

GUÍA DE DUELO ADULTO

Para profesionales socio-sanitarios



GUÍA DE DUELO ADULTO

Para profesionales socio-sanitarios

Sara Losantos

Con la colaboración de Patricia Díaz y Pilar Pastor

Ilustraciones de Malagón



FMLC

Fundación Mario Losantos del Campo

ÍNDICE



INTRODUCCIÓN ————— 05

CAPÍTULO 1 ————— 08

¿Por qué una guía sobre el duelo?

- 1.1. Reflexiones en torno al duelo
- 1.2. ¿Por qué es necesaria una guía de duelo para el profesional socio-sanitario?

CAPÍTULO 2 ————— 18

Preguntas más frecuentes que se hacen las personas en duelo y su entorno

- 2.1. ¿Qué certezas tenemos sobre el duelo?
- 2.2. ¿Es normal lo que me está ocurriendo?
- 2.3. ¿Cuánto tiempo dura el duelo?
- 2.4. ¿Por qué no tengo ilusión?
- 2.5. ¿Cuándo es necesario ir a terapia de duelo?
- 2.6. ¿Quién puede impartir una terapia de duelo?
- 2.7. ¿Qué tipos de terapia existen?
- 2.8. ¿Cuándo y dónde derivar?
- 2.9. ¿Por qué es necesario conocer el proceso de duelo?
- 2.10. Preguntas sin respuesta

CAPÍTULO 3 ————— 30

Los niveles de intervención en duelo

- 3.1. ¿Cómo puedo proporcionar auxilios psicológicos básicos?
- 3.2. ¿Quién puede ayudar en duelo?
- 3.3. ¿Cómo podemos medir el duelo?
- 3.4. ¿Qué papel juegan los distintos agentes sociales?
- 3.5. ¿Qué busca el paciente en duelo en el médico?

CAPÍTULO 4 ————— 46

Definición del duelo

- 4.1. El duelo: Significado
- 4.2. ¿Qué es duelo y qué no?
- 4.3. El funcionamiento del duelo

CAPÍTULO 5 ————— 56

Ideas irracionales o erróneas en torno al duelo: Aportaciones inadecuadas

CAPÍTULO 6 ————— 62

En qué consiste el proceso de duelo y cómo lo entendemos

- 6.1 Primera tarea: Asumir la realidad de la pérdida
- 6.2 Segunda tarea: Elaborar las emociones relacionadas con el duelo
- 6.3 Tercera tarea: Aprender a vivir en un mundo en el que el fallecido ya no está presente
- 6.4 Cuarta tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

CAPÍTULO 7 ————— 92

El duelo anticipado *versus* el duelo demorado

CAPÍTULO 8 ————— 96

Duelo y psicopatología

CAPÍTULO 9 ————— 100

Duelo *versus* depresión

CAPÍTULO 10 ————— 104

El duelo por un suicidio

CAPÍTULO 11 ————— 110

El duelo por una muerte traumática

CAPÍTULO 12 ————— 116

El duelo por una desaparición

CAPÍTULO 13 ————— 122

El duelo gestacional o perinatal

CAPÍTULO 14 ————— 128

Duelo y fe

APÉNDICE: CASOS CLÍNICOS — 134

- Lo que siempre funciona en duelo
- Ejemplos de respuesta y claves del duelo
Diez casos
- Elementos comunes a todas las respuestas

EPÍLOGO ————— 144

- Carta a un recién licenciado en Psicología
- Pros de ejercer la terapia de duelo
- El coste emocional del experto en duelo

BIBLIOGRAFÍA ————— 148



INTRODUCCIÓN



Tres años después del lanzamiento de la primera edición de la Guía de Duelo Adulto, hemos sentido la necesidad de revisar y modificar buena parte de sus contenidos. Cuando en 2015 decidimos escribir este manual, pusimos el foco de atención en el profesional socio-sanitario. En aquel momento notábamos que en este ámbito existía un vacío de conocimiento que era importante rellenar. Nuestro objetivo era facilitar a los trabajadores de Atención Primaria la identificación de los pacientes con duelo complicado de aquellos con un duelo sano que, por lo tanto, no requerían terapia. Ésa era nuestra principal motivación.

En esta nueva edición, queremos incorporar las principales preguntas que nos plantean los dolientes cuando acuden al servicio de psicoterapia de la Fundación Mario Losantos del Campo, con el fin de que sea el propio profesional quien pueda dar respuesta a esos interrogantes. Sólo en contacto directo con padres, madres, hijos y hermanos en duelo podemos identificar las preguntas que resuenan en el corazón de una persona que acaba de sufrir una pérdida.

En este manual queremos contestar a todas esas cuestiones que nos han ido formulando al calor de la terapia. Está demostrado que dar respuesta a estas preguntas alivia el dolor de los dolientes, así que podría decirse que el objetivo último de este libro es aumentar exponencialmente el número de personas a las que podemos ayudar. Es una herramienta de guía y ayuda.

Para nosotros supone una enorme responsabilidad elaborar una guía que sirva de orientación y traiga consuelo y alivio a las personas que han sufrido una pérdida recientemente. Al escribir este manual hemos tratado de volcar todo lo que sabemos sobre el duelo a fin de hacerlo más accesible. No es nuestra intención que las conclusiones que alcanzamos en esta guía sean rígidas ni pretendemos sentar cátedra, sólo buscamos aportar algo de luz a un proceso tan complejo.

El duelo es una experiencia universal que nos afecta a todos. El hecho de que la muerte sea universal lo convierte en un tema con el que todos estamos sensibilizados y del que todo el mundo habla con cierta ligereza. Por eso, cuando se produce una muerte, es habitual que las personas del entorno del doliente opinen sobre lo que es correcto y lo que no en el duelo. Esto ocurre porque cada individuo tiene una idea subjetiva acerca del duelo: cuánto debe durar, cómo son las reacciones habituales, cuáles son adaptativas y cuáles no.

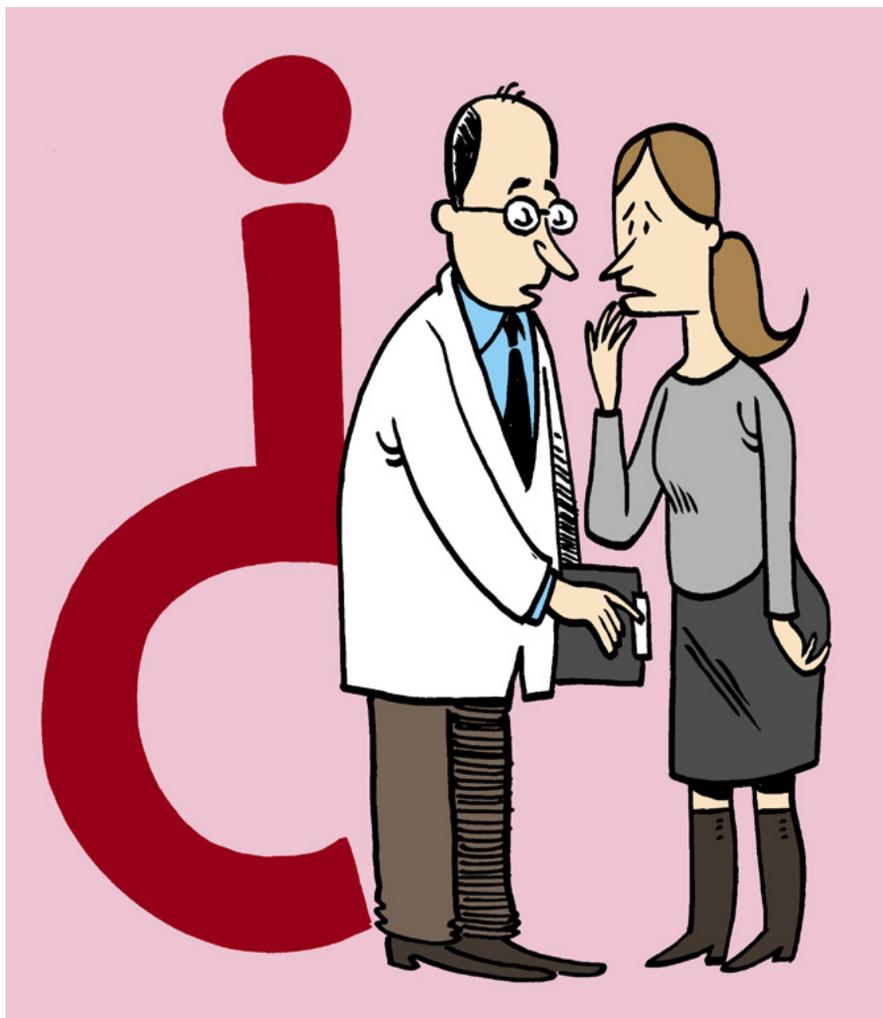
En mi experiencia, estas “ideas” basadas en nuestras creencias, en la cultura general o en las vivencias de otras personas cercanas a nosotros no suelen ajustarse a la vivencia real de cada uno. Cuando una persona atraviesa un duelo, descubre que todo lo que en teoría creía saber acerca de este proceso es insuficiente para explicarlo y gestionarlo, especialmente en lo concerniente a la idea de que hay cosas correctas e incorrectas. Durante una vivencia tan intensa como el duelo, todas esas creencias se ven desafiadas y hay que cuestionarlas y adecuarlas a la realidad que cada uno vive.

En los primeros momentos que siguen a la pérdida y después, cada persona hace lo que puede para adaptarse a lo que está sucediendo, por eso no es justo establecer categorías maniqueas que clasifiquen estas reacciones como buenas o malas. Cada doliente hace lo que considera adecuado para dar respuesta a las exigencias de la situación. Por eso, cuando alguien -desde la buena fe- nos aconseja acerca de nuestro duelo, es recomendable entrecomillar sus comentarios y tener en cuenta que estos no nacen de un conocimiento técnico u objetivo de esa realidad, sino de una experiencia subjetiva. Y, dado que no existen respuestas universalmente válidas en el duelo, tampoco hay consejos universalmente válidos.

Es bueno distinguir la opinión profesional de la opinión personal. No es lo mismo el consejo de un técnico que el consejo de un amigo. En estas circunstancias siempre es más fiable el consejo del técnico y, de hecho, existen "técnicos" del duelo, es decir, psicólogos expertos en terapia de duelo que, aunque no son infalibles, sí tienen una opinión formada y más compleja acerca de este proceso y su abordaje.

CAPÍTULO 1

¿POR QUÉ UNA GUÍA SOBRE EL DUELO?



Generalmente la persona que atraviesa un proceso de duelo acude al profesional socio-sanitario sintiéndose vulnerable, desorientada, herida... con muchas dudas acerca del proceso, del dolor y, en ocasiones, con un duelo bloqueado o enmascarado. ¿Cómo actuar correctamente, desde la vocación de ayuda, ante esta demanda cada vez más frecuente?

Es una percepción cada vez más generalizada que en nuestra sociedad la muerte no está bien vista: se oculta, se medicaliza y se transforma en un proceso técnico. Dicha tecnificación se convierte en una defensa, un amortiguador del dolor y de la realidad. En las sociedades industrializadas avanzadas, cada vez es más difícil aceptar o convivir con la mera idea de la muerte (Gala, Lupiani, Raja, Guillén, González, Villaverde et al., 2002). Sin embargo, la muerte es la más absoluta de todas las certezas. Y, aunque evitemos pensar en ella, el familiar del enfermo, el enfermo paliativo, el doliente... siguen necesitando ayuda, acompañamiento, comprensión y espacio para dolerse.

En el pasado las redes familiares y comunitarias, que solían ser más extensas, solían cubrir esta necesidad básica y ofrecían el apoyo necesario al doliente. Pero actualmente la sociedad tiende a distraer, evitar o negar este espacio, es decir, tiende a "protegerse" del dolor, por lo que el doliente opta por recurrir cada vez más al profesional sanitario (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008). Es de suponer que esta tendencia va a seguir aumentando naturalmente, por eso, los profesionales socio-sanitarios que estén en contacto con dolientes necesitarán conocer el camino del duelo para ofrecerles una ayuda adecuada.

1.1. Reflexiones en torno al duelo

Hablar del duelo implica necesariamente hablar de la pérdida. Esto puede parecer una obviedad, pero no lo es. Sólo vivirá un duelo quien sufra una pérdida: quien nada tiene, nada pierde. El duelo tiene lugar cuando perdemos algo o a alguien a quien hemos amado mucho. Perderlo implica haberlo tenido, haberlo disfrutado. Algunos encuentran consuelo en la idea de que el duelo es el precio que pagamos por haber amado.

Para hablar del duelo es imprescindible reflexionar sobre la necesidad de vincularse y apegarse que tiene el ser humano. El vínculo es el punto de partida de todo proceso de duelo. A menudo, el modo en que nos hemos vinculado vitalmente a una persona y el tipo de apego que hemos desarrollado con ese ser querido concreto permite predecir el tipo de respuesta que daremos al proceso de duelo cuando fallezca.

Otro tema casi filosófico sobre el que reflexionar es la tolerancia que cada persona tiene a la ausencia. Incluso estando en relación, hay "espacios" que resultan inconquistables y que no son susceptibles de fundirse con el "otro". Hasta en las relaciones más estrechas existe un margen que sigue perteneciendo al individuo, más allá de la pareja o de la relación de amistad.

En ese sentido, hay momentos o experiencias ante las que nos encontramos solos. Todos tenemos que enfrentarnos en algún momento a esa sensación de vacío. Hay quien acoge gustosamente ese espacio, e incluso lo conquista y lo defiende, y hay a quien le produce un gran temor. Quienes nos dedicamos a acompañar a personas en duelo, tenemos que haber atravesado previamente esta experiencia con éxito para así poder reflexionar sobre ella con nuestros pacientes.

El "vacío" no es un concepto fácil de explicar o de gestionar. Irving Yalom, psicólogo existencialista, lo aborda de manera magistral en la película "La cura de Yalom" (2014): en ella plantea la necesidad de exponerse a ese "vacío" o ese espacio íntimo al que sólo cada persona puede acceder. Puede ser un lugar donde cultivar nuestros talentos o nuestros hobbies -algo así como nuestro nicho privado-, o puede ser un espacio en el que sentir con toda la crudeza el abismo de la soledad con la que nace y muere cada ser humano.

Superar ese vacío para transformarlo en un espacio de recreo y disfrute constituye un reto. Ahí es hacia donde debe dirigirse toda terapia. Pero esto no será posible si el conductor de la terapia no lo ha conseguido primero. El espacio terapéutico se convierte de esta manera en el ensayo de esta realidad. A esto responde la necesidad de que las sesiones de terapia de duelo sean semanales (conquistar el vacío entre sesiones).

Con esta revisión de la Guía de Duelo Adulto queremos dar respuesta a las preguntas que nos han ido formulando nuestros pacientes a lo largo de los últimos años. Son preguntas reales que nacen de la experiencia, del contacto cercano con el duelo como vivencia, como ausencia o vacío. El filósofo griego Sócrates planteaba el conocimiento como un parto y concebía el aprendizaje a partir de diálogos en forma de preguntas y respuestas. Esta reedición pretende formular las preguntas adecuadas para encontrar el sentido a las respuestas más habituales, porque el duelo está lleno de preguntas sin resolver y porque, tanto para el doliente como para su entorno, resulta fundamental poner palabras a esas incógnitas.

En ocasiones las respuestas son universalmente válidas y, en otras, cada uno se dará su propia respuesta. Estas preguntas proceden de las cuestiones que se han planteado las personas a las que hemos atendido en valoraciones, en terapias individuales o de grupo; los profesionales a los que hemos formado; o simplemente quienes nos han consultado sus dudas a través de internet, por teléfono o presencialmente. Por eso, este manual es fundamentalmente práctico.

Hemos recogido las reflexiones surgidas a lo largo de los casi quince años que llevamos trabajando como expertos en duelo. Nuestras sesiones consisten en acompañar a personas que están viviendo este proceso, desde la escucha a sus preguntas e inquietudes. Juntos establecemos un diálogo en el que reflexionamos acerca de todo aquello que les está sucediendo y el sentido que tiene. Así, tratamos de que comprendan lo que están viviendo, pero al mismo tiempo manejamos y nos aproximamos a una realidad que es dolorosa, dándole un espacio que libera la fuerza de todas las emociones que encierra el duelo.

Hay dolientes a los que el diálogo les alivia por lo que tiene de intelectual, de trabajo con la parte más racional del proceso. Hay a quien la terapia le sirve para comprobar que existe un espacio donde su duelo no genera rechazo ni produce más dolor, sino que se deshace o se evapora. El duelo necesita que le demos un espacio, que le demos un nombre, y nosotros se lo damos a través del diálogo. En el transcurso de nuestras conversaciones es donde surgen estas preguntas y sus respuestas.

1.2 ¿Por qué es necesaria una guía de duelo para el profesional socio-sanitario?

Estudios recientes han revelado que un tercio de los casos que se atienden en las consultas de Atención Primaria tiene un origen psicológico. De estos casos, una cuarta parte se identifica como resultado de algún tipo de pérdida (Bayes, 2001).

Por otro lado, se considera que el duelo puede ser una causa de morbimortalidad e hiperfrecuenciación en Atención Primaria (Lacasta y De Luis, 2002) y se calcula que la tasa promedio anual de consultas al centro de salud es un 80% más alta entre los dolientes (García, Landa, Trigueros y Gaminde, 2005). Diversos estudios, muchos de ellos ya clásicos, confirman estos datos (Prigerson, 1997; Martikainen y Walkonene, 1996; Parkes, 1964). Todas estas cifras ponen de manifiesto, por una parte, que el doliente acude al profesional socio-sanitario en busca de ayuda y, por otra, que el duelo puede tener complicaciones a nivel psicológico, físico y social.

Entre las posibles complicaciones físicas recogidas en múltiples estudios encontramos que el riesgo de depresión en las personas viudas se multiplica por cuatro durante el primer año (Zisook y Shuchter, 1991) mientras que casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia (Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman et al., 1990); aumenta el abuso de alcohol (Madison y Viola, 1968) y el 50% de las viudas utiliza algún psicofármaco durante los primeros 18 meses (Parkes, 1964). Además, entre el 10-34% de los dolientes desarrolla un duelo patológico (Jacobs, 1999) y se incrementa el riesgo de muerte (principalmente a causa de eventos cardíacos y suicidio). De hecho, los viudos tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año de viudez (Kaprio, Koskenvuo y Rita, 1987).

Estas son algunas de las posibles complicaciones del duelo a nivel físico, tal vez las más serias, pero en mi experiencia también es frecuente que el doliente exprese diversas quejas somáticas: sensaciones físicas parecidas a las que experimentaba el fallecido, miedo a la enfermedad, o sensaciones de agotamiento y ahogo.

El duelo es un proceso social y como tal, el hecho de sentir apoyo, así como poder verbalizar y compartir la experiencia, resulta fundamental para su resolución. Sin embargo, la sociedad actual puede ejercer su influencia en sentido contrario (Tizón, 2004) es decir, forzando al doliente a recuperarse enseguida, a distraerse, a evitar el contacto con el dolor o las lágrimas, provocando que el proceso se inhiba y se complique.

En resumen, una correcta elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física y mental del individuo (Portillo, Martín y Alberto, 2002).

Como ya hemos comentado anteriormente, nuestra sociedad cada vez se siente más bloqueada frente a la enfermedad, el dolor y la muerte. Los profesionales socio-sanitarios, como participantes de la sociedad, no están al margen de esta tendencia. Diversos estudios ponen de manifiesto determinadas actitudes en el profesional del medio hospitalario: no querer nombrar la muerte, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y la no verbal, o un aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva (Gala et al., 2002). Detrás de estas actitudes se oculta el temor de los profesionales socio-sanitarios, el reflejo de sus propios miedos y su preocupación a provocar en el paciente una reacción emocional perjudicial.



Los profesionales socio-sanitarios que asisten a personas en situación de dolor, duelo o enfermedad se enfrentan a vivencias de gran intensidad emocional, que pueden implicar un alto grado de estrés e incertidumbre (Rothschild, 2009). En un intento de liberar brevemente de ese dolor abrasador a la persona afectada, el profesional puede caer fácilmente en el error de fomentar actitudes que evitan el dolor (p.e., medicar en exceso, etc.). A menudo tiende a buscar una solución que alivie y resuelva mágicamente el dolor del paciente, frustrándose si ve que éste no mejora de un encuentro a otro, o tras un período de tiempo "razonable". El desconocimiento del camino del duelo por parte del profesional puede llevar a que se exija a sí mismo y al doliente unas metas prácticamente inalcanzables.

Mientras el profesional socio-sanitario lidia en su interior con estas tendencias confusas y contradictorias, debido a su actitud el doliente puede experimentar -mi experiencia clínica- una sensación de abandono, así como una mayor soledad y confusión.

Por otro lado, datos de estudios recientes han puesto de manifiesto cómo la intervención terapéutica eficaz disminuye la desesperanza, la depresión y la ansiedad. Igualmente, existen evidencias de la importancia que tiene para los pacientes el apoyo psicológico de los sanitarios durante los últimos momentos de la enfermedad y su incidencia en la evolución posterior del duelo de la familia. La interven-

ción que haga el profesional socio-sanitario en cualquiera de las fases del proceso de muerte va a influir directamente en la evolución posterior del duelo.

Al proporcionar al profesional socio-sanitario formación sobre cómo afrontar el duelo y sobre cómo manejar el dolor y la muerte, le dotaremos de herramientas para afrontar -desde su vocación de ayuda- estas situaciones de gran intensidad emocional. Además, estos recursos constituyen un apoyo fundamental para los profesionales, ya que a menudo contribuyen a prevenir el estrés asistencial al mejorar el trato con el paciente y la familia.

Si bien es imprescindible (en el caso de otras profesiones del ámbito de la ayuda y los cuidados) el uso de la tecnología o de los protocolos, esto resulta insuficiente si pretendemos ofrecer una respuesta eficaz, efectiva y eficiente ante las situaciones de crisis. En este contexto, Chochinov (2009) acuña el término "Cuidado centrado en el paciente", en el que se potencian la comunicación y el abordaje emocional en las relaciones de ayuda.

Todos estos puntos respaldan la necesidad de proporcionar una mayor formación en duelo, tanto a nivel de acompañamiento como de terapia. Con esta guía queremos responder a una necesidad presente tanto en la sociedad como en el entorno de los profesionales socio-sanitarios, que deben afrontar en su día a día situaciones de muerte, dolor y enfermedad. Cuanto mejor preparado esté el profesional, mejor podrá acompañar al paciente y a su familia en el proceso de enfermedad, pérdida y duelo (Gómez, 2000).

A lo largo de este libro vamos a ir recorriendo el camino del duelo; un proceso muy personal con muchas curvas, obstáculos y cuestas. Por eso, el profesional que se acerque a este mundo necesita tener unas cuantas certezas acerca de cómo es el duelo para poder acompañar al doliente de forma satisfactoria, dándole libertad de movimiento para que elija resolver el proceso a su manera.

Queremos que este manual resulte útil a cualquier nivel de intervención: ya sea en acompañamiento, asesoramiento o terapia (Worden, 2013). Las diferencias entre cada nivel son las siguientes:

- **Terapia:** La meta de la terapia es identificar y resolver los conflictos que impiden completar las tareas del duelo a personas cuyo duelo no aparece, se retrasa, es excesivo o prolongado. Es decir: que sufren lo que conocemos como duelo complicado. La terapia la llevará a cabo un psicólogo experto en duelo.

- **Asesoramiento:** El objetivo del asesoramiento es facilitar a la persona la resolución de las tareas del duelo reciente, para que su proceso finalice con éxito. Lo realizan profesionales socio-sanitarios formados en duelo, aunque también existen lugares donde esta labor es asumida por voluntarios que han atravesado circunstancias similares.
- **Acompañamiento:** El fin del acompañamiento es permanecer al lado de la persona que sufre dolor por la pérdida reciente de un ser querido, escuchar su dolor y validarlo: darle tiempo para la expresión emocional. De esto se encargan los profesionales que están en contacto puntual con personas en situación de duelo agudo, como los trabajadores de los tanatorios o los profesionales de urgencias.

Sea cual sea el nivel de intervención en el que se encuentre el profesional, el marco general de intervención indicado para la experiencia de duelo es el asesoramiento o *counselling* (Gómez, 2000). El profesional que trabaje desde este marco asume la responsabilidad de saber escucharse a sí mismo -su comportamiento refleja su estado interior-, de comprender al otro sin juzgarlo, de abrirse a la experiencia del otro, aceptarle y facilitarle la comunicación consigo mismo. El *counselling* ofrece un marco de apertura, comprensión y aceptación muy propicio para que el doliente pueda recorrer con libertad su propio camino del duelo.

Los objetivos generales de la intervención ante el duelo, según William Worden (1997) son:

- Ayudar a la persona a que acepte la realidad de la pérdida.
- Ayudar a elaborar las emociones y el dolor que implica la pérdida.
- Ayudar al doliente a adaptarse al mundo ahora que el fallecido ya no está.
- Y, por último, ayudarle a recolocar psico-emocionalmente al fallecido.

Para conseguir estos objetivos, proponemos una serie de principios generales que pueden orientar la intervención:

- Hablar de la muerte (y de todo lo relativo a ella) ayuda y alivia.
- No existe un duelo igual a otro. Sólo nuestra escucha atenta nos ayudará a descubrir las claves de cada proceso.



El profesional tiene un papel relevante en la modulación del proceso, detectando los casos patológicos y ofreciendo orientación

- Fomentar la expresión de las emociones y el dolor.
- Explicar en líneas generales en qué consiste el proceso de duelo facilita que la persona se sitúe dentro de él y no se sienta tan perdida.
- Ayudar a dar respuesta a las preguntas que sí la tienen.
- Fomentar la reconstrucción del mundo personal de significados tras la pérdida (valores, creencias, la propia identidad, etc.). El duelo nos da la oportunidad de actualizar o reconstruir nuestro mundo interior.

Todos estos principios tienen el fin de actualizar ciertos conceptos, modificar otros e incorporar algunos nuevos. Y la experiencia nos ha enseñado que lo que quieren las personas que se acercan a la Fundación pidiendo ayuda son, fundamentalmente, respuestas a preguntas racionales y no tan racionales.

Queremos que el médico de Atención Primaria, la enfermera, el trabajador social -todos aquellos profesionales que detectan el duelo en un primer nivel- puedan brindarles una respuesta correcta y suficiente, que en un principio

sirva de consuelo a sus pacientes. Es muy posible que así se reduzca drásticamente la necesidad de una atención clínica al duelo. Y, en caso de que no sea suficiente, esperamos que encuentren en esta guía herramientas útiles para identificar esos casos que necesitan una atención específica y, así, poder derivarlos adecuadamente.

Esta nueva edición de la Guía del Duelo Adulto tiene la novedad de que es más concreta y práctica, porque cada una de las palabras que contiene están dirigidas a aliviar el sufrimiento de personas en duelo, tomando como único punto de partida nuestra experiencia clínica.

Esta guía no acaba en la última página, sino que continúa a través de las reflexiones que esperamos sembrar en todos sus lectores. Es un manual vivo. Sin duda, las preguntas que contiene no agotan todo el conocimiento del duelo, pero tampoco lo pretende. Ojalá las respuestas y reflexiones que planteamos en este manual te sirvan de alivio y guía.



RECORDAR

- El duelo es el proceso natural que se da cuando perdemos algo o a alguien a quien hemos amado mucho.
- Un tercio de los casos que se atienden en las consultas de Atención Primaria tiene un origen psicológico.
- Para poder atender y acompañar al doliente de forma satisfactoria, el profesional socio-sanitario necesita tener varias certezas sobre este proceso a las que trataremos de dar respuesta en esta guía.

CAPÍTULO 2

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES QUE SE HACEN
LAS PERSONAS EN DUELO Y SU ENTORNO



Una conocida cita de Mario Benedetti reza: *"Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas"*. Ese es el fenómeno que tiene lugar cuando estamos en duelo.

Las respuestas no agotan la necesidad de comprensión que tenemos los seres humanos, sino que sirven para generar la inercia que nos impulsa a la reflexión y la introspección. Cada pregunta genera una nueva, en una sucesión que conduce a un conocimiento más profundo del duelo y de uno mismo.

A continuación, hemos tratado de enumerar las principales preguntas a las que hemos tenido que ir respondiendo a lo largo de todos estos años:

2.1 ¿Qué certezas tenemos sobre el duelo?

Existen pocas certezas en relación al proceso de duelo. Una de ellas es que implica dolor. La palabra duelo procede del latín "dolus", que significa dolor. Esto es significativo, porque el dolor es un aspecto fundamental en este proceso. Si no implica dolor, sabemos que no es duelo. Casi todas las reacciones frente al dolor son adaptativas y la forma que adopta el dolor en cada persona puede variar enormemente.

Otra de las certezas que tenemos es que no existen universalidades en torno al duelo. Existen generalidades que pueden guiarnos, pero no hay ningún factor que sea universalmente válido. Por este motivo, es necesario analizar el duelo caso a caso, pues lo que es válido para una persona puede no serlo para otra. Resulta tremendamente liberador para el doliente saber que no existen universalidades en el duelo, porque así no tiene que ajustarse a una vivencia o a una reacción concreta que otros dan por buena, sino que casi cualquier reacción tiene cabida.

2.2 ¿Es normal lo que me está ocurriendo?

Si hubiera que ordenar por importancia las preguntas que se hacen los dolientes, ésta sería la primera. La principal inquietud de una persona que atraviesa un duelo es saber si lo que le está ocurriendo es normal. El dolor ante la pérdida es tan intenso, que a veces el doliente puede llegar a pensar que se está volviendo loco. Parte del trabajo terapéutico consistirá en validar y legitimar las reacciones que un doliente puede atravesar ante la muerte de un ser querido. En mi experiencia, el abanico de reacciones que son normales ante el dolor es amplísimo.

En el fondo, esta preocupación está relacionada con la percepción de "estar haciéndolo bien o mal". Partimos de la falsa creencia de que existe una forma correcta o incorrecta de elaborar el duelo. Pero lo cierto es que cada persona

hace lo que puede, reacciona con los recursos que tiene. Los pacientes que nos consultan tienen mucho interés en hacerlo bien, en no añadir más sufrimiento o una patología al dolor que ya sienten. Por eso, el hecho de saber que lo que les está ocurriendo es normal es una fuente de tranquilidad para ellos y les conforta.

