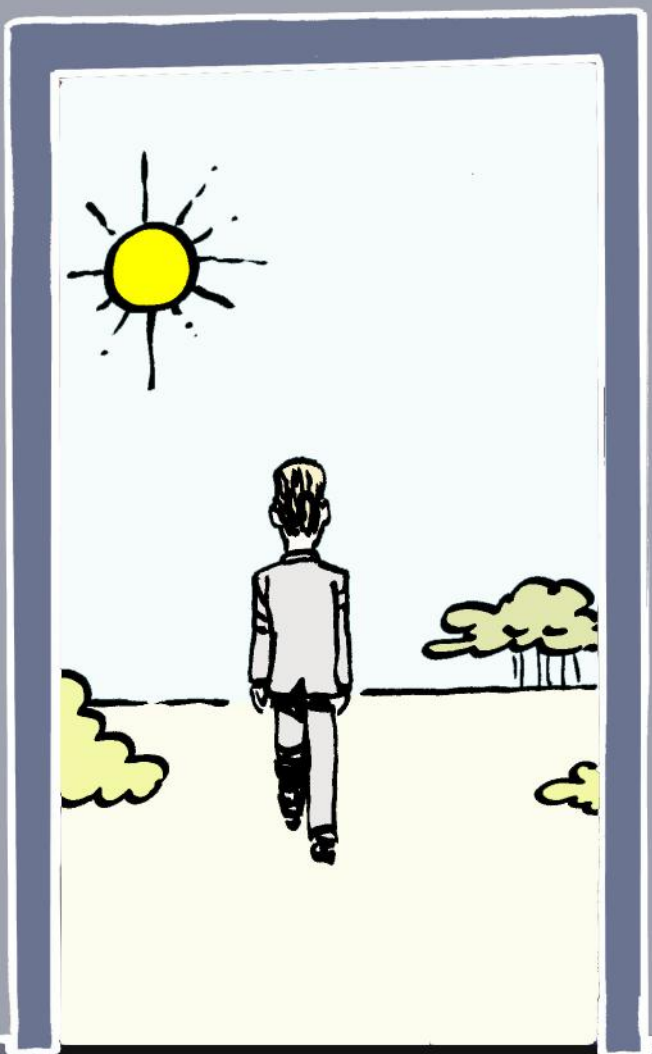
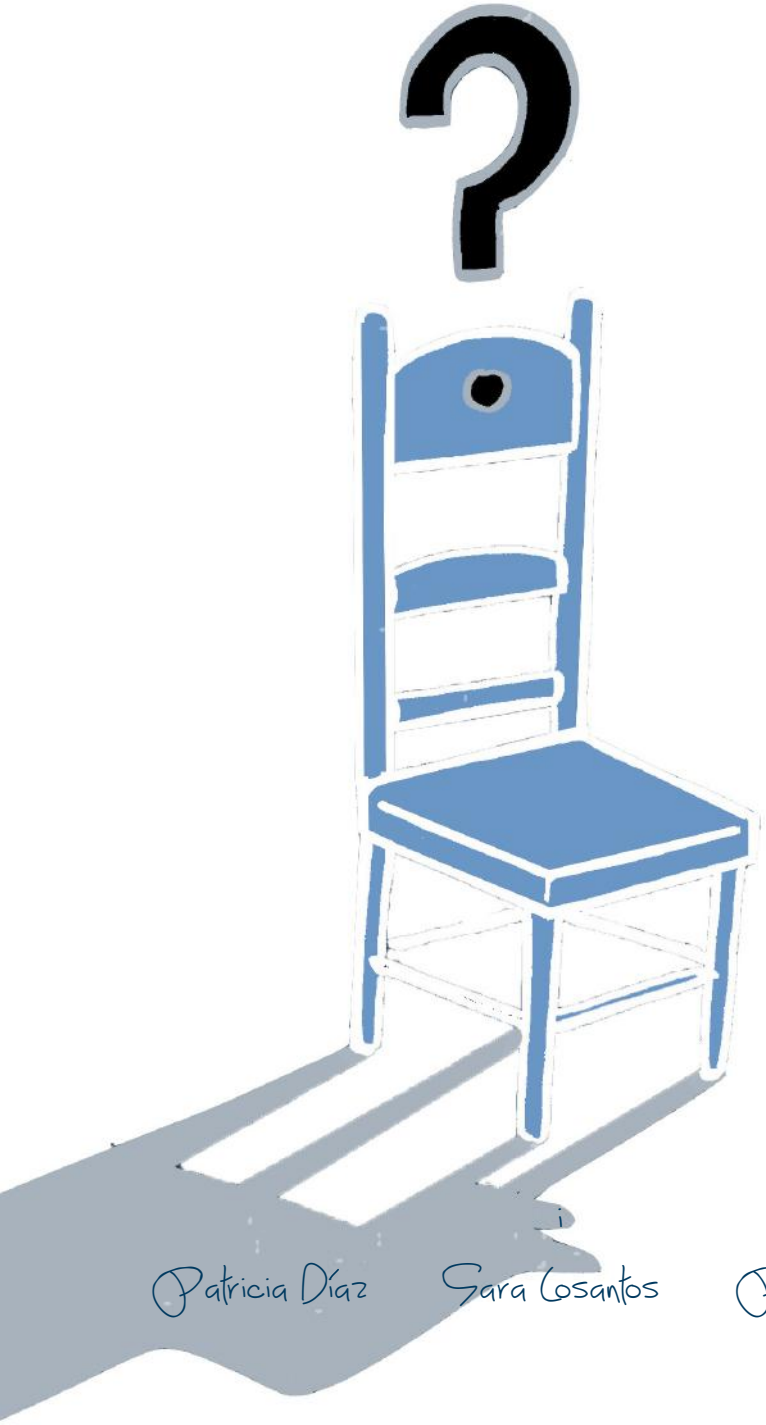
GUÍA DE **DUELO** ADULTO

Para profesionales socio-sanitarios



FMLC
Fundación Mario Losantos del Campo



Patricia Díaz Sara Cosantos Pilar Pastor

Índice

Prólogo 5

1. Justificación: ¿Por qué una guía sobre el duelo? 7
1.1. Por qué es necesario conocer el proceso de duelo 10
1.2. Por qué es necesaria una guía de duelo para el profesional socio-sanitario 12
1.3. Preguntas a las que vamos a responder en esta guía 14

2. Definición de duelo 17
2.1. Qué es duelo y qué no 22
2.2. Inventario Texas Revisado de Duelo 27

3. Ideas irracionales o erróneas en torno al duelo: Aportaciones inadecuadas 31

4. En qué consiste el proceso de duelo y cómo lo entendemos 37
4.1. Primera tarea: Asumir la realidad de la pérdida 41
4.2. Segunda tarea: Elaborar las emociones relacionadas con el duelo 46
4.3. Tercera tarea: Aprender a vivir en un mundo donde el fallecido ya no está presente 55
4.4. Cuarta tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo 61

5. El duelo en situaciones especiales 69
5.1. El duelo anticipatorio 71
5.2. El duelo por suicidio 73
5.3. El duelo por muerte traumática 76
5.4. El duelo por desaparición 82
5.5 El duelo por muerte perinatal 85

6. Otras consideraciones 89
6.1. Duelo e implicaciones físicas 91
6.2. Duelo y fe 93
6.3. La terapia de grupo en el duelo 95
6.4. Notas acerca de la nueva clasificación diagnóstica: pasado, presente y futuro 97

Epílogo 105

Bibliografía 107

Prólogo

Hace ya más de una década que desde la Fundación Mario Losantos del Campo decidimos apostar por la creación de un programa de actividades destinado a profundizar en el conocimiento del duelo, así como a ofrecer atención terapéutica gratuita a personas que estuvieran atravesando ese proceso. Desde entonces, hemos ayudado a cientos de pacientes a transitar el camino del duelo tras la pérdida de un ser querido.

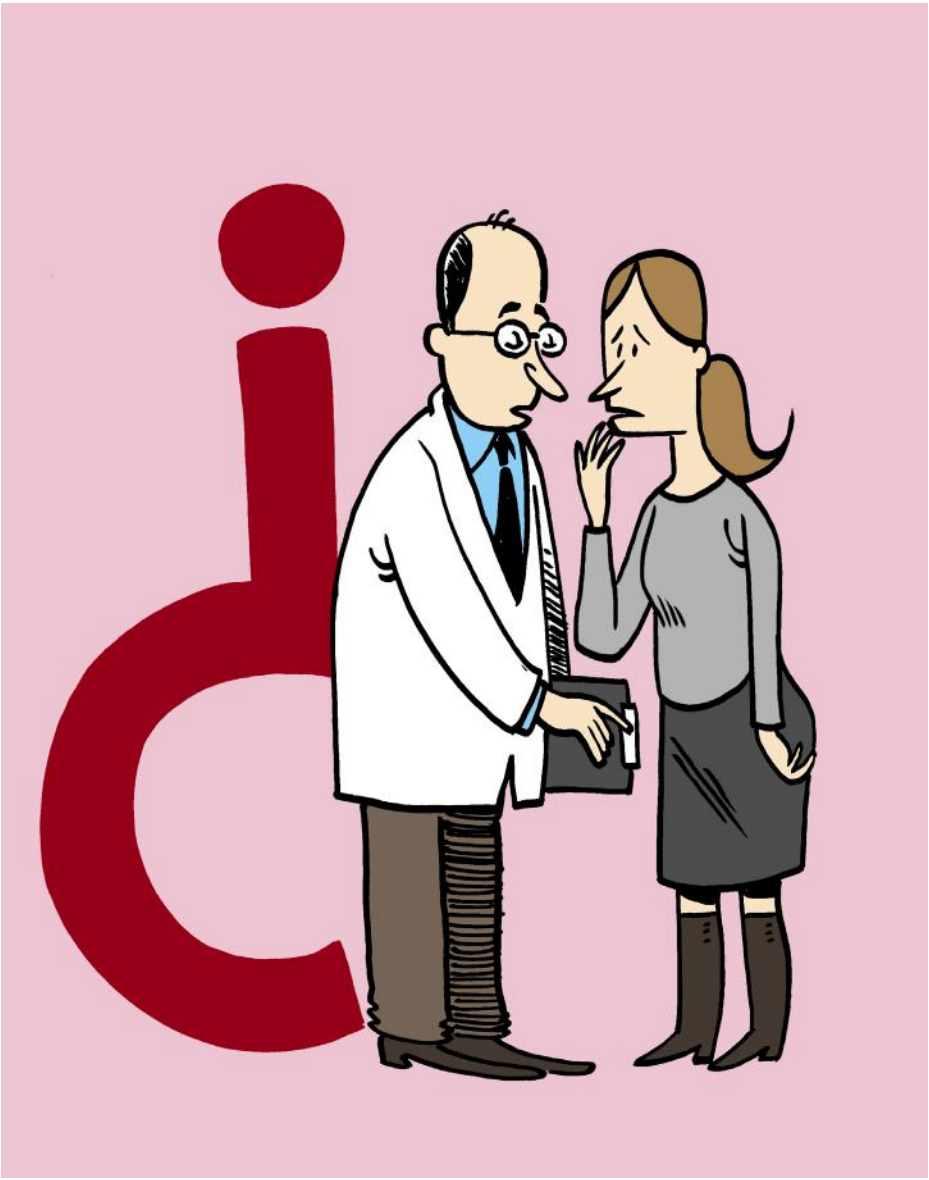
Resulta complicado reunir en un solo documento la experiencia de once años. Sin embargo, sentíamos la responsabilidad moral de poner nuestro aprendizaje y los conocimientos que hemos ido adquiriendo a lo largo de este periodo al servicio de otros profesionales socio-sanitarios.

Nuestro interés se dirige fundamentalmente a todos aquellos profesionales que trabajan con personas que están atravesando, o han atravesado, un duelo. A ellos destinamos y dedicamos esta guía. Estamos convencidos de que, con este trabajo, no sólo estamos ayudando a los profesionales a quienes va dirigido este manual, sino también a los dolientes que recurran a ellos en busca de consejo.

Queremos poner voz a esa realidad de la que nadie habla: la muerte, la única certeza de la vida, el reverso de la moneda. Queremos enseñar a manejar y drenar el dolor que produce la muerte de un ser querido.

Para nosotros, el proceso de duelo va de fuera hacia dentro, del silencio a la palabra, de la oscuridad a la luz. Y ésa tan sólo es una primera aproximación.

1. ¿Por qué una guía sobre el duelo?



1. ¿Por qué una guía sobre el duelo?

En general, la persona que atraviesa un proceso de duelo acude al profesional sociosanitario en un estado vulnerable, desorientada, herida; con muchas dudas acerca del proceso, del dolor, o con un duelo en ocasiones 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 la muerte no está bien vista en nuestra sociedad: se esconde, se medicaliza y se transforma en un proceso técnico, buscando en esta tecnificación 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 se evite, el familiar del enfermo, el enfermo paliativo, el doliente, etc., siguen necesitando ayuda, acompañamiento, comprensión y espacio para dolerse.

Las redes familiares y comunitarias, que en el pasado eran más extensas, solían cubrir esta necesidad básica y ofrecer el apoyo necesario al doliente. Pero actualmente el entorno tiende a distraer, evitar o negar este espacio, es decir, tiende a "proteger" del dolor, por lo que cada vez más el doliente opta por recurrir al profesional sanitario (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008).

