

Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo

Coping strategies and resilience in bereavement-stricken caregivers

Patricia Eugenia Ornelas Tavares¹

RESUMEN

Tras el fallecimiento de un paciente terminal, sus cuidadores principales pueden desarrollar síntomas de duelo normal o duelo complicado. Para afrontarlos, pueden adoptar estrategias orientadas a la pérdida o a la restauración. La pena por el duelo y la transformación positiva pueden coexistir, siempre que las estrategias de afrontamiento empleadas favorezcan comportamientos resilientes. A fin de identificar las estrategias de afrontamiento empleadas y su relación con los niveles de resiliencia, se estudió a 26 cuidadores principales, 13 de ellos con duelo normal y 13 con duelo complicado. Se emplearon los siguientes instrumentos: la Escala de Resiliencia para Mexicanos, el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson. Los resultados mostraron que los cuidadores con duelo normal mostraron un nivel más elevado de resiliencia que los cuidadores con duelo complicado. Las estrategias de afrontamiento que se correlacionaron de forma significativa con la resiliencia fueron, en los casos de duelo normal, la reevaluación positiva y la religión, y la solución de problemas en los casos de duelo complicado. De los resultados se desprende la conveniencia de abordar el duelo promoviendo las estrategias de reevaluación positiva y de solución de problemas, limitando la autofocalización negativa. La autora subraya la necesidad de hacer un análisis más profundo del papel que desempeña la religión como estrategia de afrontamiento por la importancia que tiene en ambos tipos de duelo y por su relación con la resiliencia en los casos de duelo normal.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento; Resiliencia; Cuidadores principales; Duelo normal; Duelo complicado.

ABSTRACT

After a terminal patient's death, the main caregivers may develop signs of either normal or complicated grief. In order to cope, the grief-stricken person may adopt strategies centered on either loss itself or toward restoration. We propose that sorrow and positive restoration can coexist, provided that the employed coping strategies promote resilient behaviors. In order to identify such coping strategies and their relation to resilience, 26 grief-stricken principal caregivers were studied, 13 of them were diagnosed as showing normal grief and 13 with complicated grief. Measurement instruments included the Mexican Resilience Scale (RESI-M), the Coping Strategies Questionnaire (CAE) and Prigerson's Inventory of Complicated Grief (ICG). Results revealed higher levels of resilience in normal than in complicated grievers. Coping strategies that significantly correlated with resilience included Positive Reevaluation and Religion in normal grievers, and Problem Solving in complicated grievers. Results suggest the convenience of promoting positive reevaluation, problem solving strategies and limiting negative self-focus coping strategies. A more thorough analysis of the role of religion as coping strategy is needed given its importance in both types of bereavement, and its relation to resilience in normal bereavement.

Key words: Coping strategies; Resilience; Main Caregivers; Normal bereavement; Complicated bereavement.

¹ Departamento de Salud, Psicología y Comunidad del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, 45604 Tlaquepaque, Jal., México, correo electrónico: patyor@iteso.mx. Artículo recibido el 11 de agosto de 2014 y aceptado el 23 de abril de 2015.

INTRODUCCIÓN

Se denomina *cuidador primario* a la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo terminal, quien se convierte en parte del equipo terapéutico y actúa de forma solidaria con el que sufre, ajustando su rol dentro de la familia para cumplir con dicha función (Austrich y Díaz, 2011). Se le considera como el paciente “oculto” en la dinámica de la enfermedad terminal. Su participación en el cuidado y atención de las demandas del enfermo desencadena una doble posibilidad: la satisfacción personal por el cuidado otorgado, y el desgaste físico y emocional que este conlleva, lo que lo predisponen a un mayor riesgo de morbilidad por el efecto del estrés agudo en la función inmunológica (Gallagher et al., 2008).