Ahora bien, la normalidad es una cuestión puramente estadística. No existe la normalidad en términos objetivos, sino tan sólo en relación a una sociedad o a un entorno, siempre en comparación con algo. Este dato es importante en la terapia, así como en este tipo de consultas que nos hacen redefinir el concepto de normalidad. La razón es que, si nos atenemos a lo que nos marca el criterio estadístico, algunas reacciones de duelo que parecen atípicas o estridentes son normales si las explicamos o las enmarcamos en un contexto concreto. Por ejemplo: que a una persona le duela un pie, en abstracto, puede ser raro o patológico, pero si antes ha sufrido un golpe o se le ha caído algo encima, el dolor es perfectamente normal. Esto no implica que haya que desatender ese dolor, pero sí lo normaliza.

Si tomamos como ejemplo la experiencia del duelo, hay que analizar las reacciones de cada persona teniendo en cuenta su contexto. Es decir: si una persona es extremadamente tímida hará un duelo tímido y esto será normal; mientras que, si es una persona tremendamente melancólica, hará un duelo especialmente melancólico. Las características y las reacciones del duelo no se pueden analizar al margen del individuo. El duelo se suma a lo que una persona ya es, de forma que las experiencias previas o la personalidad del doliente marcarán y delimitarán el modo "normal" con el que cada uno se enfrenta al duelo. Nuestro trabajo es despatologizar las reacciones del duelo: en primer lugar, porque casi todas son normales y, en segundo lugar, porque muchas de las que no son estadísticamente normales, sí lo son al enmarcarlas en su contexto.

La primera tarea del "acompañante" en duelo ha de ser tranquilizar y normalizar. Para poder hacer esto, es imprescindible creérselo. No podemos decir algo si no nos lo creemos nosotros mismos. Asimismo, tenemos que distinguir las reacciones normales de las que no lo son y ser capaces de explicar y comprender cada reacción en un contexto determinado.

Si el contexto permite explicar la reacción, entonces la reacción es normal. Si el contexto no le da sentido, entonces no lo es.

2.3 ¿Cuánto tiempo dura el duelo?

Esta es una de las preguntas que más inquietud genera entre los dolientes. Existe una creencia muy extendida, según la cual el duelo dura un año y todo aquel proceso que dure más se considera que tiene tintes patológicos. Pero, en realidad, no existe un plazo concreto para elaborar el duelo, cada persona requiere de diferentes tiempos, de modo que enmarcar el duelo en un periodo exacto sólo sirve para añadir presión al proceso.

Es probable que esa arraigada creencia que fija en un año la duración del duelo guarde relación con el luto que guardaban las mujeres viudas a principios del siglo XX. Una vez desaparece la obligatoriedad del luto, el proceso queda sin normas que establezcan un marco o un límite.

El tiempo es uno de los componentes fundamentales del duelo. Sin embargo, éste no es el ingrediente fundamental de la ecuación, sino tan sólo una parte de la misma. En realidad, lo que determina que el duelo se supere o no es lo que cada persona haga con su tiempo.

A lo largo de todo el proceso de duelo hay numerosas micro-decisiones que el doliente debe tomar:

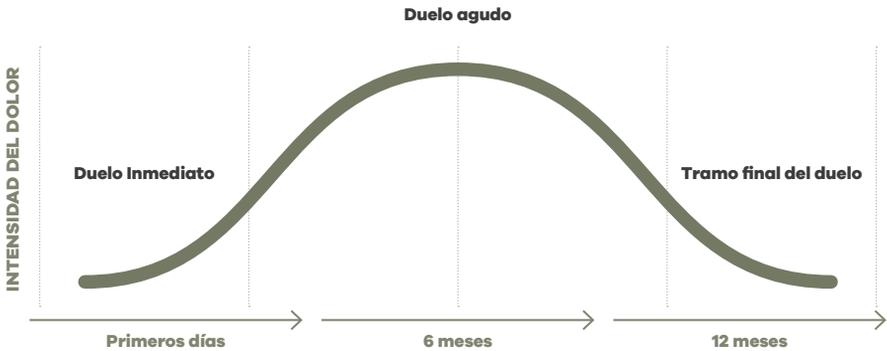
- ¿Ir a terapia o no?
- ¿Intentar vivir el duelo o encapsularlo?
- ¿Pedir ayuda al entorno o no hacerlo?
- ¿Pedir la baja o no?

El duelo es un proceso activo. Por eso, poner el dolor a merced del paso del tiempo desprotege al doliente y lo deja sin recursos ni opciones para manejar el proceso, ya que sólo se limita a esperar. Si la resolución del duelo fuera así de sencilla, los psiquiatras recetarían tiempo en lugar de medicación. Pero lo único que hace el tiempo es poner distancia frente a un hecho doloroso. Si el doliente se limita a esperar, el duelo no se resuelve y el dolor no desaparece.

Cuando muere un ser querido, es habitual escuchar al entorno de los dolientes pronunciar esta frase hecha: "El tiempo lo cura todo", pero esto es radicalmente falso. El tiempo sirve como amortiguador, pero no cura nada. El paso del tiempo sólo nos hace más mayores.

Una de las generalidades que conocemos del duelo es que, al representarlo gráficamente, el proceso describe una Campana de Gauss. Se trata de un gráfico que contiene dos ejes: uno representa el nivel de dolor y el otro, el paso del tiempo (Parkes, 1964).

Generalmente el dolor es menor en los primeros momentos del duelo -coincidiendo con la necesidad de reducir el impacto producido por la muerte- y va creciendo a medida que pasa el tiempo y la persona comienza a darse cuenta de todo lo que implica la pérdida del ser querido. Habitualmente el punto álgido se produce en torno a los seis o siete meses después de la muerte y es lo que conocemos como duelo agudo. (Parkes, 1964)

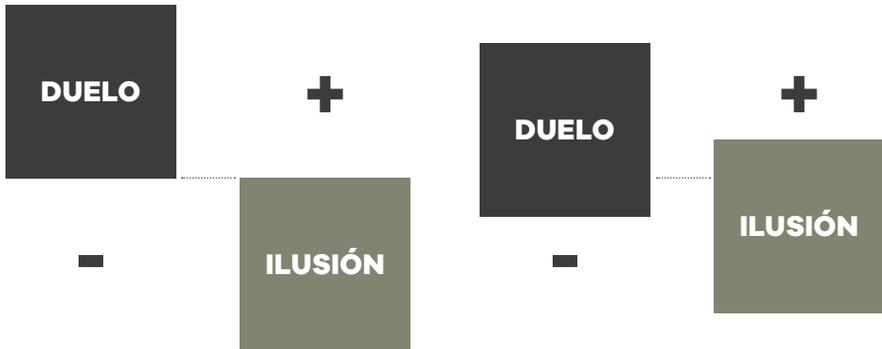


2.4 ¿Por qué no tengo ilusión?

Muchos dolientes se asustan al percibir que no sienten ilusión por nada, que se encuentran apáticos. Sin embargo, esto es absolutamente normal, ya que el dolor es incompatible con la ilusión. Mientras el duelo dure, es normal que la ilusión no exista y cualquier intento de ilusionarse por parte del doliente va a producir mucha frustración.

El dolor y la ilusión tienen una relación inversamente proporcional (Duró, 1998): a más dolor, menos ilusión y viceversa. Es habitual que el entorno del doliente busque paliar su dolor animándole a realizar actividades placenteras, pero con frecuencia no habrá una conexión auténtica con la ilusión, dado que son incompatibles.

Lo que sí se puede hacer es intentar que el nivel de dolor baje facilitando el desahogo.



2.5 ¿Cuándo es necesario ir a terapia de duelo?

Una de las claves que indican la necesidad de acudir a terapia es el hecho de sentir que el proceso no avanza, que las sensaciones no han variado ni en duración ni en intensidad durante cuatro o cinco meses. Los cambios indican que el proceso está vivo, mientras que la ausencia de estos apunta a que existe un bloqueo que hay que atender en terapia.

A veces la terapia le sirve al doliente para mitigar o aliviar una angustia insoponible, o para desahogarse y vaciarse cuando no puede hablar de sus emociones con su familia y su entorno. También es útil cuando se quiere buscar un significado profundo a la pérdida, darle un sentido a la vida o cuando las creencias sobre las que ésta se asentaba han quedado arrasadas por la muerte del ser querido.

Aún en estas circunstancias, la decisión de ir a terapia es algo subjetivo que cada doliente debe reconocer en sí mismo. No hay que acudir a terapia por "recomendación de", sino porque uno siente que la necesita. El reconocimiento de esa necesidad, certero o no, es el inicio del proceso.

Cuando uno acude a terapia sin estar convencido por recomendación del médico o de un amigo, la motivación para seguir asistiendo es pequeña y, ante cualquier contrariedad, el paciente abandonará la terapia, quemando un recurso que en otras circunstancias podría haber sido útil.



El inicio de la terapia tiene que darse en el momento adecuado, una vez que el doliente se sienta preparado, ya que cada persona tiene su momento para comenzar un proceso terapéutico.

2.6 ¿Quién puede impartir terapia de duelo?

La terapia de duelo como tal sólo debería ser impartida por un experto en duelo, ya sea un psicólogo clínico o un médico terapeuta.

Al margen de esto, existen ayudas que pueden darse de manera puntual. Por ejemplo, un médico de Atención Primaria puede ofrecer un tratamiento para el control de los síntomas "floridos" durante el proceso de duelo; o un psiquiatra puede ofrecer apoyo farmacológico cuando el proceso se complica.

Habitualmente esto último se emplea como una ayuda provisional para reducir los niveles de angustia, y favorecer el sueño y el descanso.

2.7 ¿Qué tipos de terapias existen?

Existen multitud de ofertas terapéuticas válidas para gestionar el duelo. Por un lado, tenemos la opción médico-psiquiátrica, que lleva a cabo un control de la parte más física del proceso y puede complementarse con una terapia convencional. Asimismo, dentro de la terapia convencional, existe la terapia en formato individual o en formato grupal.

La terapia grupal es muy poderosa, dado que al poder de la terapia en sí se une toda la energía del grupo. A su vez, la terapia individual va dirigida a personas que no desean participar en el grupo, ya sea por timidez, por pudor, o porque la persona se siente muy invadida y necesita trabajar algunos aspectos de sí misma o del duelo antes de poder seguir una terapia grupal, entre otros motivos. Un ejemplo sería el duelo traumático, que es más sencillo de trabajar en terapia individual que grupal.

Cada una de las distintas orientaciones psicológicas aporta algo diferente al doliente y todas ellas promueven la elaboración del duelo. Cada profesional o paciente debe escoger la que se adapte mejor a sus necesidades. En mi opinión, la más adecuada es la terapia centrada en la persona, cuya eficacia está avalada por numerosos estudios.

Considero que el deseo de ayudar está en el ADN del ser humano y cada uno lo hace desde donde mejor sabe. Lo que yo he ido encontrando es que también existen técnicas no científicas como el yoga, la meditación, la acupuntura, la homeopatía o la hipnosis, a las que recurren muchos dolientes y a las que no me atrevo a restar valor dado que parece que funcionan. Cada quien encontrará su camino.

2.8 ¿Cuándo y dónde derivar?

Es importante contar con un listado de profesionales a los que poder derivar a un paciente cuando sea necesario. Cada profesional socio-sanitario es responsable de "generar" esa lista, para así poder derivar casos a otros profesionales en los que confíe y con quienes pueda establecer colaboraciones para trabajar en red.

2.9 ¿Por qué es necesario conocer el proceso de duelo?

Según las estadísticas cada fallecimiento puede afectar hasta a diez personas y se calcula que en torno al 10% de los dolientes atravesará un duelo complicado, con implicaciones severas para su salud física y psicológica (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2007).

En 2017 fallecieron en España un total de 424.053 habitantes. De esta cifra se estima que sólo en 2017 había en nuestro país alrededor de cuatro millones de personas en duelo, de las cuales unas 420.000 estarían atravesado un duelo complicado. Esto nos sitúa ante un número muy importante de personas que necesitan ayuda.

Estudios recientes han revelado que un tercio de los casos atendidos en las consultas de Atención Primaria tiene un origen psicológico. De estos casos, una cuarta parte se identifica como resultado de algún tipo de pérdida (Bayes, 2001). Se considera que el duelo puede ser una causa de morbimortalidad e hiperfrecuenciación en Atención Primaria (Lacasta y De Luis, 2002) y se calcula que la tasa promedio anual de consultas al centro de salud es un 80% más alta en los dolientes (García, Landa, Trigueros y Gaminde, 2005). Diversos estudios, muchos de ellos ya clásicos, confirman estos datos (Prigerson, 1997; Martikainen y Walkonene, 1996; Parkes, 1964).

Todas estas cifras ponen de manifiesto que el doliente acude a los profesionales socio-sanitarios en busca de ayuda y, además, que el duelo puede tener complicaciones a nivel psicológico, físico y social.

Entre las posibles complicaciones físicas recogidas en múltiples estudios encontramos que el riesgo de depresión en las personas viudas se multiplica por cuatro durante el primer año (Zisook y Shuchter, 1991), mientras que casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia (Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman et al., 1990); aumenta el abuso de alcohol (Madison y Viola, 1968) y el 50% de las viudas utiliza algún psicofármaco durante los primeros dieciocho meses (Parkes, 1964). Además, entre el 10% y el 34% de los dolientes desarrolla un duelo patológico (Jacobs, 1999) y se incrementa el riesgo de muerte (principalmente a causa de eventos cardíacos y suicidio). De hecho, los viudos tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año (Kaprio, Koskenvuo y Rita, 1987).

La primera tarea
del acompañante de
duelo ha de ser
tranquilizar y
normalizar



Estas son algunas de las posibles complicaciones a nivel físico, tal vez las más serias, pero también es frecuente que el doliente exprese diversas quejas somáticas: sensaciones físicas parecidas a las que experimentaba el fallecido, miedo a la enfermedad, sensaciones de agotamiento y ahogo.

Aunque el duelo es un proceso adaptativo normal, en ocasiones se complica a nivel psicológico, provocando que el dolor se retrase, se inhiba o se enmascare (Rando, 1993). En esos casos, reacciones normales como sentirse deprimido o sentir ansiedad pueden transformarse en desesperación, sensación de indefensión ante la vida, depresión clínica y trastornos derivados de la ansiedad, como actitudes fóbicas y pensamientos obsesivos.

El duelo es un proceso social y, como tal, el hecho de sentir apoyo y poder verbalizar y compartir la experiencia va a ser fundamental para su resolución. Sin embargo, la sociedad actual puede ejercer su influencia en sentido contrario, es decir, forzando al doliente a estar bien enseguida, a distraerse, a evitar el contacto con el dolor o las lágrimas, provocando que el proceso se inhiba y se complique.

En resumen, una correcta elaboración del duelo resulta fundamental para la buena salud física y mental del individuo (Portillo, Martín y Alberto, 2002).

Ya hemos justificado la importancia del proceso de duelo. Pero para elaborar este proceso adecuadamente es muy útil contar con una teoría que proporcione al profesional una comprensión más profunda del proceso que está atravesando el paciente y, al mismo tiempo, proporcione al doliente una mayor sensación de control sobre lo que le está pasando, además de una percha sobre la que ordenar sus sensaciones y darles un sentido.

2.10 Preguntas sin respuesta

Una de las grandes inquietudes del ser humano es responder a las incógnitas acerca de la muerte. Sin embargo, hay respuestas que nadie tiene, por eso estas preguntas son también una invitación para iniciar una comprensión más profunda de la pérdida, de su significado, del amor...

El intento de dar una respuesta concreta a esa búsqueda no podrá apagar la sed de saber, porque hay preguntas para las que no existe respuesta.

Por esta razón, cuando un paciente formula una de esas preguntas, debemos acompañar delicadamente la necesidad que se esconde tras la cuestión enunciada y dejar que sea el paciente quien encuentre su propia respuesta.

Debemos ser conscientes de que ni nosotros ni nadie tiene contestación para todas las preguntas. De lo contrario, la tentación de que los demás nos vean como expertos infalibles puede quebrar las intuiciones que nacen al hilo de estas inquietudes.

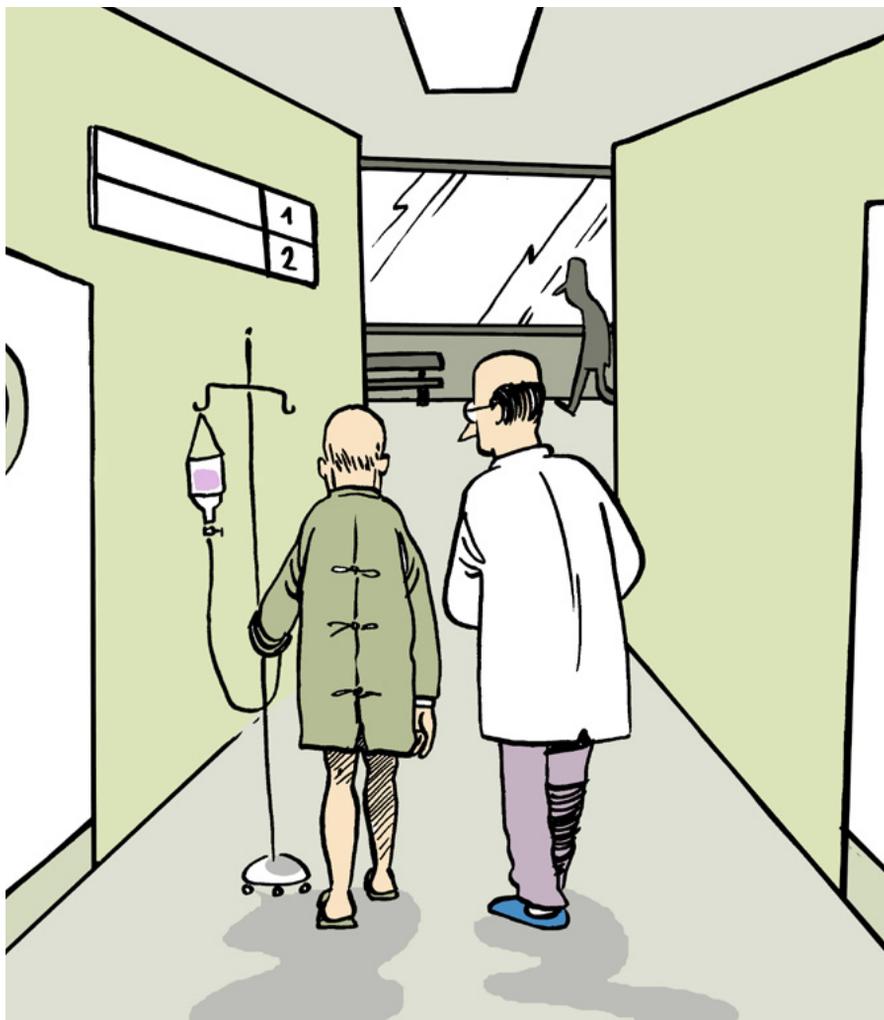


RECORDAR

- El dolor es un aspecto fundamental del duelo y la forma que adopta en cada persona puede variar enormemente.
- No existe una forma “correcta” ni “normal” de elaborar el duelo, el abanico de reacciones ante este proceso es inmenso.
- El duelo no tiene una duración determinada, cada doliente necesita tiempos distintos. Lo fundamental es lo que cada uno haga con su tiempo.
- La terapia es necesaria cuando se percibe un estancamiento del proceso y vemos que éste no avanza, pudiendo ayudar al doliente de múltiples maneras.

CAPÍTULO 3

LOS **NIVELES** DE INTERVENCIÓN DEL DUELO



Las herramientas más poderosas contra el dolor son el amor y la compasión de otros seres humanos, mientras que las reacciones frente al dolor son fundamentalmente dos: el alejamiento o el acercamiento. Esto es casi una obviedad, sólo existen estas dos posibilidades.

Estas posiciones se mantienen en función de la actitud que cada persona tenga hacia esta realidad. Cuando el dolor ajeno asusta, se produce un alejamiento: las personas que adoptan esta postura cambian de tema para no hablar de muerte delante del doliente, evitan profundizar en el significado de las emociones y sensaciones del otro, no saben cómo consolar o cómo acompañar el dolor y se sienten desbordadas frente a reacciones que habitualmente son normales y hasta saludables en este proceso. En el lado opuesto se encuentran los que no tienen tanto miedo al dolor ajeno y quieren ayudar.

Lo más común es que tanto un grupo como el otro tengan buenas intenciones, pero pocos recursos para afrontar situaciones tan complejas. Sólo podrán acercarse al dolor quienes no teman sus reacciones y creen firmemente que se puede superar. Los que no tengan esta convicción se acercarán al duelo desde actitudes paternalistas y sobreprotectoras, transmitiendo la idea de que este proceso es algo de lo que hay que protegerse y alejarse, porque es difícilmente superable.

3.1 ¿Cómo puedo proporcionar auxilios psicológicos básicos?

No existe un único modo de ayudar a una persona que ha sufrido una pérdida reciente. Cada uno reacciona como puede ante una situación que a menudo resulta desconcertante y muy intensa. Por eso, cuando acude ante nosotros una persona con un duelo reciente o inmediato, es útil disponer de una serie de pautas generales que podamos ir ajustando a las necesidades de cada doliente, ya que conocerlas nos permite brindar apoyo y consuelo con una mayor sensación de seguridad.

Existen al menos tres ingredientes que son imprescindibles en esa "coctelera" para aliviar el dolor:

Control de los síntomas y atención a los aspectos más físicos del duelo

Esta clave guarda relación con los síntomas o reacciones más comunes al dolor que entraña la pérdida. Nos referimos a reacciones como dolores de cabeza, mareos, cansancio, dificultad para conciliar el sueño o falta de apetito, entre otros.

El duelo es un proceso que tiene un enorme impacto en el ser humano y exige una gran cantidad de recursos para poder alcanzar el equilibrio que se pierde con la muerte del ser querido. Ese impacto a nivel emocional tiene un correlato físico (Gendlin, 1967) con una gran diversidad de sensaciones distintas que acompañan el proceso.

El duelo es un estresor de primer nivel para el individuo. Ese estrés mantenido de forma continuada en el tiempo es el que explica, al menos en parte, el correlato físico. En primera instancia, atender esta parte más biológica calma al doliente y le devuelve una cierta sensación de control sobre el duelo.

La persona más preparada para atender estos síntomas en estos primeros momentos es el médico de cabecera. Él es quien podrá supervisar y, en su caso, recetar alguna medicación que permita ajustar los ciclos de sueño y de descanso si fuera necesario, así como regular las medicaciones previas o, por ejemplo, las enfermedades que hayan quedado desatendidas durante la enfermedad del fallecido o durante buena parte del proceso de duelo.

Es fundamental regular adecuadamente la alimentación y el descanso del doliente. El duelo exige mucha energía y, para poder atravesarlo, es importante vigilar adecuadamente estos dos aspectos. Cualquier tipo de ayuda encaminada a atender estas necesidades ayudará a paliar los síntomas físicos más visibles.

La cercanía

En general el duelo es un proceso que se atraviesa en solitario, sin una guía ni indicaciones claras. En ese sentido, la pérdida del ser querido a veces trae consigo otras pérdidas: la pérdida de contacto con los amigos o conocidos, con los vecinos, con el entorno. Esto ocurre porque a dicho entorno no le suele resultar fácil atender las necesidades de un doliente, ni "soportar" el dolor ajeno, ya que el dolor puede llegar a producir miedo e incluso rechazo.

El aislamiento que provoca no sentirse comprendido ni validado puede intensificar el dolor del doliente por la pérdida del ser querido. Habitualmente la gente tiende a alejarse de lo que le produce dolor o sufrimiento y se acerca a lo que le produce placer. En el duelo se cumple este paradigma. Con frecuencia el entorno se asusta ante las reacciones del doliente y no tiene capacidad para hacerse cargo del dolor del otro.



Cuando esto sucede, la ayuda que le ofrece al doliente su círculo más cercano puede ser inadecuada, al prescribirle lo que en realidad necesitan ellos mismos: que no haya dolor, algo que es imposible en el duelo, pues su mero nombre significa dolor y sustraerse a esta emoción es imposible.

Otras veces, aunque el entorno esté preparado para afrontar el dolor del doliente, la percepción que tiene éste de la ayuda es que es insuficiente o no se adecúa a sus necesidades más apremiantes. En este contexto puede suceder que el doliente se perciba como una carga o como inadecuado, provocando un distanciamiento con su círculo más cercano.

Al final, ese distanciamiento parte de dos situaciones:

- El doliente se siente incomprendido y no sabe hacer entender a su entorno lo que necesita.
- El entorno no sabe cómo gestionar su dolor ni cómo ayudarlo.

Estas dos situaciones tienen un punto de encuentro en la comunicación: una comunicación abierta entre ambas partes puede ayudar a poner sobre la mesa lo que cada uno está dispuesto a hacer y lo que el otro necesita. Esta comunicación directa y honesta servirá al doliente para acercarse de nuevo a la gente de su entorno y para liberar su dolor, porque lo que cada persona necesita es distinto.

En esos momentos tan desconcertantes del duelo, una de las cosas más valoradas por el doliente es la cercanía de otra persona: sin invadir, sin sobreproteger, simplemente mostrándose disponible, haciendo ofrecimientos concretos, validando y normalizando el sentimiento que produce en cada uno la pérdida. Sólo otro ser humano puede calmar el dolor de una persona que se duele, porque somos seres sociales.

También es importante manejar la dualidad cercanía/lejanía, porque cuando la cercanía es excesiva, puede llegar a ser pernicioso. Todos necesitamos un espacio para ir asimilando lo que ha ocurrido, para sentir sin presiones. Cuando la cercanía se convierte en algo asfixiante, deja de ser útil. Por eso es fundamental atender al ritmo de cada doliente sin presionarle: permitir y fomentar que pueda hacerse cargo de lo que pueda. El difícil equilibrio que implica este baile hace que a veces sea difícil atender las necesidades de una persona en duelo, debido en gran medida a las limitaciones que cada uno arrastra.

Un aspecto poco contemplado del acompañamiento en duelo es la percepción que tiene cada sujeto de la ayuda que está recibiendo. Esto es fundamental, porque lo que importa es lo que percibe el doliente y no tanto la situación real. Puede darse el caso de personas que, estando muy acompañadas, se sientan solas y otras que, a pesar de contar con poco o ningún apoyo, sientan que han recibido más que suficiente. Esa es la diferencia entre el apoyo real recibido y el percibido, hay que atender al segundo, no al primero.

La esperanza

Resulta complicadísimo afrontar el dolor si lo que tenemos en mente es que va a durar para siempre. Por eso, es absolutamente imprescindible infundir esperanza en el paciente en duelo: una esperanza real de que el duelo se supera, de que el dolor se va deshaciendo. Hay que apoyar ese mensaje con datos con objetivos. La razón es que no se puede vivir sin esperanza, ya que el dolor desgasta mucho y no podemos pedirle de otra forma a un doliente que conviva con su dolor, que le deje un espacio o que no lo rechace.

En mi experiencia clínica, existen al menos tres argumentos que nos permiten afirmar que el ser humano está biológicamente preparado para superar el dolor:

1. A lo largo de nuestra historia, hemos vivido y resistido millones de pérdidas y las hemos superado. A pesar de todo, seguimos sobre la tierra como especie y no nos hemos extinguido.
2. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 90% de las personas que sufren la muerte de un ser querido atraviesa un duelo sano. El duelo sano, lógicamente, duele. Pero el dolor tiene una duración menor en el tiempo y, además, remite de una forma casi espontánea, sin hacer ningún esfuerzo. Es un tipo de duelo que no requiere atención terapéutica, psicológica o médica. Hay quien necesita más tiempo para superarlo y quien necesita menos, pero la gran mayoría de las personas supera el duelo. El porcentaje de personas que requieren ayuda para superarlo es muy pequeño en comparación con el número de personas que no la requiere.
3. La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) recoge una novedad en el anexo relativo a afecciones que requieren más estudio: el trastorno de duelo complejo resistente. Este describe de manera bastante pormenorizada un tipo de trastorno que afecta de manera global al individuo en su vida y que requiere, por tanto, atención psicológica y/o médica. Es importante reseñar que la prevalencia de este trastorno está entre el 2,4 y el 4,8%, lo que implica que la gran mayoría de las personas que vivan una pérdida podrán superarlo de una manera casi espontánea y un porcentaje "pequeño" de casos requerirán ayuda terapéutica, pero tanto unos como otros lo superan. Existe un porcentaje -que apenas roza el 1%- donde lamentablemente y por distintas razones tenemos que hablar de fracaso terapéutico. Para estos casos no existe una terapia puramente "curativa", pero sí existiría la posibilidad de hacer un acompañamiento emocional que sirva de alivio al doliente y combinarlo con una terapia farmacológica que controle los síntomas más intensos de ansiedad o angustia. Por todo ello, ateniéndonos a los criterios estadísticos y a los hechos, podemos afirmar categóricamente que el duelo se puede superar, con o sin ayuda y/o más tiempo.

Mensajes que pueden alimentar la esperanza:

- *"El dolor no dura para siempre".*
- *"No hubo noche, por oscura que fuera, que no amaneciera".*

- *"Esto también pasará".*
- *"Estás haciendo todo lo que está en tu mano, ahora sólo confía".*
- *"No estás solo con tu dolor, puedes pedir ayuda para lo que necesites. Donde no llegues tú, llegaré yo".*
- *"Otros antes que tú lo superaron y tú también lo harás".*
- *"Sé amable y compasivo contigo mismo, y el resto vendrá solo".*

Qué no hacer:

Ante el duelo de una persona no debemos dar nada por sentado, como si todos los duelos fuesen iguales. Esto, además de ser falso, resta importancia a la propia experiencia. Cada experiencia es única y cada dolor es distinto.

No hay que minimizar el dolor ajeno, o decir a la ligera que "ya se pasará". Tampoco debemos restar importancia a la muerte del ser querido para quitar dramatismo a la tragedia, con frases como: *"Por lo menos ya no sufre"*, *"Es lo mejor que le podía haber pasado"*, *"Ya no se podía hacer nada por él"*, *"Eres joven, te puedes volver a enamorar"*, *"Aún podéis tener otro hijo"...* Estas frases tan extendidas y escuchadas en los funerales suelen producir malestar, sensación de incompreensión y enfado en la mayor parte de los dolientes.