Es de suponer que esta tendencia irá aumentando, de modo que los profesionales sociosanitarios que estén en contacto con personas en duelo (o pacientes que estén sufriendo, o estén en contacto con la muerte y la enfermedad, etc.) necesitarán conocer el camino del duelo para ofrecerles una ayuda adecuada.

1.1 Por qué es necesario conocer el proceso de duelo

Según las estadísticas, cada fallecimiento puede afectar, de media, hasta a diez personas y se calcula que alrededor del 10% de los dolientes atravesará un duelo complicado con implicaciones severas para su salud física y psicológica (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2007). Sólo en el año 2012 fallecieron en España un total de 402.950 habitantes, por lo que podría estimarse que en 2012 había en nuestro país más de cuatro millones de personas en duelo, de las cuales alrededor de 400.000 estarían atravesando 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 que se atienden en las consultas de Atención Primaria tienen 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 Walkonen, 1996) (Parkes, 1964).

Todas estas cifras ponen de manifiesto, por una parte, que el doliente acude a los profesionales socio-sanitarios 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 presentan 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 el riesgo de muerte se incrementa (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).

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.

A nivel psicológico, aunque el duelo es un proceso adaptativo normal, en ocasiones se complica provocando que el dolor se retrase, se inhiba o se enmascare. En esos casos, reacciones normales como sentirse deprimido o experimentar ansiedad pueden transformarse en desesperación, sensación de indefensión frente a 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 una buena salud física y mental del individuo (Portillo, Martín y Alberto, 2002).

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

Existen al menos tres razones por las que el profesional socio-sanitario necesita conocer los fundamentos del duelo:

1. Porque los dolientes acuden cada vez más al entorno sanitario a pedir ayuda.
2. Porque el duelo puede tener implicaciones graves para la salud física y emocional.
3. Porque conocer el desarrollo normal de este proceso puede servir de alivio a muchos dolientes.

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 en lo relativo al afrontamiento de la muerte.

Diversos estudios ponen de manifiesto determinadas actitudes en el profesional del medio hospitalario, por ejemplo: no querer nombrar la muerte; incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y la no verbal; o aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva (Gala et al., 2002). Detrás de estas actitudes se encuentra el temor de los profesionales socio-sanitarios, el reflejo de sus propios miedos y la preocupación por provocar una reacción emocional perjudicial en el paciente.

Proporcionar al profesional socio-sanitario formación sobre cómo afrontar el duelo y cómo manejar el dolor y la muerte le dotará de herramientas para afrontar -desde su vocación de ayuda- estas situaciones de gran intensidad emocional. Además, dotarles de recursos supone un apoyo fundamental para los profesionales, ya que al facilitar el trato con el paciente y su familia a menudo se consigue prevenir el estrés asistencial.

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

Los profesionales 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. En un intento de liberar fugazmente de ese dolor abrasador a la persona afectada, se puede caer fácilmente en el fomento de actitudes que buscan evitar el dolor, como medicar en exceso, etc.

A menudo el profesional busca una solución que alivie y resuelva mágicamente el dolor del paciente, frustrándose profesionalmente si ve que éste no mejora de un encuentro a otro, o tras un periodo de tiempo "razonable". El desconocimiento del camino del duelo por parte del profesional puede llevar a que éste 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, lo que el doliente percibe de esta actitud puede ser una sensación de abandono por parte del profesional, así como una mayor soledad y confusión.

Por otro lado, varios estudios recientes han puesto de manifiesto cómo la intervención terapéutica eficaz disminuye la desesperanza, la depresión y la ansiedad (Lacasta, De Luis, 2002). Igualmente, existe evidencia de la importancia que tiene el apoyo psicológico de los sanitarios a los pacientes y familiares durante los últimos momentos de la enfermedad y su incidencia en la evolución posterior del duelo (García, Landa et al., 1996). La intervención 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.

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 ámbito de los profesionales socio-sanitarios que deben afrontar situaciones de muerte, dolor y enfermedad en su día a día. 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).

1.3 Preguntas a las que trataremos de responder en esta guía

A lo largo de este libro vamos a ir recorriendo el camino del duelo. Nos detendremos en cada tarea para profundizar en qué consiste, qué factores contribuyen a bloquearla y cómo podemos ayudar al doliente a elaborarla correctamente.

El duelo es un proceso muy personal, con altibajos, obstáculos y dificultades. Por eso mismo, el profesional que se acerca a este mundo necesita tener unas cuantas certezas acerca de cómo es el proceso de duelo para poder acompañar al doliente de forma satisfactoria, pero sin quitarle libertad de movimiento, a fin de que elija resolver el proceso a su manera.

Buscamos que esta guía resulte útil a cualquier nivel de intervención: ya sea en acompañamiento, asesoramiento o terapia. 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 o médico con formación 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 llevan a cabo 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, tales 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 ante la experiencia de duelo es el *counselling* (Gómez, 2000). El *counselling*, que encuentra su marco en las terapias humanistas, parte de la base de que el ser humano es capaz de sobreponerse a cualquier obstáculo que encuentre en su camino, concibiéndolo como alguien fuerte y capaz.

Desde esta visión resulta fácil entender que se le proporcionen al paciente pocas orientaciones o consejos. La mayor parte del proceso de terapia discurre en la confianza de que cada uno sabrá encontrar su propio camino y el profesional tan sólo está presente en el proceso para supervisar la aparición de dudas, para acompañar el sufrimiento de la persona ante la muerte y para validar los sentimientos de dolor.

El profesional que trabaje desde este marco asume la responsabilidad de saber escucharse a sí mismo -su comportamiento refleja su estado interior-, comprender al otro sin juzgarlo, 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 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 que tiene que ver con ella- ayuda y alivia.
- No existe un duelo igual a otro. Sólo nuestra escucha atenta nos ayudará a descubrir las claves de cada proceso.
- Fomentar la expresión de las emociones y el dolor.
- Explicar en qué consiste generalmente el proceso de duelo facilita que la persona se sitúe dentro de él y no se sienta tan perdida.
- Ayudar a responder las preguntas que tienen respuesta.
- Fomentar la reconstrucción del mundo personal de significados tras la pérdida (los valores, las creencias, la propia identidad). El duelo da la oportunidad de actualizar o reconstruir nuestro mundo interno.

2. Definición de duelo

2. Definición de duelo

En nuestra sociedad no es común hablar del duelo, ni 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, la mayoría de las veces, no es la más sana.

Por naturaleza, el hombre reacciona acercándose a lo que le produce placer y alejándose de lo que le produce displacer. Y esto, que normalmente es sano en sí mismo, no lo es ante la muerte de un ser querido: tapar el dolor, fingir o llenar las horas de actividades para "no pensar y no sentir" sólo conduce al encapsulamiento y al bloqueo del duelo.

Si queremos ayudar a las personas que lo están atravesando, es fundamental conocer las peculiaridades de este proceso: no sólo para distinguir las reacciones normales de las patológicas, sino también porque los dolientes necesitan conocer y comprender una teoría que les ayude a explicar de manera sencilla lo que les sucede. Eso en sí mismo ya es terapéutico.

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, representa un paso adelante en la descripción del mismo. Lo cierto es que no existe una única manera de definir el duelo, en tanto que no existe una única manera de explicarlo ni una única manera de vivirlo.

Sabemos que la palabra "duelo" tiene un origen latino 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 implica ya varios aspectos:

- El primero es que el duelo es un proceso, palabra que implica tiempo. No es que el tiempo lo cure todo, pero sí es verdad que los duelos no se resuelven en un mes, ni dos, ni tres. Aunque cada persona necesita una cantidad de tiempo diferente para elaborar su duelo, lo cierto es que hay que ser paciente y no intentar acelerarlo.
- El hecho de que sea un proceso implica también que es algo activo, no es algo que ocurre y se resuelve solo con el tiempo, sino que hay cosas que hacer y decisiones que tomar para resolver adecuadamente el duelo.
- El hecho de que sea normal implica que todo el mundo atraviesa un duelo tras la muerte de un ser querido. Eso es lo normal: que duela.

El proceso de duelo se ha detectado en numerosas especies animales y 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. Esta peculiaridad fue mencionada por el Dr. George Engel en una conferencia en el Psychiatric Grand Rounds, en el Hospital General de Massachusetts.

Otro ejemplo de este fenómeno son los chimpancés: un equipo dirigido por Katherine Cronin, del Instituto de Psicolingüística Max Planck, en los Países Bajos, registró el comportamiento de una hembra chimpancé durante las horas que siguieron a la muerte de su cría y pudo comprobar la dificultad que supuso para la madre romper el estrecho vínculo que le unía a su hijo. Tras cargar con el cadáver durante más de un día, lo depositó en un claro y se acercó al cuerpo repetidamente para presionarle la cara y el cuello con sus dedos. Luego lo trasladó al lugar donde se encontraba el resto del grupo y se quedó observando cómo sus miembros se interesaban por él. A la mañana siguiente todos abandonaron el cadáver.

Los autores de este estudio huyen de cualquier tipo de interpretación, su única intención es que el público pueda juzgar por sí mismo las conductas que estos primates muestran ante la muerte. Pero este tipo de respuesta también se ha registrado en otras especies de mamíferos, como los elefantes. Hace unos años, en la India se informó del caso de una hembra de elefante llamada Damini, que se negó a comer durante días tras la muerte de una compañera más joven durante el parto, lo que acabó por provocarle la muerte a ella también. Según su cuidador, ambas se habían convertido en amigas inseparables meses atrás, desde el traslado de la elefanta preñada.

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

Aunque asumamos esa definición como la que más se acerca a nuestra forma de comprender o explicar el duelo, podríamos decir 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. Podría decirse que el duelo es como una transparencia que se superpone a las características personales de cada individuo: cada una de esas peculiaridades modulará el duelo haciéndolo único, o, lo que es lo mismo, habrá que restar al duelo lo que una persona ya es para poder ajustar el tratamiento a las expectativas.

La muerte de un ser querido no hará que alguien se vuelva más romántico, 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 sean las mismas.

2.1 Qué es duelo y qué no

Existen límites poco definidos entre el duelo y otras entidades con las que comparte sintomatología y características. Sin embargo, para el profesional que trabaja con personas en duelo resulta fundamental distinguir entre un caso de duelo y otro que no lo es, para poder plantear un tratamiento más ajustado a las necesidades del individuo.

El duelo comparte sintomatología con otras categorías diagnósticas. Los síntomas que suelen destacar en duelo, son, entre otros muchos:

- La sensación de ahogo.
- La falta de ilusión.
- Agotamiento.
- Hipersomnia o insomnio.
- Síntomas somáticos.

Existen muchas definiciones de duelo, tantas como teorías existen en torno a él. Numerosos autores han reflexionado sobre la realidad del duelo para poder hacerla comprensible. Cada uno de estos intentos ha supuesto un avance en la comprensión del mismo. Podría decirse que ninguna de las teorías del duelo es una teoría completa, sino que más bien se trata de intentos parciales de estudio de una realidad que no se ha agotado y de la que nos queda mucho por conocer. La teoría que elijamos, la que sea, marcará nuestro modo de entender y guiar el duelo.

El duelo es:

Una definición sobre la que existe cierto nivel de consenso es la que establece que el duelo es un proceso normal que sigue a cualquier pérdida.

Examinándola más a fondo, nos damos cuenta de que el duelo es:

- **Un proceso:** Proceso implica dos cosas, tiempo y decisión. El duelo requiere paciencia, no se puede acelerar esta experiencia. Sabemos que no existe un tiempo "exacto" para resolver el duelo, pero también que hay que dar tiempo a este proceso, a cada doliente el suyo. Muchas personas tienen prisa por acabar de sufrir y de sentir el dolor propio del duelo. Esto les lleva a encapsular las emociones principales, haciendo que se bloqueen, lo que a menudo precipita duelos complicados. Por otro lado, el proceso implica decisión, voluntad, movimiento. Estamos ante una definición que no deja nada al azar y, en este caso, el duelo está plagado de micro-decisiones que orientan la resolución de esta experiencia hacia un sentido o al otro. Sabemos que no basta con que el tiempo pase, sino que hay cosas que el doliente puede hacer para seguir adelante. El papel del doliente es un papel activo, dotado de poder, de capacidad, de recursos y posibilidades. Tal vez por eso, sólo un diez por ciento de las personas que sufren la pérdida de un ser querido experimenta un duelo complicado.
- **Es normal:** Esto quiere decir que, cuando se ha vivido una pérdida, lo normal es sentir dolor y lo anormal es no sentirlo de alguna manera, no importa cuál. La conducta de duelo se ha registrado incluso en animales. Se trata de una conducta instalada casi a nivel biológico, es natural sentir dolor ante una pérdida.
- **Sigue a la pérdida…** a cualquier tipo de pérdida, ya sea de una relación, de un trabajo, de un objeto o de un ser querido que ha muerto, aunque nosotros nos centraremos exclusivamente en el duelo que produce el fallecimiento de un ser querido.

El duelo no es:

- **Una enfermedad.** La persona en duelo no está enferma, aunque tenga determinados síntomas o le parezca que lo que siente es demasiado intenso. A menudo el doliente se siente y se describe como un enfermo.

