

MANIFESTACIONES DEL DUELO

Vicente Guillem Porta¹, Rocío Romero Retes² y Elena Oliete Ramírez³

¹Servicio de Oncología Médica.

²Unidad de Psicooncología.

³Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia

DEFINICIÓN DE DUELO

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de *lugere* que quiere decir llorar. En nuestro medio, duelo y luto suelen ser empleadas como sinónimos, aunque en realidad, duelo hace referencia a los sentimientos subjetivos y reacciones afectivas provocados por la muerte de un ser querido, mientras luto se referirá a la expresión social del comportamiento y a las prácticas posteriores a la pérdida ⁽¹⁾.

La SECPAL en su reciente guía para familiares en duelo, lo define como “el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto por la muerte de un ser querido, caracterizado por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por esa pérdida”. El manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) lo define como reacción a la muerte de una persona querida ⁽²⁾.

Un estudio publicado por un grupo de trabajo sobre duelo en el País Vasco estima una prevalencia del 5.16% ⁽³⁾, lo cual habla de la magnitud de este proceso, que tarde o temprano habrán de afrontar casi todos los seres humanos.

Fases del duelo

Existen multitud de clasificaciones de las etapas del duelo, casi tantas como autores y escuelas (Parkes, L. Bowlly-West, Bowlly, Leick y Davidsen-Nielsen, etc.). Nosotros nos centraremos

en la que aparece en la última edición del Tratado de Psiquiatría de Kaplan ⁽⁴⁾, que divide el proceso normal de duelo en tres fases, que pueden superponerse, no necesitando la completa finalización de una etapa para pasar a la siguiente, siendo además posible el retroceso a una anterior:

- 1. Fase de shock y negación:** predomina la negación y el aturdimiento. El entorno adecuado y las actividades inherentes a la pérdida y vinculadas al proceso del luto ayudan al deudo. Se producen intensos sentimientos de separación y una amplia variedad de comportamientos (añoranza, protesta, labilidad...)
- 2. Fase de angustia aguda y aislamiento:** comienza cuando el doliente constata la futilidad de los sentimientos y comportamientos anteriores. Erich Lindemann (tras el incendio del Coconut Grove de Boston en 1944 y el estudio de 101 personas en duelo, fue el primero en describir la sintomatología física y mental del duelo agudo) describe seis componentes: 1) Sufrimiento somático agudo, que sucede en salvas (waves) con una duración entre 20 minutos y una hora, que se manifiesta como disfagia, ahogo, sensación de plenitud, debilidad, cefalea, flacidez... En ocasiones estas sensaciones suceden cuando la persona recibe visitas de allegados por lo que el alejamiento de estos es común. 2) Pensamientos recurrentes relacionados con la persona fallecida. 3) Sentimientos de culpa. 4) Angustia y enfado dirigidos contra ellos mismos, la persona fallecida, familiares, amigos, conocidos, médicos, contra el mundo y en el caso de profesar alguna creencia contra Dios. 5) Dificultad para descansar, inquietud, falta de motivación acompañan al abandono de sus comportamientos y rutinas habituales. 6) Identificación con el fallecido, adopción de sus comportamientos y actitudes (sobre todo aquellos presentes al final de la enfermedad). Esta fase aguda puede durar semanas o meses dando paso de manera gradual a un reordenamiento o mejora y a la posibilidad de seguir adelante.
- 3. Fase de reorganización:** el deudo asume el verdadero significado de la pérdida y su extensión, marcando el comienzo de esta nueva etapa en la que recupera su vida previa: vuelve al trabajo, asume sus roles anteriores y adquiere nuevos si es necesario, se relaciona de nuevo... ⁽⁵⁾.

Como las etapas de Kübler-Ross (Rechazo y Negación, Indignación y agresividad, Negociación, Vacío y Depresión y por último Compromiso y Superación) estas tampoco señalan un curso adecuado del proceso, más bien esbozan las directrices generales de un proceso fluido y que varía en función del deudo (del tipo de relación que existía con el fallecido, de la personalidad

previa, de los antecedentes vitales y experiencias anteriores así como de las características y/o tipo de muerte, de los factores sociales y culturales) ⁽¹⁾.

MODELOS DE DUELO

Antes de describir las alteraciones y reacciones normales ante un duelo, creemos relevante exponer en primer lugar, y de forma no muy extensa, los diferentes cuerpos teóricos en los que se han basado algunos de los autores que han estudiado el tema. Hablaremos de ellos a continuación.

Modelos de duelo como enfermedad

Erich Lindemann en 1944, fue el primero en describir la sintomatología física y mental del duelo agudo, y en demostrar con datos de seguimiento que las formas de reacción de la gente eran bastante similares. Consideraba el duelo como un síndrome o conjunto de síntomas, cuya evolución podría variar en función del tipo de pérdida y de las experiencias previas del duelo. Describió las características del duelo normal como:

1. Algún tipo de malestar somático o corporal
2. Preocupación por la imagen del fallecido
3. Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte
4. Reacciones hostiles
5. Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida
6. Parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta

George Engel, un psiquiatra inglés (1964) estableció un paralelismo entre el duelo y la fisiología de una herida física. Es decir, que al igual que en ésta, podemos observar que algunos individuos curarían por completo de su duelo; en otros quedarían secuelas leves y en otros una alteración permanente de sus funciones.