A partir del diagnóstico de la enfermedad, el cuidador afronta un duelo que comienza con la pérdida de la salud del ser querido y más adelante con su deceso. Dicho duelo puede ser “normal” o “prolongado o complicado”; en el primer caso, se vive como una reacción adaptativa ante la pérdida; en el segundo, la adaptación a esa pérdida es en extremo difícil y se manifiesta con síntomas psicopatológicos que se exacerban y prolongan, afectando la salud física y emocional de quien sufre ese tipo de duelo (Bermejo, 2011). En opinión de Barreto, Yi y Soler (2008), un factor que puede complicar la resolución del duelo es el tiempo en que se ha otorgado el cuidado, en tanto que el sentimiento de haber sido útil constituye un factor de protección.

Autores como Zhang, El-Jawahri y Prigerson (2006) y Maercker y Lalor (2012) afirman que los síntomas del duelo normal son muy similares a los del duelo complicado durante los primeros seis meses, pero que después de dicho período la mayoría de las personas son capaces de aceptar la realidad de la pérdida, en contraste con aquellos que siguen manifestando una pena crónica cuyos síntomas se observan hasta dos años después del fallecimiento. Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh y Yonker (2010) señalan que el análisis del duelo en los cuidadores parte de las teorías del estrés, en las que es importante identificar si las necesidades de cuidado de la persona fallecida estuvieron debidamente cubiertas, la forma en que el cuidado alteró

la vida del cuidador y los recursos de que dispone para continuar adelante. Lazarus (2000) ha subrayado el hecho de que, en los casos de muerte, la persona en duelo debe luchar contra diversas experiencias estresantes, como la soledad, la búsqueda de nuevas relaciones, la administración del dinero o el cuidado de los hijos. Por ello, el estrés crónico que se deriva del cuidado de un enfermo requiere que el cuidador desarrolle habilidades para su adecuado manejo.

Las situaciones estresantes obran como detonadores de respuestas adaptativas, como es el caso de las estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) definen dichas estrategias como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, internas o externas, que exceden o desbordan los recursos del individuo” (p. 141). Para estos autores, la definición de estrés implica procesos de evaluación y de afrontamiento que son mediados por la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuestas psicológicas y somáticas; a la vez, atribuyen al sujeto un papel activo ante las experiencias estresantes. En este mismo sentido, el sujeto no solamente determina lo que es estresante, sino que es posible que modifique y transforme la fuente del estrés mediante determinadas estrategias de afrontamiento (Peñacoba y Moreno, 1999).

El proceso de afrontamiento

Desde esta perspectiva, la pérdida de un ser querido da lugar a lo que Stroebe y Schut (1999) designaron como el *proceso dual de afrontamiento*, que genera dos tipos de mecanismos: los orientados hacia la pérdida y elaboración de la muerte, y los orientados hacia la restauración. Los primeros focalizan la atención en la expresión de emociones, la añoranza, el recuerdo y la rumiación acerca de la persona fallecida. Los segundos incluyen las estrategias que sirven para manejar los estresores que tienen lugar como consecuencia del duelo, tales como aprender y desarrollar nuevos roles, realizar cambios psicosociales y reconstruir las creencias nucleares acerca de uno mismo después de la pérdida. Para estos autores, la clave para un buen proceso de duelo es la oscilación entre estos dos

mecanismos. Así, en el caso del duelo complicado, las personas focalizan principalmente su atención hacia la pérdida, en tanto que en los casos de duelo inhibido, pospuesto o ausente, la persona no es capaz de responder a la pérdida de forma inmediata y reacciona como anestesiada, focalizándose en tareas de restauración para evitar todo aquello que lo pueda conectar con la pérdida.

La posibilidad de que la pérdida de un ser querido pueda derivar en cambios positivos o de transformación ha sido ya estudiada por autores como Victor Frankl (1991) y Elisabeth Kübler-Ross (1998), entre otros. De acuerdo con estas perspectivas, algunas personas afectadas por la muerte de un ser querido pueden experimentar cambios positivos en su vida en relación a sí mismas, en las relaciones interpersonales, en la espiritualidad y en la propia filosofía de vida (Payás, 2010). Además, se ha observado que el duelo anticipado y el tipo de muerte influyen en las estrategias con que el cuidador afronta la pérdida (Yoffe, 2013).