- **Una depresión**, aunque comparte casi todos los síntomas con ésta. Freud decía que la diferencia fundamental entre un duelo y una depresión es que en la depresión hay pérdida de autoestima y en el duelo, no. Sin embargo, este debate sigue generando mucha controversia hoy en día y está siendo objeto de una discusión más amplia. El Dr. García-Campayo, por ejemplo, hace una doble distinción entre duelo y depresión, y entre duelo complicado y duelo sano. Para García-Campayo la diferencia fundamental entre duelo y depresión es sencilla: en el caso de que una persona en duelo cumpla con todos los criterios establecidos por el DSM-IV TR para la depresión mayor, se diagnosticará y tratará solamente la depresión mayor. Sin embargo, esa distinción es impracticable a nivel clínico. No es realista, ya que no resulta sencillo establecer las diferencias entre una y otra partiendo únicamente de las diferenciaciones que establece el DSM-IV TR; entre otras cosas, porque el trasfondo filosófico y el debate que se ha generado en torno a esta cuestión está muy lejos de haber quedado resuelto, por lo que el DSM-IV TR resulta una guía insuficiente para discriminar si estamos ante una categoría u otra.

Duelo normal y duelo complicado

En cuanto a la distinción entre duelo normal y duelo complicado, García-Campayo establece que las diferencias entre uno y otro radican en la intensidad y duración de los síntomas, una descripción en la que realmente coincidimos.

Otro aspecto que nos permite diferenciar el duelo normal del patológico -y que también comparte García-Campayo- es el momento de aparición de los síntomas: si aparecen cuando tiene lugar el fallecimiento o a los pocos días, hablamos de un duelo normal y, si aparecen semanas o meses después, o no llegan a aparecer, hablamos de duelo patológico. Esto tiene un sentido: cuando se produce un fallecimiento, el apoyo social se prolonga durante un tiempo -semanas, meses a veces- pero cuando hay un duelo diferido en el tiempo, el apoyo social ya no está presente, por eso se acepta como más adaptativo el duelo que se comienza a elaborar cuando el apoyo social todavía existe.

Por último, hay características que permiten diferenciar un duelo complicado de uno que no lo es. La negación de la muerte es uno de los principales signos del duelo patológico. Se trata de un mecanismo de defensa muy primitivo y típicamente psicótico: las alucinaciones complejas y estructuradas. Atendemos sobre todo a lo cultural y, en ese sentido, lo que es considerado "normal" en una cultura puede no serlo en otra. Las conductas culturalmente normales en relación al fallecido forman parte de un duelo sano, mientras que las que no lo son forman parte del duelo complicado.

A la hora de identificar correctamente si una persona está atravesando o no un duelo complicado, es útil usar un inventario o escala que nos permita precisar las necesidades de quien nos pide ayuda, así como determinar qué tratamiento es el más adecuado para el paciente. En relación al duelo existen dos inventarios: el Inventario de Experiencias de Duelo, que fue elaborado por Katherine Sanders en el año 1977, consta de 135 ítems dicotómicos, compuesto de 18 escalas. Este inventario se autoadministra. El tiempo medio de administración es de unos 20 minutos y está adaptado al castellano.

El otro inventario del que disponemos es el **Inventario Texas Revisado de Duelo**, más conocido por sus siglas ITRD. Este cuestionario fue elaborado por Faschinbaguer en 1981 y consta de 21 ítems divididos en dos escalas. Se autoadministra, su tiempo medio de administración es de unos diez minutos y también ha sido adaptado al castellano.

La importancia de un diagnóstico correcto radica en que el duelo normal no requiere terapia, mientras que el duelo patológico sí. Esto permitiría a la Sanidad Pública Española un ahorro importante de gastos, evitando la recomendación de terapia a personas con un duelo sano y previniendo complicaciones de salud derivadas del duelo, tal y como demuestra la abundante bibliografía al respecto, donde se hace referencia a un mayor índice de mortalidad por episodios cardíacos y suicidios, y a una mayor utilización de los recursos sanitarios.

Ya hemos dicho que es particularmente importante medir el grado de intensidad de un duelo, es decir, lo que marca la diferencia entre un duelo patológico de uno que no lo es. Dicen que lo que no se puede medir no se puede cambiar. Por eso -y para facilitar la labor de aquellos que trabajan día a día con personas en duelo-, hemos querido incorporar algún instrumento de medida que permitiera precisar y cuantificar el dolor de la manera más fiable posible. Por su especial interés, su brevedad y su sencilla cumplimentación, adjuntamos el Inventario Texas Revisado de Duelo.

Las autoras de la presente guía no consideramos que estos inventarios midan con precisión el duelo complicado, de hecho, sobrediagnostican el duelo. Nuestra opinión es que, si aplicásemos estos inventarios a una población normal sana, un alto porcentaje de los sujetos de estudio puntuarían y reunirían los criterios de duelo complicado. Aun así hemos querido recogerlos porque no existen otros y confiamos en que se siga investigando para desarrollar un instrumento de medida más válido y más fiable.

2.2. Inventario Texas Revisado de Duelo

Población diana: Población general mayor de 14 años, cuyo ser querido haya fallecido hace más de tres meses y menos de tres años. Es un cuestionario autoadministrado.

Parte I: Comportamiento en el pasado

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que murió el ser querido y responda a las siguientes preguntas sobre sus sentimientos y su comportamiento durante ese periodo.	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas.					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo.					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa.					
4. Tenía la necesidad de hacer cosas que él/ella hubiera querido hacer.					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal.					
6. Durante los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales.					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado.					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir.					

Parte II: Sentimientos actuales

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que murió el ser querido y responda a las siguientes preguntas sobre sus sentimientos y su comportamiento durante ese periodo.	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella.					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella.					
3. No puedo aceptar su muerte.					
4. A veces la/le echo mucho de menos.					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo.					
6. A menudo me quedo ensimismado pensado en él/ella.					
7. Lloro a escondidas cuando pienso en él/ella.					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida.					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella.					
10. Creo que no es justo que haya muerto.					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarle.					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte.					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo.					

Gracias por responder a todas las preguntas.

Inventario Texas Revisado de Duelo. Instrucciones para el profesional

Población diana: Población general mayor de 14 años, cuyo ser querido haya fallecido hace más de tres meses y menos de tres años. Los criterios de exclusión son: enfermedad mental grave, alcoholismo y uso de drogas por vía parenteral. Es un cuestionario autoadministrado, que consta de 21 ítems con cinco categorías de respuesta tipo Likert. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación, mayor intensidad del duelo.

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Completamente verdadera: 5
- Verdadera en su mayor parte: 4
- Ni verdadera ni falsa: 3
- Falsa en su mayor parte: 2
- Completamente falsa: 1

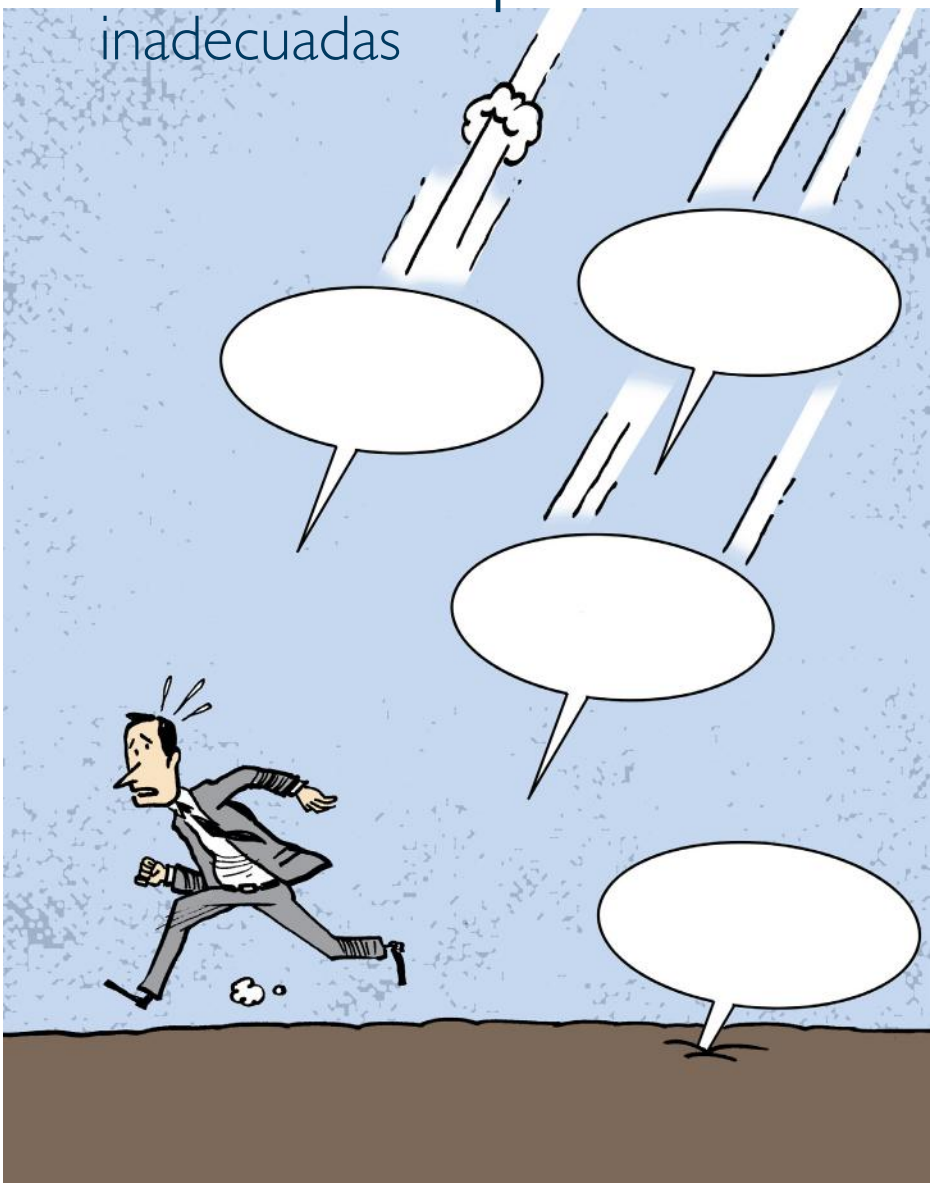
De estas reflexiones surgen otras que nos llevan a profundizar en el estudio y análisis de este proceso, lo que a la larga nos conducirá a una mayor capacitación para abordar el duelo a nivel terapéutico.

- **¿Se pueden dar comórbidamente un duelo y una depresión?** La teoría dice que no, pero la práctica dice que sí.

- **En caso afirmativo, ¿qué es lo que debe atenderse de forma prioritaria?** Lo primero que se debe atender es lo urgente. Una persona con síntomas agudos de ansiedad o de insomnio no va a poder trabajar el duelo de ninguna manera. Primero atendemos lo urgente, lo sintomático, para después pasar a trabajar la base.

- **¿Puede un duelo acabar provocando una depresión?** A través de nuestra experiencia clínica atendiendo multitud de casos de duelo, hemos podido comprobar lo complejo y profundo que puede llegar a ser este proceso. A largo plazo, supone un proceso de estrés para el organismo y para el aparato emocional. En muchos casos implica remover las bases de la estructura psíquica de la persona, su identidad, dejando al doliente muy vulnerable. Cuando el proceso de duelo promueve una revisión tan profunda de una persona y se complica, o no se atiende, el estrés al que se somete tanto al cuerpo como a la mente puede llegar al límite, hasta que el doliente desarrolla una depresión. Atendiendo el duelo de base, la sintomatología depresiva irá remitiendo.

3. Ideas irracionales o erróneas en torno al duelo: aportaciones inadecuadas



3. Ideas irracionales o erróneas en torno al duelo: aportaciones inadecuadas

Las expectativas creadas en torno a cómo funciona el duelo, cuánto dura, si finaliza o no y cómo lo hace, es decir, la teoría que cada uno se forma acerca del duelo influye de manera decisiva en el curso del mismo. Son muchas las ideas irracionales que hemos escuchado a lo largo de nuestra carrera profesional. Aprender a desmitificar el duelo y mostrar una teoría alternativa es una parte fundamental de la resolución del mismo.

Todos hemos escuchado en algún momento personal -o a través de algún familiar o conocido- frases inadecuadas que nos han provocado incomodidad. A muchas personas les resulta complicado permanecer calladas cuando se produce un fallecimiento en su entorno. Es entonces, al tratar de llenar el silencio causado por el dolor y la tristeza ante la muerte de un ser querido, cuando hacen comentarios que pueden resultar inadecuados o torpes. A veces lo más apropiado es decir simplemente: *«No sé qué decirte, porque no creo que existan palabras que puedan aliviar tu dolor».*

Aunque seguramente todos hemos escuchado alguna idea errónea en este mismo sentido, vamos a intentar desarrollar las más comunes.

- **El tiempo lo cura todo.** Esta idea habla de una persona pasiva, que espera a que las cosas ocurran y que no tiene ningún control sobre lo que pasa 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. Lo que sí podemos afirmar de manera contundente es que no es el tiempo lo que conduce a la resolución del duelo, sino lo que uno haga con su tiempo.

- **A él/ella no le gustaría que sufrieras.** Esta expresión 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 acciones 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 de sentir, de modo que, si una persona sufre o no concluye su duelo, lo único que ocurre es que no supera la muerte de su ser querido. Eso es todo.

- **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.

- **Tú lo que tienes que hacer es distraerte.** Esta sugerencia 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 peligrosas, porque bloquea un flujo que es curativo de forma natural. Bloquear, distraer o disfrazar el dolor sólo contribuye a complicar el duelo.