No hay que usar frases tópicas (de las películas, de las costumbres, de los hitos sociales) como:

- *"Te acompaño en el sentimiento".*
- *"Estoy aquí para lo que necesites".*
- *"No te preocupes, el tiempo lo cura todo".*
- *"Sólo se mueren los buenos".*

Es difícil sustraerse a los tópicos, porque son cómodos y permiten no pensar mucho. Son convenciones sociales que pretenden paliar el dolor cuando muere un ser querido, sean las circunstancias que sean. Sin embargo, el efecto final de los tópicos es que transmiten indiferencia, equiparan todas las vivencias. No expresan un sentimiento real específico (qué me genera a mí esta muerte concreta, en relación a esta persona concreta) sino que son frases hechas que, a fuerza de repetirlas, han perdido su significado. Lo que más valora un doliente



en estos momentos es la cercanía de un mensaje específico, aquel que nace del corazón y que busca arropar, consolar o al menos tener una comunicación honesta y real frente al dolor y la tragedia que ha supuesto la muerte.

3.2 ¿Quién puede ayudar en duelo?

Podríamos decir que casi cualquier persona puede acompañar o aportar consuelo a una persona que sufre: el dolor necesita testigos. Pero es importante distinguir la ayuda de la charlatanería y no abandonarse al “canto de sirenas” que a veces se ofrece desde la buena intención.

Existe mucho intrusismo en la terapia de duelo: casi todo el mundo se siente capacitado para dar consejos sobre el duelo, el sufrimiento o la muerte. Al ser un suceso que nos afecta a todos, es lógico que cada uno tenga una opinión. Pero, por otro lado, durante el duelo las personas son más vulnerables y fáciles de influenciar por cualquier grupo “exótico” que practique de manera poco convencional “técnicas no científicas” que perjudican al doliente.

Con este término no nos referimos a la homeopatía, la acupuntura o el reiki, sino a las técnicas que producen efectos yatrogénicos, que normalizan o potencian signos del duelo que no son sanos, por ejemplo, los grupos que buscan contactos espirituales poco ortodoxos o en el más allá.

Niveles de intervención

El hecho de que el duelo sea una experiencia universal contribuye también a que existan diferentes niveles de intervención. Desde lo más básico a lo más profesionalizado, los niveles serían:

- **Ayuda no profesional.** Es la que puede brindar el entorno más cercano: los amigos, la familia, los vecinos... apoyando, acompañando, ocupándose del bienestar de la persona en duelo en niveles concretos, la alimentación, las tareas de la casa, etc.
- **Ayuda profesional no especializada.** Hablamos de la ayuda que puede brindar al doliente el médico de Atención Primaria. No es una ayuda específica para atender el duelo, pero sí puede atender determinados síntomas comunes del proceso, como la angustia, el insomnio o la ansiedad. En este nivel también tiene relevancia el trabajador social o el enfermero, que pueden tener conocimientos sobre el abordaje del duelo por su contacto más frecuente con los pacientes y hacer un seguimiento más cercano.
- **Ayuda profesional especializada.** Hablamos de ayuda especializada cuando una persona acude a un servicio con el fin de recibir ayuda específica para el malestar que le provoca el duelo y lo recibe por parte de profesionales que se han formado para atender este proceso. En este nivel ya podemos hablar de terapia de duelo impartida por psicólogos expertos. Ellos serán quienes impartan la terapia, ya sea de forma individual o en grupo, en función de las necesidades de cada paciente.

3.3 ¿Cómo podemos medir el duelo?

El proceso de duelo es difícil de medir. No se puede evaluar con exactitud -como si se tratase de una radiografía-, para ver en qué punto se encuentra el proceso, es decir: si avanza o está bloqueado, cuánto y qué le falta para finalizar. Pero es importante que se dedique una parte de la terapia a evaluarlo, porque esta información actúa como un motivador externo.

Si no damos al doliente una estimación de su evolución, el proceso puede parecer infinito en el tiempo. Sin embargo, no existe un método al uso que permita al profesional discernir con precisión en qué punto del proceso se encuentra una persona. Parte de esta dificultad tiene que ver con lo que implica para cada sujeto el hecho de finalizar el proceso de duelo y, sobre todo, cuándo darlo por terminado.

En la edición anterior de esta guía, incorporábamos el Inventario de Texas Revisado, (Faschinbagger et al, 1977, 1981) más conocido por sus siglas ITRD. Este inventario consta de veintiún ítems y se autoadministra. El tiempo medio de administración son diez minutos. Sin embargo, en esta nueva edición no hemos incluido el cuestionario, porque consideramos que sobre-diagnosticaba el duelo complicado. Además, los dolientes no suelen estar motivados para rellenar escalas y los médicos de Atención Primaria no disponen de tiempo en consulta para abordar este tema con profundidad.

Aun así, existen medidas subjetivas que permiten estimar a grandes rasgos en qué punto del proceso se encuentra cada doliente, qué ha conseguido y qué le falta. Normalmente en mi práctica profesional utilizo lo que denomino “la mesa medidora”, que no es más que mi mesa de trabajo. Llegados a un punto de la terapia, le pido al paciente que imagine que uno de los extremos de la mesa es el inicio del proceso de duelo y el otro extremo, el final. A continuación, le indico que escoja un punto entre los dos que represente cuánto ha avanzado y cuánto le queda por avanzar. La experiencia clínica me ha demostrado que los pacientes casi siempre coinciden con mi propia valoración de su estado.

Otra forma de apreciar la evolución del duelo es observar los cambios del paciente en la terapia: de una semana a otra las cosas cambian, lo que se verbaliza es distinto, las sensaciones son diferentes... esto nos indica que el proceso no está bloqueado, porque el dolor varía en intensidad, duración y frecuencia. Si el dolor pasa a manifestarse en oleadas que duran menos, o que son menos frecuentes o menos intensas, eso nos habla de un cambio en positivo.

Otras señales positivas son que la persona hable más de sí misma que del fallecido, que le preocupen cosas cotidianas, que hable más si antes hablaba poco, que se arregle más si antes no lo hacía, que sea más consciente de lo que le pasa y nombre sus emociones... incluso la propia percepción del paciente sobre la realidad. A veces, son detalles sutiles los que nos muestran progresos en la evolución del duelo.

Otras veces parece que el paciente no avanza y que el proceso se ha estancado. En esos casos, lo que ocurre es que quizás hemos profundizado mucho en el proceso y éste va hacia una mayor conciencia, hacia una introspección mayor, “hacia dentro” más que “hacia adelante”. Pero eso también se debe registrar como un avance: la capacidad para tolerar el dolor o para hablar abiertamente de lo que sucedió.



3.4 ¿Qué papel juegan los distintos agentes sociales?

El ser humano vive en sociedad y elabora el duelo en sociedad. Por eso, cada uno de nosotros tiene un papel y un modo de influir en el proceso de duelo de las personas que nos rodean. El doliente no está solo, vive inmerso en una cultura y un tiempo concretos. Nuestra cultura es hedonista y busca el placer en lo inmediato -quizás por eso le resulta complicado atender las demandas de los dolientes que necesitan atención y tiempo para el duelo-, pero todos desempeñamos un papel en ella.

Por esta razón, no es la sociedad en abstracto quien debe cambiar para favorecer el contacto con la realidad del duelo y el sufrimiento, sino cada uno de nosotros, con pequeños gestos como estar receptivos, informarse sobre el duelo, hablar abiertamente de la muerte y del dolor... Cada persona tiene un "nicho" propio desde el cual influir y mejorar el conocimiento del duelo o la atención de los dolientes.

El papel de los medios de comunicación

Los medios de comunicación tienen un papel clave a la hora de facilitar este proceso y su poder de influencia se expresa de muy diversas maneras:

- Cediendo espacios en medios escritos y audiovisuales que posibiliten hablar con normalidad de duelo, de la muerte o del sufrimiento.
- Difundiendo información rigurosa sobre el duelo y dando voz a expertos reconocidos en temas de pérdida, trauma y duelo.
- Siguiendo las pautas que recomiendan los expertos de salud mental a la hora de transmitir noticias susceptibles de producir impacto en la población, como atentados, accidentes, desastres naturales...

Cuando tiene lugar un desastre o una tragedia de gran magnitud que se difunde en los medios de comunicación, las pautas que aconsejan los expertos en trauma son:

- Evitar la difusión de imágenes traumáticas o potencialmente traumáticas.
- Ofrecer datos objetivos, pero evitar las especulaciones.
- Intercalar otras informaciones y no centrarse únicamente en la tragedia.
- Lanzar mensajes de esperanza y huir de “profecías devastadoras”.
- Informarse acerca de lo que puede beneficiar y lo que puede perjudicar a los oyentes.
- Proporcionar información acerca del proceso que se está viviendo, atendiendo a las necesidades emocionales de los afectados y en dónde se puede recibir ayuda.

El papel de los médicos y los sanitarios

Los médicos y sanitarios tienen un papel prioritario, porque a menudo son ellos quienes detectan si un duelo es complicado o patológico. Muchas personas acuden al médico, a la enfermera o al trabajador social con quejas, o con un malestar que esconde un proceso de duelo desatendido. Por eso, esta atención primaria es fundamental.

Los profesionales socio-sanitarios tienen que saber identificar cuándo se encuentran ante un caso de duelo complicado y cuándo es un duelo sano. Ante este último, deben normalizar las reacciones, validarlas, brindar apoyo y cercanía. Frente al duelo complicado, deberán derivar cada caso al psiquiatra, si se requiere medicación, o al experto en duelo si no se precisa pauta farmacológica.

De todo esto se deduce la necesidad imprescindible de que los profesionales socio-sanitarios conozcan una teoría de duelo que les permita dar respuesta a las principales preguntas de un doliente, además de facilitarles la diferenciación de un caso y otro. Es fundamental que no “prescriban” un periodo de tiempo concreto para elaborar el duelo, que no presionen al paciente ni le transmitan tópicos como: *“Lo que tienes que hacer es no pensar en eso”, “Ponte a trabajar para no tener tanto tiempo libre”, etc.*

3.5 ¿Qué busca el paciente de duelo en el médico?

En la sociedad actual, la institucionalización de la muerte y del duelo ha traído consigo complicaciones para los dolientes. Frente a la manera en que se vivía el duelo en el pasado -más natural, con ritos en los que participaba el vecindario, el entorno y la sociedad entera-, se ha impuesto un modo más solitario o individualista de vivir este proceso.

Estos factores han contribuido a que los límites del duelo se hagan más difusos, empujando a los pacientes a buscar en el profesional sanitario la “norma” que diferencia lo normal de lo patológico. Al despojar al duelo de los ritos “oficiales” que le dan sentido, y marcan un inicio y un final, surge la necesidad de institucionalizar el tratamiento de este proceso.

El profesional sanitario ante el duelo

Diversos estudios muestran cómo, tras la muerte de un ser querido, se produce una hiperfrecuenciación de los dolientes en las consultas de Atención Primaria. Esto puede deberse a varios factores:

1. El proceso de duelo implica un estrés enorme para el organismo, provocando un desgaste físico que, a veces, conlleva el desarrollo de diversos síntomas que añaden inquietud y sufrimiento a los dolientes.
2. En ocasiones, durante el período de enfermedad previo al fallecimiento del ser querido, el doliente puede abandonar los tratamientos o procesos médicos que seguía antes de la pérdida. Dicha pérdida genera en el doliente una conciencia real de la muerte física y es entonces cuando surge el miedo y la necesidad de cuidarse y revisarse.

3. La dificultad del entorno para contener el dolor del doliente y dar respuesta a las incógnitas que generan la muerte y el duelo le llevan a considerar al profesional socio-sanitario como el único interlocutor válido.

Qué busca el doliente en el médico

El doliente busca diferentes cosas en el profesional de Atención Primaria:

- Chequear su estado físico tras el duelo por el familiar perdido.
- Una revisión de las medicaciones y procesos médicos que han quedado interrumpidos con la enfermedad o muerte de su ser querido.
- Consejo y orientación con respecto a si su duelo está siendo o no un proceso sano.
- Asesoramiento relativo a cuestiones prácticas, como la medicación en caso de ansiedad, o recibir pautas que le ayuden a sentirse mejor.
- Consuelo. El doliente busca palabras de ánimo, así como a otra persona que le sirva de testigo y le acompañe en su dolor.
- Algo distinto a lo que ya le ofrece su entorno. Si lo que necesita (comprensión, cariño y orientación) lo encuentra en su entorno, probablemente no tenga tanta necesidad de ir al médico. Busca algo diferente a lo que le dan sus seres cercanos con la esperanza de encontrarse mejor.
- Esperanza. El doliente confía en que el profesional sepa manejar y reducir el malestar y el dolor del duelo.

En definitiva, lo que busca el doliente en el médico es una respuesta a los interrogantes que debe afrontar tras la pérdida. Demanda orientación en un proceso por lo general confuso, que carece de límites bien definidos entre lo que es normal y lo que no.

Las demandas del doliente exigirán del médico una mayor formación en duelo y un entrenamiento específico en habilidades de escucha, ya que en definitiva lo que busca un doliente es a otro ser humano que lo conforte.



RECORDAR

- El duelo es un estresor importante y puede provocar síntomas físicos que es necesario atender. El autocuidado es clave durante los primeros momentos de este proceso.
- Una comunicación abierta y cercana entre el doliente y su entorno es crucial para evitar que éste se sienta incomprendido y tienda a aislarse.
- Resulta fundamental transmitir al doliente esperanza en que va a superar la pérdida y confianza en que tiene la capacidad para ello.
- Existen diferentes niveles de intervención en el duelo, desde el no profesional hasta el profesional especializado.
- Los médicos y sanitarios tienen un papel prioritario, porque a menudo son ellos quienes detectan si un duelo es complicado o patológico.

CAPÍTULO 4

DEFINICIÓN DEL DUELO



Vivimos en una sociedad en la que no es habitual hablar del duelo, del dolor ni de la muerte. Vivimos de espaldas a esta realidad mientras podemos y sólo nos enfrentamos a ella cuando ya es inevitable. El desconocimiento hace que reaccionemos frente al duelo de una forma intuitiva que a menudo no es la más adecuada.

Conocer las claves del proceso de duelo es fundamental si queremos ayudar a las personas que lo están atravesando: no sólo para distinguir las reacciones normales de las patológicas, sino también porque los dolientes necesitan conocer una teoría que les ayude a entender de manera sencilla lo que les sucede. Eso ya es terapéutico en sí mismo.

Si revisamos a fondo la literatura que existe en torno a este tema, descubriremos que existen no una, sino muchas definiciones del duelo. Cada una de ellas constituye un intento de comprenderlo como fenómeno y, además, un paso adelante en la descripción del mismo. Lo cierto es que no existe una única manera de definir el duelo, igual que no existe una única forma de explicarlo ni de vivirlo.

4.1 El duelo: Significado

Sabemos que la palabra "duelo" procede del término latino "dolus" y significa "dolor". Por ello, en base a su etimología, no nos debe asombrar que las personas en duelo sientan dolor y lo pasen mal. Como decía Doug Manning: *"El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estás cansado, comer cuando tienes hambre y estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera que tiene la naturaleza de curar un corazón roto"*.

Una de las definiciones más aceptadas del duelo es que *"se trata del proceso normal que sigue a la pérdida de un ser querido"*. Esta definición es heredera de los distintos matices que distintos autores como Bowlby, Tizon, Parkes o Freud han ido incorporando a esta definición.

El proceso de duelo se ha detectado en numerosas especies animales, no sólo en el ser humano. Un ejemplo puede ser el caso de las ostras. Cuando en una pareja de ostras muere uno de sus miembros, el compañero superviviente segrega una sustancia muy parecida químicamente a las lágrimas humanas.

Así pues, el duelo es una conducta que está instalada en el ser humano a nivel casi biológico y que sigue a la pérdida en general: de un trabajo, de una relación, de un objeto al que estábamos especialmente vinculados, de un ser querido, o de las expectativas de tener un hijo sano. **En esta guía nos centraremos en el duelo como proceso normal que sigue a la pérdida de un ser querido que ha fallecido.**



Debemos evaluar
cada duelo en
su contexto

Aunque asumamos esa definición como la que más se acerca a nuestra forma de comprender o explicar el duelo, puede decirse que **no existe ni un solo duelo igual a otro**. Esto se debe a que el duelo se suma a todo lo que una persona es y, dado que no existe una sola persona igual a otra, no puede haber dos duelos iguales. Es como si el duelo fuese una transparencia que se superpone a las características personales de cada ser humano: cada una de esas peculiaridades modulará el duelo haciéndolo único. O lo que es lo mismo: habría que restar al duelo lo que una persona ya es para poder ajustar el tratamiento a las expectativas. Esto significa que hay que evaluar el duelo en su contexto, teniendo en cuenta las características individuales de cada persona.

La muerte de un ser querido no hará que alguien se vuelva más activo, más dulce, más sensible o más responsable. Si una persona es muy sensible, lo seguirá siendo durante el duelo y, si es muy rígida, manejará su duelo de forma rígida. No cabe esperar que todos nos comportemos igual durante el duelo, ni tampoco que las expectativas sobre su resolución sean las mismas.

4.2 ¿Qué es duelo y qué no?

Resulta imprescindible diferenciar el duelo de otros procesos similares. Con frecuencia el duelo se confunde con otros trastornos del estado de ánimo, como el

trastorno depresivo mayor. La guía DSM-V, (*Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª Edición*, APA, 2013) no resulta de gran ayuda a la hora de hacer el diagnóstico diferencial, pues carga toda la responsabilidad en el juicio del clínico, que tiene que servirse de su experiencia para tomar una decisión u otra.

A menudo nos derivan al servicio de psicoterapia de FMLC casos diagnosticados como depresiones recidivantes o como duelos persistentes de algún servicio de psiquiatría de la zona. Lo que yo encuentro es que:

- El trastorno depresivo mayor y el duelo comparten la mayoría de los síntomas, sobre todo si nos encontramos ante un duelo complicado o patológico.
- Cuando se trata de un proceso de duelo, no se refieren mejorías significativas ante la medicación antidepressiva, mientras que en el caso del trastorno depresivo la mejoría es evidente.
- Habitualmente el trastorno depresivo cursa con pérdida de autoestima, mientras que en el duelo no ocurre necesariamente así.
- Un trastorno depresivo mayor y un duelo pueden coexistir, pero casi siempre uno de los procesos es más urgente que el otro y no pueden trabajarse los dos a la vez.

Sin embargo, esta distinción -que a nivel pedagógico simplifica y aclara mucho-, no es tan sencilla de llevar a cabo a nivel práctico. Por lo tanto, es al clínico a quien le corresponde determinar qué decisión tomar en cada caso concreto. Habitualmente establecemos una hipótesis y la ponemos a prueba. Y, si no funciona, elaboramos otra.

Asimismo, podemos establecer diferencias entre un duelo sano y uno complicado o patológico. Una de estas diferencias tiene que ver con la intensidad de los síntomas: en un primer momento, es normal que los sentimientos de dolor, tristeza, enfado u otros sean intensos, pero cuando esa intensidad se mantiene en el tiempo hablamos de un duelo patológico.

Otro aspecto que nos permite diferenciar un duelo normal de uno patológico es el momento de aparición de los síntomas: si aparecen cuando el ser querido fallece, o a los pocos días, hablamos de un duelo normal. Pero si los síntomas aparecen semanas o meses después, o no llegan a aparecer, hablamos de un duelo patológico. Esto tiene un sentido: cuando se produce un fallecimiento, el apoyo social al

doliente se prolonga durante un tiempo, semanas, e incluso meses. Pero, cuando se trata de un duelo diferido en el tiempo, el apoyo social ya no está presente.

Por último, hay características que permiten diferenciar un duelo complicado de uno normal: la negación de la muerte es uno de los signos principales del duelo patológico. La negación es un mecanismo de defensa muy primitivo y típicamente psicótico, como lo son también las alucinaciones complejas y estructuradas en las que el doliente puede llegar a ver o incluso escuchar a la persona fallecida.

Atendemos sobre todo a una perspectiva cultural y, en ese sentido, lo que es considerado "normal" dentro de una cultura puede no serlo en otra: las conductas culturalmente normales en relación al muerto forman parte de un duelo sano, mientras que las que no lo son forman parte del duelo complicado. La negación mantenida en el tiempo forma parte del duelo complicado, mientras que si se da sólo en los primeros momentos sólo es un mecanismo de protección.

En general podemos decir que la tristeza en el duelo se asocia a la pérdida del ser querido y no a la vida en general. En el proceso de duelo es el mundo lo que está mal, no uno mismo ni la propia imagen. Por otro lado, en el duelo sano la tristeza se presenta en forma de oleadas, no es constante y a menudo convive con momentos de alegría y sentimientos de agradecimiento o admiración hacia el ser querido que ya no está, cosa que no ocurre en el duelo complicado.

No existe un criterio único a la hora de identificar correctamente si una persona está atravesando o no un duelo complicado. Por esta razón, podría resultar útil el uso de un inventario o escala que nos permitiera definir las necesidades de la persona que nos pide ayuda, así como determinar qué tratamiento es el más adecuado para ella.

Para identificar con precisión el duelo complicado, existen dos inventarios. El primero de ellos es el Inventario de Experiencias de Duelo, elaborado por Katherine Sanders en 1977, que consta de 135 ítems dicotómicos, divididos en 18 escalas. Este inventario está adaptado al castellano y se autoadministra. El tiempo medio de administración es de unos veinte minutos.

El segundo inventario del que disponemos es el Inventario Texas de Duelo Revisado. Más conocido por sus siglas ITRD, este cuestionario fue elaborado por Faschinbagger en 1981 y consta de 21 ítems, divididos en dos escalas. También ha sido adaptado al castellano y se autoadministra. Su tiempo medio de administración es de unos diez minutos.

La importancia de llevar a cabo un diagnóstico correcto radica en que el duelo normal no requiere terapia mientras que el duelo patológico, sí. El hecho de evitar el tratamiento psicológico de personas con un duelo sano proporcionaría un importante ahorro en gastos a la Sanidad Pública Española. También podrían prevenirse las complicaciones de salud derivadas del duelo, tal y como demuestra la abundante bibliografía al respecto, en la que se apunta a un mayor índice de mortalidad por episodios cardíacos y suicidios, así como a una mayor utilización de los recursos sanitarios por parte de las personas con duelos complicados.

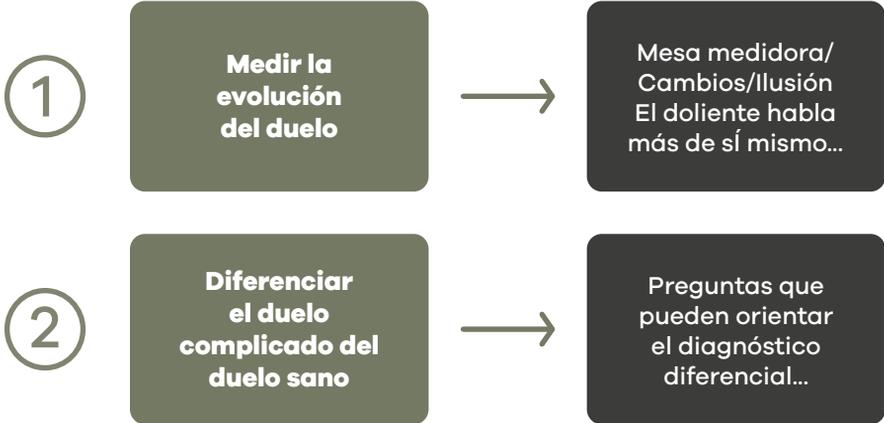
Como ya hemos señalado, es especialmente importante medir el grado de intensidad de un duelo, pues este factor marca la diferencia entre un proceso normal y uno patológico. En la primera edición de esta guía recogíamos el inventario de Texas Revisado de Duelo, dado que es un instrumento objetivo de medición. Sin embargo, consideramos que este instrumento sobrediagnostica el duelo complicado y, además, no puede ser aplicado en las consultas de Atención Primaria, debido al escaso tiempo del que disponen los profesionales para atender al paciente. Por otro lado, nos encontramos con que los pacientes no se encuentran motivados para rellenar estos formularios y a menudo los dolientes se cansan de contestarlo y abandonan la autoadministración.

Para reemplazarlo, hemos incorporado una serie de preguntas que el profesional puede hacer a sus pacientes y que pueden ayudar a orientarle en su diagnóstico.

1. ¿Tiene el paciente síntomas físicos que no tienen base orgánica?
2. ¿Tiene el paciente síntomas de trastorno depresivo -tales como distimia, falta de ilusión por actividades con las que antes disfrutaba...- que no remiten con medicación?
3. ¿Existe en el historial del paciente alguna experiencia de duelo que no esté resuelta?
4. ¿Tiene el paciente la sensación de que el mundo se ha convertido en un lugar oscuro o peligroso desde la muerte de su ser querido?

Estas preguntas deberían servir de orientación a los profesionales sanitarios, si la respuesta a estas preguntas es afirmativa, lo ideal sería derivar al paciente a un servicio especializado de tratamiento del duelo que permita profundizar en esta posibilidad.

Dos tipos de mediciones



4.3 El funcionamiento del duelo

El duelo es un proceso normal que la mayor parte de las personas resuelven sin necesidad de una intervención terapéutica. Pero, ¿cuáles son las claves para resolver el duelo de las personas que requieren atención psicológica o necesitan pautas?

En este apartado abordaremos el funcionamiento del duelo en general, respetando el hecho de que no existe un duelo igual a otro. Existen muchas cosas que se pueden hacer para aliviar o calmar el dolor del duelo:

- **Medicación**, a la que podemos recurrir para tratar los síntomas más agudos, reducir los niveles de angustia, facilitar el sueño o cualquier otro trastorno relacionado con el desgaste que implica este proceso.
- **El tiempo**. Es imprescindible que pase el tiempo para poder elaborar la pérdida. Pero no hablamos de un plazo concreto, de tres meses o un año, cada persona necesitará un periodo de tiempo distinto. Además, el tiempo no es el único componente de este proceso. El tiempo sólo pone distancia frente a un acontecimiento doloroso y, en ese sentido, puede apaciguarlo. Pero por sí mismo el paso del tiempo no cura nada.

- **Atender el dolor.** El dolor del duelo exige ser visto, reconocido en todos sus matices, legitimado y normalizado. Eso calma el dolor. La terapia nos puede ayudar a hacerlo, pero quien lo haga por sí mismo conseguirá el mismo efecto. Lo que hace el terapeuta es transmitir la seguridad de que el duelo se puede superar, dar esperanza y normalizar las reacciones del duelo, invitando al paciente a mantenerse presente ante estas reacciones, sean las que sean, para poder convivir con ellas. Y lo hace hablando de esas sensaciones desde su mismo centro: acompañándolas, dándoles sentido, dejando que se deshagan, reescribiendo así lo que sucedió y lo que nos sucede a nosotros desde entonces.

Cuando prestamos atención al dolor éste se diluye, no inmediatamente, pero sí a medio o largo plazo. Cuando, en cambio, lo distraemos, el dolor se aplaza, se congela y se acumula.

Por otro lado, el duelo es un proceso que está perfectamente regulado. Se manifiesta como un malestar difuso concentrado en el centro del pecho que distorsiona mucho el diagnóstico. Si se le atiende, aparece la pena o el sentimiento de vacío o ausencia, por lo que es frecuente que aparezca el llanto. Cuando dejamos salir el llanto el tiempo suficiente, éste genera una especie de sedación, ya que las lágrimas tienen un componente químicamente muy similar al ingrediente principal de cualquier benzodiacepina.

CONSEJOS:

- Mantener la calma.
- Normalizar las reacciones, siempre dentro del sentido común.
- No esforzarse demasiado.
- No intentar forzar ni organizar el proceso de duelo.
- Ser compasivo con uno mismo.
- Seguir nuestra intuición.
- Descansar mucho.
- Tener la esperanza de que el duelo se puede resolver.

- No fingir, no confiar únicamente en el paso del tiempo y, sobre todo, no re-tomar la vida como si nada hubiera pasado.
- No luchar contra la realidad y las emociones del duelo, porque existe mucho sufrimiento en la negación: aquello que resistes persiste y aquello que permites fluye.

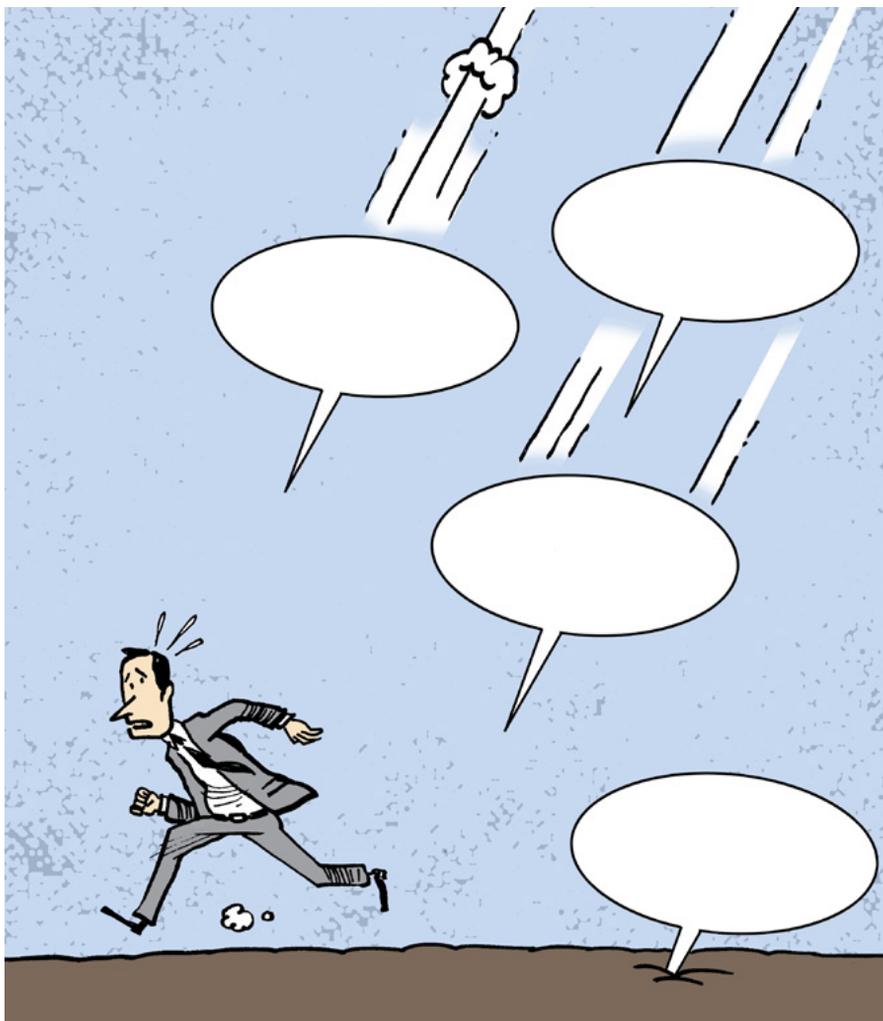


RECORDAR

- El duelo es el proceso normal que sigue a la pérdida. No hay duelo sin pérdida.
- No existe un duelo igual a otro.
- Cualquier persona puede acompañar o aportar consuelo a un doliente: el dolor necesita testigos.
- Algunas claves para ofrecer una ayuda básica son: la atención de los aspectos físicos del duelo, ofrecer esperanza y cercanía.
- El duelo se diferencia de la depresión en que no es un trastorno y en que se resuelve sin medicación.