No obstante, el sufrimiento por la pérdida puede coexistir con el crecimiento postraumático al duelo (Davis, 2008; Payás, 2010). La ocurrencia de sufrimiento psicológico es independiente del resultado, de manera que personas que experimentan un intenso dolor por una pérdida pueden gestar una transformación significativa para su vida, mientras que personas con estilos evitativos y que conservan un equilibrio físico y emocional no necesariamente se encaminan hacia tal crecimiento.

Entre las estrategias de afrontamiento que se utilizan de forma frecuente ante una pérdida se hallan las prácticas religiosas y espirituales, que han mostrado ser benéficas para la salud (Yofee, 2012). De la misma forma, hay cuidadores que buscan tratamientos farmacológicos para superar la pena mediante el apoyo profesional, ya que el duelo complicado comparte síntomas con el trastorno depresivo mayor y con el trastorno de estrés postraumático (Bui, Nadal-Vicens y Simon, 2012). Los resultados de estudios acerca del uso de diversas estrategias de afrontamiento son diversos, ya que ninguna de ellas es de suyo mejor que otra; es el beneficio que reportan a la persona lo que determinará qué tan apropiadas son (Bermejo, Magaña, Villaceros, Carabias y Serrano, 2012).

En este mismo sentido, se puede afirmar que las estrategias de afrontamiento empleadas por el cuidador pueden complicar la resolución del duelo o favorecer el desarrollo de su capacidad resiliente.

Resiliencia y duelo

La resiliencia ha sido definida como la “capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad” (Rutter, 1993, p. 627). Con todo, las respuestas resilientes y el crecimiento postraumático pueden ocurrir de forma independiente. Así, ante la pérdida de un ser querido el cuidador puede mostrar respuestas resilientes que no necesariamente lo llevan a un crecimiento postraumático; de la misma manera, el crecimiento postraumático puede observarse en personas que experimentan una intensa vulnerabilidad al exhibir respuestas que no pueden considerarse resilientes en absoluto.

A partir de sus estudios hechos con cuidadores, Rosenberg, Baker, Syrjala, Back y Wolfe (2013) concluyen que sobrevivir a una enfermedad y a la muerte sin secuelas psicosociales puede ser un indicador de resiliencia; no obstante, reconocen que algunos aspectos de la enfermedad y de la experiencia de muerte pueden marcar la diferencia entre las respuestas resilientes de una población y otra. En nuestro medio, se ha asociado la resiliencia a ciertas variables psicosociales, como la escolaridad, el estado civil y el apoyo social (Palomar y Gómez, 2010).

Tras un estudio similar, Bermejo et al. (2012) concluyen que las personas resilientes llevan a cabo un tipo de afrontamiento centrado en los problemas más que en las emociones; en sus resultados obtuvieron puntajes inversamente proporcionales entre la resiliencia y el tiempo desde la pérdida, lo que indica que la capacidad resiliente disminuye con el paso del tiempo.

En México se han hecho muy pocos estudios sobre el afrontamiento del duelo en cuidadores principales, pues la mayoría de las investigaciones se han centrado en la clase de afrontamiento del paciente ante el duelo por la pérdida de la salud o ante la inminencia de la muerte. Por tanto, el obje-

tivo de este estudio fue comparar las estrategias de afrontamiento empleadas y su relación con la resiliencia en cuidadores principales, medidos por el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), de Sandín y Chorot (2003); la Escala de Resiliencia para Mexicanos (RESI-M), de Palomar y Gómez, (2010), y el Inventario de Duelo Complicado (ICG) de Prigerson et al. (1995). Se pretendió, además, describir las estrategias de afrontamiento que emplea un grupo con duelo normal comparadas con las de otro con duelo complicado, así como su relación con la resiliencia. El diseño adoptado fue comparativo y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El interés por conocer esta relación estriba en el hecho de que podría permitir saber qué estrategias de afrontamiento habrá que fortalecer en las intervenciones psicoterapéuticas para promover el crecimiento postraumático y el duelo normal en los cuidadores principales.