En realidad, muy poca gente consideraría a priori el duelo como una enfermedad, aunque sí es cierto que muchas veces se asocia al comienzo de una o varias enfermedades, sean estas físicas o psíquicas. Como además, para la mayoría de los profesionales y de la gente de la calle el duelo es un estado transitorio normal, muy pocos se han preocupado de conocerlo en profundidad, por lo que realmente no hay consenso acerca de la evolución, duración ni complicaciones. De hecho, los dos grandes sistemas de clasificación en psiquiatría (ICD-10 y DSM-IV)

dedican poca atención al tema. Para la CIE-10, el duelo no es admitido como entidad característica, y si queremos definir un proceso de duelo, debemos referirnos al apartado de los trastornos adaptativos breves, si el periodo de tiempo desde el fallecimiento es inferior a 6 meses, o prolongados, si dura hasta 2 años. Si después de este tiempo persisten síntomas habrá que recurrir a clasificar el proceso dentro de los trastornos correspondientes. Sin embargo, recientemente, el DSM-IV ha introducido un apartado específico sobre el duelo normal, reconociéndolo como una entidad con características propias. Define el duelo como una reacción a la muerte de una persona querida, afirmando que en muchos casos se confunde con una reacción depresiva mayor, recomendando hacer este diagnóstico en caso de que los síntomas persistan más de 2 meses después de la pérdida.

Por lo tanto, de forma general podemos afirmar que el duelo suele interpretarse como una reacción o trastorno menor de carácter adaptativo, o a la suma de depresión reactiva, sin entender que es una entidad con características propias, que la independizan con claridad de otras reacciones afectivas, y que el riesgo reside en una evolución patológica hacia otras entidades morbosas.

Modelos biológicos de duelo

Se incluyen aquí a todos aquellos autores influidos por las teorías del estrés o bien por teorías evolucionistas. Así, el duelo se considera una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se preparará para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación.

De esta forma, la respuesta de estrés dependerá no solo de la situación, esto es, de las demandas objetivas, sino de la percepción que se tenga de las mismas, y de los resultados o habilidades con que se cuente para enfrentarse a ellas. Es decir, que la respuesta de estrés supondrá la activación fisiológica y cognitiva así como la preparación del organismo para una intensa actividad motora. Engel (1962) entendía el duelo como una situación de máximo estrés biológico que activaría dos sistemas de respuesta contrapuestos.

El primero sería el de ataque-huída, es decir, el paradigma del modelo biológico de la ansiedad. Su activación llevaría a sufrir sentimientos de ansiedad, intranquilidad psicomotriz y rabia irracional. El segundo sistema activado sería el de autoconservación-abandono que podría verse como el modelo biológico de la depresión. Su activación generaría apatía, dificultad de concentración y aislamiento social. El duelo produciría una activación simultánea de ambos, con un cúmulo de sentimientos y reacciones contradictorios según cual predominase.

Modelos psicodinámicos

Tanto Melanie Klein, como C.G. Jung, L. Grimberg, y J. Bowlby entre otros tratan el duelo tomando como partida el famoso ensayo de S. Freud sobre *Duelo y Melancolía* (1917). La principal característica de este modelo es casi su exclusivo hincapié en el mundo intrapsíquico de la persona en duelo, y sobre todo, por su percepción subjetiva de un mundo que se siente en peligro de colapsar, ya que, según todos ellos, el proceso del duelo dependerá de estas interpretaciones personales que de la realidad exterior. En opinión de Freud, el origen del duelo sería la ruptura de relación con algo o alguien con quien se mantuvieron vínculos (*pérdida del objeto*), por lo que se trataría de un proceso doloroso, cuya finalidad sería romper la unión que existiera entre el sujeto (deudo) y el fallecido (objeto). El proceso de identificación con el objeto perdido, constituía para la mayoría de los autores psicoanalistas, la base del duelo. La identificación era la forma original del vínculo emocional con un objeto, que de forma regresiva se constituiría en sustituto de la energía libidinosa.

Freud describiría el duelo como un doloroso estado de ánimo, en el que cesaba el interés por el mundo exterior, en cuanto no recordaba a la persona fallecida. Como consecuencia, surge la incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, porque ello equivaldría a sustituir al desaparecido, y llevaría al alejamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido. El dolor del duelo sería la consecuencia del deseo de reunión con el fallecido, y la ansiedad inicial se debería a una ausencia de la persona amada. Aunque esta inhibición y restricción del Yo era la expresión de la entrega total al duelo, olvidándose de otros propósitos e intereses, Freud creía que era necesario dejar pasar un cierto tiempo, antes de poder volver a sentir *el mandato de la realidad*. Esta, devolvería al Yo la libertad de su libido, que podría así desligarse del objeto perdido y dirigirse a otro objeto. Afirmaba, que aunque todo este proceso llevaba cierto tiempo, la desaparición de los síntomas no dejaría tras de sí grandes modificaciones en el sujeto, hecho éste, que hoy en día nadie estaría dispuesto a admitir, y que un gran número de estudios experimentales han desmentido sin lugar a dudas.

Otra aportación interesante es, que este autor no creía que fuera la pérdida en sí lo que produjera todos los síntomas del duelo, sino que la intensidad de éste dependería de que el objeto perdido tuviera una especial importancia para el sujeto.

Modelos Cognitivos

Se basan en la teoría de los constructos personales las cuáles afirman que las personas desarrollan una forma de estar en el mundo, esto es, que se crean una idea personal de cómo es y de cómo funciona ese mundo en el que viven; tienen sus propias expectativas acerca de lo que va

a pasar en una situación dada, es decir, que hacen hipótesis subjetivas de probabilidades; y lo someten a experimentación, mediante su conducta en interacción continua con esa realidad. La pérdida de alguien significativo, llevaría se quiera o no, a la modificación de todos esos constructos personales y ello, tendría consecuencias futuras en otras relaciones.

Para este modelo, lo que se pone en tela de juicio en el duelo, no son las creencias sobre la realidad sino las hipótesis cognitivas sobre la propia persona, es decir, la valoración que cada uno haga de sí mismo y que a su vez se forma durante las relaciones tempranas de la infancia.

Modelos de duelo como crisis vital

Tienen su punto de partida en las teorías de G. Caplan sobre las crisis y la salud mental. En este sentido, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesitará continuos aportes a nivel físico, psicosocial y sociocultural. La aportación *psicosocial* (es decir, el desarrollo intelectual y afectivo del individuo) proviene de la interacción personal con miembros significativos de su grupo, que deberán satisfacer sus necesidades de intercambio de amor y afecto, de afirmación y de apoyo. Un aporte psicosocial inadecuado tendría lugar, cuando una relación satisfactoria que cumpliera las funciones anteriores se interrumpiera por la muerte de esa persona.