CAPÍTULO 5

IDEAS IRRACIONALES O ERRÓNEAS EN TORNO AL DUELO: APORTACIONES INADECUADAS



Las expectativas en torno a cómo funciona el duelo, cuánto dura, si finaliza o no y cómo lo hace... es decir, las teorías que cada persona se forma acerca de este proceso influyen de manera decisiva en su evolución. En nuestra sociedad existen muchas ideas irracionales sobre el duelo que la gente da como válidas. Aprender a desmitificar el duelo y mostrar una teoría alternativa es un factor clave para la resolución del mismo.

Todos hemos escuchado en algún momento -ya sea a través de un familiar o un conocido- frases inadecuadas que nos provocan incomodidad. A muchas personas les resulta complicado permanecer calladas cuando se produce una muerte en su entorno. Al tratar de llenar el silencio causado por el dolor y la tristeza del fallecimiento, es cuando se hacen comentarios que pueden resultar errados o torpes. Sin embargo, a veces en esos momentos la frase más apropiada es: *«No sé qué decirte, porque no creo que existan palabras que puedan aliviar tu dolor»*.

A continuación, desarrollaremos las ideas erróneas más comunes y extendidas sobre el duelo:

“El tiempo lo cura todo”

Esta afirmación habla de una persona pasiva, que espera a que las cosas ocurran como si no tuviera ningún control sobre lo que sucede a su alrededor. Genera mucha sensación de pérdida de control y presenta un panorama donde sólo cabe esperar a que el dolor desaparezca, casi como por arte de magia. Pero, en realidad, lo que hace el tiempo es poner distancia real con la muerte de nuestro ser querido, permitiéndonos mirarlo con otra perspectiva. En todo caso, sí podemos afirmar con rotundidad que lo que conduce a la resolución del duelo no es el tiempo, sino lo que uno haga con su tiempo.

“A él/ella no le gustaría que sufrieras”

Esta idea induce a pensar en la persona fallecida como si aún estuviera viva, lo que puede bloquear la aceptación de la muerte por parte del doliente y, al mismo tiempo, impulsarle a censurar determinadas reacciones por temor a ser visto desde el más allá y desairar a su ser querido. Hay que contraponer a esta idea el razonamiento de que, cuando las personas mueren, dejan de pensar y sentir. De esta manera, si una persona sufre o no concluye su duelo, lo único que ocurre es que no supera la muerte de su ser querido.

“No lo pienses que es peor”

En ocasiones, al no saber qué decir ante un doliente, intentamos evitar el tema por considerarlo “delicado” o “espinoso”. Sin embargo, cuando una persona intenta resolver su duelo, necesita digerirlo y pensar en ello para poder encontrarle un sentido. Todo lo que resistimos persiste y lo que dejamos estar se deshace.

“Tú lo que tienes que hacer es distraerte”

Esta idea está especialmente extendida y hace referencia a la necesidad de ocultar o distraer el dolor, por considerar que el sufrimiento es algo patológico en sí mismo. De todas las ideas irracionales con las que nos podemos encontrar, ésta es una de las más nocivas, porque bloquea un flujo emocional que es naturalmente curativo. Bloquear, distraer o disfrazar el dolor sólo contribuyen a complicar el duelo.

“Hay que ser fuerte”

Esta idea se repite mucho y hace referencia a dos planteamientos erróneos: la imposibilidad de que expresar dolor sea un signo de fortaleza y que la expresión de las emociones es mala para la salud. En general estas ideas están muy arraigadas en la personalidad del individuo, y son muy difíciles de confrontar y cambiar. La idea de que “hay que ser fuerte” aplicada de forma estricta conduce inevitablemente a un bloqueo emocional que puede derivar en la patologización del duelo.

“Si no lo superas, no dejas descansar al fallecido”

Esta idea sigue la misma línea que: *“A él no le gustaría que sufrieras”*. Morir implica dejar de ver, de pensar y de sentir. Una persona que está muerta -por definición- no descansa, puesto que sus funciones vitales y sus sentidos ya no existen. Si una persona no supera el duelo, lo pasará mal y quizás sufra más de lo necesario, pero eso no implica que tenga que cargar con la culpa de estar impidiendo el descanso del fallecido.

“Los que estamos aquí necesitamos que estés bien”

Las personas más cercanas al doliente expresan todas estas ideas con una única intención: aliviar, reconfortar y evitar el dolor. El único problema es que no siempre se puede evitar el dolor. En palabras de Jorge Bucay: *“Los duelos*



duelen y no se puede hacer nada por evitarlo". Por eso, aunque el entorno diga esto con la mejor de las intenciones, estas ideas solo empujan al doliente a encapsular, prolongar o diferir su dolor en el tiempo.

Vivimos de espaldas a la muerte durante tanto tiempo como podemos. Por eso, cuando la muerte nos golpea de cerca, nos sentimos desfallecidos y derrotados, sin saber cómo recolocarnos. Ignoramos cómo manejar el dolor, así que recurrimos a las estrategias que siempre hemos usado y nos han resultado útiles. El problema es que, cuando las circunstancias se modifican, también deben modificarse las estrategias a utilizar. Lo que antes nos servía ahora ya no funciona, de modo que debemos implementar herramientas nuevas en nuestra vida cotidiana.

Puede suceder que nuestro entorno sea poco capaz de consolarnos o acompañarnos ante la pérdida. A menudo la pérdida de un ser querido trae consigo otras pérdidas, en este caso, las relaciones sociales de las que antes disfrutábamos. Una explicación de este fenómeno podría ser la distancia que se genera entre entorno y doliente, una distancia que es bidireccional y que se basa en el miedo: el que tiene el entorno a hacer daño al doliente o a que éste le contagie su dolor; y el temor del doliente a agotar la paciencia de su entorno o a que le hagan daño.

Expresiones inadecuadas que dificultan la comunicación auténtica y que pueden molestar:

- *"Así ya no sufre..."*
- *"Habrá sido un alivio..."*
- *"Por lo menos tenéis más hijos..."*
- *"Podéis tener más hijos"* (en el caso de pérdidas precoces)
- *"¿Cuántos años tenía?"* (Como si estuviera justificado que muriera si se trata de una persona anciana o, en el caso de los hijos, como si el dolor fuera mayor en función del tiempo que han vivido)
- *"Una pareja se puede reemplazar, un hijo no".*

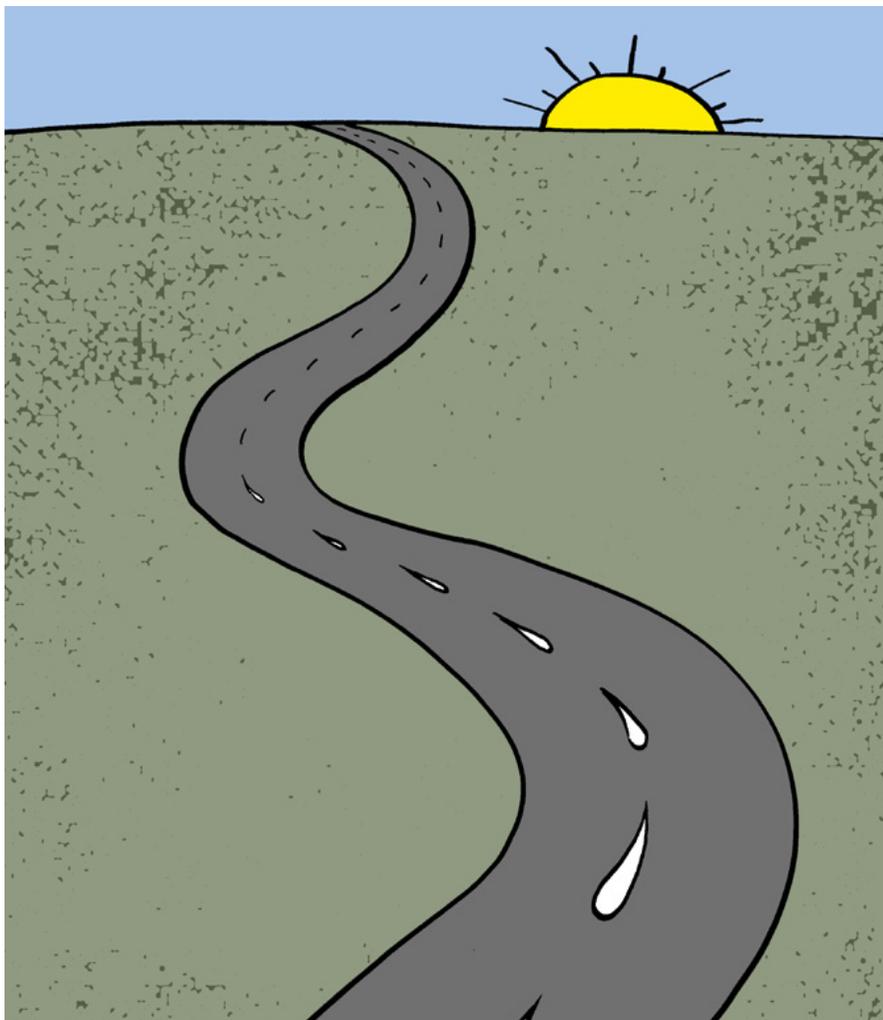


RECORDAR

- En nuestra sociedad existen muchas ideas irracionales sobre el duelo que la gente da como válidas, pero que sólo perjudican al doliente.
- Frases hechas como "Hay que ser fuerte", "A él no le gustaría que sufrieras" o "Necesitamos que estés bien" son inadecuadas o torpes.
- En esos casos la frase más apropiada es: «No sé qué decirte, porque no creo que existan palabras que puedan aliviar tu dolor».
- Es más útil estar presente y limitarse a escuchar que hablar: una mirada, un gesto pueden ser de más ayuda que una palabra.

CAPÍTULO 6

EN QUÉ CONSISTE EL **PROCESO** DE DUELO
Y CÓMO LO ENTENDEMOS



En ocasiones, el duelo –entendido como el proceso normal que sigue a la pérdida de un ser querido y como un período adaptativo en el que la persona pone en marcha todos sus recursos para sobreponerse– se bloquea, se detiene o se complica.

Existen al menos dos factores sociales capaces de entorpecer la buena marcha de este proceso, que podría resolverse sin complicaciones de manera natural. Uno de ellos es el acto de dar la espalda al duelo: se omite, se oculta y con frecuencia la sociedad lo evita, como si quisiera obviar el dolor o evitar el sufrimiento, una actitud que constituye una de las mayores trampas de este proceso.

El segundo factor que puede obstaculizar el duelo es intentar poner normas al dolor, tipificarlo. El dolor es distinto para cada persona, independientemente de la pérdida que haya sufrido: no existe una única manera de vivir el dolor. Las etapas o las fases son formas de aprehender una realidad para poder trabajarla y comprenderla. Sin embargo, hay realidades –como el duelo– que son difíciles de trasladar a la clínica, ya que cada persona tiene su ritmo, sus estrategias y su modo de elaborarlo.

Más allá de cualquier teoría, la principal clave del duelo es que todo intento de frenar o resistirse al dolor lo incrementa y lo perpetúa; mientras que la actitud de permanecer confiado, permitiendo el dolor, hace que éste se disuelva poco a poco. Esta explicación es sencilla de entender y difícil de llevar a la práctica. El trabajo del profesional es generar confianza para que el paciente pueda estar en contacto con su dolor. Es un trabajo delicado, que se hace poco a poco, tratando de que el umbral de tolerancia al dolor sea cada vez más amplio.

El psicólogo e investigador William Worden define las tareas del duelo como aquello que el doliente tiene que resolver para poder elaborar su duelo adecuadamente. Ofrece así una explicación sencilla y pedagógica para comprender este proceso. Habla de tareas en lugar de fases (según la teoría de Colin Murray Parkes) o etapas (según las teorías de Elizabeth Kübler-Ross, 1973). La explicación es muy sencilla: al hablar de tareas, le damos al sujeto la posibilidad de llevar a cabo una acción de manera activa, ayudándole a aliviar esa sensación de impotencia, de *“¿Qué puedo hacer yo por mí mismo para estar mejor?”*. Por otro lado, coloca al sujeto en un lugar activo del duelo, no pasivo (padeciéndolo).

En concreto, Worden habla de cuatro tareas del duelo:

- **Asumir la realidad de la pérdida.** Intrínsecamente relacionada con esta tarea está la cuestión de qué hacer con las pertenencias del fallecido. Tanto la decisión de deshacerse de ellas inmediatamente, como la de conservarlas como si el fallecido fuera a volver, nos hablan de un bloqueo total o parcial de esta primera tarea por parte del doliente.

- **Elaborar las emociones relacionadas con el duelo.** Como ya hemos apuntado, Bucay dice: *“Los duelos duelen y no se puede hacer nada por evitarlo”*. Los familiares que tratan de “distraer” al doliente, o las personas que “ocupan” todo su tiempo para no sentir, interfieren o interrumpen esta segunda tarea.
- **Aprender a vivir en un mundo en el que el fallecido ya no está presente.** Esto guarda relación con la propia identidad: ya no soy el marido o esposa del fallecido, sino su viudo o viuda. Esta tarea tiene que ver con los roles que desempeñaba cada uno, con asumir tareas y cometidos distintos a los que antes desempeñábamos, pero también con tomar la decisión de qué quiero hacer ahora con mi vida, qué necesito, qué me pueden dar y qué me puedo dar yo.
- **Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.** Esto enlaza con la idea de “guardar” al fallecido en un lugar que es sólo nuestro, sin hacerle un altar ni renegar de sus recuerdos. Consiste en entablar nuevas relaciones, recuperar la ilusión, vivir y no limitarse a sobrevivir.

Estas cuatro tareas no tienen por qué realizarse en un orden concreto, ni son sucesivas, es decir: no es necesario completar cada una de las tareas antes de pasar a la siguiente.



RECORDAR

- La teoría de las tareas del duelo ayuda al doliente a tener una actitud activa ante este proceso, proporcionándole cierta sensación de control.
- Las tareas son cuatro y no son sucesivas, ni tampoco es necesario acabar una para comenzar otra. A veces se simultanean.

6.1 Primera tarea: Asumir la realidad de la pérdida

La primera tarea, "*Aceptar la realidad de la muerte*", es bastante compleja porque no sólo consiste en ser consciente a nivel racional de que el ser querido ha muerto, sino también en asimilar todo lo que eso implica a nivel emocional: qué significa estar muerto, definir concretamente qué se ha perdido. Esto invita al doliente a recorrer un camino que le lleva a definir quién era él para esa persona y quién era esa persona para él. De esta manera ahondamos en el significado de la pérdida.

Hoy en día vivimos de espaldas a la muerte mientras podemos. Por eso, cuando afrontamos directamente la muerte de un ser querido, nos resulta irreal. Vivimos con la falsa sensación de que sólo se mueren los ancianos o que sólo tienen accidentes "*los demás*". Por eso, elaborar esta tarea es a veces tan difícil que se bloquea o, al menos, se complica.

En ocasiones la pérdida resulta tan dolorosa y tan difícil de soportar para el doliente, que el organismo dosifica el dolor, provocando una oscilación entre la aceptación -con la que el doliente siente todo el dolor que conlleva- y la no aceptación, que genera al doliente la sensación "extraña" de que la persona fallecida no ha muerto, sino que está de vacaciones o trabajando, a pesar de saber racionalmente que sí ha sucedido. En estos casos no se debe forzar la aceptación: hay que esperar a que el doliente esté preparado y no llevarle la contraria ni confrontarle. Cada persona tiene sus propios tiempos.

Cómo se puede bloquear o complicar esta tarea

Podemos detectar que una persona tiene parcial o totalmente bloqueada la primera tarea del duelo cuando, por ejemplo, habla de su ser querido fallecido en tiempo presente y no en pasado.

Otra forma de detectar si esta tarea está bloqueada es sondear qué ha hecho el doliente con las pertenencias del difunto. En el caso de que haya conservado todas sus cosas ("*Tengo su habitación tal y como él la dejó*") puede estar negando la muerte mediante un proceso de momificación (Worden, 1991) como si la persona fallecida fuese a regresar. Por el contrario, si retira todas las cosas del difunto como si nunca hubiera existido, está negando la muerte mediante un proceso de minimización.

A veces la negación actúa en forma de pregunta, los dolientes se plantean: *“¿Qué hubiera pasado si...?”* en un intento de imaginar finales diferentes y, mientras los están imaginando, la persona está viva, aunque sólo en su mente y durante un instante fugaz. Este mecanismo, que suele ser inconsciente, hace que el proceso vuelva a comenzar desde el principio varias veces al día, lo que supone un gasto de energía enorme para el doliente.

El fallecimiento de un ser querido nos empuja a aceptar que la muerte es una realidad, que todos nos morimos. Esa es una certeza que rige el mundo y cuanto antes la aceptemos será mejor, puesto que se trata de una regla inamovible que funciona igual para todos. En general, la idea de nuestra propia muerte o la de otros nos genera tanta angustia que necesitamos negarla al menos durante un tiempo, hasta que somos capaces de asumirla.

Otra forma extrema de negación se da en las personas que afirman ver, oír o sentir de alguna manera al ser querido que ha muerto, en una suerte de “alucinación”. Se trata de una manera muy primitiva de negar la pérdida y, si se mantiene en el tiempo, estas percepciones -que pueden ser normales en los primeros momentos o semanas tras el fallecimiento del ser querido - pueden convertirse en algo patológico.

En este contexto, todo lo que tiene que ver con la videncia o los recursos paranormales plantea un problema especial, ya que mantiene la idea de que la persona fallecida está “viva”. Dado que no existen datos científicos que confirmen si hay vida más allá de la muerte, no podemos afirmar categóricamente que no exista. Pero sí resulta evidente que la Parapsicología puede generar mucha confusión en los primeros momentos tras una pérdida y, además, no es científica, mientras que la Psicología sí lo es.

En las últimas décadas, la popularización de la videncia, el tarot y la Parapsicología en general a través de determinados programas de televisión ha favorecido que mucha gente deposite grandes esperanzas en una sesión de espiritismo, por lo que cada vez es más urgente unificar posturas en relación a este tema. Cuando una persona fallece no sabemos si su espíritu permanece vivo en forma de energía u otro tipo de materia, pero sí es evidente que esa persona ya no existe igual que existía antes, es decir, ya no tiene corporeidad. Por eso, al no poder imaginar cómo vive o existe un espíritu, nos lo imaginamos tal y como era cuando vivía físicamente.

En principio, nuestra recomendación es ser cautelosos. Cada persona debe tomar sus propias decisiones y la tentación de comunicarse con el ser querido por esta vía es comprensible. Sin embargo, esto puede ser tremendamente costoso, pudiéndose encontrar al final del camino con una enorme estafa, o favorecer la inducción de alucinaciones en casos de vulnerabilidad psicótica.

El tema del más allá enlaza con otro elemento importante en el proceso de duelo: la fe. Se trata de un recurso muy poderoso para quienes son creyentes y pueden recurrir a ella. Sin embargo, es necesario vigilar algunos mensajes nocivos que se dan en el marco de la religión, como, por ejemplo:

- ***“A él/ella no le gustaría verte sufrir”.*** Este mensaje resulta inapropiado por varios motivos: en primer lugar, porque bloquea el dolor, lo que puede acabar complicando el duelo. Como ya hemos explicado anteriormente, el duelo implica aflicción y una parte fundamental de su superación consiste en elaborar y drenar ese dolor. En segundo lugar, el mensaje es incorrecto porque la persona fallecida ya no puede vernos. Eso es precisamente lo que implica la muerte física: que los sentidos ya no funcionan. Si una persona sufre por su duelo, eso es lo único que ocurre: que está sufriendo por el duelo. Pero esto no afecta a nadie más, ni hace daño al fallecido, porque -para bien o para mal- esa persona ya no siente, ni sufre, ni disfruta.
- ***“Dios se lo llevó porque era bueno, sólo se mueren los mejores”.*** Este mensaje suele repetirse mucho en las sesiones de terapia, como expresión del sentimiento de profunda injusticia que nos provoca la muerte de un ser querido. Frente a esta clase de mensajes, la respuesta que solemos dar a nuestros pacientes es que todos morimos, pero sólo duele la muerte de las personas buenas, a quienes se homenajea y se recuerda más. Sin embargo, no nos lamentamos públicamente de la muerte de las personas que consideramos “malas” y, tal vez por eso, sentimos que sólo se van los mejores.

Cómo se puede ayudar a elaborar esta tarea

Para trabajar esta tarea, se pide con delicadeza al doliente que cuente poco a poco qué es lo que pasó, cómo falleció su ser querido, describiendo con gran cantidad de detalles lo que ocurrió en cada momento y repasando lo que hacía él en cada instante. Se trata de recabar datos reales que permitan al doliente ir asimilando lo que pasó y, al mismo tiempo, contrarresten la fantasía de que su ser querido no ha muerto.

Respetando siempre la fe y las creencias de cada persona, hay que tener claro que, cuando un ser querido fallece, su vida –tal y como concebimos la vida- se ha terminado: sus funciones vitales se detienen, sus sentidos (oído, vista, tacto, olfato y gusto) ya no funcionan. En resumen, eso es lo que implica estar muerto. Si existe otra forma de vivir, ya sea en forma de espíritu o alma, eso queda a juicio de cada uno, pero sin duda es una existencia diferente a la que conocemos y difícilmente imaginable.



RECORDAR

La primera tarea del duelo es **ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA**, tanto a nivel emocional como racional.

Los bloqueos de esta tarea pueden manifestarse de distintas formas:

- Hablar del fallecido en presente.
- Mantener la habitación tal y como la dejó, como si el fallecido fuera a volver.
- Retirar todo de la habitación como si éste nunca hubiera existido.
- Tratar de comunicarse con el fallecido a través de médiums, espiritismo, etc.
- Imaginar finales diferentes planteándose preguntas del tipo “¿Qué hubiera pasado si...?”.
- La forma de trabajar la primera tarea es pedirle al doliente que nos cuente cómo murió su ser querido, para que recopile datos reales relacionados con la pérdida.

6.2 Segunda tarea: Elaborar las emociones relacionadas con el duelo

La segunda tarea del duelo consiste en elaborar las emociones y el dolor de la pérdida. No todos sentimos el dolor de la misma manera, ni con la misma intensidad. En palabras de Worden: *"Es imposible perder a alguien a quien hemos estado estrechamente vinculados sin sentir cierto nivel de dolor"*. Lo que sentimos y de qué manera lo sentimos será parte del proceso individual de cada persona.

Fomentar la expresión emocional es uno de los principios fundamentales tanto del acompañamiento como de la terapia de duelo. Igual de importante es conocer los matices de esa expresión: de qué están hechas esas lágrimas, con quién es ese enfado o qué explica esa culpa. No sólo es importante poner palabras a las emociones, sino que debemos ayudar al doliente a elaborar su significado particular y profundo.

Una de las pocas certezas que tenemos sobre el duelo es que duele, por eso el camino para superarlo pasa por sentir y afrontar ese dolor. Sabemos que las emociones del duelo luchan por salir y que, antes o después, afloran para ser atendidas. Conocer estas emociones y ponerles nombre hace que dejen de percibirse como algo amenazador o potencialmente destructivo. Acogerlas ayuda al doliente a dar sentido a la experiencia, así como a conocer la información que aportan sobre sus propias necesidades. Sólo al expresarlas conoceremos su significado y podremos satisfacerlas.

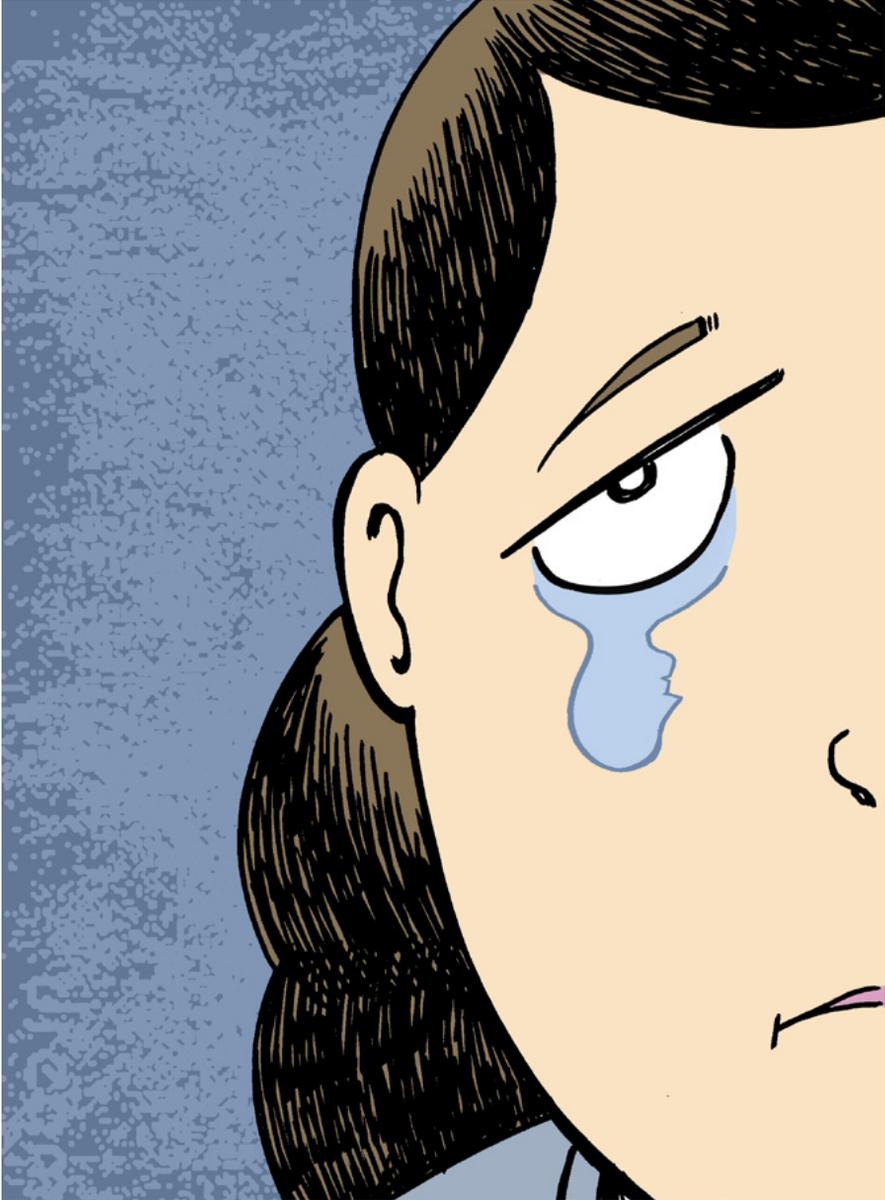
Un aspecto clave de la elaboración del duelo es satisfacer las necesidades que se generan a lo largo del proceso. Cuando una necesidad aparece en primera línea -por ejemplo, ser escuchado-, ésta permanece activada hasta que la atendemos. Una vez atendida, desaparece y es reemplazada por otra necesidad que antes estaba en segundo plano. A medida que atendemos estas necesidades, el proceso avanza.

A menudo podemos identificar las necesidades que están ocultas tras una emoción. Las emociones funcionan como las necesidades, a medida que son atendidas y legitimadas se deshacen, pero, si se reprimen, se perpetúan en el tiempo. Igual que con las necesidades, cuando se atiende una emoción, ésta se disuelve y aparece otra, haciendo avanzar el duelo.

La gama de emociones, pensamientos y conductas que se dan en el duelo es muy amplia. Es normal sentir tristeza, vacío, pena o enfado ante una pérdida. Sin embargo, en la atención al duelo resulta fundamental escuchar y atender a los matices particulares de las emociones de cada persona.

CAPÍTULO 6

EN QUÉ CONSISTE EL PROCESO DE DUELO Y CÓMO LO ENTENDEMOS



Las concepciones modernas del duelo lo definen como un proceso único en el que el doliente va construyendo su camino. No se concibe como un agente pasivo donde las emociones van pasando, sino como un agente activo que decide y da su sentido particular a la experiencia. Entender el duelo desde esta concepción convierte al agente de ayuda en un acompañante del camino del doliente.