- **Hay que ser fuerte.** Este consejo se repite mucho y hace referencia a un planteamiento erróneo: la imposibilidad de que expresar dolor sea símbolo de fortaleza o, lo que es lo mismo, que la expresión de emociones es un símbolo de debilidad. 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 degenerar en la patologización del duelo.

- **Si no lo superas, no dejas descansar al fallecido.** Este pensamiento sigue la misma línea que el de *"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, ya 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.** Cada una de estas ideas son expresadas por las personas más cercanas al doliente, con una única intención: aliviar, reconfortar y evitar el dolor. El único problema es que no siempre se puede evitar el dolor: *"Los duelos duelen y no se puede hacer nada por evitarlo"* (Bucay, 2006). Por eso, aunque digan esto con la mejor de las intenciones, es decir, para evitarnos sufrimientos innecesarios, estos consejos sólo llevan al doliente a encapsular el dolor, prolongarlo o diferirlo en el tiempo.

Vivimos de espaldas a la muerte durante todo el tiempo que podemos. Por eso, cuando la muerte nos golpea de cerca, nos sentimos desfallecidos y derrotados, sin saber cómo recolocarnos. No sabemos cómo manejar el dolor, por lo que recurrimos a las estrategias que siempre hemos utilizado y que nos han resultado útiles. La cuestión es que, cuando las circunstancias se modifican, deben modificarse también las estrategias a utilizar. Lo que antes nos servía ahora ya no funciona, por lo que debemos implementar herramientas nuevas en nuestra vida cotidiana.

4. En qué consiste el proceso de duelo y cómo lo entendemos

4. 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 periodo adaptativo en el que uno 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 estos factores es la actitud de eludir el duelo: se omite, se oculta y a menudo la sociedad le da la espalda -como si quisiera obviar el dolor o evitar el sufrimiento-, una actitud que constituye una de las mayores trampas de este proceso. La palabra "duelo" procede del latín "dolus" y significa "dolor", es decir: sin atravesar el dolor no se supera el duelo.

El segundo factor que puede obstaculizar el duelo es intentar poner normas al dolor, tipificar el duelo. El dolor es distinto para cada persona, independientemente de la pérdida que ha 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. Así que podemos decir que sobre el duelo existen generalidades, pero no universalidades.

William Worden define las tareas del duelo como aquello que el doliente tiene que resolver para poder elaborar de una forma adecuada su duelo. Habla de tareas en lugar de hablar de fases, como Parkes, o de etapas como Kübler-Ross. La explicación es muy sencilla: al hablar de tareas, le da al sujeto la posibilidad de llevar a cabo una acción de manera activa, lo que puede ayudarle a aliviar esa sensación de impotencia, de *"¿Qué hago yo con mi dolor?"*. Por otro lado, coloca al sujeto en un lugar activo del duelo, no pasivo (padeciéndolo).

Worden habla de cuatro tareas:

1. 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.

2. Elaborar las emociones relacionadas con el duelo. *"Los duelos duelen y no se puede hacer nada por evitarlo"* (Bucay, 2006). 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.

3. Aprender a vivir en un mundo donde el fallecido ya no está presente. Esto guarda relación con la propia identidad: ya no se es el marido o la esposa del fallecido, sino su viudo o viuda. Está relacionado con los roles que desempeñaba cada uno, con hacerse cargo de tareas y cometidos distintos a los que antes desempeñábamos.

4. 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. Se trata de entablar nuevas relaciones, de vivir y no limitarse sólo a sobrevivir.

Las 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.

4.1 Primera tarea: Asumir la realidad de la pérdida

En qué consiste

La primera tarea -"Aceptar la realidad de la muerte"- es bastante compleja, porque no sólo implica saber a nivel racional que el ser querido ha muerto, sino también ser consciente de todo lo que ello implica a nivel emocional: qué implica estar muerto, definir concretamente qué se ha perdido. Esto invita al doliente a recorrer el camino que le lleva a definir quién era él para esa persona y quién era esa persona para él: en definitiva, eso es lo que ha perdido. Hoy en día vivimos de espaldas a la muerte mientras podemos, por eso, cuando nos encontramos cara a cara con la muerte de un ser querido, nos resulta irreal. Nos parece que sólo se mueren los ancianos, o que sólo tienen accidentes "los otros", por eso realizar esta tarea es a veces tan difícil que ésta se bloquea o, al menos, se complica.

Cómo se puede bloquear o complicar esta tarea

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

Otra forma de detectar si se está bloqueando esta tarea 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), dejando la habitación intacta como si la persona fallecida fuese a volver. Por el contrario, si retira TODAS las cosas del difunto, como si nunca hubiera existido, en ese caso podría estar 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 sea en su mente y durante un instante fugaz. Este mecanismo, que suele ser inconsciente, da lugar a que el proceso vuelva a comenzar desde el principio varias veces al día, lo que implica un enorme gasto de energía.

Lo cierto es que el fallecimiento de un ser querido nos empuja a aceptar que la muerte es una realidad, que todos nos morimos. Ésa es una certeza que rige el mundo entero y, cuanto antes la aceptemos, será mejor, puesto que se trata de una regla inamovible que funciona igual para todos. Lo que ocurre es que, en ocasiones, 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 negar la muerte se da en 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.

Por ese motivo, 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 está "viva", lo que puede generar mucha confusión en los primeros momentos después de una pérdida. La popularización de la videncia, el tarot y, en general, de la Parapsicología a través de los medios de comunicación favorece que cada vez más personas busquen consuelo en este tipo de prácticas, lo que no ayuda a terminar de asumir la muerte.

En principio, nuestra recomendación es esperar a que finalice el proceso de duelo antes de recurrir a médiums o a cualquier otra experiencia relacionada con lo paranormal, debido a la confusión que esto puede generar en los primeros momentos tras la pérdida.

Una vez concluido el proceso de duelo, es necesario estar prevenido ante los posibles riesgos que entrañan estos recursos (costes económicos, posibles fraudes, inducción de alucinaciones en casos de vulnerabilidad psicótica, etc.), siempre respetando las decisiones de cada uno y aceptando lo tentadora que resulta la perspectiva de poder comunicarse con un ser querido que ya no está.

El tema del más allá enlaza con otro elemento importante en el proceso de duelo: la fe (tratado en profundidad en el apartado 6.2.). 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, "duelo" es una palabra de origen latino que significa dolor. Si consistiera en algo distinto, seguramente su nombre sería otro, pero este proceso implica aflicción y el trabajo del duelo tiene que ver con 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 ser querido que ha muerto, 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 genera 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 murió 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 le permitan ir asimilando lo que pasó y, al mismo tiempo, contra-rresten la fantasía de que el 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 teoría de las tareas del duelo ayuda al doliente a tener una actitud activa ante el mismo, proporcionándole una cierta sensación de control.
- Las tareas son cuatro y no son sucesivas, ni tampoco es necesario finalizar una para comenzar otra. A veces se dan de forma simultánea.
- La primera tarea 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, como si estuviera vivo.
  - Mantener la habitación tal y como la dejó, como si éste fuera a volver.
  - Retirar todo de la habitación, como si el fallecido 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…?".
- El modo de trabajar la primera tarea es pedirle al doliente que nos cuente cómo murió su ser querido, para que recopile datos reales en relación con la muerte.

4.2 Segunda tarea: Elaborar las emociones relacionadas con el duelo

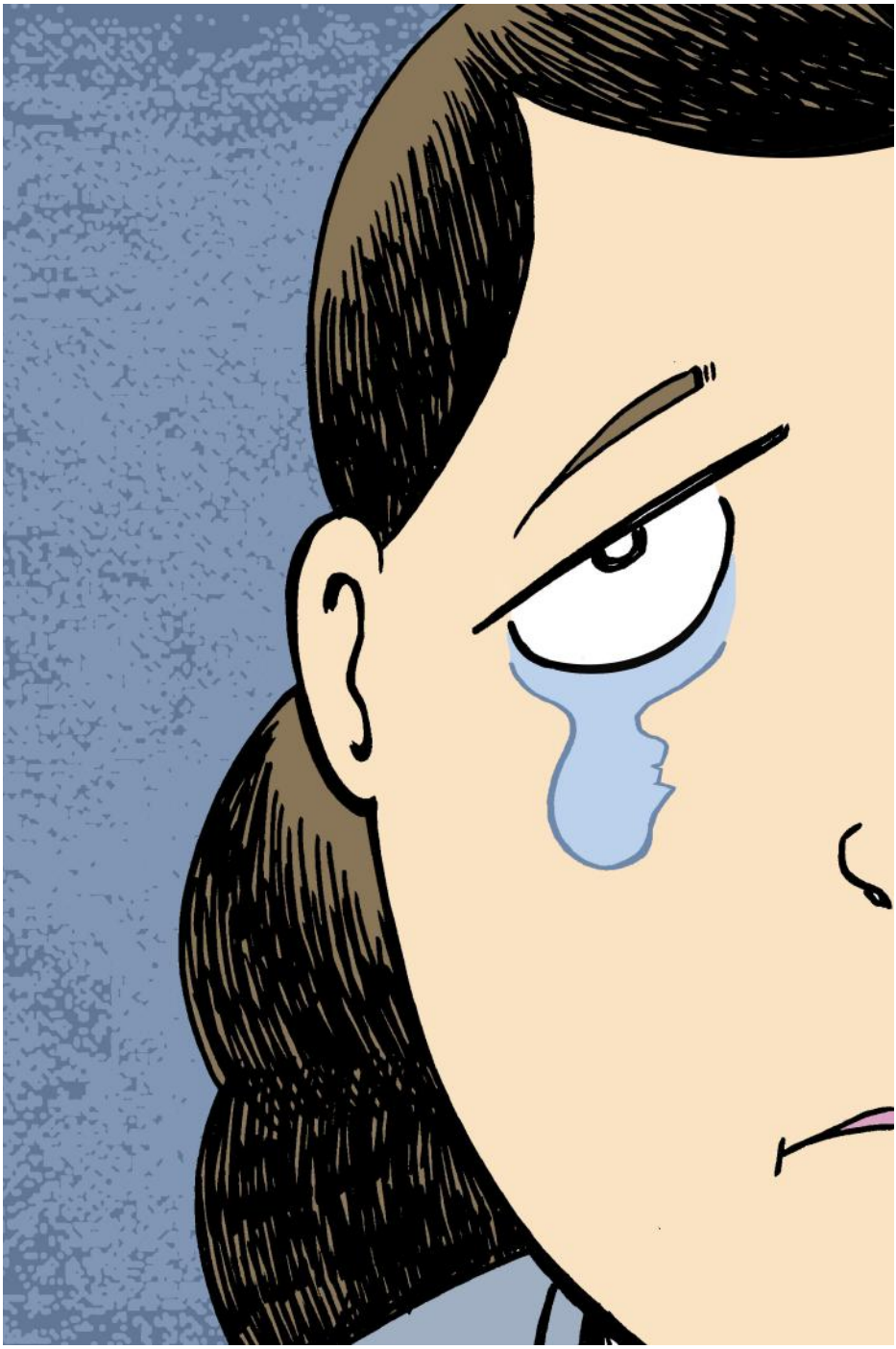
¿En qué consiste?

La segunda tarea del duelo tiene que ver con 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"* (Worden, 1991). Lo que sintamos, y de qué manera lo sintamos, 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 certezas que tenemos sobre el duelo es que duele, por eso el camino de la elaboración del duelo pasa por sentir y afrontar ese dolor. Sabemos que las emociones y el dolor que conlleva el duelo luchan por salir y que, antes o después, afloran para ser atendidas y afrontadas.

Conocer las emociones y ponerles nombre hace que dejen de percibirse como algo amenazador o potencialmente destructivo. Darles la bienvenida y acogerlas ayuda al doliente a dar sentido a la experiencia y a conocer la información que aportan. Las emociones dan información acerca de las propias necesidades. Sólo al expresarlas conoceremos su significado y podremos satisfacerlas.



La gama de emociones, pensamientos y conductas que se dan en el duelo es muy amplia. Es normal y común 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, puesto que en este proceso no hay universalidades.

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 del 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. 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 a la vida y 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 esta

tristeza indica que el doliente se da cuenta realmente de lo que ha perdido. Señalarle que es un avance en el proceso de 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.

- **Enfado.** Worden 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?"*); 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 muerte de un ser querido, 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 le estén diciendo 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 el doliente sienta que esa culpa tiene un fundamento de responsabilidad, que deberemos ayudar a drenar y recolocar. Para trabajar esta clase de sensación de culpa resultan de ayuda técnicas como la silla vacía, cartas que no se envían, etc., es decir, herramientas que permiten al doliente expresar su culpa y recolocarla en un contexto y una experiencia determinada. También es útil plantearle al doliente algunas preguntas que le ayuden a contextualizar las decisiones tomadas: *"¿Cómo es que decidiste tomar esa opción o decirle tal cosa?"*; *"¿Cómo estabas tú en ese momento vital?"*; *"¿Cómo era la relación con él en ese momento?"*.

- **Ansiedad.** Tiene que ver con la sensación de abandono, de estar perdido, de indefensión y miedo a la vida. Se relaciona con la sensación de incapacidad que tiene 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 vivir con ansiedad.