Los aportes *socioculturales* (costumbres y valores de la cultura y estructura social) también influirán de modo significativo en el estatus y roles de la persona y en su forma de percibir la realidad. Para Caplan, aquellas culturas muy tradicionales y estables proporcionarán habilidades y valores orientativos para poder afrontar con éxito las dificultades de la vida, mientras que las sociedades en transición o muy cambiantes (como la occidental) dejarían al individuo solo, con sus recursos personales, lo cual le colocaría en riesgo de no poder superar los conflictos.

El duelo sería entendido como una *crisis accidental* (Erikson, 1959; citado por Olmedo, 1998) durante la cual se produciría una alteración psicológica aguda, que más que un trastorno mental debería entenderse como una lucha por lograr ajuste y adaptación frente a un problema insoluble, como es que el fallecido vuelva a la vida para que pueda recuperar los aportes que le proporcionaba. Toda crisis se desencadenaría por una pérdida, amenaza de no satisfacción de una necesidad o de un aumento de las exigencias, o por los tres factores simultáneamente, complicando la situación.

Para Caplan, si la persona encara la crisis de forma inadaptada, podrá salir de ella con una pérdida de salud, lo que le predispondrá al padecimiento de la enfermedad mental. Sin embargo, una crisis bien manejada llevará hacia una salud personal y una madurez mayores.

Según este autor, la crisis dejaría a la persona en un estado de indefensión, donde las estrategias habituales de afrontamiento no tendrán éxito, donde las defensas personales se debilitarán y donde la persona necesitará de la ayuda de los demás, siendo particularmente susceptible a sus respuestas. Además las crisis actuales despertarán experiencias pasadas de crisis similares.

De acuerdo a este modelo, el curso de la crisis dependerá de factores personales, como las experiencias previas; de la percepción de la situación como problemática o penosa; del estado biológico de la persona; y de factores fortuitos de la realidad exterior. Pero la buena o mala superación del duelo, dependerá básicamente de la existencia o no, de una adecuada y eficaz red social de apoyo.

Modelos fenomenológicos y existencialistas

Los modelos fenomenológicos consideran incompletas las explicaciones de los paradigmas anteriores, ya que solo tienen en cuenta aspectos intrapsíquicos y culturales hacia la muerte y los moribundos. Para estos modelos, el duelo llevará a profundos cambios sociales, incluyendo posición social, estatus y roles.

Para corrientes existencialistas, el hecho de existir tiene que ser permanentemente enfrentado a la certeza de que se va a morir. La posibilidad de no existir o de no ser, sería la ansiedad central de la condición humana. Se podría considerar el duelo como el primer contacto de la persona con el abismo de la nada, la primera experiencia de la posibilidad de no ser. La consecuencia de la vivencia de la ansiedad existencial. Decía Yalom (citado por Olmeda), psiquiatra americano creador de la Psicoterapia existencial, que el duelo es tan devastador y aterrador, porque confronta a la persona con los cuatro conflictos básicos de la existencia: la muerte, la libertad, la soledad y la falta de significado. Por decirlo al contrario, normalmente vivimos parte de nuestra vida sumergidos en cuatro grandes mitos que no nos cuestionamos, a saber, el mito de la inmortalidad; el mito de la libertad; el mito de la compañía; y el mito de que nuestra vida tiene un significado trascendente. En el duelo, vivimos la muerte en toda su crudeza y no nos es posible seguirla negando ni en nosotros mismos ni en nuestros seres queridos. Con ello, comenzamos a intuir que no somos tan libres como creíamos, puesto que no podemos influir apenas en el ocurrir de los fenómenos; además el duelo es fundamentalmente una crisis que aunque necesita de un apoyo de los demás, se vive en solitario, y nunca como en esa situación, el sentimiento real de soledad es tan profundo. Por último, la pérdida de nuestros seres queridos nos confronta con la incontestable pregunta de si hay vida después de la vida, y aunque finalmente aceptemos que sí existe, siempre nos quedará la duda de que no sea así, en cuyo caso, nos cuestionará el significado de nuestro esfuerzo y de nuestro estar en el mundo.

El duelo es una verdadera crisis existencial, donde nos vemos confrontados con el caos y con los aspectos incontrolables de la existencia, pero es una crisis, que como todas las que sufrimos en nuestra vida, nos puede servir para crecer, o por el contrario, para debilitarnos y enfermarnos, dependiendo de cómo la afrontemos.

ALTERACIONES EN EL DUELO

El duelo es necesario y cumple una función de adaptación a una realidad completamente nueva para el deudo, permitiendo a este enfrentarse y ajustarse al medio sin el desaparecido ⁽⁶⁾. El "duelo normal", a veces llamado "duelo no complicado", abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida y que han sido enumeradas por Worden ⁽²⁾ (tal como se observa en la Tabla 1) las cuáles se presentarán o no a lo largo de las fases del duelo previamente descritas, no siendo obligatoria la existencia de todas estas manifestaciones; podrá presentarse únicamente una o varias o incluso no existir ninguna alteración en alguna de estas esferas (Cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual). Estamos siempre hablando de un duelo normal, por tanto estas alteraciones no determinarán un peor pronóstico en el desarrollo del proceso, siendo más que recomendable que los profesionales que atienden a los dolientes conozcan estas manifestaciones pudiendo así asesorar a las personas que las presentan, aconsejándoles sobre su adecuado manejo y otorgándoles la importancia que merecen.

Tabla 1: Manifestaciones normales del duelo en adultos.