El agente de ayuda conoce algunas certezas de ese camino, pero sabe que los matices son diferentes en cada persona y acompaña al deudo teniendo siempre presente esa distinción:

- **El dolor** define la experiencia emocional tras una herida y es definitorio del duelo. Es una experiencia compleja, compuesta por multitud de sentimientos y significados personales. El dolor no sólo se siente a nivel emocional, sino también a nivel físico y cognitivo. Es una experiencia global. Es difícilmente definible en su experiencia. Por eso, para poder nombrarlo, ponerle límites y localizarlo resulta de gran ayuda usar metáforas, imágenes, colores e incluso localizar dónde lo sentimos en el cuerpo.
- Todas las emociones son adaptativas y necesarias. Así, **la tristeza y la pena** invitan a estar con uno mismo, a repasar los recuerdos y la experiencia de la muerte, al llanto o al encuentro con las distintas emociones, favoreciendo tanto la asimilación de la pérdida como el procesamiento emocional. Esa es la necesidad oculta tras la emoción. Por esta razón, en un primer momento es necesario el dolor y lo que viene con él. Más adelante, cuando las emociones sean más conscientes y estén más procesadas, encontrar el equilibrio entre el hacer y el sentir facilitará la adaptación al día a día sin el fallecido. A menudo ocurre que, transcurrido un tiempo tras el fallecimiento, el doliente se siente peor que al principio, más triste. El hecho de que se sienta así es una señal de avance, ya que esa tristeza indica que el doliente se da cuenta realmente de lo que ha perdido. Señalarle que es un avance en el duelo y explicarle el significado de esta tristeza puede resultar de gran ayuda para dar claridad al proceso. También sirve para que el doliente se sienta más cómodo con este sentimiento y no intente evitarlo.
- **Sensación de vacío.** Generalmente el vacío se siente cuando la persona en duelo está elaborando la primera tarea, relativa a la aceptación de la muerte. Es la sensación física que implica la certeza de la ausencia del ser querido.

- **Enfado.** Worden (1997) afirma que si el enfado no se reconoce adecuadamente puede dar lugar a un duelo complicado. El enfado puede ir dirigido contra el fallecido ("*¿Por qué me has dejado solo?*"); ser un medio para expresar la rebeldía frente a la sensación de injusticia que provoca la pérdida (interpretar la muerte como un castigo); o como expresión emocional de la negación de la realidad de la muerte. El bloqueo de esta emoción puede manifestarse en la retroflexión, es decir, cuando el doliente dirige el enfado hacia sí mismo. Ayudar al doliente a controlar el enfado y expresarlo de una manera apropiada facilitará la elaboración de esta tarea.
- **Culpa.** Tras la pérdida, es frecuente que los dolientes experimenten sensación de culpa, con ideas como: "*Podría haber hecho más*" o "*No fue suficiente lo que hicimos*". La culpa irreal –es decir, la que no tiene ningún fundamento real– se acaba difuminando con el diálogo y el contraste con la realidad. Sin embargo, aunque como psicólogos detectemos que esa culpa puede tener un fundamento irreal, debemos permitir al doliente expresarla, pues probablemente las personas de su entorno ya estarán intentando evitar que el doliente piense en ello, o diciéndole que "*eso son tonterías*". Por eso es necesario ofrecerle un espacio donde pueda expresar y llorar su culpa. Ya atenderemos más adelante la parte irreal de la misma a través del diálogo.

La culpa también puede ser usada por el doliente como un mecanismo de control. Es una forma de hacer la vida previsible y controlable. Ideas como "*Murió por mi culpa*" encierran un mensaje doloroso, pero que permite al doliente dar respuesta a una pregunta que a menudo no la tiene. "*¿Por qué ha muerto?*" o "*¿Por qué él?*" son cuestiones de difícil respuesta, ya que nos colocan ante una realidad llena de incertidumbre. Pero lo cierto es que la muerte no está bajo nuestro control: el hecho de que el doliente se sienta culpable sin serlo es un mecanismo que le proporciona sensación de control sobre la muerte y, además, le permite contestar a esas preguntas con realidades tangibles.

Es posible que nos enfrentemos a casos donde la culpa sí sea real. Para trabajar esta clase de culpa resultan de ayuda herramientas como la silla vacía, cartas que no se envían, etc., es decir, técnicas que permiten al doliente expresar su culpa tanto al fallecido como a sí mismo. También es útil plantearle al doliente algunas preguntas que le ayuden a poner en contexto las decisiones tomadas: "*¿Por qué decidiste tomar esa opción o decirle tal cosa?*"; "*¿Cómo estabas tú en ese momento vital?*"; "*¿Cómo era la relación con él en ese momento?*".



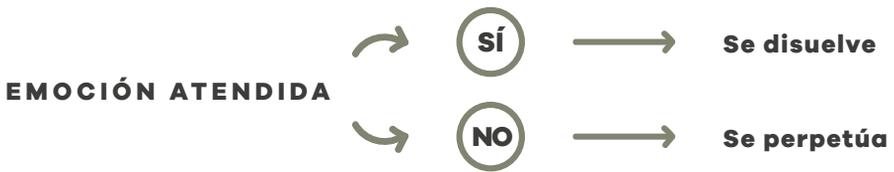
En esta tarea
sólo debemos permitir
que la emoción
esté, acogerla y
expresarla

- **Ansiedad.** Esta emoción se relaciona con la sensación de abandono, de estar perdido, de indefensión y miedo a la vida. Está vinculada a la incapacidad que siente el doliente para adaptarse de nuevo a la vida sin el fallecido. Cuando alguien cercano fallece, la muerte se hace realidad y el hecho de vivirla tan de cerca hace que el doliente tome conciencia de su propia muerte, un sentimiento que puede provocar ansiedad.
- **Deseo de morir.** Cuando trabajamos con el doliente es importante valorar la ideación suicida y si existe un plan. Puede ser que su deseo de morir esté relacionado con la necesidad de reunirse o volver a ver al fallecido, y que se trate de un deseo lejano que el doliente reconozca como fantasioso, pero siempre hay que explorarlo.

En la práctica terapéutica con el doliente, es habitual observar cómo muchas experiencias de pérdida se han fijado como traumáticas. El hecho de que la experiencia quede fijada así puede deberse, por un lado, a la fisiología: que existan altos niveles de activación neuronal asociados al momento de la experiencia de la muerte. La causa también puede ser que dicha experiencia haya invalidado los esquemas básicos con los que el doliente comprende y "ordena" el mundo. Estos esquemas son los axiomas que, dentro de nuestro sistema de pensamiento, nos ayudan a simplificar la realidad.

En este caso, la experiencia de la realidad de la muerte cercana choca con el sentido de seguridad, justicia, predicción u optimismo que tenía el doliente (Neimeyer, 2002). Ayudar al doliente a dar sentido a la pérdida y a reconstruir estos esquemas integrando en ellos la muerte le ayudará a adaptarse a la pérdida, así como a trabajar el componente traumático de la muerte.

En otros casos sucede que el doliente tiene miedo de sus propias emociones: miedo a que le desborden, a que le invadan. Acompañar al doliente en esas sensaciones le permite entender que a veces uno estalla por haber reprimido una emoción durante mucho tiempo. Cuando se reprime, la emoción crece y así, al salir, lo hace de un modo explosivo y eso es lo que realmente les asusta. Es un trabajo fundamental enseñarles cómo funciona el ciclo de las emociones.



Lo que puede bloquear esta tarea es no permitirse sentir, o bien bloquearse exclusivamente en una de las emociones. Otras formas posibles de que el doliente bloquee esta tarea son:

- **Centrarse sólo en los recuerdos positivos del fallecido**, lo que lleva al doliente a idealizarlo y, por lo tanto, a no permitir que se expresen la totalidad de las emociones y las cogniciones, sólo la parte positiva, dejando otra parte de la experiencia oculta y sin explorar.
- **Centrarse sólo en los recuerdos negativos del fallecido**. Esto hace que el doliente se impregne de la emoción que le producen esos recuerdos y no pueda avanzar. A veces hay que tratarlo como un estrés postraumático.
- **Evitar todo contacto con la emoción, recuerdos o pensamientos sobre la persona que ha muerto**, en un intento de distraer el dolor y toda experiencia relacionada con la pérdida mediante la actividad continua.

Además del afrontamiento emocional del doliente, en el bloqueo de la segunda tarea también influye el concepto de cómo debe vivirse el duelo en la sociedad a la que pertenezca el paciente. Somos seres sociales, vivimos en familia, en

comunidad y, por tanto, la influencia que recibimos de ella es determinante. La sociedad occidental suele empujar al doliente hacia la distracción del dolor, le presiona para dejar de llorar o pensar en el fallecido, interfiriendo en la elaboración del duelo.

Todas las sensaciones y sentimientos descritos son normales y habituales dentro del proceso de duelo. Algunos autores sostienen que lo que ocurre a nivel emocional durante los primeros tres meses tras la muerte de un ser querido entra dentro de la normalidad. El bloqueo de la segunda tarea, así como del proceso del duelo, puede provocar que las sensaciones normales de tristeza, ansiedad o vacío se agudicen hasta transformarse en emociones más graves como desesperación, aislamiento, depresión mayor o complicaciones relacionadas con la ansiedad (fobias, miedo a la enfermedad, etc.).

Es aconsejable tener en cuenta las reacciones del doliente ante determinadas fechas señaladas, como los aniversarios. Las fechas son importantes: tanto las que resultan significativas para la familia (cumpleaños, aniversarios de boda, aniversario de la muerte) como las festividades (Navidad, Día de Todos los Santos). Es normal que, a medida que se acercan esas fechas, aparezcan reacciones emocionales de tristeza o dolor. Los estudios indican que las reacciones provocadas por los aniversarios son normales incluso hasta diez años después de la pérdida.

En ocasiones, explorar la cercanía de fechas significativas en el calendario puede aportar luz a la experiencia emocional del doliente, descubriendo lo que hay detrás de reacciones de dolor o tristeza sorprendidas o cuyo origen no entiende. También le resultará de ayuda prepararse con antelación ante las fechas importantes, planeando cómo y con quién desea pasar esos días.

La ayuda para elaborar esta tarea comienza con la observación del doliente: cómo expresa la emoción, cómo la afronta, si identifica lo que le ocurre, si es consciente de las sensaciones que aparecen y las acepta, cómo lo expresa... Todos estos datos son importantes, porque nos van a decir cómo está gestionando el doliente sus sentimientos y si está bloqueado en alguna emoción.

A partir de esa observación, la ayuda irá encaminada a resolver las necesidades del doliente: ayudarle a identificar las emociones, ponerles nombre y expresarlas; o legitimar con nuestra escucha lo que el doliente está sintiendo y darle un espacio para ello.



Las sensaciones físicas también son un gran indicador emocional: cómo manifiesta la emoción el cuerpo, si hay dolores, sensaciones de ahogo... Conviene detenernos en esas sensaciones y ver cómo las vive el doliente. Acercarnos a ellas ayudará también a la clarificación.

Como herramienta para elaborar esta tarea puede ser útil plantear las siguientes preguntas:

- **Qué es lo que más añoras y lo que menos:** Esta cuestión sirve para fomentar la exploración de todos los sentimientos relacionados con el fallecido.
- **Silla vacía:** Esta técnica sirve para trabajar las emociones y asuntos que han podido quedar incompletos.
- **Trabajo con fotos y recuerdos:** Hablar de la relación que había entre el doliente y el fallecido, mediante fotos y objetos que simbolicen recuerdos especiales, nos acerca a las emociones del doliente y nos ayuda a explorar con él la totalidad de la experiencia.
- **Utilizar el dibujo.** Plantearle al doliente cómo dibujaría su duelo, su dolor, su rabia... es una forma de acercarse a las emociones intensas.
- **El 'focusing'** puede ayudar mucho al doliente a permanecer cerca de sus sensaciones y a aproximarse a ellas de otra manera.

Al final se trata de ayudar al doliente a que permanezca junto a sus sensaciones -sean las que sean- para que se disuelvan, a fin de que confíe en que el duelo se puede superar y en que se puede "convivir" con esas emociones. Cuando esto se practica la emoción se diluye. Eso sí, hay que tener en cuenta que para poder "estar" con esas emociones incómodas hay que mantener cierta distancia con esas sensaciones.



RECORDAR

La segunda tarea es ELABORAR LAS EMOCIONES RELACIONADAS CON EL DUELO, tales como dolor, tristeza, enfado, ansiedad o culpa.

Esta tarea puede bloquearse si el doliente no se permite sentir las emociones o se bloquea excesivamente en una de ellas por exceso o por defecto. Otras formas de bloqueo son:

- Centrarse sólo en los recuerdos positivos del fallecido.
- Evitar todo contacto con las emociones, recuerdos o pensamientos relacionados con el fallecido.

En el bloqueo de esta tarea también resulta clave la concepción que exista del duelo y de cómo debe vivirse en la sociedad a la que pertenece el doliente.

La ayuda para elaborar esta tarea comenzará en la observación del doliente, tras lo cual resolveremos sus necesidades, ayudándole a identificar sus emociones y legitimarlas con nuestra escucha.

6.3 Tercera tarea: Aprender a vivir en un mundo en el que el fallecido ya no está presente

La tercera tarea del duelo hace referencia a la adaptación que necesita el doliente con respecto a todos los cambios que implica la muerte de su ser querido.

Para comenzar esta tarea, la persona en duelo tiene que ser consciente de los roles que desempeñaba el fallecido. Es aquí donde aparece el primer problema: normalmente las personas no somos conscientes del papel que desempeñaba la otra persona hasta pasado un tiempo desde su pérdida, ya que vivimos asumiendo con naturalidad el funcionamiento de nuestra vida.

Por este motivo, es necesario llevar a cabo una primera fase de identificación de las tareas de las que tendrá que encargarse el doliente, ya sea en el presente o en el futuro, así como de aquellos cambios que ha implicado el fallecimiento en los roles y actividades del día a día.

Un problema relativo a la identificación de roles es en que, mientras algunos son evidentes, otros no lo son tanto. Esto puede ocurrir bien porque son excepcionales –es decir, no se dan de manera habitual–, o porque otros familiares prestos a ayudar asumen esa carga e impiden que el doliente tome conciencia de que esos roles existen, ya que en ningún momento siente la necesidad de responder a la demanda que estos implican.

Algunos de estos roles podrían ser: la administración económica del hogar y los trámites bancarios, la realización y presentación de la declaración de la renta, gestiones relacionadas con los seguros del hogar, la matriculación de los hijos en la escuela o sus actividades extraescolares, la relación con los tutores del colegio, etc. Estos son roles que a menudo se asumen de manera puntual y, por eso, muchas de las personas que acuden a terapia no son conscientes de estas funciones hasta que no son inminentes.

Al referirse a este tema, entre los dolientes es común escuchar protestas como:

- *"Jamás en mi vida he hecho la declaración de la renta, ni siquiera sé dónde están todos los papeles".*
- *"De ese tipo de cosas se encargaba mi esposa, no sé cómo hacerlo".*
- *"Se me junta todo, me siento incapaz de abarcar más de lo que hago, soy un inútil".*



Para identificar los roles que asumía el fallecido, podemos preguntar al doliente qué nuevas gestiones ha aprendido a hacer, de qué cosas se encargaba la otra persona, o en qué aspectos prácticos de su vida echa en falta a la persona fallecida. A partir de ahí podremos ayudarle a incorporar nuevos roles o tareas.

Estos roles no sólo hacen referencia a la ejecución de tareas prácticas, sino también a la necesidad de adquirir determinadas identidades o, incluso, a reformular la identidad personal. Hay que trabajar con el doliente su nuevo estatus o rol. Estos son algunos ejemplos del cambio de rol/identidad tras un fallecimiento:

- Una viuda deja de ser la señora de X y se convierte en la viuda de X, o bien solamente utilizará su nombre.
- Un padre o una madre que pierde a su hijo/a puede dejar de ser incluso padre, de ser cómplice con su hijo/a fallecido.
- Una hija que pierde a su padre deja de ser el ojito derecho de papá.
- Un niño que pierde a un hermano puede pasar a ser el hijo mayor, o dejar de ser el mediano, o convertirse en hijo único.
- Cuando fallece uno de los padres, se pasa de ser hijo a huérfano.
- Se puede dejar de ser familia numerosa por la pérdida de un hijo.
- Dejas de tener un/a mejor amigo o mejor amiga.
- Se pasa de estar acompañado en casa a estar solo.

Hay que matizar que los dolientes tienen grandes problemas para superar esta tarea, ya que les exige redefinir todos los elementos nucleares en los que se apoyan para autodefinirse. Esto es especialmente habitual en las mujeres que basan su rol en los cuidados y en las relaciones con los demás.

Hay muchos dolientes que experimentan un gran sentimiento de impotencia e incapacidad, al creer que por su historia vital no van a saber realizar con éxito dichas tareas. Esto produce un deterioro de su autoestima y les genera grandes sentimientos de decepción. Estas personas piensan que los cambios se deben al azar y que ellos no tienen ningún poder para cambiar dichas situaciones o para hacerse cargo de ellas. Si realizamos un buen trabajo en esta tarea, la imagen del doliente puede verse reforzada y su autoestima mejorará mucho.

De lo explicado anteriormente se deduce que, aunque la persona en duelo se sienta impotente, a menudo deberá asumir muchas funciones que no realizaba antes, pero no por gusto, sino porque no le queda más remedio. A continuación, exponemos algunas de las tareas más simples que puede tener que acometer:

- Pagar determinados recibos bancarios que antes no eran de su incumbencia.
- Hacer ajustes en la economía familiar.
- Cocinar, cuando antes no lo había hecho.
- Hacerse cargo del cuidado de los hijos pequeños.
- Poner un piso a su nombre.
- Sacarse el carné de conducir para dar uso al coche familiar.
- Hacer reparaciones en casa.
- Matricularse en la universidad o en cualquier tipo de enseñanza.
- Ir en la ruta o en autobús al colegio porque no tiene quien le lleve.
- Recoger la ropa y meterla en el armario.
- Estudiar solo.
- Levantarse con el despertador.

Aunque al principio el hecho de realizar estas actividades puede ocasionar problemas y sentimientos de incapacidad o fracaso, más adelante la consecución de objetivos -por pequeños que sean- proporciona grandes satisfacciones a los dolientes y también, poco a poco, un sentimiento de capacidad y control. Al avanzar en esta tarea, muchos pacientes comentan lo sorprendidos que están de poder hacerse cargo de actividades que antes les resultaban impensables.

Las personas que bloquean esta tercera tarea del duelo no se adaptan a la vida: se ven inmersas en un mundo que se ha paralizado, sin evolución. El doliente no es capaz de desarrollar habilidades de afrontamiento, o bien pierde ocasiones para incorporar nuevos aprendizajes, se aísla y evita de muchas

formas responder a las exigencias de la vida. Estas personas suelen volverse dependientes, dada su incapacidad para afrontar las obligaciones más simples y cotidianas. Sin embargo, hay que destacar que en esta tarea siempre se producen algunos cambios (aunque pequeños). Pero esto sólo ocurre porque se ven obligados a cubrir las necesidades más inmediatas.

Resolver la tercera tarea permite que el doliente crezca e incluso gane autonomía. Por el contrario, si éste decide no resolver la tarea, queda atrapado en una vida que difícilmente podrá disfrutar plenamente. Parte de nuestro trabajo como psicólogos será analizar los aspectos de los que debe hacerse cargo el doliente y los roles que debe asumir.

Para poder devolverle esas cosas de las que debe hacerse cargo, podemos analizar y planificar las gestiones de una manera más concreta con el paciente que está en terapia. También podemos planear y ordenar las actividades pendientes de las más sencillas a las más complejas. Según el doliente avance en esta tarea, irá ganando confianza y no será necesario planificar con él los pasos a seguir.

A medida que el paciente nos vaya comunicando pequeños cambios, debemos reforzar incluso el hecho de que se haya dado cuenta de que son necesarios, así como cualquier acercamiento a la tarea o tareas que haya realizado por sí mismo y que antes no realizaba.

En definitiva, se trata de ir atendiendo las necesidades que vayan apareciendo de manera casi espontánea. Cuando cada una de ellas es atendida o resuelta, se diluye y aparece otra. Tanto el hecho de detectar las necesidades de cada uno como el de satisfacerlas es un camino que guía de forma única el proceso individual de cada doliente. Si las necesidades se bloquean, ya sea porque no las detectemos o porque no sean satisfechas, se puede producir mucha insatisfacción en el doliente. Por eso, es bueno facilitar la conexión con cada paciente y sus demandas, así como con la posibilidad de pedir ayuda.



RECORDAR

- La tercera tarea del duelo es **ADAPTARSE A UN MEDIO EN EL QUE EL FALLECIDO ESTÁ AUSENTE**, con todos los cambios de rol que esto implica.
- Los dolientes suelen tener muchos problemas para superar esta tarea, ya que les exige redefinir todos los elementos nucleares en los que se apoyan para autodefinirse, así como asumir responsabilidades de las que se encargaba la persona ausente y para las que no suelen verse capacitados.
- Esta tarea puede bloquearse si la persona no es capaz de desarrollar habilidades de afrontamiento, o pierde ocasiones para incorporar nuevas habilidades, aislándose y volviéndose dependiente.
- La ayuda para elaborar esta tarea puede orientarse hacia la identificación de los nuevos roles que el doliente debe asumir, planificando poco a poco las tareas que debe realizar y reforzando los pequeños avances y cambios de rol que vaya asumiendo.

6.4 Cuarta tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

La cuarta tarea del duelo tiene que ver con recolocar emocionalmente en nuestro mundo interior al ser querido que ha muerto.

Tras el fallecimiento, el recuerdo y la memoria de la persona perdida están muy presentes, convirtiéndose casi en protagonistas de la vida del doliente. Elaborar las tareas del duelo, asimilar el fallecimiento y afrontar las emociones y el día a día implican que la relación con el fallecido y su recuerdo estén muy presentes en la mente del doliente.

A medida que se van elaborando las tareas, el recuerdo del fallecido -incluso el vínculo con él- va tomando otra forma. En este periodo, el duelo sería como una gran estantería revuelta que el doliente va ordenando a medida que afronta, acepta y asimila la realidad. Así, con la elaboración de la cuarta tarea, deja espacio para colocar cosas nuevas.

Elaborar la cuarta tarea del duelo no significa olvidar al fallecido. Es frecuente que el doliente le dé vueltas a esa idea y que ésta le genere mucha ansiedad. Sin embargo, recolocar al fallecido no consiste en renegar de su recuerdo, sino en convivir con el pasado para poder vivir en el presente.

La experiencia con el doliente ha demostrado que, para poder elaborar esta tarea, es necesario que las tareas anteriores hayan quedado bien resueltas. Resultaría muy complicado elaborarla si la muerte no está realmente asimilada, si no se han afrontado las emociones y el dolor, o si el doliente no ha comenzado a adaptarse a la rutina y a un mundo sin él. Si no hay suficiente camino recorrido en las otras tareas, afrontar la cuarta resultará un esfuerzo poco fructífero para el doliente.

La cuarta tarea del duelo tiene que ver con la ilusión, con volver a vivir y volver a arriesgarse, involucrarse de nuevo en actividades y planificar el futuro. Todo lo que esté relacionado con la idea de no querer vivir estará bloqueando esta tarea, por ejemplo: el hecho de que un viudo se prometa a sí mismo no volver a enamorarse es un indicador de bloqueo, no porque sea obligatorio volver a enamorarse, sino por vivirlo como una prohibición.

Esta cuarta tarea del duelo a veces se queda sin resolver. A menudo escuchamos que el dolor por la muerte de un ser querido no desaparece nunca.



Casi parece que las expectativas generales y lo socialmente aceptado es que el doliente quede eternamente dolido. Aceptamos como normal que la persona en duelo viva sin ilusión, de manera que tanto el doliente y su entorno como el psicólogo dejan de hacer el esfuerzo necesario para que eso cambie o evolucione.

Nos referimos a este estado como “sombra del duelo” y se define como una forma de duelo crónico que a veces los dolientes arrastran durante el resto de sus vidas, comparable a un dolor sombrío que subyace en los sentimientos de la persona.

El camino del duelo es duro, doloroso y requiere esfuerzo, decisión y constancia, pero puede tener un fin. La elaboración de la cuarta tarea lleva a determinadas personas a hacer un repaso profundo de su identidad, hasta el punto de iniciar un proceso de crecimiento personal. Un rasgo definitorio de toda crisis personal es que las bases que sustentan los valores profundos del individuo -es decir, los esquemas generales explicativos que se ha forjado en torno a su concepción del mundo y su propia identidad- se tambalean y resquebrajan.

El crecimiento personal se produce cuando el individuo afectado por esa crisis aprovecha ese momento para volcarse en sí mismo y concentrar sus esfuerzos y constancia en la reelaboración de esos esquemas, así como de los significados profundos internos que dan coherencia a su visión del mundo y de sí mismo.

Con frecuencia la experiencia clínica nos muestra cómo el doliente, tras elaborar el proceso de duelo, se percibe a sí mismo más humano, más sensible y más comprensivo en relación a los problemas de los demás. Después de sufrir la pérdida de un ser querido, las prioridades y el orden de los valores suele cambiar. Esto lo puede corroborar cualquier profesional que trabaje en terapia de duelo, dado que el contacto con la parte más espiritual del paciente es muy estrecho. Puedo afirmar con rotundidad y en primera persona que tras haber afrontado un duelo y haberlo superado, muchos de los pacientes crecen personalmente y se sienten más plenos, más compasivos, más sensibles, o más generosos.

Sin embargo, no todo aquel que sufre una pérdida la resuelve emprendiendo un camino de crecimiento personal y de aprendizaje positivo. Quienes sí lo hacen son las personas resilientes y quienes han elaborado un crecimiento postraumático o florecimiento.

El hecho de que el doliente afronte y resuelva las cuatro tareas del duelo nos coloca frente a las siguientes preguntas: "¿Termina alguna vez el duelo?", "¿Cuándo podemos decir que ha terminado?".

El duelo es un proceso con un principio y un fin. Diversos autores consideran un indicio de finalización el hecho de que se pueda recordar al ser querido sin dolor y vuelvan a experimentarse emociones e ilusión por vivir. Pero incluso cuando el doliente ya ha finalizado el proceso de duelo es esperable que siga atravesando altibajos, en especial al coincidir con determinadas fechas importantes.

Es necesario recalcar que el proceso y la duración del duelo tienen que ver con una decisión personal. A lo largo de este camino, el doliente va tomando multitud de decisiones y, llegado un punto, también deber decidir si continúa en duelo o no. El resultado de todas estas decisiones será la elaboración y finalización del duelo o, por el contrario, el bloqueo del mismo. De aquí se puede concluir que la duración de este proceso es muy personal.

En la cuarta tarea del duelo, la ayuda del profesional deberá ir encaminada a que el doliente decida si quiere permanecer en duelo o reencontrarse con la vida. Para trabajar los posibles bloqueos de esta tarea y ayudar al doliente en su elaboración, pueden resultar de utilidad estas técnicas (sólo para terapeutas clínicos):

- **La huella vital:** Este concepto se basa en las diversas maneras en que influyen en nosotros las personas que están en nuestras vidas. Todos somos permeables a la gente que queremos y con la que convivimos, de modo que absorbemos su influencia de diferentes maneras: gestos, formas de pensar, expresiones, valores compartidos, gustos, etc. El hecho de que el doliente sea consciente de la huella que el fallecido ha dejado en su persona puede ser una forma de rendirle homenaje y reconstruir el vínculo con el ser querido que no está. Por supuesto, no todas las huellas son positivas, el doliente puede descubrir huellas de la influencia del fallecido en rasgos conflictivos de su personalidad (p. ej.: inseguridad, carácter obsesivo, etc.). Trabajar estas huellas también le ayudará a revisar la imagen del fallecido y, por lo tanto, a recolocarlo emocionalmente. ¿A qué huella me gustaría renunciar y qué huella quiero que perdure? Puede ser una buena manera de que el doliente sea consciente del "legado" y se responsabilice de él, eligiendo lo que quiere para sí mismo.

- **Carta que no se envía:** Esta herramienta es una de las más útiles y poderosas para trabajar el proceso de duelo. Consiste en que el doliente escriba una carta (o cartas, si vemos que es conveniente durante el proceso) donde exprese todo lo que quiera, lo que ha quedado por decir, lo que necesite explicar. Es una carta abierta, sin un guion establecido. El único elemento imprescindible es que al final haya una despedida. Se trata de un proceso muy duro para el doliente, por eso es recomendable alternarlo con otras actividades más livianas. La carta debe ser leída por el doliente en el contexto de una sesión individual o de grupo. Mientras, el terapeuta o demás miembros del grupo pueden ir apuntando lo que van escuchando, lo que les ha resultado más emotivo o más significativo, etc. Esta herramienta ayuda al doliente a poner palabras a la realidad –a su vivencia del duelo– y a encontrar un lugar para el fallecido en su mente y en su corazón.
- **Objetos de vinculación:** Entre las pertenencias del fallecido a menudo suele haber algún objeto de especial importancia para el doliente, ya sea por lo que significaba para el fallecido, o por lo que representa de él. El hecho de que la persona en duelo tenga presente ese objeto, que lo guarde en un lugar especial, o bien trabajar sobre él en el contexto terapéutico, puede ayudar notablemente a abordar la relación con el fallecido y a reconstruir el vínculo.
- **Medir el duelo:** Esta técnica consiste en utilizar algún objeto que tengamos en la consulta (por ejemplo, una mesa), de manera que uno de sus extremos simbolice el fallecimiento del ser querido y el otro, la superación del duelo. El doliente debe ubicar ahí en qué punto entre ambos siente que está. Esto devuelve al paciente el momento del camino en el que se encuentra, permitiéndole adquirir una perspectiva del trabajo que está realizando y concretar lo que aún le queda por afrontar.
- **Preguntas útiles:** ¿Cuáles son tus fortalezas? ¿Quién soy ahora? ¿Cuáles son tus valores, tu visión del mundo y de ti mismo? Hacerse estas preguntas ayuda al doliente a reconstruir sus significados, así como a reflexionar y reelaborar su sistema de valores y de autoconcepto.

En el trabajo que se haga con el doliente, es importante aclarar qué significa para él elaborar el duelo y trabajar esta tarea concreta. Si no entiende lo que implica elaborar el duelo, esto puede significar que existe un bloqueo para resolverlo. También resulta útil trabajar con el doliente en torno a cuál es su fan-



tasía sobre la finalización del duelo, con preguntas como: "¿Qué perderías al acabar el duelo?". Trabajar con él las respuestas a esta cuestión puede servir, por un lado, para corregir posibles creencias falsas relativas a la finalización del duelo y, por otro, para sacar a la luz posibles bloqueos que estén interfiriendo con la finalización del proceso.

La teoría de las cuatro tareas de William Worden arroja luz sobre el proceso y es muy proactiva. Si combinamos esta teoría con la que enuncia Alba Payás en su libro *"Las tareas del Duelo. Psicología de duelo desde un modelo integrativo-relacional"* (2010), la comprensión del proceso se amplía aún más.