MÉTODO

Participantes

En la presente investigación participaron 26 cuidadores, familiares de pacientes fallecidos. Los criterios para incluir a los sujetos en el presente estudio fueron los siguientes: *a*) que se identificaran como cuidadores principales; *b*) que hubiesen transcurrido entre seis meses y dos años de la muerte del ser querido, según los criterios de Zhang et al. (2006), y *c*) que firmaran el formato de consentimiento informado. De ellos, 80% fueron mujeres, con una edad promedio de 43 años. La relación familiar del cuidador con el fallecido se distribuyó de la siguiente manera: Cinco participantes (19%) eran cónyuges; doce (46%), alguno de los padres; cinco (19%), un hijo; tres (11%), un hermano, y solamente uno (0.03%) era un abuelo. El tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta el momento de la realización del estudio osciló entre seis y veinticuatro meses ($M = 11.4$, $D.E. = 4.6$).

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), validado para una mues-

tra mexicana por González y Landero (2007). Este instrumento consta de 21 reactivos presentados en una escala tipo Likert cuya puntuación (de 0 = nunca a 4 = casi siempre) registra la frecuencia con que los participantes emplean siete formas de afrontamiento: 1) *Búsqueda de apoyo*, que incluye reactivos que se refieren a la búsqueda de consejo u orientación con parientes o amigos; 2) *Expresión emocional abierta*, que se refiere a la posibilidad de descargar el malhumor y desahogarse; 3) *Religión*, que alude a la participación en ritos religiosos y la búsqueda de ayuda espiritual; 4) *Solución de problemas*, que implica el análisis de las causas del problema, la reflexión y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción; 5) *Evitación*, que se refiere a los esfuerzos por volcarse en el trabajo u otras actividades para evitar pensar en los problemas o realizar otras actividades para olvidarlos; 6) *Autofocalización negativa*, que incluye el culparse a sí mismo, resignarse, sentirse incapaz o indefenso para resolver la situación, y 7) *Reevaluación positiva*, que implica el esfuerzo por ver los aspectos positivos de la situación.

Este instrumento posee propiedades psicométricas que respaldan su validez mediante el análisis factorial confirmatorio, así como un coeficiente α de consistencia interna de 0.78 en las siete formas de afrontamiento.

Escala de Resiliencia para Mexicanos (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010). Este instrumento consta de 43 reactivos que se califican en una escala tipo Likert. En él, el sujeto elige su grado de acuerdo con cada afirmación (de 1 = totalmente en desacuerdo, a 4 = totalmente de acuerdo). Mide la fortaleza y confianza en sí mismo, la competencia social, el apoyo familiar y social y la estructura. La suma total de respuestas corresponde al puntaje total de resiliencia, que oscila entre 43 y 172 puntos posibles. Reporta un nivel de confiabilidad α de .93 y un total de varianza explicada de 43.60 %.

Inventario de Duelo Complicado (ICG) de Prigerson et al. (1995), en su adaptación al español por Olmeda y García (2006). Está integrado por 19 reactivos que se califican en una escala Likert, con recorrido de 0 ("Nunca me ha ocurrido esa experiencia") a 4 ("Me ocurre siempre"). El punto de corte para el diagnóstico de duelo complicado es > 24 puntos.

Procedimiento

De los registros de defunciones obtenidos de un hospital público, los candidatos fueron invitados por vía telefónica por el equipo investigador a participar en el estudio, una vez que habían sido identificados como cuidadores principales y satisficieron los criterios de inclusión. De forma individual y tras la lectura y firma de un formato de consentimiento informado, se procedió a realizarles una entrevista para identificar las funciones del sujeto como cuidador y su experiencia de la muerte y el duelo. Luego, se les aplicaron los instrumentos de evaluación bajo condiciones estandarizadas a fin de garantizar la confiabilidad y la validez de sus resultados. El tiempo aproximado de entrevista y evaluación de cada participante fue de una hora.