FISIOLÓGICAS	CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none">• Aumento de la Morbimortalidad• Vacío en el estómago• Opresión en el pecho y garganta• Hipersensibilidad al ruido• Sensación de despersonalización• Falta de aire• Palpitaciones• Debilidad muscular• Falta de energía• Dolor de cabeza y sequedad de boca	<ul style="list-style-type: none">• Trastornos del sueño y alimentarios• Conducta distraída• Aislamiento social• Soñar con el fallecido• Evitar recordatorios del fallecido• Llorar y/o suspirar• Buscar y llamar en voz alta• Llevar y atesorar objetos• Visitar lugares que frecuentaba el fallecido• Hiper-hipo actividad

AFECTIVAS

- Tristeza, apatía, abatimiento, angustia
- Ira, frustración y enfado
- Culpa y autoreproche
- Ansiedad
- Soledad, abandono
- Emancipación y/o alivio
- Fatiga
- Impotencia e indefensión
- Shock
- Anhelos
- Insensibilidad

COGNITIVAS

- Incredulidad/Irrealidad
- Confusión
- Preocupación
- Sentido de presencia
- Alucinaciones (visuales y/o auditivas) fugaces y breves
- Dificultades de concentración, atención y memoria
- Pensamientos e imágenes recurrentes
- Obsesión por recuperar la pérdida
- Distorsiones cognitivas

Alteraciones Fisiológicas

Estas sensaciones se presentan sobre todo en la fase aguda y aunque muchas veces se pasan por alto juegan un papel muy importante en el proceso del duelo, debiéndose prestar a cada una de ellas la atención que merezca en cada caso:

- Vacío en el estómago
- Opresión en el pecho y garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización
- Falta de aire
- Palpitaciones
- Debilidad muscular
- Falta de energía
- Dolor de cabeza y sequedad de boca
- Aumento de la Morbimortalidad:

El duelo es un período de crisis, un estado de choque en todo el organismo que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabía portadora y que aparecen o se agravan durante el duelo. Otras veces, será una descompensación, en el curso del duelo, de una enfermedad crónica previa.

La guía médica de *El duelo en Cuidados Paliativos* elaborada por la SECPAL reseña que tras una pérdida mayor, las dos terceras partes de las personas en duelo evolucionan con normalidad y el resto padece alteraciones en su salud física, mental o ambas. El duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio y una cuarta parte de los viudos o viudas padecen depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida. Otros autores refieren que un tercio de las consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos y que de ellas, una cuarta parte se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida.

En un artículo publicado en el BMJ en 1998 ⁽⁷⁾ se refleja que después de una pérdida cercana (esposo/a, hijo) aproximadamente un tercio de los deudos sufren un empeoramiento de su salud (causado por enfermedades médicas, psíquicas o ambas). Señala que un cuarto de las personas viudas experimentan depresión y ansiedad durante el primer año de la pérdida, descendiendo al 17%, la prevalencia de estos trastornos, al final del mismo, disminuyendo progresivamente con el paso del tiempo. Un estudio anterior concluye que los episodios depresivos son mucho más frecuentes en personas viudas que en aquellas que no lo son ⁽⁸⁾. Datos similares aparecen en el trabajo realizado por El Grupo de Duelo de Vizcaya en 2004 ⁽³⁾ que relaciona el duelo de manera directa con la aparición de problemas de salud, señalando (apoyándose en bibliografía) que el riesgo de depresión en viudos/as se multiplica por cuatro durante el primer año, durante el cual la mitad de estos presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia.

Alteraciones Conductuales

Son cambios en la forma de comportarse respecto al patrón previo, y su importancia radica en que tanto afectan al adecuado desenvolvimiento del ser en su mundo cercano y su relación con los demás ^(9,10). Las siguientes conductas se presentan normalmente después de una pérdida y generalmente se corrigen solas con el tiempo.

- **Trastornos del sueño:** No es extraño que las personas que están en las primeras fases de la pérdida experimenten trastornos del sueño. Estos pueden incluir dificultad para dormir y despertar temprano por las mañanas. Suelen corregirse solos en los duelos normales, precisando a veces intervención médica. A veces, pueden simbolizar miedos, incluso miedo a soñar, miedo a estar en la cama solo/a y miedo a no despertarse.
- **Trastornos alimentarios:** Se pueden manifestar comiendo demasiado o demasiado poco, la disminución en la ingesta es una conducta que se describe con mayor frecuencia.

- **Conducta distraída:** las personas que han tenido una pérdida reciente se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera distraída y haciendo cosas que al final les producen incomodidad o les hacen daño.
- **Aislamiento social:** es frecuente que los deudos, durante el proceso de duelo, limiten sus contactos sociales a los estrictamente necesarios y eviten las relaciones con personas que antes frecuentaban.
- **Soñar con el fallecido:** Es muy normal tener sueños con la persona fallecida, tanto sueños normales como sueños angustiosos o pesadillas. En ocasiones esos sueños sirven para aportar alguna clave diagnóstica sobre la situación de la persona en el curso de su duelo.
- **Evitar recordatorios del fallecido:** Algunas personas evitarán los lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos. Pueden evitar el lugar donde murió el fallecido, el cementerio u objetos que les recuerden a la persona que han perdido. Cuando el deudo se “libra” rápidamente de todas las cosas asociadas con el fallecido, deshaciéndose de ellas o haciéndolas desaparecer de cualquier manera, puede derivar en un duelo complicado.
- **Llorar y/o suspirar:** El llanto constituye una manera muy natural de expresar el dolor y la tristeza sentida, es importante permitir su libre expresión. El llanto frecuente suele disminuir con el paso de los días y la elaboración consciente de las tareas de duelo. Suspirar también es una conducta que se observa con frecuencia entre las personas en duelo, es un correlato a la sensación física de falta de aire.
- **Buscar y llamar en voz alta:** descrita tanto por Bowlby como por Parkes, cuando no se hace verbalmente se puede hacer de manera subvocal. Este tipo de búsqueda puede obedecer en muchos casos, a no aceptar totalmente el hecho de la muerte en sí y de su irreversibilidad desde el punto de vista físico, por lo que las medidas encaminadas a lograr la aceptación de lo ocurrido evitan la realización de conductas no adecuadas.
- **Llevar y atesorar objetos:** como medio para perpetuar la presencia del ser querido fallecido cerca de ellos, desvían su atención a objetos que lo relacionen con él, por lo que los mantienen cerca de manera permanente. Con esta medida, algunos logran aceptar lentamente la realidad de la muerte del ser querido y utilizan estos objetos para mitigar en parte su ausencia; sin embargo, si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso de duelo, pueden ser indicadores de un duelo complicado.