El modelo que ella propone plantea que el doliente tiene por delante esas cuatro tareas del duelo pero que, al mismo tiempo, está experimentando distintas fases que también son cuatro:

1. Aturdimiento y choque.
2. Evitación y negación.
3. Crecimiento.
4. Transformación.

Payás afirma que la tarea que se proponga realizar al doliente debe ser coherente con la fase en la que se encuentra. Es decir: si la persona se encuentra en

la fase de evitación y negación, no podemos proponerle una tarea que tenga que ver con la aceptación de la muerte, porque entonces fracasará.

Cada una de las tareas del duelo aporta luz al proceso como fenómeno universal. Ninguna es completa y ninguna es perfecta, pero cada una de ellas representa un esfuerzo para aumentar la comprensión del duelo.



RECORDAR

- La cuarta tarea del duelo es **RECOLOCAR EMOCIONALMENTE AL FALLECIDO Y SEGUIR VIVIENDO**, sin olvidar al ser querido, pero aprendiendo a convivir con su recuerdo para poder vivir el presente.
- Esta tarea tiene que ver con recuperar la ilusión de vivir. A veces queda sin resolver, por lo que el duelo se cronifica. Cualquier actitud personal del doliente que esté relacionada con la idea de no volver a disfrutar de la vida es un indicador de bloqueo.
- La elaboración de esta tarea lleva a muchas personas a revisar su identidad de manera profunda, dando inicio a un proceso de crecimiento personal en el que se rehacen los esquemas y valores que hasta entonces configuraban su visión del mundo y de sí mismos.
- La elaboración y duración del duelo está intrínsecamente relacionada con la elección personal del doliente, que en algún punto de su camino deberá decidir si continúa en duelo o no. El resultado será la superación del proceso o su bloqueo.
- En esta tarea, la ayuda profesional irá encaminada a apoyar al doliente en esta elección, trabajando los posibles bloqueos con herramientas como la huella vital, cartas al fallecido, objetos de vinculación o preguntas dirigidas a reelaborar el sistema de valores del doliente.

CAPÍTULO 7

EL DUELO **ANTICIPADO** *VERSUS*
EL DUELO **DEMORADO**



El concepto de duelo anticipado, utilizado en relación con el duelo demorado, alude a dos momentos distintos de este proceso. Uno tiene lugar antes de que se produzca la pérdida, normalmente cuando se le diagnostica al ser querido una enfermedad que no tiene cura. En ese momento la familia comienza a hacerse a la idea de lo que va a suceder, empieza la aceptación de la pérdida, el dolor de imaginar una muerte próxima en el tiempo.

También se inicia una etapa caracterizada por lo que conlleva ser testigo del deterioro físico y emocional del ser querido, el desgaste producido por las largas jornadas en el hospital, así como cambios y reajustes en los horarios, las comidas y la organización de la vida en general. Es un momento que exige que cada miembro de la familia adapte su rutina para asumir el cuidado del pariente enfermo, ya sea en el hospital o en casa. También fomenta la cercanía con el ser querido para poder pasar el máximo tiempo con él. Y es un momento en el que, pese al diagnóstico, todavía se mantiene la esperanza.

Hoy en día la mayoría de los autores considera que el duelo anticipado es una respuesta adaptativa positiva ante la muerte, porque da a las personas la oportunidad de empezar a trabajar los cambios profundos que conlleva la pérdida. Es más que evidente que todo aquello que podemos anticipar es menos impactante en comparación con una muerte repentina o inesperada, sin embargo, implica ser testigo de escenas dolorosas del enfermo, debido a las intervenciones médicas o al sufrimiento provocado por su dolencia.

La anticipación puede ayudar a los dolientes a prepararse para lo que les espera. Pero, al igual que el duelo, no todo el mundo lo va a experimentar de igual manera, ni siquiera dentro de la misma familia. La agonía y el instante de la muerte serán especialmente críticos y delicados para la familia. La orientación básica de los profesionales que estén presentes durante el momento de la muerte debe ser dar apoyo moral a los familiares y resolver sus problemas concretos.

Cuando finalmente tiene lugar el fallecimiento, es muy frecuente que se dé una explosión emocional de la familia. En esos instantes, quizás la única ayuda que se les puede dar es ofrecer una presencia reconfortante: adoptar una actitud contenida de escucha y afecto, respetar las manifestaciones de duelo y ofrecernos para ocuparnos de las tareas cotidianas, por simples que sean.

El duelo anticipado y el periodo de hospitalización en sí pueden complicarse a causa de lo que conocemos como "claudicación familiar". Este fenómeno consiste en la incapacidad por parte de la familia de ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente, así como de la situación en general.

Cómo podemos acompañar a la familia

La atención a los miembros de la familia que están próximos a perder a su ser querido irá orientada a aliviar sus temores y resolver las situaciones difíciles que se presenten:

- Ofrecer una información clara, concisa y realista para comprender el proceso de la enfermedad, el significado de los síntomas y los objetivos del tratamiento.
- Contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados.
- Reservar tiempo para permanecer con el enfermo.
- Intimidad para el contacto físico y emocional.
- Escuchar la expresión de sus emociones: tristeza, rabia, desconsuelo y temor. La familia del enfermo necesita ser escuchada y que sus sentimientos sean comprendidos y aceptados.

Por otra parte, el duelo demorado es la reacción que aparece tiempo después de haberse producido la muerte del ser querido. Resulta una respuesta incongruente en el tiempo. El duelo tarda en manifestarse porque se ha producido un bloqueo previo del proceso, ya sea por el impacto que produce la pérdida o porque el doliente no ha sido capaz de procesarlo en su momento. También se conoce como “duelo congelado”.

El duelo demorado a veces se resuelve de manera espontánea: la persona toma conciencia del bloqueo anterior y de cómo se va haciendo cargo de la nueva realidad. En ocasiones es otra persona del entorno quien detecta ese bloqueo y deriva al doliente a terapia.

La dificultad que encontramos en el duelo demorado es que, debido al tiempo transcurrido desde la pérdida, a veces los profesionales tienen dificultades para relacionar sus síntomas con un duelo y se diagnostica como depresión. Otra dificultad estriba en el hecho de que el apoyo social al doliente desaparece con el tiempo, de modo que cuando el duelo “se descongela” el apoyo social ya no está presente.

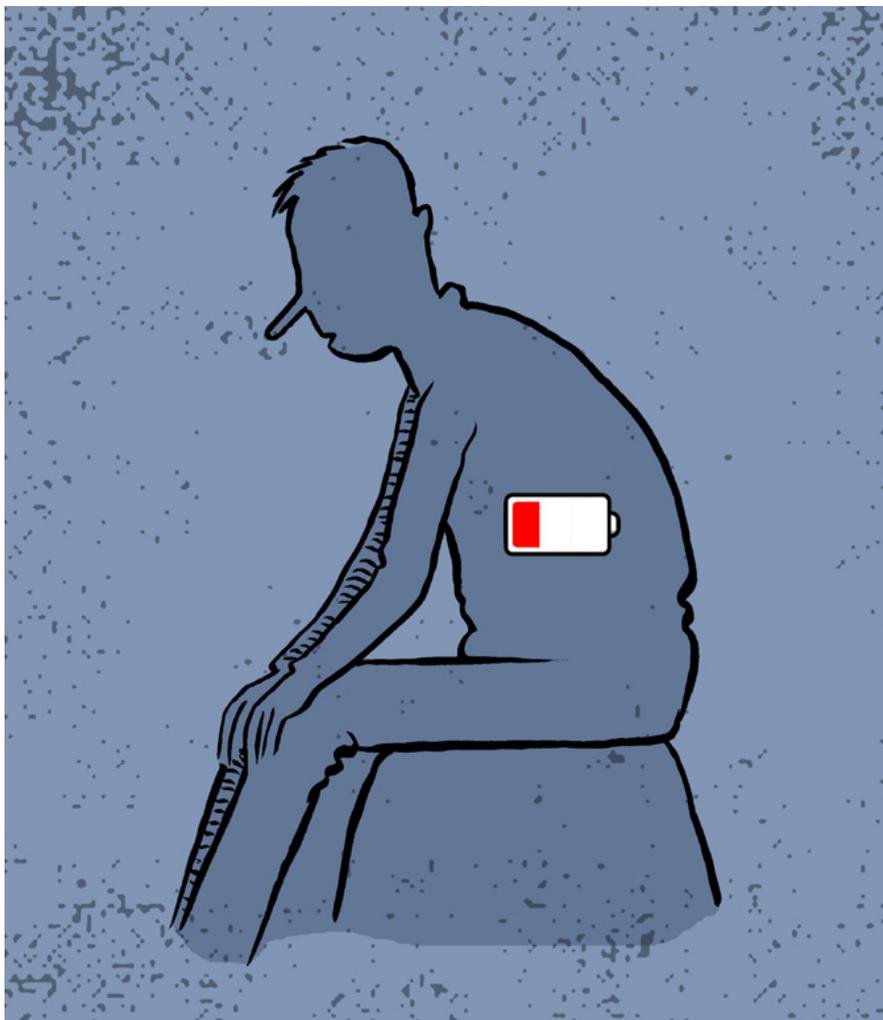


RECORDAR

- El duelo anticipado es el que se produce antes de la muerte.
- Se mantiene la esperanza.
- El doliente puede experimentar mucho desgaste al ser consciente del deterioro y los cambios que se producen en la familia para adaptarse a los cuidados del enfermo.
- El duelo demorado es el que aparece tiempo después de que se haya producido el fallecimiento del ser querido.
- Este duelo puede darse porque la muerte del ser querido ha resultado impactante, o porque el doliente no estaba preparado para procesarlo en ese momento. Es importante detectarlo para trabajarlo como un duelo y no como una depresión.

CAPÍTULO 8

DUELO Y **PSICOSOMÁTICA**



La Psicósomática es el estudio de todas aquellas reacciones físicas reflejadas en el cuerpo que no tienen explicación orgánica. Estamos hablando de reacciones emocionales que provocan cambios a nivel fisiológico: dolor muscular, dolor de cabeza, subida o bajada de la tensión arterial... todo aquello que deja una huella en el cuerpo.

En este contexto podemos encontrarnos desde síntomas fácilmente explicables por la reacción emocional, hasta otros provocados por una emoción encapsulada que en apariencia no tienen una relación evidente con el duelo. Esto puede hacer que, tras la muerte del ser querido, la persona "deambule" de médico en médico buscando una causa a su malestar.

Cuando me encuentro con un caso así en terapia -un paciente cuyo malestar no es sólo psicológico, sino también físico- lo primero que hago es enviarlo al médico para que lo derive al especialista si se trata de una patología de origen orgánico. El duelo es un proceso que conlleva mucho estrés para el paciente y dicho estrés puede influir en el organismo, debilitándolo.

Es muy habitual que durante el duelo la salud se resienta. Esto puede deberse a varios factores:

- **El descuido del cuerpo durante la enfermedad.** Esto es común debido a las horas pasadas en el hospital, las comidas fuera de casa, poco tiempo para descansar, o el abandono de tratamientos que estaban en curso, entre otros factores.
- **La mimetización con el paciente.** Es posible que el doliente reproduzca alguno de los síntomas de la persona fallecida. Si murió por un cáncer de estómago, puede que manifieste molestias intestinales o del aparato digestivo; si murió por un infarto de miocardio, puede que muestre síntomas relacionados con un aumento de la presión arterial, etc.
- **El estrés sostenido en el tiempo.**

También puede ocurrir que la molestia física esté conectada a un significado más profundo a nivel psicológico y este es el material con el que trabajamos los psicólogos expertos en duelo. En estos casos lo que hacemos es acudir a la sensación y focalizar ahí toda la atención, amplificándola y permitiendo que se exprese. No existe una traducción directa de ese significado, cada persona asocia sus sensaciones a significados diferentes y el psicólogo sólo los valida y los libera.

En un caso de duelo traumático, atendí a un hombre cuyo hermano había fallecido tras una operación de corazón. Este paciente tenía una sensación de mucho dolor en el diafragma, que al principio no nos llamó la atención. Él tra-

bajaba esta molestia con un fisioterapeuta, pero la sensación no desaparecía. Tras unas cuantas sesiones con EMDR pudo relacionar esa sensación con un tubo que le pusieron a su hermano para drenar una infección que tuvo en el corazón. Hasta ese momento dicha imagen había permanecido arrinconada en su memoria y conectar con ella le produjo mucho dolor. Lloró mucho durante toda la sesión, pero en la siguiente la sensación se había disuelto por completo.

Este es sólo uno de los muchos casos que he atendido en terapia a lo largo de mi carrera, quizás el más evidente. Sin embargo, en la práctica diaria de la psicoterapia de duelo, al trabajar con el cuerpo del doliente encuentro sensaciones que encierran significados relacionados con el proceso de pérdida.

Hay que distinguir estos casos de otros donde lo físico es sólo una distracción del proceso principal, una forma de defenderse del dolor del duelo.

Una mujer que había perdido a su marido tenía dolores de cabeza continuos. Estos dolores de cabeza le impedían llevar una vida normal e incluso hablar con claridad durante la terapia. Durante más de cinco sesiones hablamos de sus molestias, de la intensidad de los dolores de cabeza, de su frecuencia y de a qué los asociaba. No tenían ninguna relación aparente con el proceso de duelo y, sin embargo, era lo primero que aparecía en las sesiones. Cada cita daba comienzo con un comentario sobre cuánto le había dolido la cabeza esa semana. En la sexta sesión le pedí que me hablara de su marido, dejando un poco de lado el dolor de cabeza. Lloró mucho y habló con mucho detalle de cómo había sido su muerte y de lo mucho que lo echaba de menos. No le pedí que no sintiera su dolor de cabeza, sino que trajera también el recuerdo de su marido teniendo presente ese dolor físico. El proceso fue lento, pero poco a poco dejamos de hablar de sus dolores de cabeza y pasamos a hablar sólo de su marido, hasta que el dolor se deshizo.

En otra ocasión un chico joven cuya madre había fallecido de una manera bastante traumática vino a mi consulta, derivado por su médico de cabecera debido a un problema digestivo sin base orgánica. Las primeras sesiones las dedicamos a hablar de su problema y a delimitar cómo le afectaba. A partir de la cuarta sesión le pedí que me hablara de su madre. Pronto, de una sesión para otra, el problema digestivo desapareció como si fuera magia. A lo largo de las siguientes sesiones pudimos analizar detalles de la muerte de su madre y, poco a poco, el duelo también se deshizo.

En las primeras sesiones siempre es importante dejar espacio a la expresión libre del paciente. Sólo cuando el vínculo se ha formado podemos hacer intervenciones que puedan romper esa defensa.

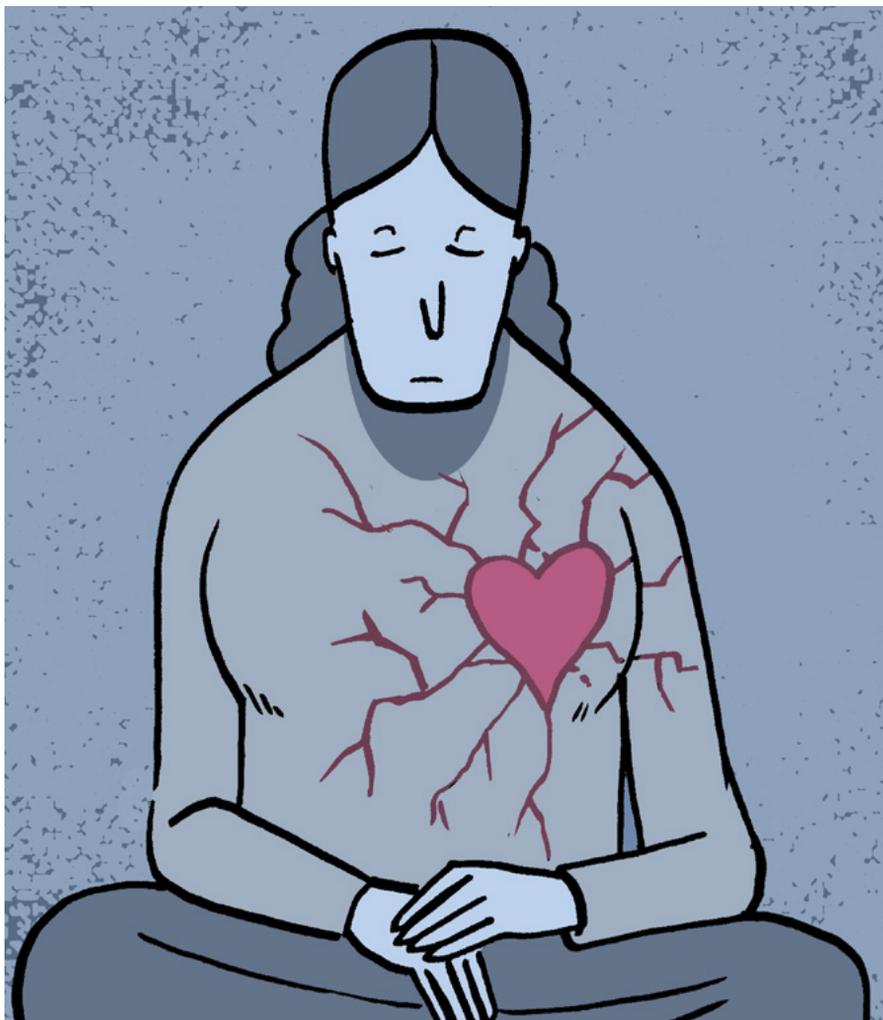


RECORDAR

- El duelo puede tener un reflejo en el cuerpo que hay que atender.
- Hay que descartar los trastornos de origen orgánico.
- Es importante revelar el significado del síntoma físico.
- En ocasiones hay que distinguir cuándo el síntoma es una defensa y cuándo tiene un contenido simbólico que revelar.

CAPÍTULO 9

DUELO VERSUS **DEPRESIÓN**



En un intento de poner nuestra experiencia clínica en palabras y profundizar en el estudio del duelo, hemos tratado de definir este proceso y describir cuáles son las diferencias entre un duelo normal y uno complicado.

Los seres humanos solemos establecer categorías: clasificamos y sistematizamos la realidad. Eso implica fijar los límites y las fronteras entre lo que es y no es un concepto. La necesidad de etiquetar los trastornos procede de un intento de generar un lenguaje universal entre los profesionales de la salud mental, que nos permita comunicarnos al margen de las diferentes orientaciones y formas de concebir la enfermedad y la salud psicológica.

Esto significa hablar en un lenguaje común que nos permita comprender en pocas palabras un diagnóstico complejo. Sin embargo, las etiquetas pueden acabar resultando reduccionistas y, de hecho, resulta complicado establecer diferencias categóricas entre el duelo y otras realidades.

Tradicionalmente el duelo se distingue del trastorno depresivo mayor, pero también hay establecida una diferenciación entre el duelo normal y el duelo complicado. Comparar duelo y depresión implica comparar dos entidades similares que, sin embargo, pertenecen a categorías diferentes, ya que una de ellas -la depresión- está sistematizada, definida y recogida como trastorno en el DSM-V, mientras que el duelo está definido como trastorno, pero no reconocido como tal.

El duelo es algo que sobreviene -sucede o no-, no se puede prevenir, mientras que la depresión sí puede prevenirse, y tiene grados y matices. Ambos trastornos pueden darse a la vez, pero lo más habitual es que uno de los dos esté en primer plano y el otro, en segundo.

Algunos artículos hablan de que la comorbilidad entre duelo y depresión es imposible. Además, establecen una distinción que, a primera vista, parece sencilla. Sin embargo, entre el duelo y la depresión existen diferencias abultadas que a nuestro juicio impiden su comparación, ya que pertenecen a categorías distintas. La primera de ellas es que la depresión es un trastorno y el duelo, no, ya que se trata del proceso normal que sigue a cualquier pérdida. En cualquier enfermedad -pongamos la gripe- podría interferir un suceso: por ejemplo, un accidente. En este caso, no trataríamos de priorizar cuál de las dos prevalece, porque no pueden compararse. Sin duda el duelo desencadena un proceso emocional, cognitivo y conductual: ni más ni menos que cualquier otro acontecimiento, aunque quizás este último esté menos estudiado.

Al establecer la imposibilidad de comorbilidad entre duelo y depresión, lo que hacemos es silenciar el duelo, obviarlo, relegarlo y tratarlo únicamente como una depresión. Esto no resulta extraño, ya que vivimos en una sociedad tana-

tofóbica que se protege del dolor y huye de la muerte hasta que no le queda más remedio que afrontarlo. Esto provoca que convivamos con la idea de que la muerte les sucede a otros, de que somos invencibles y controlamos todos y cada uno de los aspectos de nuestra vida.

Finalmente, cuando la muerte se cuela por fin en nuestras vidas -ya sea por accidente, de forma prevista o imprevista-, el dolor golpea los cimientos de nuestra estructura y nos hace tambalearnos. Es entonces cuando empezamos a manejar la creencia de que la muerte es insuperable, lo que nos impulsa a protegernos del dolor evitándolo, escondiéndolo o invisibilizándolo de nuevo. Por ello, no debe sorprendernos que éste también se invisibilice a nivel clínico.

Por otro lado, parece un poco simplista tratar de reducir esos síntomas hacia una categoría tan rígida como el trastorno depresivo mayor. La depresión requiere habitualmente de medicación, mientras que el duelo, como norma, no. Esta distinción nos plantea algunas preguntas:

- ¿Puede un duelo generar una depresión o ser su causa directa?
- ¿Puede una depresión complicar un duelo?

El proceso de duelo desencadena una serie de reacciones que pueden llevar a la persona afectada a aislarse, a cambiar sus rutinas o a perder los estímulos reforzadores a los que tenía acceso antes.

Cuando el doliente se sume en la oscuridad de su tristeza, ¿puede acabar desarrollando una depresión? ¿Lo que durante un tiempo era una reacción normal se ha convertido en una depresión? ¿Es el tiempo lo que diferencia la salud de la enfermedad o lo normal de lo patológico? ¿Son seis meses un periodo normal en caso de duelo, pero no seis meses y un día? Nuestra opinión basada en la experiencia se inclina más hacia el criterio del clínico que hacia las descripciones diagnósticas, aunque sea a costa de perder un poco de rigor científico, en aras de una mayor eficacia y éxito terapéutico.

El duelo implica una enorme revisión de valores y de creencias para quien lo padece: invita a reflexionar y a cuestionar opiniones que se tenían por certezas. Este cuestionamiento hace que a menudo el doliente experimente un proceso de crecimiento personal. Por esta razón, el hecho de trabajar el duelo a nivel terapéutico puede movilizar recursos en el individuo que le ayudan a desbloquear los procesos enquistados. En este sentido, los seres humanos somos como un

bosque: da igual en qué incidas, que todo se reestructura y se ordena alrededor de lo que ha quedado modificado.

En el duelo hay muchas preguntas sin respuesta. El intento de responder a los interrogantes que nos planteábamos al inicio de este capítulo ha dado lugar a más preguntas aún. Esto nos sugiere que aún queda mucho terreno que explorar en el duelo y que la teoría avanza despacio.

Al mismo tiempo, hemos constatado que el papel de los clínicos -que nos nutrimos de la teoría y de nuestra experiencia para responder a las cuestiones concretas que plantean nuestros pacientes- va por un lado, mientras que el papel del investigador del duelo -quien atesora conceptos, atornilla hipótesis y consolida teorías que pone al servicio del clínico en una alianza estratégica para ambos-, va en otra dirección y a un ritmo distinto.

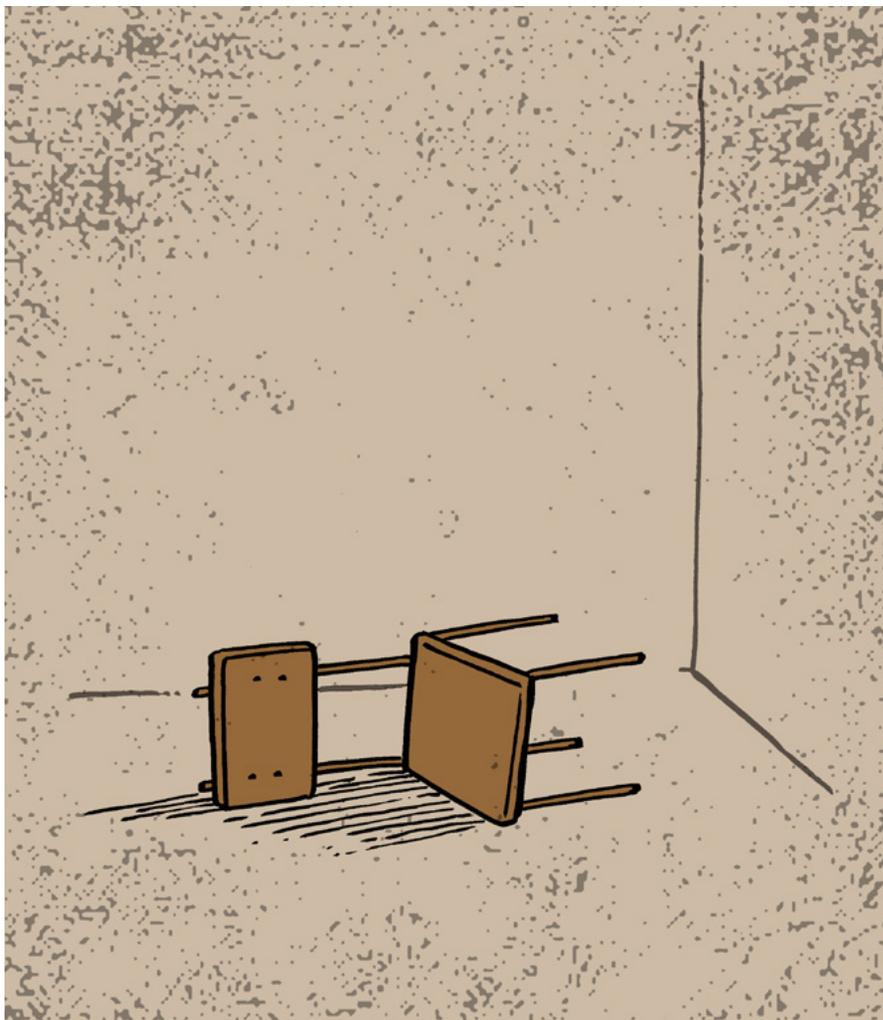


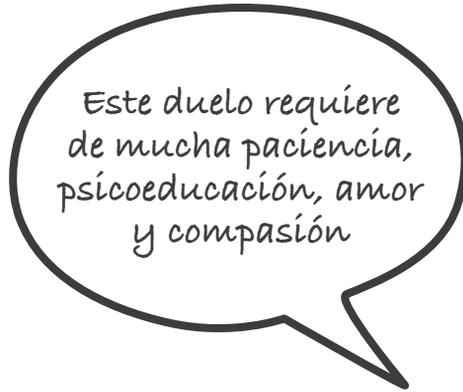
RECORDAR

- El duelo no es igual a una depresión, aunque comparte algunos síntomas.
- El duelo no implica una pérdida de autoestima.
- En el duelo es el mundo el que se ha vuelto un lugar oscuro.
- No parece que la medicación mejore el proceso de duelo, aunque sí lo hace en el caso de la depresión.
- No existe consenso entre investigadores y clínicos y resulta difícil definir los límites de uno y otro trastorno.

CAPÍTULO 10

EL DUELO POR UN SUICIDIO





El suicidio es más que un tabú y puede parecer un motivo de vergüenza o de oprobio para la familia y el entorno de quien lo comete. Es la muerte que no se nombra, que no aparece en las estadísticas: la muerte producida por una decisión deliberada de quitarse la vida a uno mismo.

Esta realidad hace que a menudo el suicidio de un ser querido se mantenga oculto, haciendo su pérdida más dolorosa si cabe, porque es una muerte que encierra un secreto. Más allá del juicio cultural y social, la muerte por suicidio es una realidad que genera mucho sufrimiento que hay que atender.

¿Es distinta la muerte por suicidio que la muerte natural o por accidente?

Puede parecerlo, pero en realidad la muerte es igual para todos: un cese de las funciones vitales que posibilitan la vida. Pero, en este caso, el factor de que sea la propia persona quien se inflige la muerte puede llevar a reflexiones y a bloqueos por parte de la familia y el entorno. Lo único que cambia es el juicio que hace la sociedad y, con frecuencia, también la propia familia a un nivel inconsciente. Es difícil establecer en líneas generales los matices de este tipo de duelo, por eso me limitaré a dar algunas pinceladas que permitan comprender las situaciones más habituales.

A la hora de trabajar el duelo por suicidio en terapia, es necesario tener en cuenta que puede requerir más tiempo y traer consigo alguna imagen traumática.

La necesidad de tiempo está asociada a la capacidad de cada doliente de poner nombre a lo que ha ocurrido. Si intentamos intervenir demasiado pronto o

si presionamos para que la persona avance, podemos empujarle a abandonar la terapia, porque el doliente no se sentirá comprendido ni respetado en su vivencia ni está preparado para tolerar ese nivel de dolor.

En ocasiones parece que hablar de los detalles de la muerte constituye una deslealtad con respecto al fallecido o puede surgir el miedo a que los psicólogos juzguemos esa conducta. Por eso al tratar con el doliente tenemos que poner especial atención en trabajar la confianza, de manera que nos vea como personas fiables que no van a juzgar el suicidio. Si hace falta más tiempo, se añadirá al proceso terapéutico: tiempo y paciencia.

A menudo me encuentro con dolientes que en las primeras sesiones son reticentes a hablar del suicidio, de cómo se produjo la muerte. Sólo hablarán de ello cuando se sientan preparados. A menudo recordar los detalles de la muerte puede traer imágenes o sensaciones traumáticas. El trauma puede provenir de las circunstancias en que se produjo la muerte o del modo en el que se comunicó la misma: si el doliente ha sido testigo de alguna imagen impactante de deterioro, si encontró al fallecido, etc.

Una de los aspectos que más se repite en terapia es que la gente busca constantemente una "razón" que explique por qué su ser querido se ha suicidado. Esta razón puede llegar a permanecer oculta y cada persona deberá construir su propia justificación. La búsqueda de una explicación va unida a la aceptación de una realidad muy impactante. El doliente puede experimentar sentimientos de culpa por no haber podido evitar el suicidio, que no son más que otra manera de negar la muerte y ejercer un falso control sobre la vida.