Las respuestas cuantitativas fueron integradas en una base de datos a fin de ser analizadas estadísticamente mediante el SPSS, versión 20.0. Se realizó la prueba de normalidad para determinar la pertinencia del análisis paramétrico y se llevó a cabo un análisis descriptivo y correlacional de las variables.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de los casos estudiados muestra que los participantes se hicieron cargo de su familiar durante un período promedio de 24 meses, dedicando un promedio de 17 horas diarias al cuidado del enfermo. El tiempo transcurrido desde el fallecimiento del familiar hasta la realización del estudio fue de poco menos de doce meses ($M = 11$ meses, $D.E. = 4.6$).

Tipo de duelo

De acuerdo a los resultados del ICG, trece participantes obtuvieron una puntuación mayor a 24, lo que indica un duelo complicado. La puntuación de los trece restantes, menor a 25, sugiere un duelo normal. No se encontraron relaciones significativas entre el tipo de duelo y los tiempos de enfermedad, de cuidado y de duelo ($p > .05$).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el grupo de duelo normal fueron la solución de problemas y la religión, mientras que en el grupo de duelo complicado fueron la religión y la autofocalización negativa, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento en cuidadores con duelo normal y con duelo complicado.

Estrategia de afrontamiento	Duelo normal		Duelo complicado	
	M	D.E.	M	D.E.
Búsqueda de apoyo	4.77	2.92	5.69	4.25
Expresión emocional abierta	4.38	3.52	6.00	3.61
Religión	7.15	4.49	7.62	3.62
Solución de problemas	8.23	2.80	5.00	3.32
Evitación	6.08	3.64	6.85	2.70
Autofocalización negativa	6.08	2.22	7.23	3.52
Reevaluación positiva	6.69	4.53	6.00	3.87

La prueba de normalidad Shapiro-Wilk para muestras pequeñas demostró que los datos poseen una distribución normal (Tabla 2), a excepción de la estrategia referida a la religión.

Tabla 2. Pruebas de normalidad.

Estrategias	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilks		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Búsqueda de apoyo	.095	26	.200*	.956	26	.323
Expresión emocional abierta	.114	26	.200*	.950	26	.227
Religión	.138	26	.200*	.908	26	.024
Solución de problemas	.123	26	.200*	.943	26	.157
Evitación	.150	26	.134	.926	26	.061
Autofocalización negativa	.154	26	.114	.945	26	.178
Total resiliencia	.138	26	.200*	.956	26	.326

*Límite inferior de la significación verdadera.

^a Corrección de la significación de Lilliefors.

Con base en estos resultados, para valorar la diferencia entre las estrategias de afrontamiento entre ambos grupos se utilizó la prueba t de Student. Los resultados muestran que la solución de problemas ($p = .013$) y la autofocalización negativa ($p = .021$) fueron las únicas estrategias que mostraron diferencias significativas. La religión, analizada mediante la χ^2 , tampoco mostró una diferencia significativa entre los dos grupos de duelo ($p > .05$).

Resiliencia, tipo de duelo y estrategias de afrontamiento

El promedio de la puntuación de resiliencia fue de 127, con una D.E. de 19.79, en un rango posible

de 43 a 172, lo que significa que los 26 sujetos tendieron a mostrar una actitud moderadamente resiliente. No obstante, si se diferencia la puntuación en función del tipo de duelo, es posible observar que los cuidadores con duelo normal mostraron un nivel mayor de resiliencia ($M = 133.76$; D.E. = 15.61), en comparación con los de duelo complicado ($M = 120.23$; D.E. = 21.75), pero sin que esta diferencia fuese estadísticamente significativa ($p > .05$).

En el primer grupo, la resiliencia se relacionó de forma significativa con las estrategias de reevaluación positiva y religión, mientras que en el segundo lo hizo con la de solución de problemas, tal como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3. Relación entre los puntajes de resiliencia y las estrategias de afrontamiento en cuidadores con duelo normal y complicado.