- **Visitar lugares que frecuentaba el fallecido:** esto es lo opuesto a la conducta de evitar los recuerdos de la persona, muchas veces destacar esta conducta refleja el miedo a olvidar al fallecido.
- **Hiper-hipo actividad:** algunas personas como expresión de su ansiedad mantienen una actitud inquieta permanente y un estado de atención a todo y a todos, lo que genera un agotamiento severo al poco tiempo.

Alteraciones Afectivas

Se refiere a los sentimientos, a lo emocional, el área donde con mayor frecuencia se encuentra el deudo en ese momento.

- **Tristeza:** Es el sentimiento más común y persistente en todo el proceso de duelo y el primero que reaparece cuando, tiempo después, se recuerda el hecho. Este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace así a menudo. Llorar es una señal que evoca una reacción de comprensión y protección por parte de los demás y establece una situación social en la que las leyes normales de conducta competitiva se suspenden (Parkes y Weiss, 1983 ⁽¹⁾). La tristeza suele presentarse junto con sentimientos de soledad, cansancio e indefensión.
- **Rabia:** La rabia y la agresividad son reacciones secundarias a la angustia y se soportan mucho mejor que ésta debido al sentimiento de actividad que producen. Pueden ser predominantes en una primera fase de duelo. Según Worden ⁽¹⁰⁾ el enfado proviene de dos fuentes: 1) de una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte, y 2) de una especie de experiencia regresiva que se produce después de la pérdida de alguien cercano. En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enfado y frustración. El sentimiento más frecuente ante la frustración de una necesidad es la cólera, y con ella, el despertar de la agresividad.

Este es un impulso que una vez activado puede manifestarse en muchas formas, sean estas imaginarias, verbales o las más frecuentes, de agresividad física hacia objetos o sobre todo hacia otras personas. Es decir, que la hostilidad no siempre va dirigida hacia la causa de la frustración, sino que puede ser desplazada hacia otros sujetos o incluso puede revertir en uno mismo. La rabia y agresividad que siente el deudo es indiscriminada, y se vivencia hacia el exterior, hacia uno mismo y hacia el fallecido. Puede provocar secundariamente conflic-

tos con los demás, favorecer los intentos de suicidio e intensos sentimientos de culpa cuando tiene conciencia de que el muerto u otras personas inocentes son objeto de su ira.

En conclusión, los sentimientos de ira o cólera y su conducta derivada, la agresividad, pueden surgir de forma primaria, como consecuencia de la ansiedad ante el peligro y la frustración por la insatisfacción de las necesidades de reunión del deudo. Otros sentimientos posteriores como la culpa, la disminución de la autoestima, los deseos de muerte o intentos de suicidio aparecerán, si lo hacen, en una elaboración mental posterior, en ese intento de la persona por comprender lo que le está ocurriendo y que no puede controlar. Pasado un primer momento, difícil de precisar, el mantenimiento de sentimientos hostiles implicaría un esfuerzo permanente por *no dejar al muerto*. Es decir, que mientras exista rabia contra alguien, siempre queda la esperanza de poder hacer algo, o la posibilidad mágica de que lo ocurrido pueda cambiar. Por tanto, la persistencia de la rabia es incompatible con una aceptación de la muerte.

- **Culpa:** Después de la tristeza, el sentimiento que más dolor produce es la culpa, que se puede acompañar de autorreproche. La culpa se debe a lo que se hizo y a lo que no se hizo y suele ser la causante de que se cometan muchos actos desesperados en el duelo y de que se sufra de forma exagerada. Ante la culpa, el doliente necesita sentir el perdón del otro pero, por la ausencia de éste, la situación se vuelve más compleja⁽⁹⁾. Como apunta Worden⁽¹⁰⁾, la culpa se manifiesta normalmente respecto a algo que ocurrió o algo que se descuidó alrededor del momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.
- **Ansiedad:** La ansiedad en el superviviente puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico y cuanto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológica. La ansiedad proviene normalmente de dos fuentes. La primera es que los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos. La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal: la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido.

También puede aparecer ansiedad, como consecuencia de los miedos producidos al plantearse ahora, no sólo su propia salud y bienestar sino también la de los otros seres queridos. El miedo existe porque se ve la dualidad de los hechos; por un lado se desea seguir viviendo pero al mismo tiempo, el pensamiento dice que le puede pasar lo mismo que al que acaba de morir. En esa dualidad, encuentra su asidero el temor.