- **Deseo de morir.** Cuando trabajamos con el doliente, es importante valorar la ideación suicida y si hay 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 propio doliente reconozca como fantasioso, pero aun así 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 haya altos niveles de activación neuronal asociados al momento de la experiencia de la muerte. La causa también radica en el hecho de que la experiencia de muerte 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 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.

¿Cómo se puede bloquear?

Lo que puede bloquear esta tarea es no permitirse sentir, o bien estancarse exclusivamente en una de las emociones. Otras posibles formas 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 tanto, a no permitir que se expresen todas las emociones y cogniciones, sólo la parte positiva, dejando oculta y sin explorar otra parte de la experiencia.

- Evitar todo contacto con la emoción, recuerdos o pensamientos sobre la persona que ha fallecido, en un intento de distraer el dolor y toda experiencia relacionada con la muerte del fallecido a través de la actividad constante.

En el bloqueo de la segunda tarea, además de influir el afrontamiento emocional de la persona, también resulta clave la concepción de cómo debe vivirse el duelo en la sociedad a la que pertenezca el doliente. Somos seres sociales, vivimos en familia, en comunidad y, por lo 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 de pensar en la persona fallecida, interfiriendo en la elaboración del duelo.

Todas las sensaciones y sentimientos antes descritos son normales y habituales dentro del proceso de duelo. Algunos autores sostienen que lo que ocurre a nivel emocional durante los tres primeros meses 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 un fallecimiento) 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.

¿Cómo se puede facilitar esta tarea?

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 que le sorprenden o cuyo origen no entiende. También le resultará de ayuda prepararse con antelación frente a las fechas importantes, planeando cómo y con quién desea pasar ese día.

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

A partir de esa observación, la ayuda irá encaminada a resolver sus necesidades: 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 el cuerpo manifiesta la emoción, si hay dolores, sensaciones de ahogo, etc. Detenernos en esas sensaciones y ver cómo las vive el doliente, acercarnos a ellas… ayudará también a la clarificación. Para la elaboración de esta tarea, podrían ser útiles las siguientes preguntas:

- **Qué es lo que más añoras y qué es lo que menos:** Esta cuestión sirve para fomentar la exploración de todos los sentimientos relacionados con el fallecido.
- **Silla vacía:** Esto se utiliza como una forma de trabajar las emociones y asuntos que han podido quedar incompletos.
- **Trabajo con fotos y con recuerdos:** Hablar de la relación que había entre el doliente y el fallecido, a través de fotos y de 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.

RECORDAR

- La segunda tarea es ELABORAR LAS EMOCIONES RELACIONADAS CON EL DUELO, tales como dolor, tristeza, enfado, ansiedad o culpa.
- Esta tarea puede bloquearse al no permitirse sentir las emociones o estancarse excesivamente en una de ellas. Otras formas de bloqueo son:
    - Centrarse sólo en los recuerdos positivos del fallecido.
    - Evitar todo contacto con 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 pertenezca 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.

4.3 Tercera tarea: Aprender a vivir en un mundo donde el fallecido ya no está presente

¿En qué consiste?

La tercera tarea del duelo hace referencia precisamente a la adaptación que necesita la persona que ha perdido a un ser querido en relación a todos los cambios que implica dicha muerte. Los expertos han determinado que, en un duelo sano, esta tarea se empieza a resolver a partir de los tres meses más o menos (Worden, 1991), aunque -como ya hemos explicado anteriormente- ésta puede entremezclarse con otras tareas, por lo que asumiremos que este plazo es aproximado.

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 de los roles que desempeña el otro hasta pasado un tiempo, ya que vivimos asumiendo con naturalidad el funcionamiento de nuestra vida. Por eso, es necesario llevar a cabo una primera fase de identificación de los aspectos de los que el doliente tendrá que encargarse, ya sea en el momento o en el futuro, de aquellos cambios en los roles y actividades que ha implicado el fallecimiento.

Otro problema relativo a la identificación de roles está en que, mientras algunos son evidentes, otros no lo son tanto, ya sea 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.

Alguno 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

SALIDA

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:
- *"En mi vida jamás 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 gestiones nuevas 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 el nuevo rol que le queda. 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 deja de ser el mediano, o convertirse en hijo único.
- Cuando fallece uno de los padres, se pasa de ser hijo a huérfano, o se pierde el estatus de hijo si faltan los dos.
- Se puede dejar de ser familia numerosa con la pérdida de un hijo.
- Dejas de tener un/a mejor amigo o amiga.
- Se pasa de estar acompañado en casa a estar solo.

¿Cómo se puede bloquear?

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 común en las mujeres que basan su rol en los cuidados y 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 dichas tareas con éxito. 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 ellas 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. Expongamos 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.

Es cierto que, aunque intentar realizar estas actividades al principio puede dar lugar a 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 área, muchos pacientes comentan lo sorprendidos que están de poder hacerse cargo de estas cosas 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 nuevas habilidades, se aísla y evita de muchas formas responder a las exigencias de la vida. Estas personas suelen volverse dependientes, dada su incapacidad para poder 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 hay que cubrir las necesidades más inmediatas.

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

¿Cómo se puede facilitar esta tarea?

Para poder devolverle a la persona que está en terapia aquellas cosas de las que tiene que hacerse cargo, podemos analizar y planificar las gestiones con ella, de manera más concreta. También podemos planear y ordenar las tareas desde las más sencillas a las más complejas. Mientras la persona vaya avanzando en esta tarea, irá ganando confianza y no será necesario planificar con ella los pasos a seguir.

Conforme la persona 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 función o funciones que haya realizado por sí misma y que anteriormente no realizaba.

RECORDAR

- La tercera tarea es ADAPTARSE A UN MEDIO DONDE 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.

4.4. Cuarta tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

¿En qué consiste?

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 del ser querido 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 implica que tanto la relación con el fallecido como su recuerdo ocupen la mente de la persona en duelo.

A medida que se van elaborando las tareas, el recuerdo -incluso el vínculo- va tomando otra forma. El duelo sería como una gran estantería revuelta que el doliente va ordenando al afrontar, aceptar y asimilar 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 fantasee con esa idea y que esto le genere mucha ansiedad. Pero recolocar al fallecido no consiste en renegar de su recuerdo, sino en poder convivir con el pasado para poder vivir en el presente.

La experiencia con el doliente ha demostrado que, para elaborar esta tarea, las anteriores deben haber quedado bien resueltas. Resulta 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 al día a día y a un mundo en el que el fallecido ya no está. Si el camino en las otras tareas no se ha andado lo suficiente, afrontar esta tarea resultará un esfuerzo poco fructífero para la persona en duelo.

¿Cómo se puede bloquear?

Esta tarea 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: que un viudo se haga a sí mismo la promesa de no volver a enamorarse es indicador de un bloqueo.

Esta cuarta tarea del duelo queda a veces 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 ella y su entorno como el psicoterapeuta 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 lo más profundo del alma.

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, lo que puede dar inicio a un proceso de crecimiento personal. Un rasgo definitorio de toda crisis personal es que las bases que sustentan los valores profundos de la persona -es decir, los esquemas generales explicativos acerca de la concepción del mundo y de la propia identidad- se tambalean y resquebrajan. El crecimiento personal se produce cuando la persona afectada por esa crisis aprovecha ese momento para volcarse en sí misma y concentrar sus esfuerzos y constancia en la reelaboración de esos esquemas, así como en la reelaboración de los significados profundos internos que dan coherencia a su visión del mundo y de sí misma.

La experiencia clínica a menudo 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 una pérdida, las prioridades y los valores suelen cambiar de orden. En los estudios acerca del crecimiento personal tras la muerte de un ser querido, se concluye que el doliente se siente más rico interiormente después de haber afrontado y elaborado el proceso de duelo.

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 las que han elaborado un crecimiento postraumático o florecimiento, tal y como corroboran numerosos datos clínicos.

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 del duelo el hecho de que se pueda recordar al ser querido sin dolor y que se vuelvan a experimentar emociones e ilusión de vivir. 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.

Pero, sobre todo, el proceso y la duración del duelo tienen que ver con una decisión personal. A lo largo del camino del duelo, el doliente va tomando multitud de decisiones y, llegado un punto, también deberá decidir si continúa en duelo o no. El resultado de todas estas decisiones será la elaboración y finalización del proceso de duelo o, por el contrario, el bloqueo del mismo. De todo esto se deduce que la duración del proceso es muy personal.

¿Cómo se puede facilitar esta tarea?

En esta cuarta tarea, la ayuda del profesional deberá ir encaminada a que el doliente elija si quiere continuar en duelo o reencontrarse con la vida. Para trabajar los posibles bloqueos de esta tarea y ayudar al doliente en su elaboración, pueden ser de utilidad las siguientes herramientas:

- **La huella vital:** Este concepto se relaciona con 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 formas: gestos, formas de pensar, expresiones, valores compartidos, gustos, etc. El hecho de que el doliente sea consciente de la huella que el fallecido dejó en su persona puede ser una forma de rendirle homenaje y ayudarle a 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 (por ejemplo: 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? Ésta 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 varias, si vemos que es conveniente durante el proceso) en donde exprese todo aquello que quiera, lo que ha quedado por decir, lo que necesite explicar. Es una carta abierta, sin guión 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 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 los 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 su emoción.

- **Objetos de vinculación:** Entre las pertenencias del ser querido 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, lo guarde en un lugar especial o bien que trabaje sobre él en el contexto terapéutico, puede ayudar en gran medida a abordar la relación con el fallecido y a reconstruir el vínculo.

- **Medir el duelo:** Hemos definido en todo momento el duelo como un proceso y como un camino que tiene un inicio y un final. Esta herramienta consiste en utilizar algún objeto que tengamos en el espacio de la consulta (por ejemplo, una mesa), de manera que uno de sus extremos simbolice el comienzo del proceso y el otro, la elaboración del duelo. En él, el doliente debe ubicar en qué punto se encuentra entre ambos. Esto devuelve al paciente al 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 mis fortalezas? ", "¿Quién soy ahora?", "¿Cuáles son mis valores, mi visión del mundo y de mí mismo?"* . Hacerse estas preguntas ayuda al doliente a reconstruir sus significados, así como a reflexionar y reelaborar su sistema de valores y de auto-concepto. En el trabajo que se haga dentro de esta tarea con la persona en duelo es importante aclarar qué significa para ella elaborar el duelo y trabajar esta tarea. El hecho de no entender lo que implica elaborar el duelo puede significar que existe un bloqueo para resolverlo. Resulta útil trabajar con el doliente acerca de cuál es su fantasía sobre la finalización del duelo: "¿Qué perderías al acabar

el duelo?". Trabajar con él las respuestas a esta pregunta 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.

RECORDAR

- La cuarta tarea es RECOLOCAR EMOCIONALMENTE AL FALLECIDO Y SEGUIR VIVIENDO sin olvidarle, 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, al reelaborar los esquemas y valores que hasta entonces configuraban su visión del mundo y de sí mismos.
- La elaboración y duración del duelo está intrínsecamente relacionado 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 ayudar al doliente en esta elección, trabajando los posibles bloqueos con herramientas como la huella vital, cartas al fallecido, objetos de vinculación o preguntas encaminadas a la reelaboración del sistema de valores del doliente.

5. El duelo en situaciones especiales

5. El duelo en situaciones especiales

5.1. El duelo anticipatorio

El duelo anticipatorio comienza cuando la familia toma conciencia de la cercanía de la muerte de un ser querido. Esto suele ocurrir generalmente cuando el equipo médico les comunica la noticia del fallecimiento inminente o de la terminalidad del proceso. Ahí comienza el temor a lo desconocido: el miedo al dolor que van a experimentar tras la pérdida y los cambios en su estructura, funcionamiento y sistema de vida. Ninguna familia, por estoica que sea, es inmune al duelo anticipatorio.

Hoy en día la mayoría de los autores considera que el duelo anticipatorio es una respuesta adaptativa positiva ante la muerte, porque da a las personas la oportunidad de comenzar a trabajar los cambios profundos que conlleva la pérdida (Aldrich, 1974) (Siegel y Wenstein, 1983) (Rosales y Olmeda, 2001).

El duelo anticipatorio significa que la familia se va preparando para la realidad de la muerte que se avecina y para las tareas que van a afrontar tras la pérdida. Se conciencian para aceptar que su ser querido va a morir, para adaptarse a todas las emociones e imaginarse sus vidas sin él. Sin embargo, y a diferencia del duelo post-mortem, en el duelo anticipatorio hay un componente de esperanza (Rosales y Olmeda, 2001).

Anticipar una muerte es una parte importante de la experiencia de esa pérdida. La anticipación puede ayudar a los dolientes a prepararse para lo que les espera. Al igual que el duelo, no todo el mundo lo va a experimentar de igual manera, ni siquiera dentro de la misma familia.

El duelo anticipatorio aumenta la intensidad del vínculo con la persona que está próxima a morir y provoca una fuerte tendencia a permanecer cerca de ella. Si la familia sabe que va a perder a su ser querido, también es consciente de que los momentos finales son la última oportunidad de compartir su cariño y su afecto, por lo que la relación puede hacerse más cálida y profunda, fortaleciendo los vínculos afectivos.

La agonía y el momento de la muerte van a ser especialmente críticos y delicados para la familia. La orientación básica de los profesionales que estén presentes en el momento de la muerte será dar apoyo moral a los familiares y resolver sus problemas concretos.