Estrategias	Duelo normal		Duelo complicado	
	r de Pearson	Sig. bilateral	r de Pearson	Sig. bilateral
Búsqueda de apoyo	.381	.199	-.145	.636
Expresión emocional abierta	.029	.925	-.442	.130
Religión	.729**	.005	.165	.589
Solución de problemas	.514	.073	.798**	.001
Evitación	-.165	.590	.153	.619
Autofocalización negativa	.104	.736	-.497	.084
Reevaluación positiva	.638*	.019	.387	.192

* $p < .05$, ** $p < .01$.

DISCUSIÓN

A la luz de la teoría revisada de Barreto et al. (2008), según la cual factores de riesgo tales como el tiempo de cuidado prolongado pueden potenciar el desarrollo de un duelo complicado, no se confirmó tal comportamiento en la población estudiada. Al parecer, el tiempo de cuidado, las horas dedicadas al mismo y el tiempo de duelo no se relacionan significativamente con el desarrollo de un duelo normal o complicado.

Stroebe y Schut (1999) proponen un modelo dual de afrontamiento al duelo, que distingue entre las estrategias de afrontamiento orientadas a la pérdida y las orientadas a la restauración. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de Sandín y Chorot (2003) ofrece la valoración de siete estrategias de afrontamiento que, con base en los resultados que

los cuidadores reportaron, pueden clasificarse bajo ese modelo dual. En este sentido, las estrategias orientadas hacia la pérdida son la autofocalización negativa y la evitación, mientras que las orientadas a la restauración son la solución de problemas y la reevaluación positiva, principalmente. Llama la atención que la solución de problemas sea la estrategia más utilizada por los cuidadores con duelo normal y la menos empleada por aquellos con duelo complicado.

Resulta relevante señalar, además, el papel dual que aporta la religión como estrategia en la población estudiada. Esta estrategia de afrontamiento aparece como la principal entre los cuidadores con duelo complicado y es la segunda en frecuencia entre aquellos con duelo normal; al parecer, resulta ser un recurso común en la población mexicana, sobre todo en situaciones de vulnerabilidad.

Pargament (1997) afirma que en el afrontamiento religioso se identifican tres estilos: el diferir, que implica delegar toda la solución del problema a Dios; el autodirigido, que consiste en utilizar el poder que Dios da para resolver el problema por cuenta propia, y el estilo de colaboración, que implica ver a Dios como un compañero de equipo en el proceso de resolver problemas. Por su parte, Yoffe (2012) afirma que las prácticas religiosas en los dolientes proporcionan estados positivos (calma mental, paz, tranquilidad, equilibrio, energía, alegría, satisfacción y armonía), efectos emocionales (reducción de sentimientos de tristeza, angustia, dolor y liberación de pensamientos negativos), mentales (más conciencia de la muerte y de la finitud, claridad mental, mayor discriminación de uno mismo y el entorno) y conductuales (posibilidad de enfrentar conflictos, hallar solución a los problemas presentes en el duelo, etc.). De la misma manera, también la religión genera efectos negativos relacionados con el dolor, la culpa y el enojo consigo mismo y con Dios. Esta aparente ambigüedad sugiere la necesidad de analizar con mayor precisión el papel del afrontamiento religioso para identificar los factores que pueden incidir y promover un duelo normal o patológico. En efecto, el empleo de la religión como estrategia de afrontamiento requiere ese análisis para determinar el peso de las creencias religiosas positivas y negativas en la recuperación de la pérdida, variables que no fueron incluidas en este estudio.

En un estudio similar realizado en España por Bermejo et al. (2012) se confirmó el hallazgo de la estrategia de la religión como la estrategia más empleada en personas resilientes y con duelo normal. No obstante, las personas que sufrían un duelo complicado también hacían uso de la religión, que fue la segunda estrategia más empleada; sin embargo, sus puntajes de resiliencia no difirieron significativamente de los de las personas con duelo normal, por lo que se puede afirmar que la religión, como estrategia, no marca una diferencia.