Otro detalle "repetido" es el dolor que provoca el hecho de imaginar cuánto ha tenido que sufrir el suicida para acabar tomando esa decisión. En este contexto es habitual que el doliente experimente culpa por no haberse dado cuenta o no haber podido aliviar ese dolor.

Elementos comunes:

- Tabú.
- Dolor.
- Sensación de incompreensión.
- Preguntarse por las razones del suicidio.

Elementos habituales:

- Impacto/elementos traumáticos.
- Alteraciones físicas (correlato del trauma...)
- Sentimiento de culpa.

Cosas que funcionan:

- La delicadeza.
- La paciencia.
- Normalizar todas las reacciones y ponerlas en contexto.
- Favorecer el diálogo en torno a todos los temas y matices sin presionar.
- Mantener la calma ante reacciones "extrañas".
- Invitar a revisar a nivel médico los síntomas físicos del duelo, permitiendo al doliente tener control sobre algo pequeño.
- Generar historias que ayuden a explicar de forma suficiente lo que ha ocurrido.
- Generar esperanza.

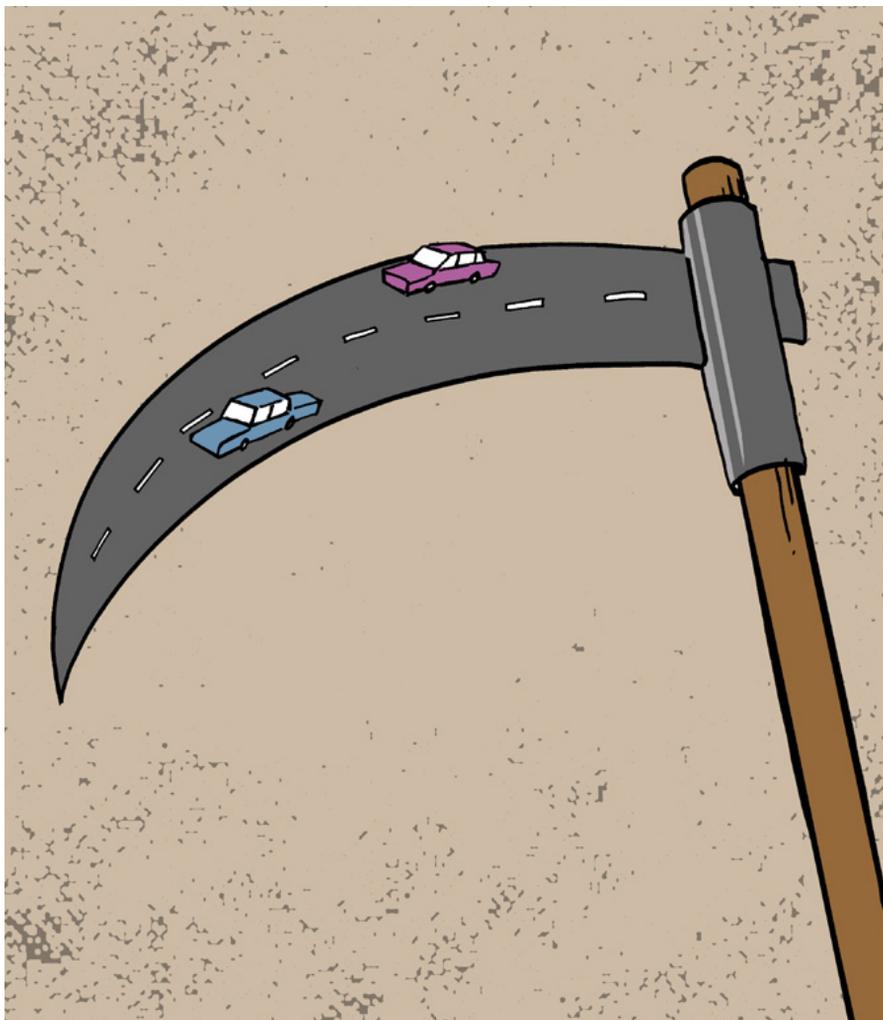


RECORDAR

- El suicidio a menudo conlleva un tabú.
- Con frecuencia incorpora elementos traumáticos que añaden más dolor al duelo.
- Es imprescindible dar tiempo al doliente y ser delicados a la hora de hablar del tema en terapia.
- No hay que asustarse ante las revelaciones del paciente.
- Conviene hablar de las causas del suicidio.

CAPÍTULO 11

EL DUELO POR UNA MUERTE TRAUMÁTICA



Dentro de la categoría de duelo traumático incluimos todo aquel que está causado por la muerte violenta y súbita de un ser querido: accidentes de tráfico, accidentes laborales, homicidios, atentados, etc. En la mayoría de estos casos, al duelo se suma un trastorno de estrés postraumático o, al menos, parte de sus síntomas.

Dicho trastorno aparece recogido en el DSM-V en un capítulo aparte, dentro de la sección segunda relativa a los trastornos. Pero, más allá de las reseñas científicas, es importante comprender las bases sobre las que se sustenta este duelo.

El trauma se articula sobre tres ejes:

1. **El acontecimiento traumático**, ya sea un accidente, un homicidio o un evento que, aunque objetivamente pueda parecer inofensivo, resulta traumático para el doliente porque no tiene recursos suficientes para afrontarlo. En ese sentido, en ocasiones he atendido a personas con un duelo que en apariencia podría haber sido sano -pérdida de un progenitor de edad avanzada, tras una larga enfermedad, que al fin y al cabo es ley de vida- y sin embargo habían desarrollado un duelo traumático. La clave es la forma en que se experimenta esta vivencia, que depende de los recursos con los que cuenta el doliente. Es más importante la percepción subjetiva de éste, que siempre está asociada al horror, a la destrucción o a la sensación de devastación.
2. **La agitación o la alteración** prácticamente constantes, también conocidos como *arousal* (alerta) activado.
3. **La evitación** de todo lo relacionado con el acontecimiento traumático y las imágenes del mismo que hayan podido quedar almacenadas.

La presencia de algunos o todos los síntomas relacionados con el estrés postraumático obligará a los clínicos a dedicar algo más de tiempo a la remisión de este tipo de signos. Una técnica que se ha revelado eficaz en el tratamiento de este trastorno es el E.M.D.R. (*Eye Movement, Dessensibilization and Reprocessing* – Movimiento Ocular, Insensibilización y Reprocesamiento).

Esta técnica es una herramienta terapéutica que favorece el procesamiento del hecho traumático –en este caso, una muerte traumática–, si se pone al servicio de un psicólogo formado en su manejo. La técnica consiste en favorecer la estimulación bilateral del cerebro que –teniendo como base la atención dual– elimina los síntomas, o al menos los reduce en gran medida.



La estimulación bilateral se produce mediante distintas estrategias, ya sea el movimiento de los ojos, los sonidos bilateralizados o el *tapping*. Esta última técnica sirve para integrar el trauma con toda la información que ha quedado almacenada en las redes neuronales -la emocional y la racional-, para así poder incorporarla a un relato de vida más normalizado, donde toda la información ha sido liberada.

El EMDR permite al doliente trabajar sobre la evitación. Al final se trata de poder "estar" con todo aquello que ha sucedido, porque la evitación impide el procesamiento. Con el EMDR se va ampliando el umbral de tolerancia que el paciente tiene ante esas imágenes, haciéndole tomar conciencia de que es capaz de soportarlo.

Según varios estudios, las pérdidas súbitas son más difíciles de elaborar que otros fallecimientos en los que se puede anticipar la muerte. Esta dificultad se debe a que el doliente no tiene la posibilidad de prepararse mental ni emocionalmente ante la pérdida. Los procesos mentales y emocionales necesitan un tiempo que permita asimilar el impacto. A menudo se inicia un proceso de shock, en el que el doliente no puede creer lo que ha ocurrido. Ese bloqueo, normal al principio, está asociado al proceso de asimilación, donde se ponen en marcha mecanismos de defensa que nos protegen de la realidad de la muerte.

La característica definitoria de este tipo de duelo es la sensación de irrealidad que manifiesta el doliente con respecto a la muerte del ser querido. Por tanto, el apoyo principal se centrará en ayudarlo a elaborar la realidad de la pérdida.

Es especialmente importante recordar con el doliente cómo vivió él la experiencia de la muerte en sí: cómo recibió la noticia, cómo reaccionaron él y su entorno, cómo fueron los ritos de despedida, etc. El asesor o terapeuta utilizará deliberadamente las palabras “muerto” o “fallecido” para ayudarlo a elaborar la primera tarea del duelo. Bajo ningún concepto se debe forzar esta tarea, pues cualquier intento de resolver el duelo traumático de manera precipitada puede provocar reacciones indeseables dentro de la terapia. Es importante “escuchar” cuando el paciente está preparado y, sobre todo, ir poco a poco. La delicadeza es fundamental en la intervención con trauma.

Otras sensaciones frecuentes en el duelo traumático son los sentimientos de culpa. Es habitual que el doliente fantasee con diferentes finales, con distintos “Y si” (“Y si no me hubiera ido”, “Y si no le hubiera dejado las llaves del coche”, etc.). De este modo mantiene al fallecido vivo en su pensamiento y, por tanto, bloquea la primera tarea del duelo.

Acercarse a la realidad de lo ocurrido y contextualizar el momento de la muerte son recursos útiles para trabajar la aceptación de la pérdida. Contextualizar el momento de la muerte consiste en no ceñirse sólo a cómo fue ésta, sino también a qué ocurrió días antes, cómo estaba el doliente, cómo se encontraba el fallecido, qué ocurría en sus vidas... de manera que el doliente pueda aceptar que los accidentes ocurren, que no dependía de ellos que la muerte tuviera lugar o no, es decir: conseguir restar fuerza finalmente a todos esos “¿Y si...?”.

La elaboración de este tipo de pérdida dependerá de que el doliente acepte que las cosas malas ocurren, que no están bajo nuestro control y que en los accidentes o tragedias casi siempre intervienen multitud de factores. El mensaje final que el experto debe rescatar para sus pacientes es un mensaje de esperanza: “Lo vas superar, no te presiones, date tiempo”, “Está bien cómo estás, confía en tus recursos, en tus propias capacidades, en la terapia”. Sin ese mensaje de esperanza, es difícil soportar el dolor que conlleva la pérdida. Este tipo de duelos puede requerir un compromiso mayor por parte del terapeuta.



RECORDAR

- Hay que respetar el ritmo de cada paciente, porque cada persona es única y, si analizamos el contexto concreto, la mayoría de las reacciones son normales.
- No es bueno presionar para que el dolor sea menor o dure menos.
- Observar y validar las reacciones del doliente.
- Mostrar calma.
- Facilitar que el paciente confíe.
- Dar esperanza para que sea más fácil soportar el dolor.
- Recurrir a la medicación cuando la angustia sea muy intensa o al EMDR para manejar las imágenes más impactantes.
- Debemos ser conscientes de que detrás de todo esto hay un ser humano que está sufriendo mucho y que necesita que otro ser humano le proteja, le valide y se comprometa con él y su proceso.

CAPÍTULO 12

EL DUELO POR UNA **DESAPARICIÓN**



El duelo por la desaparición de un ser querido -se haya o no producido ésta en circunstancias violentas- es un proceso tan doloroso como el que provocaría una muerte. Sin embargo, al primero se le añade el dolor de la ambigüedad, de la incertidumbre, de la duda.

Si ya es difícil asumir el fallecimiento de un ser querido cuando existen evidencias físicas de su muerte, en los casos de desaparición resulta casi imposible trabajar la primera tarea del duelo: aceptar la realidad de la muerte. Esto se debe a que no existe ninguna manera de demostrarlo. La ley exige que pasen diez años -en el transcurso de los cuales no se encuentre ningún indicio ni pista- antes de declarar oficialmente la muerte de una persona desaparecida. Esto afecta a sus allegados a nivel legal, económico (herencias, pensiones de viudedad, orfandad, etc.) y también emocional.

Seguramente todos recordamos algún caso de gran repercusión mediática, en el que los familiares del desaparecido peregrinaban por los diferentes canales de televisión, buscando ansiosamente pistas nuevas que les permitieran alimentar su esperanza de encontrar a su ser querido con vida. Además, en todos los casos de desaparición se hacen llamamientos ciudadanos que conmueven a toda la sociedad, tengan o no proyección social.

En ocasiones, el hecho de que la desaparición sea del dominio público puede aumentar el sufrimiento de los dolientes, ya que el número de personas que opinan sobre el caso se eleva exponencialmente y, cada vez que un programa habla del tema, se "reexperimenta la desaparición" del ser querido. La celebración de juicios relacionados con dicha desaparición alimentará el dolor de los familiares. Aun así, el reconocimiento público de su situación ayuda a aliviar el dolor y el miedo del doliente a que la persona desaparecida sea olvidada.

No existen estadísticas ni estudios concretos que describan las especificaciones de este tipo de proceso. Para quienes experimentan este tipo de pérdida, lo importante es la lucha por reencontrarse con su ser querido, de modo que concentran toda su energía en promover la búsqueda del desaparecido, pagando investigadores privados, creando perfiles en Facebook o acudiendo a programas de televisión. Su vida transcurre al hilo de la búsqueda eterna, ya que ésta nunca cesa, debido a que asocian la idea de abandonar con la de rendirse o con la de ser peor padre/madre/hijo/amigo, etc.

No es común que en terapia nos encontremos con un caso de duelo por desaparición, puesto que -como ya hemos dicho- la energía de estos dolientes se centra en la búsqueda y no en la ausencia. Pero si nos enfrentásemos a un caso



Es improbable encontrar a estos dolientes en terapia, pues seguirán en la búsqueda

de este tipo, lo que sí se puede trabajar es el dolor por la ausencia, porque eso sí es real. En una desaparición es imposible ofrecer al doliente datos que confirmen la realidad de la muerte de su ser querido -lo que dificulta la realización de la primera tarea-, pero sí se puede trabajar con la pena por la ausencia del ser querido y el dolor por las expectativas no cumplidas.

El trabajo a nivel emocional también puede centrarse en la culpa y la angustia provocadas por la incertidumbre -dos emociones muy difíciles de aliviar-, así como en el temor a que se olvide la existencia del desaparecido.

La incertidumbre en el duelo

Cuando un ser querido desaparece, es normal que en los primeros momentos la atención de sus familiares se centre en la investigación policial y en la ayuda que puedan ofrecer los medios de comunicación, difundiendo la noticia para encontrar pistas sobre el paradero de la persona que ha desaparecido.

Resulta difícil imaginar que una persona inmersa en la búsqueda de un ser querido quiera recibir apoyo para resolver su duelo. Pero, si lo hiciera, cabe imaginar que se plantearía un caso complicado.

Uno de los rasgos característicos de este tipo de casos es que los familiares de la persona desaparecida siempre mantienen la esperanza de recuperarla. Por mucho tiempo que haya transcurrido, siempre es posible imaginar que el ser querido está vivo en otra parte porque, mientras no se encuentre su cadáver, no tenemos evidencias de que haya muerto.

Qué se puede trabajar o cómo podemos ayudar en un duelo por desaparición

Al atender a personas que sufren un duelo por desaparición –o un duelo en el que la muerte no sea evidente–, lo que podemos trabajar son las certezas:

- El dolor que produce la ausencia, que ya es una pérdida en sí misma, independientemente de cómo finalice el caso.
- El miedo y la incertidumbre ante lo que imaginan que ha podido pasar.
- El cansancio derivado de ese estado de espera permanente, de aguardar novedades.

Cómo manejar las emociones de un duelo por desaparición

Resulta complicado dirigir la atención del doliente hacia el dolor y las sensaciones que van apareciendo con el paso de los días, porque lo urgente es la búsqueda. A menudo las personas afectadas por este tipo de pérdida actúan de forma impulsiva, buscando sin descanso, acudiendo a los medios, concediendo entrevistas... Eso puede desembocar en un gran desgaste físico y estrés del sistema inmune.

Los psicólogos tenemos un papel importante en la gestión de estas situaciones de duelo ambiguo. Entre otras cosas, ofreciendo al doliente pautas como:

- Descansar adecuadamente un mínimo de horas cada día.
- Desconectar el teléfono de vez en cuando para evitar el estado de alerta constante.
- Cuidar la alimentación.
- Dosificar la información que los dolientes van recibiendo.
- Dosificar la exposición a los medios de comunicación y a las noticias.

- Buscar apoyos que brinden consuelo, compañía o lo que cada persona necesite.
- Ajustarse a las necesidades de cada uno, sin generalizar ni comparar.

Ante un caso de este tipo, podemos ayudar al doliente:

- Acompañando el miedo y el dolor de la ausencia, permitiéndolos y validándolos.
- Dejando que los exprese para que se desahogue. Nombrar lo que nos da miedo nos permite poner una pequeña distancia.
- Permitir la esperanza, respetar el ritmo de cada persona, no forzar ni presionar.

Estas pinceladas pueden guiar a la persona que quiere ayudar en los primeros momentos, teniendo siempre en cuenta que cada caso de duelo es único y que no todas las personas reaccionan de la misma manera.

En este tipo específico de duelo se pueden abordar dos puntos fundamentales:

- Ayudar a las personas a vivir con la incertidumbre y la ausencia real, para que su funcionamiento, sus relaciones sociales, etc. se vean lo menos afectadas posible (Barros-Duchene, 2010).
- El mantenimiento a largo plazo de un elevado nivel de dolor y angustia, que el tiempo no atenúa, puede repercutir en complicaciones tanto a nivel psicológico (depresión) como físico.



RECORDAR

- Quienes experimentan este tipo de pérdida concentran toda su energía en promover la búsqueda del desaparecido.
- El hecho de que la desaparición sea del dominio público puede aumentar el sufrimiento de los dolientes, ya que la exposición mediática alimentará el dolor de los familiares.
- El trabajo terapéutico puede centrarse en la culpa y la angustia provocadas por la incertidumbre, así como en el temor a que se olvide la existencia del desaparecido.

CAPÍTULO 13

EL DUELO **GESTACIONAL O PERINATAL**





En este proceso
se suele prestar
menos atención
al padre

La muerte fetal, ya se produzca intra-útero o durante el parto, conlleva la pérdida del bebé que se estaba esperando. En este apartado también incluimos las muertes que se producen desde la concepción del hijo hasta el primer año de vida.

A la pérdida del bebé se suman otras diferentes: la pérdida del momento de convertirse en padre o madre; la pérdida del rol de padre o madre si se trata del primer hijo; la pérdida de la composición familiar y la proyección de futuro; la pérdida de la inocencia con respecto al embarazo y el parto; la pérdida del derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares, así como del contacto y la posibilidad de crear recuerdos con el niño.

Estas vivencias ponen de manifiesto que el duelo por muerte perinatal constituye una experiencia compleja. Por eso, ofrecer espacio y tiempo para que el doliente pueda verbalizar su experiencia, cómo la está viviendo y qué supone para él resulta una ayuda fundamental para la evolución de este proceso.

El duelo perinatal puede tener las siguientes complicaciones:

- Entre el 10% y el 48% de los afectados sufrirá trastornos depresivos, según los estudios.
- Tras una pérdida perinatal, los trastornos de ansiedad despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo.
- La incidencia de trastornos de estrés postraumático se sitúa entre el 2% y 5% en los partos instrumentales o cesáreas. Durante el mes posterior a la pérdida, la incidencia alcanza el 25% y, cuatro meses después, hasta el 7%.



Estos datos justifican la importancia de atender este tipo de duelo y cómo los profesionales debemos estar atentos a su evolución.

En el duelo perinatal concurren dos momentos vitales antagónicos: la vida y la muerte. Este hecho marca definitivamente un proceso que tiene matices específicos. Para la madre gestante, esta experiencia en la que los dos extremos de la vida se hacen evidentes supone un choque brutal.

Por otro lado, en ningún otro tipo de duelo el doliente experimenta ese componente hormonal tan elevado que va dirigido a la maternidad, al desarrollo del vínculo, a la generación de la vida. La muerte del bebé -ya sea en el útero materno, a los pocos días de nacer o durante el parto- supone una ruptura abrupta con la expectativa de la futura madre: el cuerpo de la mujer envía mensajes contradictorios, prolactina *versus* cortisol y acetilcolina, formando un cóctel difícil de gestionar para ella.

Otro componente absolutamente diferenciador es el *shock* que las madres viven alrededor de esta pérdida, pues ésta es realmente compleja de asimilar, debido a que el cuerpo manda indicadores contradictorios.

Existe un tabú en torno a esta experiencia. Se habla poco de la muerte que se produce durante la gestación, o en los momentos cercanos a esta. No estamos preparados social ni profesionalmente para atender un duelo de estas carac-

terísticas: las matronas, las enfermeras, los médicos... no encuentran palabras ni saben qué hacer en esas situaciones. Algunos recurren al sentido común y a sus habilidades, pero no existe un protocolo específico, "humanizado", para atender esta experiencia tan desgarradora. En ese sentido, en España hay mucho camino por recorrer.

Los países anglosajones, que cuentan con más experiencia en este ámbito, disponen de protocolos para estos casos. Estos incluyen habitaciones acondicionadas para que los padres se despidan de su hijo o le hagan fotos, o clínicas especializadas para mujeres que han tenido pérdidas gestacionales previas. En el resto del mundo apenas existe nada de esto aún, pero es hacia donde debemos dirigirnos: al desarrollo de unidades que permitan atender estas situaciones especiales.

Un último aspecto común a este tipo de pérdidas es la deslegitimización de la vivencia por parte del entorno, que a menudo tiende a restar importancia al duelo con frases como:

- *"Puedes tener más hijos".*
- *"No has tenido tiempo de encariñarte de él".*
- *"Habrá sido para bien..."*

En nuestra sociedad se resta valor o importancia al dolor de la mujer que ha perdido a un bebé de forma prematura. Y, si hablamos del padre, la importancia que se le da suele ser prácticamente inexistente. Este hecho hace que las parejas que viven esta experiencia se aíslen y sólo compartan su dolor con personas que han atravesado por la misma situación que ellos.

Independientemente de los matices de este tipo de duelo, siguen siendo válidas las fórmulas generales de las que hemos hablado en otros artículos previos, respetando o adaptándolas a las necesidades de cada caso.

Aspectos que facilitan el proceso

Existen varios factores que pueden contribuir a la superación de este tipo de duelo:

- **El tiempo será un aliado importante:** No el único, pero tiene que pasar tiempo para que el dolor se mitigue. El duelo requiere tiempo, como cualquier proceso.

- **La legitimación del dolor:** Lo hemos hablado en otras ocasiones, hay que permitir y normalizar el dolor, porque todo aquello a lo que nos resistimos persiste y todo lo que permitimos fluye.
- **Pedir lo que necesitamos.** El duelo exige que los padres que han perdido a un bebé se centren en sus propias necesidades y se conviertan en agentes activos, que busquen lo que necesiten haciendo participar a la comunidad. No elaboramos el duelo en solitario: vivimos en comunidades y este proceso también se vive y se resuelve en comunidad.
- **No dar nada por sentado.** A veces las palabras tienen significados diferentes para cada persona. Es fundamental aclarar el significado que tiene la pérdida, qué significa para cada uno estar mejor o estar peor, porque es en el significado de la pérdida donde reside la clave de cada duelo y lo que diferencia un duelo de otro. Para salir del dolor es necesario profundizar en la experiencia, comunicarse, abrirse a otros y compartir.
- **Mantener la confianza en que se puede resolver y en que se puede superar.** Podemos alimentarla con mensajes propios o de otros, con citas como *"Esto también pasará"*, o *"No desesperes, porque de las nubes más negras cae agua limpia"*, o *"No hubo noche por oscura que fuera que no amaneciera"*.

El duelo perinatal es un duelo profundamente impactante que produce mucho dolor y que conmueve al entorno. Eso hace que la gente trate de ayudar, pero a veces obstaculiza el proceso en lugar de facilitararlo.

Cosas que ayudan:

- La delicadeza.
- La sensibilidad.
- La presencia.
- El respeto: no decirle al doliente lo que debe de sentir o hacer.
- La humanidad: en esta situación los conocimientos técnicos se quedan cortos.

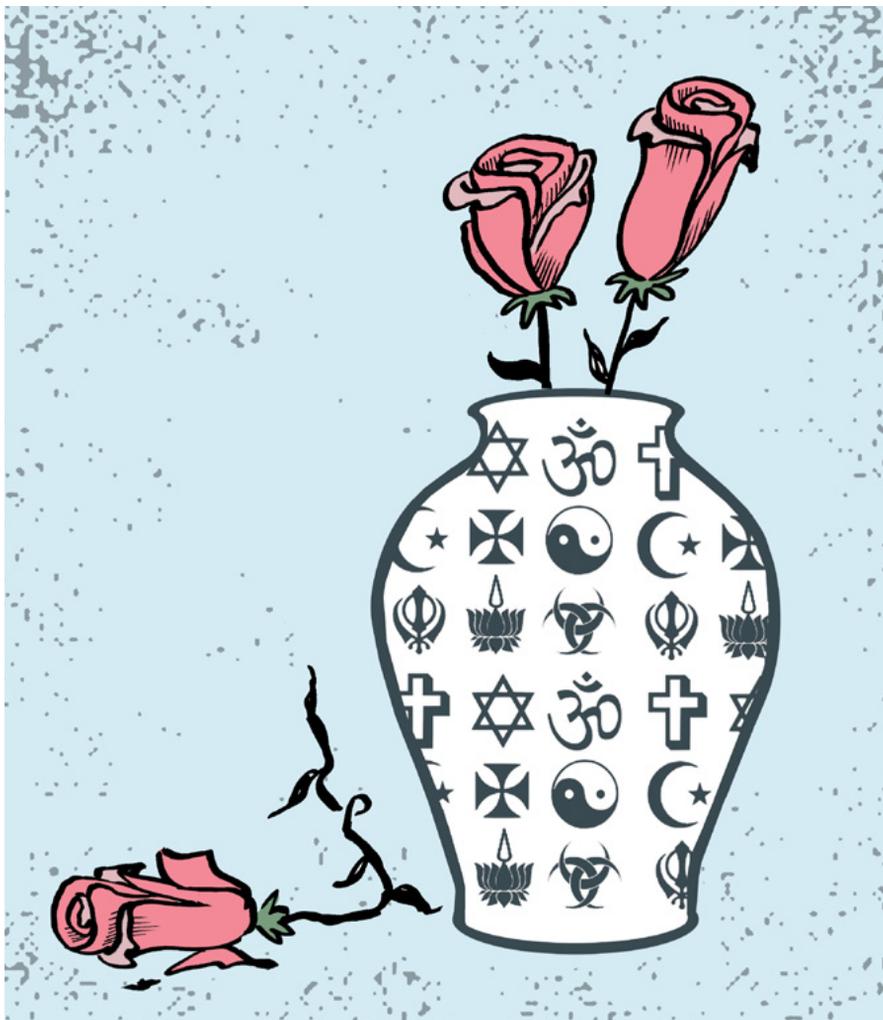


RECORDAR

- A la pérdida del bebé se suman otras diferentes, lo que hace que sea un tipo de duelo complejo.
- Existe un tabú en torno a esta experiencia que constituye un shock, en especial para la madre, ya que su cuerpo manda indicadores contradictorios.
- Un aspecto común a este tipo de pérdidas es la deslegitimización de la vivencia por parte del entorno, que tiende a restarle importancia.
- Ofrecer espacio y tiempo para que el doliente pueda verbalizar su experiencia, cómo la está viviendo y qué supone para él resulta una ayuda fundamental.

CAPÍTULO 14

DUELO Y FE



Denostada por unos y ensalzada por otros, la fe -como no puede ser de otra manera- aparece rodeada de un halo de misterio. Muchas personas se plantean qué papel juega las creencias religiosas en la resolución del duelo. Por eso, en este capítulo analizaremos algunos de los interrogantes que la fe nos plantea.

En primer lugar, la fe nos enfrenta a preguntas a las que no podemos dar respuesta, ya que al fin y al cabo la fe se basa en eso, en creer sin evidencias. La fe puede ser un refugio para quienes han perdido a un ser querido, teniendo en cuenta que una de las promesas que nos hace la religión es que nos reencontraremos con nuestros seres queridos cuando muramos y que la persona que hemos perdido está en un lugar mejor.

Para muchas personas, la fe es un apoyo muy importante. En nuestra experiencia como psicólogos, hemos comprobado que la fe es un bastión que permite aligerar el dolor a las personas creyentes. Hay quienes, ante una pérdida, se aferran a la fe como a una tabla de salvación, lo que les aporta sosiego y serenidad. Sin embargo, también hay personas que no son creyentes y a las que no les resulta imprescindible este factor para superar el duelo.

Si interpretamos la fe de un modo rígido, la aceptación de la muerte puede complicarse ya que algunos mensajes pueden parecer contradictorios, aunque en realidad no lo sean. Para comprender esta afirmación, es necesario analizarla con detalle. Por ejemplo, cuando la Iglesia Católica dice que las personas no morimos, no está negando la realidad de una evidencia física (que el cuerpo deja de funcionar), está diciendo que el hombre no es sólo cuerpo, sino que está formado por cuerpo y espíritu. Y, al afirmar que no ha muerto, se refiere a dicho espíritu o alma.

La fe no está reñida con la ciencia, sino que son las interpretaciones que hacemos de la fe las que a veces sí lo están. Cuando la Iglesia católica dice que el alma va al Cielo -o a la casa del Padre- no se refiere al cielo físico, ni tampoco a una casa con ladrillos, pero necesitamos imágenes que puedan representar cómo será lo que conocemos como "vida eterna", ya que darle contenido nos permite asirlo de alguna manera.

Cuando nos dicen que podemos hablar con nuestros seres queridos tras su muerte, no se refieren a que podamos enviarles mensajes, ni tampoco a que oigan, hablen o vean como nosotros estamos acostumbrados a hacerlo, ya que las funciones físicas cesan y los muertos no ven, ni oyen, ni sienten dolor o alegría. Sin embargo, sí podemos dirigirnos a ellos o rezarles como quien reza a Dios y no por ello esperar una respuesta. Como se ve, hablamos de conceptos abstractos, difusos y difícilmente comprensibles para el ser humano si no utilizamos símbolos o metáforas.