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

El duelo anticipatorio y el periodo de hospitalización en sí puede complicarse a nivel familiar, debido a lo que conocemos como "claudicación familiar" (Gómez Sancho, 1994). Esto consiste en la incapacidad por parte de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente y de la situación.

¿Cómo podemos acompañar a la familia?

Los cuidados a los miembros de la familia que están próximos a perder a su ser querido irán encaminados a aliviar sus temores y a resolver las situaciones difíciles que se presenten, es decir:

- Ofrecerles una información clara, concisa y realista, para conocer y 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 necesita ser escuchada, que sus sentimientos sean comprendidos y aceptados.
- Sugerir apoyo espiritual.

5.2. El duelo por suicidio

Abordar el tema del suicidio desde una guía sobre el duelo es complicado. Por un lado, cuando hablamos de duelo resulta inevitable hablar de suicidio, dado que en España éste constituye la tercera causa de muerte violenta. Por otro lado, en nuestro país no existen cifras oficiales de muerte por suicidio, por lo que es difícil elaborar estadísticas al respecto.

El hecho de que no existan datos oficiales responde a dos causas: por un lado, se trata de un tipo de muerte que genera vergüenza y culpa entre los allegados a la persona fallecida, por lo que tiende a ocultarse. Por otro lado, no existe un criterio científico único en torno al posible "efecto llamada" que puede generar el hecho de difundir y/o hablar del número de suicidios. Esta es la razón por la que, desde el punto de vista profesional, no resulte sencillo pronunciarse con contundencia en este ámbito.

Sin embargo, parece que en los últimos años ha surgido una nueva corriente que promueve hablar más sobre el suicidio y estudiar sus causas, con el fin de prevenirlo. En esta guía nos centraremos en profundizar en los conocimientos concretos sobre el suicidio que están relacionados con la manera en que éste afecta al duelo.

Una pregunta frecuente entre los pacientes que acuden a nosotros en busca de terapia es si existe o no alguna manera de prevenir el suicidio. Aunque sin duda sería interesante averiguarlo, en esta guía no ahondaremos en este aspecto, ya que la cuestión de si el suicidio se puede prevenir o no es algo que resulta indiferente a la persona en duelo.

Es muy probable que quien acceda a esta guía lo haga porque ha sufrido la muerte de alguien cercano. En el caso de que haya sido por suicidio, esa muerte ya es inevitable, no es posible saber si se podría haber evitado o no, y nunca se sabrá. Por eso, volver al pasado una y otra vez para averiguarlo sólo va a provocar desasosiego al doliente y, sobre todo, va a dificultarle aceptar la muerte de su ser querido.

Por esta razón, en nuestra guía no trataremos de dar respuesta a esa pregunta. En su lugar, plantearemos algunas claves que resultan de utilidad cuando nos encontramos ante un duelo por suicidio:

- **Una de las primeras cosas que podemos hacer en esta situación es dar información acerca del suicidio,** ofrecer datos concretos (estadísticas, causas, etc.). Existen estudios que nos van a permitir hablar en profundidad sobre este tema. Aunque esta estrategia no se usa habitualmente en el abordaje del duelo (por ejemplo, no hablamos de cómo mueren los enfermos del corazón o de cáncer), en un duelo por suicidio éste será un aspecto crucial del proceso, ya que cubre la necesidad que tiene el doliente de comprender el suceso, para darle sentido y elaborar una explicación plausible. Eso nos permitirá volver a narrar la historia.

- **Otro aspecto importante es la culpa, muy relacionada con la negación: el intento de controlar el momento en el que ocurrió el suicidio.** En este punto se plantean cuestiones relativas a si éste era evitable o no. Y ante esta pregunta la respuesta es contundente: NO, pero no porque el suicidio sea evitable -que en ocasiones sí puede que lo sea-, sino porque no lo es en este caso concreto. ¿Por qué? Porque replantearnos las distintas posibilidades una y otra vez sólo nos conduce a anclarnos en la negación de la muerte, tratando de salvar al fallecido en nuestra imaginación una y otra vez, lo que perpetúa el duelo o lo prolonga por un tiempo innecesario. En este sentido, es fundamental trabajar la culpa de forma directa. Por lógica, el primer paso será permitir su expresión a modo de drenaje, para más adelante cuestionarla y confrontarla con la realidad.

- **Es común que entre los dolientes se den sentimientos de enfado contra el fallecido,** por haber tomado una decisión que nos ha producido tanto dolor. Normalmente la gente no puede evitar morir. De hecho, en la mayoría de los casos no desea morir. Por esta razón, el enfado contra el fallecido –que ha elegido morir por decisión propia- puede aparecer y, de hecho, aparece con mucha frecuencia, aunque no siempre. Este sentimiento es difícil de manejar y resulta imprescindible que tenga un espacio en la terapia, para que el doliente pueda expresar su enfado y vaciarse de él.

- **La vergüenza es otra emoción que también aparece a menudo en estos casos.** Esta emoción va a generar aislamiento social en el doliente: cree que nadie le va a entender y que no puede compartir lo que le ha pasado, lo que de algún modo le aboca a la soledad, intensificando más si cabe el dolor del duelo y dificultando la recuperación.

El duelo por un ser querido que se ha quitado la vida es uno de los duelos donde las emociones son más intensas. Todos los duelos implican dolor, pero en este caso al dolor propio de una muerte se añade el dolor de saber que ha sido una muerte escogida. Así como existen duelos que cualquiera puede manejar como asesor o facilitador, este tipo de duelo habitualmente necesita ser manejado por un experto en salud mental con formación en duelo, capaz de hacer frente a reacciones emocionales o bloqueos especialmente intensos que pueden tener lugar con más frecuencia en esta clase especial de duelo.

5.3. El duelo por muerte traumática

En esta categoría incluimos toda muerte violenta y súbita: accidentes de tráfico, accidentes laborales, asesinatos, homicidios, etc. En muchos de estos casos, al duelo se añade un trastorno de estrés postraumático o, al menos, parte de sus síntomas. Este trastorno aparece recogido en el Manual Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV TR, codificado como un trastorno de ansiedad F 43.1, que en el DSM-V aparece en un capítulo aparte, más extenso que hasta ahora, dentro de la sección segunda relativa a los trastornos.

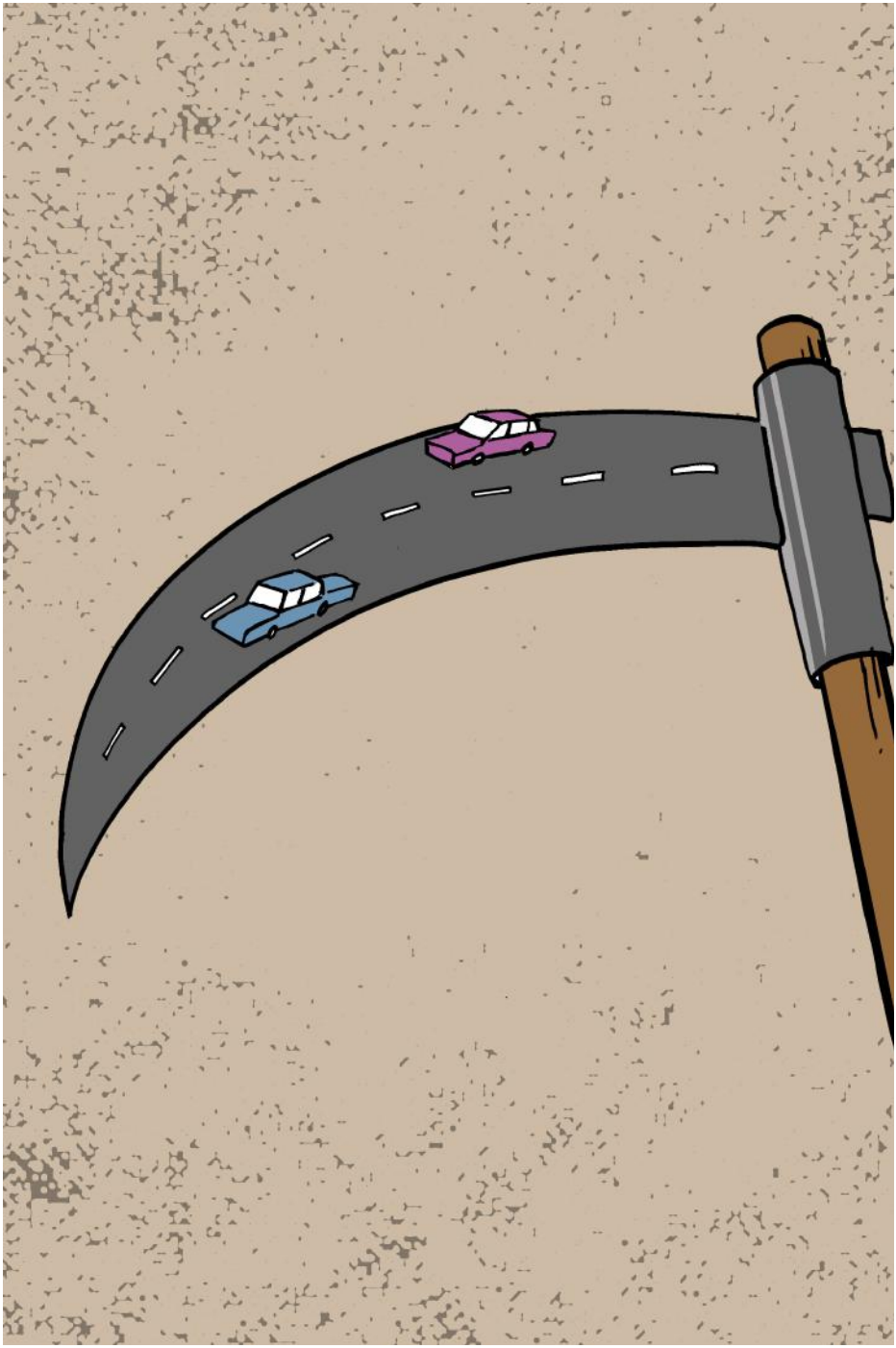
Criterios para el diagnóstico de F 43.1 - Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas hacia su integridad física o la de los demás.
2. Ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. [Nota: En los niños estas respuestas pueden manifestarse a través de comportamientos desestructurados o agitados.]

B. El acontecimiento traumático es re-experimentado de forma constante mediante una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos intrusivos y recurrentes del suceso que provocan malestar e incluyen imágenes, pensamientos o percepciones de la tragedia. [Nota: Los niños pequeños pueden expresar esto mediante juegos repetitivos, en los que aparecen temas o aspectos característicos del trauma.]
2. Sueños recurrentes sobre el acontecimiento que provocan malestar. [Nota: En los niños puede manifestarse en forma de sueños terroríficos de contenido irreconocible.]



3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluida la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flash-back*, como los que aparecen al despertar o al intoxicarse). [Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.]
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que evocan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Acusada disminución del interés o participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (Por ejemplo: incapacidad para experimentar sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (Por ejemplo: no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*, ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultad para concentrarse.

4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Las alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si los síntomas son:

- **Agudos:** Duran menos de tres meses.
- **Crónicos:** Duran tres meses o más.

Especificar si son:

- **De inicio demorado:** Si han pasado como mínimo seis meses entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas.

En las nuevas ediciones de los manuales diagnósticos, tanto el DSM-V como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) revisan y delimitan este trastorno. En la CIE 11, cuya publicación está prevista para 2015, crean una categoría específica de los trastornos asociados específicamente al estrés, donde incluyen el estrés postraumático (y el duelo prolongado) en lugar de incluirlos con los trastornos de ansiedad, como hacían la CIE 10 y el DSM IV.

Más allá de la definición que da el DSM IV TR, este trastorno se caracteriza por tres aspectos, que son los síntomas en los que se centran las nuevas ediciones de las clasificaciones diagnósticas:

- La existencia de imágenes recurrentes, intrusivas, relativas a la muerte traumática.
- Activación neurofisiológica.
- Evitación de todo lo relacionado con la muerte "traumática".

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, Desensitization and Reprocessing* – Movimiento Ocular, Insensibilización y Reprocesamiento).

Esta técnica es una herramienta terapéutica más, que puede permitir el procesamiento del hecho traumático –en este caso, una muerte traumática-, si se pone al servicio de un psicoterapeuta formado en la misma. La técnica consiste en favorecer la estimulación bilateral del cerebro que, teniendo como base la atención dual, elimina -o al menos disminuye en gran medida- los síntomas.

La estimulación bilateral se produce mediante distintas estrategias, ya sea el movimiento de los ojos, los sonidos bilateralizados o el *tapping*. Esta 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.

Según varios estudios, las pérdidas súbitas son más difíciles de elaborar que otros fallecimientos en los que hay aviso previo de inminencia de muerte (DSM IV-TR, 2002). Esta dificultad se debe a que el doliente no tiene la posibilidad de prepararse ni mental ni emocionalmente ante la muerte. Los procesos mentales y emocionales necesitan un tiempo que permita asimilar lo que este impacto supone. Es frecuente que se inicie un proceso de shock, en el que el doliente no puede creer lo que ha ocurrido. Ese bloqueo, normal al principio, se relaciona con el 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 va a ser la **sensación de irrealidad de la muerte** por parte del doliente. Por tanto, el apoyo principal se centrará en ayudarle a elaborar la realidad de la pérdida.

