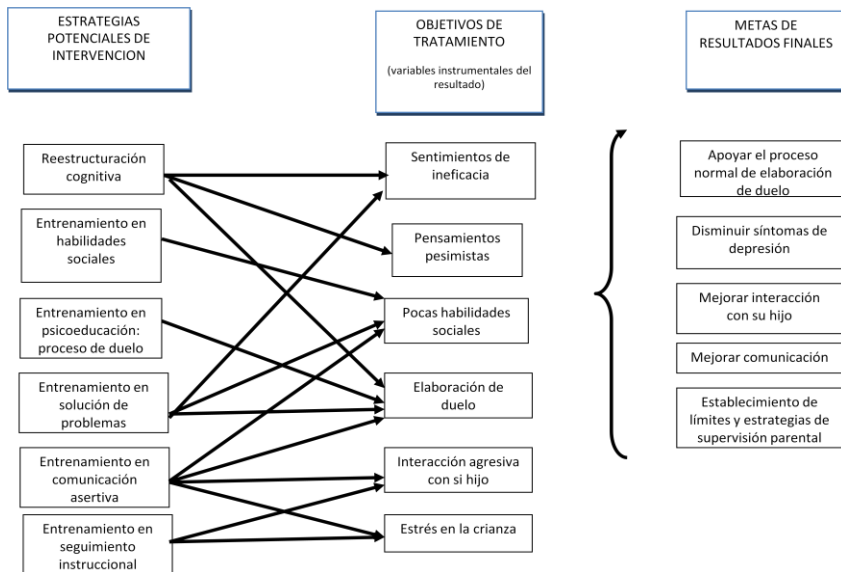


Figura 3. Mapa de Alcance de Metas de la Madre.

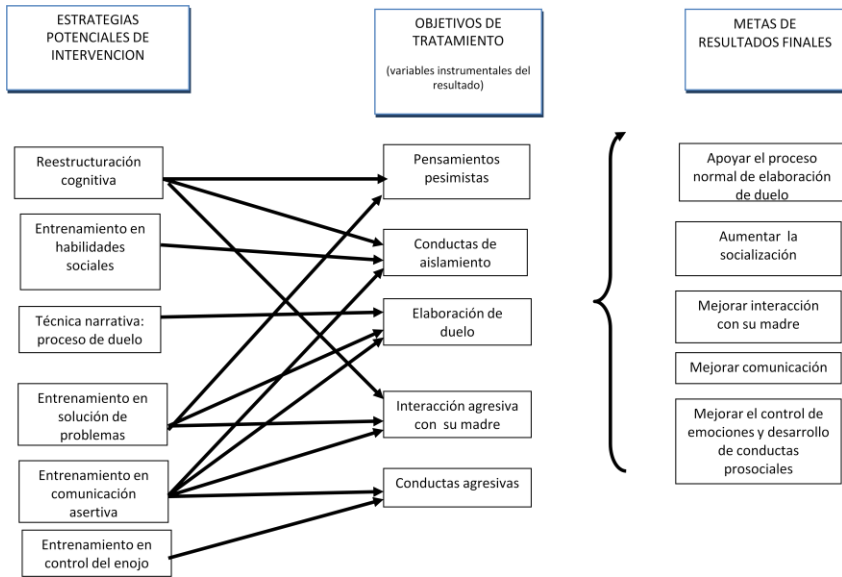


Figura 4. Mapa de Alcance de Metas del hijo

A lo largo del proceso terapéutico ambos pacientes se mostraron cooperativos durante las sesiones y en la ejecución de las tareas asignadas, con alta motivación. Los resultados muestran cambios clínicamente significativos, en la interacción de la diada, así como un incremento en habilidades sociales, control del enojo e incorporación de comunicación asertiva, el uso de la negociación.

Con respecto a la eficacia del tratamiento, se encontró cambio clínicamente significativo en la interacción de la diada, así como una disminución de los síntomas depresivos en la madre, de igual forma el hijo incrementó su repertorio de respuestas asertivas y el uso de habilidades sociales, aumentando la frecuencia de reforzamiento recíproco entre él y su madre.

Otro factor importante fue la capacidad que mostró la diada a través de la solución de problemas y el uso de la comunicación asertiva para la expresión de las emociones y cambios que se presentaron en la familia después de la muerte del padre, identificando ambos la presencia de sentimientos ambivalentes, como enojo y tristeza hasta la alegría de no preocuparse más por el consumo de alcohol del padre. Una parte importante del proceso de elaboración del duelo fue la reestructuración cogni-

tiva que les permitió dar un nuevo significado a la pérdida, aprovechándola para su crecimiento e identificación de afectos positivos hacia el esposo-padre, sin victimizarse o sentirse culpables. Estas estrategias cognitivas se vieron incrementadas por la posibilidad de incluir tareas conductuales que se realizaran entre la diada y que facilitaron el ajuste a la rutina (establecimiento de hábitos, horarios y compromisos de interacción y supervisión), e incluso el establecimiento de metas a mediano y largo plazo (planear las actividades del primer aniversario luctuoso).

Finalmente, esta propuesta de intervención cognitivo conductual permite incorporar elementos que la literatura apoya como eficaces en el tratamiento del duelo, además de utilizar herramientas de diseño de caso como el Mapa Clínico de Patogénesis y el del Alcance de Metas como elementos fundamentales para el adecuado trabajo clínico cognitivo conductual.

Referencias

- Arnold, E. (1990) *Childhood stress*. Canadá: Wiley Interscience.
- Avia, M.D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, (1), 20-28.
- Bowlby, J., (1961a). Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J., (1961b). Childhood mourning and its implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 118, 481-498.
- Clayton, P.J. (1985). Duelo. En E.S. Paykel (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). El duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Elkin, G. (2000). *Psiquiatría clínica*. (Ed.) Masson, México.
- Engel, G.L., (1964). Grief and Grieving. *The American Journal of Nursing*, 64, 93-98.
- Fabry, J.B., Bulka, R. P. & Sahakian, W.S. (1995) *Finding meaning in life: Logotherapy*. Northvale. NJ: Jason Aronson.
- Freud, S., (1917). *Duelo y Melancolía*. En Obras Completas de Sigmund Freud. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Harvey, J. (2001) *Perspectives on loss and trauma: assaults on the self*. California: Sage Publications.
- Kübler-Ross, E., (1969). *On death and dying*. Nueva York: Macmillan.

- Meichenbaum, D. & Fitzpatrick, D. (1992) A constructivist narrative perspective on stress and coping. En L. Goldberger & Breznitz (Eds.) *Handbook of stress* (pp. 287-43). Nueva York: Free Press.
- Neeld, E., (1990) *Seven choices: talking the steps to a new life after losing someone you love*. Nueva York: Delta
- Nezu, A (2004) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Niemeyer, R., (1988). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-71.
- Seligman, M. E. (1999). *Niños optimistas*. Barcelona: Grijalbo
- Worden, J. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Nueva York: Springer Publishing Company.