La fe permite dar sentido, significado y orden a las cosas que nos suceden, por eso no es bueno tratar de patologizar o cuestionar a quienes la practican. También es cierto que hay muchas personas que atraviesan el duelo sin necesidad de fe. A lo largo de nuestra experiencia profesional hemos sido testigos de ambos casos.

En conclusión, tener fe es un factor positivo para superar el duelo, pero no imprescindible. Una fe madura no sólo aligera el peso de la pérdida, sino que da esperanza y permite encontrar sentido a la muerte. No se puede imponer la fe a quien no la tiene, ni arrancársela a quien la posee.

Supersticiones en torno al duelo

Una de las preguntas más antiguas que se plantea el ser humano es si existe vida más allá de la que conocemos, si podemos confiar en una vida eterna o no, si volveremos a ver a nuestros seres más queridos. A éste y otros interrogantes tratan de dar respuesta las distintas religiones y, de una manera mucho más concentrada, este epígrafe.

Muchas personas nos consultan a menudo sus dudas relacionadas con el más allá: qué sucede después de la muerte, qué poder tienen las cosas del difunto, si se puede contactar con ellos... Algunas lo plantean abiertamente, de forma natural, y otras sienten vergüenza al pensar en ello y lo preguntan esperando rechazo o un juicio por nuestra parte.

Sobre este tema, no defiendo una opinión tajante, ya que me parece importante reflexionar sobre estas cuestiones que se presentan con tanta frecuencia. Ante ellas caben dos posturas y ambas me parecen legítimas: una opción es dar una respuesta científica -ceñirnos a lo físico, a lo que sabemos, a aquello que hemos comprobado- y dejar de lado la parte más espiritual, siendo siempre respetuosos con las creencias de cada persona y con las opciones que tome en su intento de superar el dolor.

Otra opción es atender esas dudas, escuchándolas, legitimando el sentido que tiene lo espiritual y lo que significa para cada uno de nosotros. Se trata de estar abierto a respuestas que impliquen la posibilidad de que exista algo más allá de lo estrictamente objetivable o medible. Es una posición que ni afirma ni desmiente: sólo contempla la posibilidad de que eso sea así. Esta postura no puede ser fingida, se comparte o no se comparte. Implica admitir que, de alguna manera, hay personas que tienen la sensibilidad de percibir

cosas que no son evidentes, que son intangibles y van mucho más allá de lo puramente contrastable.

Aunque las dos opciones me parecen válidas, esta segunda postura me parece más cercana a lo que nuestros pacientes necesitan de nosotros. De lo contrario, si les damos una respuesta insuficiente corremos el riesgo de dejarlos a merced de personas sin escrúpulos, capaces de intentar responder a sus inquietudes guiándoles por caminos peligrosos para su salud mental, o que pueden desembocar en un fraude.

Entiendo que esta conclusión puede resultar controvertida. Hasta hace relativamente poco, yo presumía de ser estrictamente científica y profesional, y pedía a mis pacientes que se enfocaran en lo que podíamos afirmar con rotundidad. A menudo esta respuesta les basta y siguen mis consejos, pero para otros no es suficiente y eso los mantiene en una actitud de búsqueda que les impide superar su duelo.

Antes de escribir este epígrafe, he dudado mucho y he revisado los posibles riesgos asociados al hecho de ofrecer la posibilidad de creer en algo más a este tipo de pacientes: es decir, qué puede haber de malo en ofrecer respuestas que no son contrastables, pero que permiten entender aspectos que son profundos. Mi conclusión es que no encuentro ningún peligro en esto, pero sí la posibilidad para el doliente de encontrar sosiego, de liberarse de culpa, de encontrar un sentido diferente a la pérdida.

En su libro *"Muchas vidas, muchos maestros"*, el psiquiatra estadounidense Brian Weiss también ofrece un planteamiento que puede revolucionar el modo que tenemos de entender la vida y la muerte. Él afirma, tras haber practicado la hipnosis para trabajar síntomas que no remitían con terapia convencional, que la vida no tiene fin, que vamos rotando de vida en vida aprendiendo cosas que necesitamos aprender, que tras la muerte física entramos en un estado intermedio en el que reposamos y nuestros maestros pueden enseñarnos cosas. Que estamos llamados a amar, a ayudar a otros, a enseñar. Y que tomamos de cada una de las vidas que vivimos aprendizajes que van conformando nuestro bagaje espiritual.

Weiss también afirma que cuando las personas fallecen -tal y como nosotros entendemos la muerte física- ven una luz de una belleza irresistible, cálida, atractiva, tras la cual aparecen nuestros seres queridos y entramos en un pe-

ríodo de descanso en el que la mente o el alma puede reflexionar o evaluar lo que ha aprendido en su vida y lo que necesita aprender, hasta alcanzar la sabiduría plena que es el amor. Tal y como lo cuenta, la muerte aparece como algo deseable y no como la hemos percibido hasta ahora. ¿Imagina el cambio de paradigma que esto supondría para cualquier persona que haya perdido a un ser querido? Tal y como yo lo entiendo, permitiría alcanzar las siguientes conclusiones:

- Que la muerte en sí no implica sufrimiento.
- Que hay un más allá lleno de paz, plenitud y reencuentros.
- Que toda nuestra experiencia está relacionada con aquello que necesitamos aprender y que eso es lo que da sentido a nuestra existencia y a nuestra muerte.
- Que tendemos al amor y a la sabiduría, y que esa energía repleta de amor y de sabiduría es lo que nos acerca a Dios.

Entiendo que pueda haber profesionales a los que escandalice este contenido, pero tras haberlo conocido me siento responsable de hacerlo público, dado que entiendo que no puede traer perjuicios, pero sí muchos beneficios.

En todo caso, los profesionales no tenemos todas las respuestas, ni creo que las vayamos a tener de momento. Desde aquí sólo trato de hacer accesibles contenidos que puedan ponerse al servicio de los pacientes que lo necesiten, no como una imposición sino como una alternativa más.



RECORDAR

- Una interpretación demasiado rígida de la fe puede complicar la aceptación de la pérdida del ser querido, de lo contrario no está reñida con la ciencia.
- La fe es un apoyo importante en la superación del duelo para quien la tiene, pero no es imprescindible para elaborar este proceso.

APÉNDICE

CASOS CLÍNICOS

A.1 Lo que siempre funciona en duelo

Desde hace unos años, en nuestra entidad recibimos con frecuencia consultas sobre duelo a través del correo electrónico, la mayoría de ellas procedentes de personas que han perdido a un ser querido recientemente. Cuando digo “recientemente” me refiero a que, en general, cuando nos escriben sólo han pasado un par de semanas o incluso menos desde el fallecimiento.

Estas personas nos escriben angustiadas, desbordadas por la intensidad de las sensaciones que están viviendo, sintiéndose incomprendidas. Nos piden que, con pocas palabras, les demos una orientación breve para que puedan continuar con sus vidas, recolocarse en los primeros días o en las primeras semanas tras la pérdida.

Cuando el duelo nos golpea, necesitamos que nos digan que todo va a estar bien, que el dolor pasará, pero también necesitamos que nos digan cómo hacerlo.

Respetando el principio de que no existe un solo duelo igual a otro, me atrevo a proponer a continuación una fórmula de cinco ingredientes clave que deben estar presentes en un proceso de duelo sano, independientemente de que cada individuo vaya a necesitarlos en distinta medida.

La fórmula del duelo

Esta fórmula forma un acrónimo sencillo de recordar: TERCA y cada una de las letras es la inicial de uno de sus ingredientes principales. Sin duda esta fórmula es discutible y también mejorable, pero es un punto de partida desde el cual empezar a caminar en esos primeros instantes tras la pérdida.

- **T de Tiempo:** El tiempo es un elemento fundamental en cualquier proceso de duelo. No es el único ingrediente ni tampoco el más importante, pero es imprescindible: tiene que pasar tiempo para que este proceso finalice y, sin embargo, sabemos que el tiempo no lo cura todo, sino más bien lo que

cada uno haga con su tiempo. Esto quiere decir que el tiempo jugará en nuestro favor o en nuestra contra en función de lo que hagamos. Si buscamos ayuda y tomamos la firme decisión de superarlo, probablemente lo conseguiremos mientras que, si nos limitamos a dejar que el tiempo pase, probablemente el duelo se mantendrá intacto.

- **E de Esperanza.** Es un componente imprescindible de todo proceso psicológico y también del duelo. Es importantísimo mantener la esperanza de que se puede superar, de que en principio estamos ante un proceso sano y espontáneo que se resolverá sin intervención médica o psicológica. Hay que confiar siempre en las capacidades de uno mismo para que así sea, en el proceso en sí y, si fuera necesario, en la terapia.
- **R de Red de apoyo.** El duelo es un proceso que requiere de la presencia de otras personas. Vivimos en sociedad, es más difícil superar un duelo en soledad que teniendo a gente que nos apoye y permita, legitime y normalice el dolor del duelo. Esa es la forma que tenemos de poner el dolor fuera de nosotros. Si no, se nos queda dentro.
- **C de Compasión.** Probablemente la compasión de los otros y la nuestra propia sea una de las fuerzas más poderosas para afrontar el duelo, para recorrer el camino sin exigencias, sin presiones, desde el respeto... confiando en que el ritmo de cada uno es el correcto, ya que no podemos mandar sobre el corazón.
- **A de Amor.** El amor, junto con la compasión, es la fuerza más poderosa y más terapéutica del universo. El amor de los otros, manifestado en forma de presencia, de contacto frecuente, de ayuda en las tareas cotidianas..., el amor de los profesionales que se implican en los procesos, ese amor de ágape y no de filia que señalaba Carl Rogers. Y, por supuesto, el amor a nosotros mismos, que se manifiesta en el autocuidado.

Resulta muy significativo que la palabra que forman las letras de esta resolución rápida del duelo sea TERCA: hace falta mucha terquedad y una voluntad firme para superar el duelo, ya que normalmente no se resuelve a la primera y hay que intentarlo varias veces.

A.2 Ejemplos de respuesta y claves del duelo: Diez casos

A través de esta exposición de casos hemos querido ofrecer pautas para responder a las inquietudes de una persona en duelo. Para un amplio porcentaje

de las personas que consultan, estas respuestas son suficientes. Para otros casos, será necesaria una intervención terapéutica más profunda.

1) Erika es una mujer adulta que nos consulta por el dolor que siente un amigo muy cercano tras la muerte de un ser querido. Plantea que quiere ayudarlo y nos pide orientación.

Buenos días, Erika:

Cuando perdemos a un ser querido es normal sentir dolor. Sé que impresiona y a veces incluso asusta ver lo tristes que están las personas que queremos o con quienes mantenemos vínculos de amistad. Pero el dolor no puede y, sobre todo, no debe taponarse. Es normal sentir dolor y la culpa es una de las muchas formas que esta emoción puede adoptar. Lo que me cuentas entra dentro de la categoría de "normal" en un duelo.

La forma en la que puedes ayudarlo es:

Permanecer cerca de él y ofrecerle tu ayuda.

Dejar que exprese su dolor, sin cuestionarlo y sin asustarte.

Decirle que el dolor no se siente así siempre, y que otros lo han superado y que él también lo hará.

Ofrecerle ayudas concretas: para hacer la compra, para acompañarle a hacer trámites...

Mantener un mensaje de esperanza: es un proceso normal, que sigue a la pérdida de un ser querido y con un abanico de reacciones amplísimo, casi todas las reacciones son normales.

Si en seis o siete meses el dolor sigue exactamente igual, puedes consultar con un profesional de salud mental, que seguramente podrá ayudarlo o acompañarle en el proceso.

Os deseo a los dos mucha suerte.

Un abrazo.

2) Mayra es una mujer adulta que nos pregunta cómo puede ayudar a una hermana suya que ha perdido a un hijo. Quiere saber si puede perjudicar a su her-

mana escuchar un audio que ella conserva.

Buenos días, Mayra:

Gracias por ponerte en contacto con nosotros para pedir consejo y por reconocer nuestra labor. Resulta difícil responder a tu pregunta. No existen cosas que sean buenas o malas en sí mismas, porque no existen universalidades a la hora de reaccionar frente al duelo, esa decisión sólo depende de lo que tú desees, de lo que te nazca a ti del corazón. Por lo que cuentas, lo que buscas es traerle al recuerdo de su voz y eso es bonito, independientemente de que pueda dolerle como madre. No le duele el audio, le duele que su hijo haya muerto y, en cualquier caso, está bien que le duela, eso no va a destruirla.

Llorar es la forma de sanar que tiene un corazón roto. El avance del duelo no se mide porque el doliente lllore o no lllore, es normal que le duela la pérdida de su hijo. Lo que importa es la intención que está detrás de tus actos, no tanto lo que ella haga con eso. En cualquier caso, no tengas miedo de que su duelo retroceda o avance, eso no es algo que dependa de ti. Los seres humanos somos muy fuertes y estamos preparados para superar las pérdidas que nos sobrevienen. Confía en ella y en su capacidad de superación.

No es fácil perder a alguien y sobreponerse, pero se puede conseguir. Mucha suerte.

Un abrazo.

3) Agustina es una mujer cuyo hijo ha muerto hace una semana y está asustada de sus propias reacciones.

Buenos días, Agustina, lamento mucho tu pérdida. Entiendo que ahora, apenas transcurrida una semana, sientas dolor y te encuentres fatal. Es normal, no te asustes. Estás atravesando un duelo, que es el proceso normal que sigue a la muerte de un ser querido. Duelo procede de "dolus", una palabra de origen latino que significa dolor. Es normal sentir dolor ante la pérdida, lo raro sería no sentirlo. Seguramente todo lo que sientes es normal, es difícil hacer una intervención en estos momentos. Lo que se recomienda para estos primeros días es cuidar la alimentación y el descanso, y, si te encuentras muy angustiada o tienes dificultades para dormir, pedirle al médico que te recete algo flojito para que estés más tranquila. El duelo es un proceso en principio sano y hay que atravesarlo. Aunque ahora mismo te parezca difícil, el ser humano está preparado para responder ante la pérdida, incluso la de un hijo.

Espero que mis palabras te sirvan de consuelo y te orienten en estos primeros momentos, pero si no fuera así, no dudes en volver a ponerte en contacto con nosotros.

Un abrazo.

4) Liz es una mujer adulta que está preocupada porque su novio ha perdido a su madre y no quiere recibir ayuda. Nos pide orientación.

Buenos días, Liz:

La mejor manera de ayudar a una persona que ha perdido a un ser querido es estar presente, estar atento a sus necesidades y respetar sus tiempos. No existe una única manera de acompañar a un doliente porque cada duelo es único. Puedes preguntarle qué es lo que necesita de ti o cómo le puedes ayudar. Así le das a entender que le consideras capaz de superar su pérdida y que tú vas a apoyarle en lo que necesite, sin atosigarle y respetando cómo se siente. En cualquier caso, ten muy presente que el cambio es una puerta que sólo se abre por dentro. Eso es algo que sólo puede hacer él. En nuestra página web puedes descargarte la Guía de Duelo adulto, que te puede servir para comprender mejor lo que está ocurriendo.

Un saludo.

5) Manuel es un hombre que ha perdido a un hijo y quiere saber si sería bueno entrar a formar parte de un grupo de padres que, como él, han sufrido la muerte de un hijo.

Buenos días, Manuel:

En respuesta a tu consulta te comento que el proceso de duelo no es un proceso lineal, por eso a veces puede parecer que retrocedieses. En ocasiones también puede suceder que, como se empieza a asimilar la muerte del ser querido, el dolor aumenta y eso se vive como un retroceso cuando en realidad es un avance.

En cuanto a lo que preguntas, no existen respuestas universales. A algunos padres les apetece saber más cosas de sus hijos y a otros no, así que lo mejor es preguntarles a ellos si les interesa entrar en contacto contigo o no. Si les apetece, puede servirles de alivio hablar con alguien que ha tratado últimamente con su hijo.

Un abrazo y mucha suerte.

6) Daisy nos consulta porque se siente culpable por no haber atendido “suficientemente” a su madre durante su enfermedad. Nos cuenta que su madre no quería ir al médico ni dejarse ayudar, pero aun así ella siente culpa.

Querida Daisy:

Qué difíciles son a veces las situaciones que vivimos, como en tu caso. Qué difícil es juzgarse a uno mismo cuando todas las circunstancias estaban en contra, cuando tu madre no cooperaba, cuando tu trabajo no te permitía pasar más tiempo con ella. Qué difícil vivir con eso y qué difícil tener una mirada compasiva con uno mismo y poder decir: “Hice lo que en ese momento creía que era bueno y las circunstancias me permitieron”.

Sin ese “permiso” resulta difícil mirarse a uno mismo con amor. Creo que necesitas una terapia en la que un experto pueda acompañarte en tu dolor y ayudarte a ponerle palabras, a drenarlo y a perdonarte. Siento mucho tu pérdida doble. Ojalá dentro de poco tiempo puedas escribirme para decirme que las cosas van mejor.

Un abrazo muy grande y todo mi cariño.

7) Patricia nos consulta porque se siente culpable de la muerte de su padre, siente que podría haberla evitado.

Buenos días Patricia:

Siento mucho tu pérdida y el dolor tan inmenso que te ha generado. Una de las cosas que más dolor producen es pensar que la muerte de un ser querido hubiera podido ser evitable; eso añade mucho dolor al que ya existe por la pérdida. Parece que lo que más te duele es no haber podido impedirlo. Ese sentimiento de culpa está al servicio de la negación de la muerte.

Imagino que tendrás pensamientos en los que te planteas “Qué hubiera pasado si...”: si el médico le hubiera hecho antes una radiografía, si hubiese empezado antes el tratamiento y así una larga lista de posibilidades. Esa negación está bloqueando el proceso de duelo y te impide superarlo. A lo mejor sería bueno que pudieras iniciar una terapia que te ayude a expresar tu dolor.

Te deseo mucha suerte y te mando un abrazo enorme.

8) Ana es una mujer adulta que está asustada ante las reacciones que tiene tras la muerte reciente de su madre.

Buenos días Ana:

Siento mucho tu pérdida y el dolor que te ha producido. Ha pasado muy poquito tiempo desde que falleció tu madre y es normal sentir dolor ante la pérdida de un ser querido. Es también normal que niegues la muerte de tu madre durante un tiempo, es un mecanismo que utilizamos las personas para amortiguar el golpe. Aun así, me parece buena idea que puedas hablar con alguien que te ayude durante este proceso. Desgraciadamente no conocemos ningún psicólogo en _____, sólo trabajamos en Madrid. Si encuentro algo, te lo envío.

Entretanto te deseo mucha suerte y te mando un fuerte abrazo.

9) Paula es una mujer adulta que está preocupada porque una amiga suya ha perdido a su madre, manifiesta el deseo de morir y no quiere hablar con ella del tema.

Querida Paula:

Entiendo tu preocupación. Para ayudar a tu amiga tan sólo puedes permanecer cerca de ella y ofrecerle tu ayuda de vez en cuando, hasta que ella la acepte. No se puede forzar el proceso de duelo, tiene que partir necesariamente de la persona que ha sufrido la pérdida. El sentimiento de querer morir es normal en personas que han perdido a un ser querido, no es lo mismo el deseo que el plan de suicidio y ella dice que no tiene planes. Estad un poco pendientes de ella, pero dadle también un voto de confianza.

Te deseo mucha suerte.

10) Alejandra nos cuenta que, cinco años después de la muerte de su padre, empezó a sentirse muy triste y a tener mucho malestar. No entiende por qué ahora y no antes. Busca encontrar sentido a lo que le está ocurriendo.

Buenos días, Alejandra:

Lo que parece que te ocurrió es que "aplazaste" tu duelo. A veces necesitamos amortiguar el golpe o darnos un tiempo y sólo lo abordamos o lo enfrentamos cuando nos sentimos capaces. Probablemente es ahora cuando puedes manejarlo, pero ten en cuenta que el duelo duele, es su nota más característica.

En el 90% de los casos, el duelo como proceso se resuelve de una manera casi espontánea, sin necesidad de intervención de ningún profesional.

Si notas que te bloqueas, o que te duele de una manera que es demasiado intensa, no dudes en ponerte en contacto con un profesional experto en duelo y que pueda ayudarte a superar ese proceso de la mejor manera posible. El duelo se puede superar, sólo hace falta poner energía y, a veces, un poco de ayuda.

Te mando mucha fuerza. ¡Un abrazo!

A.3. Elementos comunes a todas las respuestas

- Una guía breve y explicativa del proceso de duelo.
- Explicitar que lo más valioso de la ayuda en duelo reside en la presencia de otro ser humano.
- Permitir y validar el dolor.
- Respetar el ritmo de cada uno.
- Transmitir confianza en el proceso y en la capacidad de superación cada ser humano.
- Ofrecer ayuda si fuera necesario.

Ejemplo de respuesta que podría darse desde cualquier servicio médico cuando un paciente ha vivido la pérdida de un ser querido

Querido doliente:

Debes saber que “duelo” es una palabra de origen latino, cuya raíz “dolus” significa dolor. Por eso, es normal sentir dolor ante la pérdida de un ser querido. Debes saber también que cada persona siente el dolor de una manera distinta y que no hay normas para vivir ese dolor, ni en cuanto a la duración ni en cuanto a la intensidad del mismo.

Estamos preparados para superar el dolor que produce la pérdida, lo único que hay que hacer es no interrumpir el dolor, sino dejarlo salir, apoyándonos en las personas que nos ayudan a estar mejor y que nos permiten vivir el dolor a nuestra manera.

El duelo es más intenso en la fase intermedia y es menos doloroso recién ocurrida la muerte y al final del proceso. Mientras estamos en duelo no podemos tener ilusión, es incompatible con el dolor. Habrá días en los que te sientas peor: esos días déjate llevar por la pena, llora, desahógate. Habrá otros días en los que te sientas mejor, esos días aprovecha y sal con amigos, da un paseo.

No te impongas normas para superar el duelo y tampoco permitas que nadie lo haga. No trates de marcar un ritmo al proceso, ni más largo ni más corto, es lo que es. Mantén viva la esperanza porque, como ya te he dicho, el ser humano está preparado para superar el dolor de la pérdida, de hecho, el 90% de las personas que experimentan la pérdida de un ser querido vive un duelo sano.

EPÍLOGO



Carta a un recién licenciado en Psicología

No nos conocemos, pero sé que acabas de terminar tu carrera de Psicología o tu máster, y que estás pensando en ejercer tu profesión en clínica. Piensas que es sencillo y que tienes en tu poder todas las herramientas para ayudar a mucha gente. Y no te faltan aptitudes, pero es necesario que antes seas consciente de algunas cosas que no te han contado durante tu etapa formativa.

Esta es la carta que a mí me hubiera gustado recibir cuando comencé a trabajar en terapia de duelo. Me hubiera gustado que alguien me hablase claramente de la realidad de este tipo de terapia, de lo que no se dice en los cursos y de las dificultades con las que me iba a encontrar, pero también de lo bonito que iba a ser.

Recomendaciones para ejercer la psicología clínica:

- No gastes toda tu energía al principio, esta profesión es más una carrera de fondo que una maratón.
- Ve aceptando casos poco a poco. No te fuerces ni te presiones: si te sientes incómodo o cansado haciendo terapia, tus pacientes lo notarán.
- Rodéate de un equipo que pueda apoyarte y con cuyos integrantes puedas desahogarte.
- Combina tu trabajo con una formación continua. Esto te dará soltura y te ayudará a incorporar nuevas herramientas a tus intervenciones. Las formaciones son un lugar estupendo para entablar contacto con personas de tu mismo sector y trabajar en red.
- Supervísate, al menos al principio. Poder contrastar con otro profesional el enfoque que le estás dando a una intervención concreta puede hacerte sentir mucho más seguro.
- No tengas miedo de no tener todas las claves de una intervención. Los profesionales con experiencia también tenemos dudas, trabajamos con la hipótesis más probable.
- Confía mucho en el potencial del ser humano. Los profesionales no somos imprescindibles, crear un vínculo constituye la mitad de la terapia o puede que más.
- Llena tu vida de cosas que te alimenten y que puedan contrarrestar el desgaste que a menudo conlleva la terapia. Acompañamos a las personas en un momento difícil de sus vidas y eso impacta.

Pros de ejercer la terapia de duelo

La Psicología necesita de personas como tú, con mucha energía, ambición y deseos de triunfar, con ganas de ayudar a muchas personas. Compartimos una profesión preciosa, pero que desgasta mucho si no sabes protegerte e incluso aunque lo hagas.

Tenemos la suerte de poder acompañar a personas que sufren, pero que van a confiar en tu criterio. Los privilegios de ejercer en la clínica y dar terapia de duelo son evidentes: la satisfacción personal, sentir que puedes ayudar y eres importante para tus pacientes, contemplar cómo la gente mejora y cuán fuerte es el ser humano... Formamos parte de una relación única: la que se forja entre terapeuta y paciente.

El coste emocional del experto en duelo

Sin embargo, los profesionales que trabajamos en terapia de duelo también pagamos un peaje del que debemos ser conscientes. A menudo sufrimos con nuestros pacientes. Tal vez esto no sea muy ortodoxo, pero es la realidad. Ser testigos de su sufrimiento nos hace vulnerables, nos afecta de alguna manera y creo que es inevitable.

En ocasiones, el hecho de que nuestro trabajo se base en relaciones humanas nos enfrenta a relaciones complejas con quejas, enfados o reacciones poco deseables. Es necesario asumir que ése es el precio que pagamos por dedicarnos a esta hermosa profesión. De ahí la importancia de que cada profesional se cuide de la forma que le resulte más beneficiosa. Y este autocuidado es éticamente necesario, porque un profesional quemado puede acabar siendo negligente.

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULOS 1 y 2

- Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC, Alba Sánchez I. (2002). *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual*. Cuadernos de Medicina forense, (30), 39-50.
- Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. (2008). *Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento*. Revista Psicooncología, 5 (1), 103-106.
- Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PC. *Complicated grief as a mental disorder: inclusion in DSM*. Handbook of Bereavement Research and practice: 21 century perspectives. Eds. Stroebe M, Hansson R, Shut H. & Stroebe W. American Psychological Association Press 2007, en prensa.
- Bayes, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Martínez Roca. Barcelona.
- Lacasta M^aA, de Luis V. (2002). *Evaluación de resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo*. Rev Soc Esp Dolor, (9), 502-509.
- García JA, Landa V, Trigueros MC, Gaminde I. (2005). *Inventario de Texas revisado de duelo (ITRD): Adaptación al castellano, fiabilidad y validez*. Aten Primaria, 37 (7), 353-358.
- Prigerson HG, et al. (1997). *Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity*. Psychiatry, (154), 616-623.
- Martikainen P, Walkonen T. (1996). *Mortality after the death of spouse: Rates and causes of death in a large finish cohort*. American Journal of public Health. (86/8), 1087-93.
- Parkes CM. (1964). *Effects of bereavement on physical and mental health, a study of the medical records of widows*. British Medical Journal, (2), 274-279.
- Zissok S, Shuchter SR. (1991). *Depression through the first year after the death of a spouse*. American Journal of Psychiatry, (148), 1346-1352.

- Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman I, Kim K. (1990). *Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors*. J Clin Psychiatry, (51), 269-274.
- Madison D, Viola A. (1968) *The health of the widows in the year following bereavement*. J Psychosom Res, (12), 298-306.
- Jacobs S. (1999). *Traumatic grief: diagnosis, treatment and prevention*. Philadelphia: Taylor & Francis, 89-101.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. (1987). *Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons*. American Journal public Health, (77), 283-287.
- Portillo MJ, Martín MJ, Alberto M. (2002). *Adherencia al tratamiento del duelo patológico*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (62/63), 13-18.
- García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. (1996). *El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en Atención Primaria*. Originales Atención Primaria, 18 (9), 475-479.
- Gómez R. (2000). *Las ansiedades del médico frente a la muerte*. Psiquiatría Publica; 12(3).
- Barreto P, Soler M Carmen. (2008). *Muerte y duelo. Guías de intervención*. Madrid: Síntesis.
- Tizón, J.L. (2004) *Pérdida, pena, duelo*. Paidós, Barcelona.
- Rothschild, B. (2009) *Ayuda para el profesional de la ayuda*, Desclée de Brouwer.
- Worden, W. (2013) *El tratamiento del duelo*, Paidós.
- Rando, T.A. (1993) *Treatment of complicated mourning*, Champaign, IL, Research Press.

CAPÍTULO 3

- Bucay J. (2006) *El camino de las lágrimas*. Ed. Debolsillo.
- García-García JA, Landa V; Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. *El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en Atención Primaria*. 1996;18:475-83.
- García García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. *Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez*. Aten Primaria. 2005; 35 (7): 353-8.
- Faschingbauer TR. *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston: Honeycomb Publishing; 1981.
- Neimeyer R. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- <http://www.somosprimates.com/2011/02/el-duelo-de-los-animales/>
- Worden W (1991). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

1ª TAREA

- Worden W (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

2ª TAREA

- Worden W (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer R (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Iberica.

3ª TAREA

- Worden, W (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

4ª TAREA

- Aldrich CK. *Some dynamics of anticipatory grief*. IN: Anticipatory grief (editado por Schoenberg B, Carr AC, Peretz D y Kutscher AH). Columbia University Press, New York, 1974.
- Siegel K y Weinstein. *Anticipatory grief reconsidered*. J. Psychosocial Oncology. 1, 61, 1983.
- Rosales C y Olmeda MS (2001). *El duelo anticipatorio*. Interpsiquis. 2001; (2).
- Gómez Sancho M. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y sanitaria (ICEPSS); 1994.

MUERTE TRAUMÁTICA

- DSMIV-TR. American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- DSMV. (2013). *DSM-5 Development*. American Psychiatric Association (APA). Recuperado de: <http://www.dsm5.org>

DUELO POR DESAPARICIÓN

- Acinas P. (2012) Duelo en situaciones especiales. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol 2.
- Barros-Duchene L. *Personas desaparecidas: ayudar a las familias a vivir con la incertidumbre*. Entrevista Personal 15 de febrero de 2010. Comité internacional de la Cruz Roja.

DUELO PERINATAL

- López García de Medinaveitia, AP (2011). *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría;31 (109), 53-70.