- **Apego:** Sin apego, no hay dolor. El apego a un ser humano es el que genera gran parte del dolor posterior ante su pérdida. Desapegarse es la búsqueda esencial para minimizar el dolor en las relaciones de todo tipo. Se logra en la medida en que se disfruta el presente, de tal manera y tan intensamente, que uno se ocupa de la acción. En el duelo, el apego hacia el ser querido ausente se puede desplazar a sus objetos, a sus "huellas", y aunque parezca extraño, al dolor que produce su recuerdo porque así se siente al fallecido vivo y cercano. Es muy común que se vuelva necesario mantenerse triste, persistir en negar el placer, mantener una expresión y actitud de víctima y sufriente, pues así se tiene "presente" al fallecido a cada momento, a la vez que se obtienen ganancias secundarias en el entorno. El dolor y el sufrimiento de la pérdida pueden ser, en algunas personas, de naturaleza aditiva y por lo intenso de los síntomas, a dichas personas les generan tal dependencia que no pueden abandonarlos. Esta dependencia grande por el ser fallecido en vida hace que el deudo genere fácilmente nuevos apegos hacia otras personas o hacia su propio dolor. Esto puede llevar a duelos prolongados o patológicos.
- **Ausencia de sentimientos:** Después de una pérdida, algunas personas se sienten insensibles. La anestesia emocional o el embotamiento sensorial suelen ocurrir inmediatamente después de conocer la noticia de la muerte del ser querido. Suele durar desde unos instantes hasta unos días y es vivida como una extrañeza por no poder experimentar las emociones de dolor que naturalmente deberían sentirse. La persona permanece confusa, distraída y embotada sin tener claridad de lo que pasa. A menudo, es vivido con sentimiento de culpa por el deudo, al no estar sintiendo, en apariencia, un severo dolor, o por los cercanos que lo notan extraño y distante, no involucrado en las circunstancias del presente, funcionando de forma automática. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar y permitir que se hagan todos conscientes sería muy abrumador; así la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.

Alteraciones Cognitivas

Se refiere a los cambios a nivel de creencias y conceptos, compromete la lucidez y la claridad mental, pudiendo generar malestar al no tener claro que está ocurriendo

- **Trastornos de memoria, atención y concentración:** Son comunes los trastornos en la atención porque el deudo se encuentra embebido en un río incesante de pensamientos y sentimientos que no puede controlar. Esto le dificulta la concentración. Además se pueden presentar pequeñas "lagunas" en la memoria, que suelen manifestarse como mecanismo

de defensa ante hechos dolorosos; es frecuente que la capacidad de memorizar actos del presente –que no tengan alto impacto- disminuyan.

- **Incredulidad, confusión:** La incredulidad, es el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente si la muerte es súbita. Ya no se confía en lo que antes inspiraba confianza, todas las teorías que tenían influencia en nosotros pueden pasar por una dura prueba de credibilidad antes de ser de nuevo aceptadas como válidas. Todo ello, sumado al cansancio mental y físico, suele producir confusión, con pérdida de la lucidez previa al duelo.
- **Preocupación, pensamientos repetitivos:** Se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida. A veces la preocupación toma la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo. A veces, se quedan durante horas y días rumiando una misma idea, sobre todo un “supuesto si” -qué hubiera podido pasar si..., si yo hubiera llegado antes..., si hubiéramos estado en otro lugar..., etc.- que no les deja descansar.
- **Sentido de presencia:** La persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos. Esto puede ocurrir durante los momentos posteriores a la muerte. A lo largo de los días, la sensación de presencia del ser querido va disminuyendo.
- **Alucinaciones:** Tanto las alucinaciones visuales como las auditivas se incluyen en esta lista de conductas normales porque son una experiencia normal de las personas en duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras, muchas veces se producen en las semanas siguientes a la pérdida, y generalmente no presagian una experiencia de duelo más difícil o complicada. Aunque desconciertan a algunos, muchos otros las consideran útiles. Con todo el interés que despierta últimamente el misticismo y la espiritualidad, estamos de acuerdo con Worden ⁽¹⁰⁾ en que resulta interesante especular si son realmente alucinaciones o posiblemente algún otro tipo de fenómeno metafísico.

No es difícil deducir, después de todo lo anteriormente expuesto, que al perder a alguien cercano a nosotros todo nuestro *sistema de creencias* se viene abajo. Cuando alguien muere, no lloramos por el fallecido, en realidad, lloramos de miedo por nosotros mismos que nos sentimos solos y desvalidos, desamparados, abandonados en un mundo hostil. Nuestra confianza

en la bondad de la vida, que por otra parte, no deja de ser una fantasía, desaparece bruscamente y se somete a una cruel prueba de realidad. Con la pérdida del vínculo, se derrumban todos nuestros sistemas de creencias, con los que antes éramos capaces de vivir con cierto optimismo en un mundo lleno de peligros. Se tambalean todos los mitos con los que convivimos, y en los que la mayoría de las personas se apoyan como si fueran valores absolutos (justicia social, existencia de un dios, la infalibilidad de la medicina, nuestra propia invulnerabilidad...).

En nuestra cultura occidental se nos ha enseñado que todo puede ser analizado y entendido desde un razonamiento lógico. Así, la persona en duelo, sufre súbitamente algo para lo que no está preparado y que le resulta incomprensible. Es cuando echa mano de las herramientas que normalmente le han enseñado a usar. Las leyes de la lógica siempre hablan de causalidad, es decir, que un hecho presentará a continuación unas consecuencias. El deudo solo ve las consecuencias, esto es, la muerte de la persona con quien estaba vinculado, y automáticamente buscará la causa lógica de ese resultado. Pero normalmente, no le bastará con conocer la enfermedad que ha producido la muerte, ni siquiera la etiología de esa enfermedad, sino que tenderá a ir más atrás buscando el verdadero responsable de tal acontecimiento. De este modo, intentará aplicar teóricamente, todos sus conocimientos lógicos para comprender la cadena de hechos que terminaron con la muerte de la persona querida... pero aun así, no podrá acabar con su desasosiego, sabemos que esto nunca sucede.

Lo que llamamos pensamiento lógico-racional y del que tanto nos enorgullecemos por ser evolutivamente muy avanzado, no solo no nos sirve para explicar por completo nuestra realidad, sino que tampoco sirve para calmar nuestra angustia y nuestra necesidad de controlar nuestro mundo. Es entonces, cuando surge otra forma interpretativa de la realidad, filogenéticamente más antigua; presente de forma predominante en todos los pueblos primitivos y menos evidente en nuestra cultura, a lo que Olmeda se refiere como *pensamiento mágico*. Cuando una persona pierde al ser amado, se despierta en ella una intensísima e incontrolada serie de emociones y sentimientos, desconocidos para ella hasta entonces. Ve amenazada su supervivencia y el sistema racional de interpretación de la realidad no le sirve. Es entonces cuando se activará el pensamiento mágico para alcanzar una explicación sobre la muerte y sobre su nueva realidad externa e interna. El resto de aspectos no conflictivos seguirán siendo tratados con un razonamiento lógico.