Un análisis adicional permite observar que para Bermejo et al. (2012) el afrontamiento centrado en los problemas está relacionado con la resiliencia y con el duelo normal, mientras que en la población aquí estudiada la estrategia que más correlaciona con dicha resiliencia fue la reevaluación positiva en personas con duelo normal y la solución de problemas en aquellas con duelo complicado. Otro aspecto interesante a considerar es que la búsqueda de apoyo constituye una estrategia poco utilizada por ambos grupos. En el estudio realizado en España por Naudeillo et al. (2012) se detectó a un grupo de dolientes con necesidad de apoyo psicológico. La mitad de los familiares no hicieron uso de ese servicio indicando que se les dificultaba regresar al lugar donde su familiar había fallecido, reafirmando con ello la necesidad de atención psicológica y, por otro lado, rehusaban el apoyo por la tendencia a evitar enfrentarse al dolor y a la muerte o a “normalizar” las reacciones de pérdida, lo que sugiere la posibilidad de que los dolientes rechacen el apoyo de forma consuetudinaria y esperen una recuperación de la pérdida pasado el tiempo.

Finalmente, el crecimiento postraumático ante el duelo se registró en los cuidadores que tenían un mayor puntaje en la resiliencia y que atravesaban un duelo normal. Las estrategias de afrontamiento que se relacionaron de manera significativa con la resiliencia fueron la religión y la reevaluación positiva en el caso de los cuidadores con duelo normal, en tanto que la solución de problemas lo fue en quienes presentaban un duelo complicado.

Por todo lo anterior, en el tratamiento psicoterapéutico del duelo se ve conveniente y provechoso promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento tales como la reevaluación positiva y el entrenamiento para resolver problemas, como mecanismos orientados a restaurar una nueva normalidad en el doliente, al tiempo que resulta conveniente limitar el empleo de la estrategia de autofocalización negativa.

REFERENCIAS

- Austrich S., E. y Díaz Z., P. (2011). *Mi paciente en casa. Manual de cuidados para el cuidador*. México: Corinter.
- Barreto P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Bermejo, J.C. (2011). *El duelo: luces en la oscuridad*. Madrid: La Esfera de los Libros.

- Bermejo, J.C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R. y Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(8), 85-95.
- Bui, E., Nadal-Vicens, M. y Simon, N.M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and brief review of literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 149-157.
- Davis, C.S. (2008). A funeral liturgy: Death rituals as symbolic communication. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 406-421.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Madrid: Herder.
- Gallagher S., Phillips, A.C., Evans, P., Der, G., Hunt, K. y Carroll, D. (2008). Caregiving is associated with low secretion rates of immunoglobulin A in saliva. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 565-572.
- González M., T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Kramer, B.J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsch, M. y Yonker, J. (2010). Complicated grief symptoms in caregivers of person with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *Omega*, 62(3), 201-220.
- Kübler-Ross, E. (1998). *La muerte, un amanecer*. Madrid: Planeta.
- Lazarus, R.S y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maercker, A. y Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 167-176.
- Naudeillo, M., Escola, A., Quera, D., Junyent, J., Fernández, A., Revilla, A. y Saiz, N. (2012). Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 19(1), 10-16.
- Olmeda, M.S. y García, A.M. (2006). Parentesco y duelo. *Revista Electrónica Interpsiquis*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/depresion/parentesco-y-duelo/>
- Palomar L., J. y Gómez V., N.E. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Pargament, K.L. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Payás P., A. (2010). *Las tareas del duelo*. México: Paidós.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La Escala de Estresores Universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y Estrés*, 5, 61-78.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, Ch.F., Bierhals, A.J., Newson, J.T. et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Resources*, 59(1-2), 65-79.
- Rosenberg, A.R., Baker, K.S., Syrjala, K.L., Back, A.L. y Wolfe, J. (2013). Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 645-652.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología*, 21(2), 129-153.
- Zhang, B., El-Jawahri A. y Prigerson, H.G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1188-1203.