Resulta especialmente importante rememorar con el doliente cómo vivió él la experiencia de la muerte en sí: cómo recibió la noticia, cómo reaccionó él y su entorno, cómo fueron los ritos de despedida, etc. El asesor o terapeuta utilizará deliberadamente las palabras muerto, o fallecido, para ayudarle en el proceso de elaboración de la primera tarea del duelo.

Otras sensaciones frecuentes 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 esta manera 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 él que la muerte tuviera lugar o no, es decir, se trata de conseguir finalmente restar fuerza a todos esos *"Y si"*.

La elaboración de este tipo de pérdida tendrá mucho que ver con la aceptación por parte del doliente de que las cosas ocurren, que no están bajo nuestro control y que en los accidentes casi siempre intervienen multitud de factores.

5.4. El duelo por desaparición o duelo ambiguo

Cuando desaparece un ser querido, ya sea en circunstancias violentas o no, el proceso de duelo es 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 (durante los que no se encuentre ningún indicio ni pista) antes de declarar oficialmente la muerte de una persona desaparecida. Esto influye en sus allegados a nivel legal, económico (herencias, pensiones de viudedad, orfandad, etc.) y también a nivel emocional.

Seguramente todos recordamos algún caso de gran repercusión en los medios de comunicación, donde los familiares del desaparecido peregrinan por los diferentes programas y cadenas de televisión, buscando ansiosamente pistas nuevas que les permitan alimentar su esperanza de encontrar con vida a su ser querido. Además, en todos los casos de desaparición se hacen llamamientos ciudadanos que conmueven a toda la sociedad, ya tengan proyección social o no.

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 "re-experimenta 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 les alivia el dolor originado por el miedo a que la persona desaparecida sea olvidada.

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

Es difícil que en terapia encontremos algún caso de duelo por desaparición, puesto que -como ya hemos explicado- la energía de estos dolientes se centra en la búsqueda, no en la ausencia. Pero, en caso de enfrentarnos a un caso de este tipo, lo que sí se puede trabajar es el dolor por la ausencia, porque eso sí es real. En estas circunstancias es imposible dar datos de realidad de la muerte -lo que dificulta mucho la realización de la primera tarea-, pero sí se puede trabajar con la pena que produce la ausencia del ser querido y con el dolor que producen 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.

Estos son los puntos fundamentales que pueden abordarse en este tipo específico de duelo: 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.

5.5. El duelo por muerte perinatal

En este apartado incluimos las muertes que se producen desde la concepción hasta el primer año de vida. La característica más distintiva de las pérdidas que tienen lugar durante el embarazo es que no están reconocidas socialmente: se silencian o se les suele quitar importancia. Como hemos comentado en capítulos anteriores, evitar el dolor es uno de los factores que complican el duelo y una forma de evitación es silenciarlo o quitarle importancia.

La muerte fetal, ya se produzca intra-útero o durante el parto, supone la pérdida del bebé. Pero a esta pérdida se suman otras diferentes, como 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 (López García de Medinaveitia, 2011).

Estas vivencias ponen de manifiesto que el duelo por muerte perinatal constituye una experiencia compleja. Dar un espacio y un tiempo para que la persona en duelo pueda verbalizar su experiencia, expresar cómo la está viviendo y qué supone para ella resulta una ayuda fundamental para la evolución de este proceso.

El duelo perinatal puede tener las siguientes complicaciones (López García de Medinaveitia, 2011):

- 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 el 5% en los partos instrumentales o cesáreas. Esta incidencia puede llegar a ascender hasta el 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta el 7% cuatro meses después.

Estos datos justifican la importancia de atender este tipo de duelo y de cómo los profesionales debemos estar atentos a su evolución. En estos casos, la ayuda fundamental se centrará en permanecer junto a la persona en duelo, permitirle que exprese su dolor, ayudarle a poner palabras a lo que siente y, de esa forma, legitimar y validar esa pena, en lugar de silenciarla.

La forma en que el equipo médico haya tratado la experiencia de la muerte influye en gran medida en la evolución posterior del duelo. Los dolientes de este tipo de pérdida valoran mucho la escucha, la comunicación sensible de las malas noticias y la explicación de las distintas opciones de las que disponen.

La muerte perinatal se caracteriza porque la vida y la muerte están muy próximas y porque deja vacío de recuerdos un espacio de alguien tan importante para los padres como es el hijo que esperan. Una forma de ayudarles a validar esos recuerdos es crear una caja en la que puedan reunir todos los objetos que les evoquen a su hijo nonato –ofrecidos desde el propio hospital (fotografías de escáner, ecografías)-, de forma que puedan testimoniar su duelo y cuenten con un espacio al que acudir para reconfortar su dolor.

6. Otras consideraciones

6. Otras consideraciones

6.1. Duelo e implicaciones físicas

Definimos el duelo como un proceso holístico que abarca todas las áreas del ser humano: emocional, cognitiva, conductual y física.

En la atención clínica del duelo, es muy frecuente que el doliente manifieste desde vagas sensaciones corporales hasta grandes expresiones físicas y cognitivas de la ansiedad. Incluso, en ocasiones, la persona en duelo expresa sensaciones corporales parecidas a las que sintió el fallecido.

La vivencia del duelo está muy ligada a lo corporal. La crisis vital que implica el duelo lo convierte en un proceso de larga duración, sometiendo al cuerpo a un estrés continuado y, por lo tanto, teniendo un reflejo a nivel físico. Las siguientes son algunas de las sensaciones físicas más habituales en el proceso de duelo: vacío en el estómago, opresión en el pecho, sensación de despersonalización, debilidad muscular, falta de energía, diversas quejas somáticas, etc.

Tras el impacto inicial de la muerte, el doliente suele perder la noción de su cuerpo y de sus necesidades básicas. En estos primeros momentos, es aconsejable recordar al doliente que preste atención a su descanso, su alimentación y su cuidado más básico.

A medida que va avanzando el proceso de duelo, el importante esfuerzo que supone a nivel emocional y cognitivo tiene su reflejo a nivel físico. Son frecuentes las tensiones musculares, la sensación de cansancio, los pequeños mareos, la sensación de nudo en la garganta, dolor de cabeza, angustia en el estómago, presión en el pecho, inquietud, falta de aire, etc.

Otra complicación muy habitual en el duelo son los problemas de sueño y las alteraciones en el peso. El duelo es un proceso muy intenso y, según en qué momentos, se refleja en una gran actividad a nivel emocional y mental. Como consecuencia de esa activación interna, el sueño se ve alterado tanto a la hora de conciliarlo, como debido a los despertares frecuentes y, por lo tanto, la calidad del sueño y el descanso se resienten mucho. Dormir bien y descansar es una parte fundamental del autocuidado que el doliente debe poner en marcha mientras dure el proceso, por lo que debemos promoverlo como profesionales de la salud.

En lo relativo al peso, muchos dolientes sufren alteraciones -sobre todo en los primeros momentos del duelo- tanto de pérdida como de ganancia de peso. En los momentos iniciales tras la pérdida, quizá es normal que la tristeza, la angustia, el descontrol o el desorden de horarios provoquen oscilaciones en el apetito y el peso. Cuando éstas se mantienen en el tiempo, es necesario prestarles atención. La comida se convierte a menudo en un mecanismo de control emocional, lo que suele dar paso a una ingesta impulsiva en un intento de mitigar o liberar la emoción. A veces ocurre al contrario, que el doliente pierde el apetito o las ganas de cocinar (*"Total, no voy a cocinar sólo para uno"*). En cualquier caso, poniendo palabras a lo que el doliente está demostrando a través de la comida y lo que le rodea, podremos ayudarle a dar salida a la emoción de fondo.

Por otro lado, el duelo complicado y bloqueado puede enmascararse a nivel físico, mediante sensaciones corporales poco definidas y sin explicación orgánica. Es muy habitual que los duelos no elaborados de muchos años de duración cursen con una sintomatología física, presente en el doliente desde que sufrió la pérdida.

En el trabajo terapéutico del duelo, explicar al doliente estas sensaciones, normalizarlas y ayudarle a entender el proceso de la ansiedad resulta terapéutico en sí mismo. La ansiedad, el estrés continuado y sus manifestaciones a nivel físico pueden llegar a asustar al doliente.

También será importante trabajar y dar sentido a lo experimentado por el doliente a nivel físico. Ayudar a la persona a reconocer estas sensaciones, acogerlas, nombrarlas y expresarlas favorecerá, por un lado, que vayan desapareciendo las sensaciones difusas desagradables y, por otro, que la ansiedad y el estrés se vayan atenuando a medida que avance la elaboración del duelo.

6.2. 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 la fe en la resolución del duelo. Por eso, en este capítulo analizaremos algunos de los interrogantes que la fe nos plantea. Por ser la mayoritaria en España, de entre todas las religiones analizaremos la fe católica, aunque muchas de las reflexiones son extrapolables a otras religiones.

En primer lugar, la fe nos enfrenta a preguntas a las que no podemos dar respuesta, ya que al fin y al cabo 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, siendo éste un factor que no les resulta imprescindible para superar el duelo.

Como todo, si interpretamos la fe de un modo rígido, se puede complicar la aceptación de la muerte porque hay mensajes que pueden parecer contradictorios, aunque en realidad no lo sean. Para comprender esta afirmación es necesario analizarla con detalle: 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-, sino afirmando que el hombre no sólo es cuerpo, ya que está formado por un cuerpo y su espíritu. Y es al espíritu -o al alma- a lo que se refiere cuando dice que no ha muerto.

La fe no está reñida con la ciencia, 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 llamamos la "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 que podemos dirigirnos a ellos, o rezarles como quien reza a Dios y no por ello esperar una respuesta. Como se ve, son 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 es 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.

6.3. La terapia de grupo en el duelo

El duelo es un proceso en parte interno y en parte compartido. El afrontamiento de las tareas, las decisiones que va tomando el doliente, la manera en que va recorriendo individualmente el camino del duelo, constituye un proceso interno que se hace en el seno de una familia, de un grupo, en sociedad.

La forma en que una persona experimente el duelo en la familia (si se habla o no de lo sucedido y lo sentido, si se permite o no la expresión emocional, si camina hacia la mejoría o se impone el bloqueo y dejar de vivir) o la manera en que el doliente expresa su malestar hacia los demás (si lo manifiesta o no, si utiliza mecanismos auténticos) son procesos que se dan en sociedad y que intervienen definitivamente en la evolución individual del duelo. Es de aquí de donde proviene la potencia de la terapia de grupo en el trabajo del duelo, ya que aúna el trabajo individual de cada participante con un entorno de interacción social real que permite, por un lado, compartir la experiencia de la pérdida y, por otro, ensayar nuevas maneras de estar y sentir en relación a ella.

La experiencia adquirida en los grupos de pacientes con los que trabajamos nos ha permitido estudiar los ingredientes fundamentales para que el grupo de terapia de duelo funcione. A continuación, nos centraremos en los elementos de funcionamiento de un grupo de terapia.

Para que todo grupo funcione, tienen que estar presentes los siguientes factores, que relacionaremos con la vivencia del duelo:

- **Cohesión:** Es una de las características absolutamente esenciales de una terapia de grupo exitosa. La cohesión grupal significa la unión que los pacientes sienten en relación al grupo y al resto de los participantes. Los miembros del grupo cohesivo se aceptan y se apoyan. En los grupos de duelo se percibe esta cohesión al observar que, a pesar de su dolor, los participantes escuchan y participan de las experiencias de los demás.
- **Compartir y ser aceptado:** Expresar las emociones, el dolor, los pensamientos, etc., tiene una función de desahogo. Sirve para poner límites y hacer real la experiencia interna. Sin embargo, expresar a los demás nuestro mundo interior y ser aceptado por el grupo también es de primordial importancia para el crecimiento personal. En el grupo de duelo, el hecho de que uno de los participantes comparta con los otros sus sentimientos más profundos, o aquellos pensamientos que no comparte con nadie más, resulta una experiencia curativa.
- **El grupo funciona como una unidad:** Cuando el grupo es cohesivo, se acepta y se apoya, empieza a funcionar como un solo organismo, buscando la mejoría de todos sus integrantes y yendo en la dirección de la motivación por el cambio.
- **El grupo como fuente de apoyo:** El participante recibe del grupo apoyo, escucha, comprensión, ayuda práctica. El doliente encuentra en sus compañeros de grupo un entorno seguro donde expresarse libremente, a menudo cuando su propio entorno familiar o social ya se ha cansado de prestar apoyo. Pero no sólo eso, sino que el doliente también se convierte en agente activo de ayuda, participando de la experiencia de sus compañeros y fomentando la empatía.

Estos son algunos de los elementos y procesos que hacen que el grupo de terapia funcione como formato adecuado. Son los aspectos más esenciales sin los cuales el grupo no funcionaría.

Para elaborar el duelo, cada doliente deberá resolver las cuatro tareas fundamentales que hemos abordado detenidamente en capítulos anteriores. Estas tareas básicas tienen que ser atendidas por el psicoterapeuta a través de dinámicas, o bien teniéndolas en cuenta mentalmente como guías de su actuación práctica mediante reflejos, intervenciones, etc.,

para ir orientando a cada participante en su camino, ya que el contenido explícito y verbalizado de las sesiones girará en torno al duelo y a la elaboración de estas cuatro tareas.