De acuerdo con Olmeda ⁽¹⁾, todo el mundo utiliza el razonamiento lógico o mágico según las situaciones, y especialmente empleará este último cuando se vea afectado por los hechos. No existe una regresión del pensamiento sino una activación mayor o menor de un tipo u otro de

razonamiento, según la persona necesite. El mundo occidental no está tan inmerso como el primitivo en un sistema mágico de creencias, pero ante una crisis como puede ser un terremoto, una guerra o la muerte de un ser querido, no solo afectará su seguridad física y puramente biológica, sino que también tambaleará su mundo creencial, que ya no le servirá para estar confiado.

Emerge, entonces, con gran intensidad un pensamiento mágico que únicamente trata de “reubicarlo” en el mundo, al darle una nueva comprensión de los hechos. Paradójicamente, las personas en duelo se ven continuamente rodeadas por otras personas que viven “instaladas” en un pensamiento racional predominante, y que son incapaces de entender desde ese sistema de referencias, cuál es el mundo real de la persona en duelo. Ella se encuentra absolutamente confundida, porque con su mente racional tampoco entiende lo que le está pasando. Simultáneamente, adopta un pensamiento mágico para entender lo que le ocurre, pero a la vez lo critica porque hasta entonces lo ha criticado, y le han hecho pensar que era infantil o primitivo.

El mundo occidental no entiende a la persona en duelo porque la mira con un sistema de referencia cognitivo lógico-racional, pero ella tampoco se entiende y oculta lo que pasa, porque se encuentra sumergida en un mundo afectivo, que le lleva inexorablemente a un pensamiento mágico mientras a la vez, trata de explicarse lo que le ocurre como le han enseñado, con la lógica. Así, la persona en duelo, se sumerge en un mundo mágico creencial, sometida a una serie de alteraciones de su organismo y que de igual modo que el primitivo, y en función de esas creencias culturales, podrá tener repercusiones graves para ella.

El proceso de duelo es una experiencia, no sólo íntima, sino que está tan reprimida socialmente en nuestra cultura occidental, que pese a ser tan común suele ser novedosa y desconocida, porque casi nunca se confía a nadie por completo. Nos movemos en el tabú de la muerte, de la que no se puede hablar, y en el estado del bienestar, lo que supone que cualquier alejamiento de esa supuesta situación idílica debe ser reprimida y negada. Existen dos motivos por los que la persona no va a comentar normalmente, lo que le ocurre.

El primero es porque al estar instalada en un mundo creencial mágico, muchos de los fenómenos que le suceden los suele vivir como egosintónicos, es decir, como normales y aceptables. Pero como la activación de esta mente mágica no borra completamente la mente lógico-racional, la persona sabe que todo aquello que para ella es natural en ese momento, no es aceptado ni comprendido por su entorno, por lo que va a callar, temiendo la reprobación social occi-

dental y sobre todo, la catalogación como enfermo mental, que es lo que nuestra cultura hace, con todas aquellas conductas que se salen de sus rígidos esquemas de normalidad.

En palabras de Olmeda: *«El deudo, al tener activada una mente mágica muy fuerte, siente que hablar con el fallecido o consultar a un espiritista es real y normal, aunque sabe que socialmente lo debe callar porque no se va a aceptar. Sin embargo, no deja de ser una incongruencia que las personas “normales”, se sobresalten si el deudo les comenta que habla todas las noches con la persona fallecida, que la siente respirar a su lado o que la visita y le protege, mientras que a nuestro alrededor no dejan de proliferar gurús, adivinos, cartománticos, etc., que son consultados por todo tipo de personas, incluidas aquellas con alto nivel intelectual y cultural, que no se paran a pensar si cuando esperan que les orienten sobre su futuro, están actuando de forma racional o si más bien, lo que tienen activada es una potentísima mente mágica, que actúa exactamente igual que en el mundo primitivo. Es decir, que la diferencia entre la persona en duelo y la persona sin duelo es cuestión de grado. Ambas utilizan continuamente su mente mágica a diario, pero mientras el deudo está totalmente invadido por ella, puesto que para él, lo único que existe es la pérdida de la relación con el fallecido, la persona sin duelo puede emplear el pensamiento lógico-racional en otros campos, con mayor frecuencia. Esto es, que pasa continuamente de un razonamiento mágico a un razonamiento lógico-racional sin solución de continuidad, mientras que el deudo, dado su especial estado afectivo, se ve predominantemente dominado por el razonamiento mágico».*

En resumen, en el duelo encontraremos de forma muy marcada dos características, el dualismo y el realismo. Por el primero, el deudo no establecerá adecuadamente una separación entre lo objetivo y lo subjetivo, mientras que por el realismo, el sujeto no pondrá sistemáticamente en duda la realidad de lo percibido. Esto explicaría, por qué de forma muy generalizada se puede observar, que la persona en duelo tiende a interesarse muchísimo por el espiritismo, y acepta pagar cantidades importantes de dinero, por algo en lo que tal vez nunca haya creído. Muchas de estas personas son conscientes de este cambio de actitud y lo viven con vergüenza, como una incongruencia, por lo que lo ocultan. Sin embargo, el hecho de que el fenómeno del pensamiento mágico sea tan frecuente, es porque debe estar mucho más cercano a nuestra naturaleza, que el pensamiento lógico-racional. Muchos autores caen en un razonamiento totalmente mágico, cuando lo que intentan es explicar algo hipotéticamente racional.

Por tanto, y estaríamos de nuevo de acuerdo con Olmeda ⁽¹⁾ en que debemos aceptar la normalidad de la exaltación del pensamiento mágico en el duelo, aunque seamos habitantes del

primer mundo, pero no solo eso, sino que este conocimiento es importantísimo para poder comprender y ayudar a la evolución normal de un duelo sano, puesto que el deudo en nuestra cultura va a encontrar más problemas para superarlo que en el mundo primitivo.

FACTORES DE RIESGO

El duelo siempre va acompañado de una serie de circunstancias que actúan como predictores de riesgo para desarrollar un duelo complicado, como son: causa y entorno de la muerte, personalidad y recursos psicoemocionales del doliente, ambiente socio familiar, el tipo de relación con el fallecido ⁽⁵⁾... Es posible identificar las personas con especial riesgo para no seguir un "duelo normal" ya sea porque las circunstancias de la muerte son especialmente traumáticas o porque la persona es demasiado vulnerable. Los factores de riesgo (que exponemos a continuación) pueden llevarnos a formas complicadas de duelo ^(5,7):

- Muertes repentinas o inesperadas; circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, asesinato, maltrato)
- Pérdidas múltiples, pérdidas inciertas (no aparece el cadáver)
- Muerte de un niño, adolescente
- Doliente en edades tempranas o tardías de la vida
- Doliente demasiado dependiente, relación ambivalente con el fallecido
- Historia previa de duelos difíciles; depresiones u otras enfermedades mentales
- Tener problemas económicos, escasos recursos personales como trabajo, aficiones...
- Poco apoyo socio-familiar real o sentido, alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo (emigrantes)

Es, por tanto, importantísimo prestar atención a la presencia de uno o más de estos factores para así poder tratar de evitar el desarrollo de un duelo complicado.

Hay distintas posibilidades para medir las evoluciones patológicas del duelo, así Musaph ideó una escala de duelo patológico con 13 ítems que habría que cuantificar. Ellos serían: la ausencia de respuesta esperable, la respuesta pospuesta más de dos semanas, la identificación con síntomas del fallecido o con rasgos personales de este, el desarrollo de una enfermedad física, la rabia excesiva, la culpa extrema, el duelo intenso y persistente, las pesadillas nocturnas, la sobreidealización del fallecido, la evitación fóbica, los ataques de pánico y las reacciones de aniversario ⁽¹⁾. También existen otros instrumentos para valorar el riesgo de complicaciones en la resolución del duelo (Hoja de valoración de predictores de riesgo de complicaciones en la

resolución del duelo)⁽⁶⁾; será clave identificar por alguno de estos sistemas aquellos sujetos con posibilidad de desarrollar un duelo complicado para poder actuar sobre ellos.

RECOMENDACIONES

Aproximadamente el 20% de los fallecimientos constituyen el final de un proceso oncológico (American Cancer Society, 1986), esto implica que entre el uno y dos por ciento de los nuevos deudos lo viven como resultado de una enfermedad cancerígena, habiendo estado presentes la mayoría de ellos durante todo el proceso de la enfermedad. Es notorio que los dolientes de un desaparecido por una enfermedad oncológica presentan un periodo de duelo anticipado a la muerte en sí, esto supone una oportunidad y también una obligación para el equipo encargado de prestar asistencia al enfermo a lo largo de toda su enfermedad; pudiendo prestar una ayuda de valor inestimable para todos los allegados al paciente, acompañándoles y aconsejándoles en las últimas fases, así como a la hora de enfrentarse a la muerte del ser querido. Este acompañamiento puede resultar clave a la hora de desarrollar un duelo normal⁽¹¹⁾.

Los trabajos consultados^(12,13) corroboran esta idea, demostrando que una intervención precoz sobre la familia del paciente será muy útil a ésta para desarrollar un duelo no patológico, ya que es posible identificar los factores de riesgo para un duelo complicado, dando la posibilidad al equipo asistencial de actuar de manera más selectiva sobre aquellos individuos que los presenten; y también de asesorar a los dolientes sobre las manifestaciones normales del duelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olmeda MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line; 1998.
2. Lacasta MA, Soler MC. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Camps C, Carulla J, Casa AM, González M, Sanz Ortiz, Valentín V, eds. Manual SEOM de cuidados continuos. Dispublic; 2004. p.713-30.
3. Landa V, García-García JA. Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya [Online] 2004 [29/08/2006]; [17 pags]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>.
4. Zisook S, Zisook SA. Death, Dying and Berevement. En: Sadock B, Sadock V, eds. Comprehensive textbook of Psychiatry. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 2367-93.
5. Sheldon F. ABC of palliative care: Bereavement. British Medical Journal 1998; 316: 456-8.
6. Soler MC, Jordá E. El duelo: manejo y prevención de complicaciones. Medicina Paliativa, 1996; 3(2): 66-75.

7. Murray C. Coping with loss. Bereavement in adult life. *British Medical Journal* 1998; 316: 856-9.
8. Zissok S, Shucter SR. Depression Through the First Year after the death of a Spouse. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1346-52.
9. Rojas Posada S. El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Granica; 2005.
10. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós; 1997.
11. Chochinov H, Holland JC. Bereavement: A special issue in Oncology. En: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press, Inc; 1989. p. 612-27.
12. Kissane D, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie D, O'Neill I. Family focused Grief Therapy: A Randomized Trial in Palliative Care and Bereavement. *The American Journal of Psychiatry*; Jul 2006; 163: 1208-18.
13. Kelly B, Edwards P, Synott R, Neil C, Baillie R, Battistutta D. Predictors of bereavement outcome for Family Carers of Cancer Patients. *Psycho-Oncology* 1999; 8. 237-349.
14. Farkas C. Management of Special Psychiatric Problems in terminal care: Role for a Psychiatric Nurse-Clinician. En: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press, Inc; 1989. p. 607-11.
15. Jacobs S, Hansen F>, Kasl S, Ostfeld A, Berkman L, Kim K. Anxiety Disorders During Acute Bereavement: Risk And Risk Factors. *Journal Clinical of Psychiatry* 1990; 51: 269-74.