Aparte de estas tareas explícitas y de contenido verbalizable, en el grupo existen una serie de procesos invisibles que también deberá atender el terapeuta y que son la clave del crecimiento en el grupo de duelo:

- **Universalidad del dolor y validación del sufrimiento**: El hecho de comprobar que no estamos solos en el mundo con nuestro dolor, sino que hay más personas que están atravesando lo mismo, reconforta. Ayuda ver cómo los demás afrontan las situaciones y constatar que tanto lo que nos pasa como lo que sentimos es normal.
- **El apoyo externo tiene un límite:** Durante la terapia, los participantes empiezan a darse cuenta de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tiene un límite. Toman conciencia de que la responsabilidad de su mejoría recae sobre ellos, siendo este proceso fundamental para afrontar el duelo.
- **Afrontamiento de experiencias:** El duelo es un proceso que requiere decisión y toma de decisiones. El doliente se va encontrando con experiencias que superar, fechas importantes, etc., especialmente a lo largo del primer año. La forma en que los participantes del grupo van afrontando los aniversarios, las reuniones o las tareas sirve de aprendizaje al resto del grupo.
- ***Feedback* real entre iguales:** El grupo es una experiencia de interacción real. Cada participante se muestra tal y como es en la vida: cómo expresa cada uno el dolor, cómo vive el duelo, cómo va andando el camino. El grupo es una caja de resonancia y, en algún momento de la terapia, devolverá a cada participante cómo le percibe.
- **Función educativa:** Si en la terapia individual es importante explicar cómo es el proceso de duelo, normalizar las conductas, poner de manifiesto en qué punto del camino se encuentra el paciente, etc., en el grupo lo es más. La sensación de incertidumbre disminuye y da perspectiva y control. Finalmente son los participantes los que se van haciendo expertos en duelo. También forma parte de esta función explicar y aclarar las falsas creencias extendidas y asumidas por la sociedad con respecto al duelo.

- **Permitir las diferencias individuales:** El proceso de duelo comparte generalmente ciertas vivencias como el dolor o la sensación de vacío, pero los procesos individuales para afrontarlo y el esquema que cada uno tiene del duelo es algo muy particular. El participante aprende opciones diferentes a las que quizás él está asumiendo. El grupo también es importante para comprender que incluso en la misma familia existen maneras diferentes de vivir el duelo e igualmente válidas.
- **Compartir abiertamente y ponerle nombre a las cosas:** A la muerte no se la suele llamar por su nombre: se dice que un ser querido "se ha ido", se explica que cuando "sucedió eso" todo cambió, etc. El grupo es la oportunidad de ponerle nombre real a los sucesos reales, lo que favorece que el doliente se haga cargo. También es el lugar adecuado para explicar cómo fue la experiencia de la muerte del ser querido, rebajando el grado de intensidad al ver que los demás han vivido cosas parecidas, o disminuyendo la culpa irracional cuando el grupo refleja que hay cosas que no están bajo nuestro control.

La función del facilitador en la terapia grupal de duelo será generar el clima psicológico adecuado para que todos estos procesos se den, creando las condiciones necesarias para que nazca el vínculo y se desarrolle la comunicación y el crecimiento.

Estos son los procesos generales que se dan en el grupo de duelo. La manera específica en que se trabajen, así como la orientación o las dinámicas que se utilicen, dependerán del terapeuta que facilite el grupo.

6.4. Notas acerca de la nueva clasificación diagnóstica: pasado, presente y futuro

El experto en duelo se sirve de distintas medidas a la hora de categorizar o tratar el duelo. Por un lado, se nutre de sus propios conocimientos y, por otro, de su experiencia clínica, que resulta fundamental para dirimir si un caso de duelo es complicado o normal, si la intensidad es excesiva o no lo es, etc.

También puede buscar información en los distintos manuales estadísticos que regulan lo que es normal para una población y lo que no, es decir, los límites más o menos definidos entre la salud y la enfermedad. Al hablar de manuales, nos estamos refiriendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que son las diferentes guías que orientan a los profesionales de la salud mental en todo el mundo. El DSM es un manual elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), que recoge la idiosincrasia de una determinada cultura, la norteamericana. A su vez, la CIE es elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se utiliza mayoritariamente en Europa, aunque no en España.

Hasta ahora, el duelo aparecía codificado en el DSM-IV TR como una entidad susceptible de recibir atención clínica. Asimismo, se establecía un diagnóstico diferencial para la depresión mayor y el duelo, que excluía el diagnóstico de depresión en los casos donde la persona -aunque cumpliese con los criterios del trastorno depresivo mayor- estuviera atravesando también un duelo y hubiesen pasado menos de dos meses desde el fallecimiento del ser querido.

Sin embargo, la nueva edición del manual diagnóstico, el DSM–V, retira esa exclusión, lo que implica que ahora, si una depresión se da simultáneamente a un duelo, el duelo no se tiene en cuenta.

Ya la primera consideración temporal de los dos meses que recogía el DSM-IV TR nos parecía escasa a los clínicos. Sabemos que el duelo no tiene una duración exacta, por lo que no podemos realizar una estimación temporal de lo que dura un duelo considerado normal, ni determinar el momento a partir del cual el duelo se convierte en patológico. Aun así, los estudios y la experiencia nos dicen que, en la mayoría de los casos, completar las tareas propias del duelo le cuesta al doliente como mínimo entre uno y dos años.

Actualmente el DSM-V, publicado en España desde mayo de 2014, no considera el duelo susceptible de recibir atención clínica, porque no parece haber evidencias clínicas suficientes para establecer el duelo complicado como un síndrome, de modo que no lo recoge. Esto ha merecido la crítica de muchos autores, que defienden la necesidad de incluir en el manual las peculiaridades de este estresor, que puede conducir o aparecer comórbidamente con otras entidades susceptibles de requerir una intervención clínica específica.

Esta nueva conceptualización, en la nueva edición del DSM, ha causado mucho revuelo y está siendo, sin duda, controvertida. Aún no existen evidencias de cómo va a afectar esta modificación en los criterios diagnósticos a las personas en duelo, pero cabe suponer que, si los psiquiatras no van a tener en cuenta que los síntomas depresivos pueden estar motivados por el proceso de duelo, se tenderá a patologizar procesos que, en realidad, son normales. Esto, a su vez, puede contribuir a medicalizar duelos que no sólo no requieren medicación, sino que, según los estudios, no mostrarán ninguna mejoría en comparación con otros casos que tan sólo reciben ayuda terapéutica. Y lo que es peor: se complicará la resolución de procesos que el ser humano está preparado para superar de forma natural.

Aunque el profesional clínico se vuelque menos en la teoría del duelo que el teórico puro, la teorización no es un asunto baladí y, de alguna manera, condiciona la intervención del profesional que hace un trabajo específicamente clínico. Lo ideal sería que los psicólogos teóricos y los clínicos pudiesen ir de la mano.

En cuanto a la CIE, ésta va ya por su undécima edición y se espera que aparezca publicada a lo largo del año 2015. La CIE-11 recoge el duelo complicado en el apartado relativo a los trastornos asociados al estrés. Esta edición incorpora una categoría nueva: el trastorno de duelo prolongado, que incluye un dolor intenso e incapacitante, con síntomas intensos y específicos (anhelo generalizado, preocupación por el fallecido o dolor emocional intenso asociado a la pérdida).

La duración de los síntomas debe prolongarse claramente en comparación con lo que podría considerarse una reacción de duelo normal, en vista de los antecedentes culturales y religiosos de la persona. Los autores de la CIE consideran que, aunque el duelo comparte síntomas con otros trastornos, una categoría independiente proporcionará un diagnóstico más preciso del mismo y, por tanto, un tratamiento más específico.

Preguntas y reflexiones que surgen en torno a estas nuevas clasificaciones

1. ¿Cuál de estos dos manuales debemos tomar como referencia?
2. ¿Alguno de estos manuales recoge con precisión la vivencia y experiencia de primera mano con pacientes en duelo?
3. Ambas clasificaciones han generado mucho debate y parece que nos encontramos en un momento de cambio de paradigma ante el duelo, entre otros.
4. En última instancia, lo que parece estar ocurriendo es que el psicólogo teórico, en su trabajo de categorización y formulación, se está separando por completo de la visión del clínico. Este hecho puede provocar que el profesional que está en contacto directo con sus pacientes acabe abandonando estos manuales, al no corresponderse ya con la realidad que vive en la terapia. Si las investigaciones en busca de evidencias científicas que corroboren la realidad del clínico no avanzan, estos dos profesionales acabarán distanciándose por completo, hasta trabajar en sectores que pueden parecer completamente distintos y sin relación entre sí.
5. Como ocurre a menudo, al final tenemos más preguntas que respuestas y, en cualquier caso, ninguna certeza. Ante estas clasificaciones, el profesional queda únicamente en manos de su experiencia para establecer un diagnóstico diferencial que permita distinguir un duelo normal de uno complicado, qué es una intensidad anormal o incapacitante, qué duración es excesiva y cuál es apropiada, etc. Así, cabe suponer que los distintos diagnósticos y, por lo tanto, los distintos tratamientos quedarán al arbitrio del clínico que valore cada caso concreto.

En cuanto a nuestra opinión personal como psicólogas, resulta complicado pronunciarse sobre un tema donde intervienen tal cantidad de factores. Consideramos que es imposible establecer una categorización en relación al duelo, ya que no existe un duelo igual a otro, más bien al contrario: defendemos que el duelo es lo que se suma a lo que una persona ya es. Y, como no existe una sola persona igual a otra, tampoco puede haber un duelo igual a otro.

Las vivencias individuales moldean, matizan y modifican la experiencia del duelo para cada uno de nosotros. Por este motivo, las autoras nos desmarcamos de cualquier intento de considerar el duelo como una entidad aparte. El duelo sólo puede ser medido y evaluado a la luz de la identidad del doliente y de su historia personal, todo ello teniendo en cuenta su cultura, su ideología y sus valores. Entonces -y sólo entonces- podremos determinar si una persona está atravesando un duelo complicado o no, o si necesita terapia o no.

Así pues no concebimos normas generales en torno al duelo, sino normas aplicadas a cada individuo, a cada vivencia y a cada cultura.

Hacia una nueva concepción del duelo

El duelo es un proceso normal que sigue a la pérdida de un ser querido y que engloba una gran cantidad de reacciones a todos los niveles: fisiológico, emocional, cognitivo y conductual.

Una terapia adecuada, sea desde la orientación que sea, guiará al paciente hacia un estado de bienestar en esos mismos niveles, dándose en muchas ocasiones oportunidades de crecimiento. La recuperación incluye aspectos individuales, sociales y familiares. En ocasiones el dolor es tan grande que la persona llega a somatizar, a dejar una huella física de ese dolor emocional. Existen gran cantidad de estudios que lo confirman.

El nuevo paradigma de la Psicología hacia el que avanzamos concibe al ser humano de una forma más global que en el pasado. Durante años, las distintas escuelas de Psicología han analizado al ser humano a partir de una de sus características: sus pensamientos, sus emociones, su pasado, sus sueños. Muchas eran las diferencias entre las escuelas y sólo tenían un objetivo en común: el bienestar del paciente. Esta visión reduccionista del ser humano ha quedado superada. Existe un elevado nivel de consenso al afirmar que ahora todas las escuelas persiguen, de un modo u otro, valorar al ser humano de una forma más integral.

En lo relativo al duelo, esto implica que ya no valoramos el duelo de manera aislada -en función de si se ha avanzado o no en alguna de las tareas del proceso, o a la luz de alguna otra teoría-, sino como un conjunto: valoramos las implicaciones físicas, los ritmos del sueño o el apetito -que son parámetros medidos por análisis clínicos-, pero también las emociones, los pensamientos, las creencias irracionales, los apoyos, etc. A todo lo que ya hacíamos antes, le añadimos el estudio de las redes neuronales implicadas en el proceso de duelo.

Esta forma de evaluar el estado del duelo es tan reciente, que podríamos decir que se trata más bien de una tendencia. De hecho, aún no existen estudios en este ámbito que confirmen o desmientan la existencia de redes neuronales implicadas en el procesamiento del duelo. Sin embargo, parece que en el futuro dispondremos de imágenes cerebrales de los distintos momentos del proceso, que servirán para visualizar cómo el duelo avanza o se bloquea, es decir: que nos permitirán medir el estado del duelo.

Ahora mismo esta clase de estudios existen en el campo del estrés postraumático, por lo que es razonable suponer que en algún momento también dispondremos de esas imágenes en el contexto del duelo. Hasta entonces tendremos que conformarnos con lo que hemos hecho hasta ahora: medir el duelo usando símbolos y metáforas, e intentar contemplar al ser humano desde una visión más holística.

Epílogo

Esta guía no pretende reducir la complejidad del duelo a un documento. Por eso, somos conscientes de que existen otros muchos aspectos de este proceso que han quedado sin abordar.

Nuestra intención no es formar ni agotar de forma exhaustiva el conocimiento sobre el duelo a través de esta guía. Sin embargo, entre nuestros objetivos sí está promover que se siga hablando del duelo, generar una reflexión profunda entre los profesionales socio-sanitarios para que la teoría del duelo siga creciendo y compartir los recursos terapéuticos que, en nuestro trabajo clínico con pacientes en duelo, nos han permitido comprenderlos y trabajar con ellos.

En cualquier caso, nos gustaría apuntar que tan sólo un diez por ciento de las personas que atraviesan un duelo derivarán en un duelo complicado. Esto nos indica que la mayor parte de la población tiene recursos suficientes para elaborar un duelo sin necesidad de ayuda externa. El problema es que el diez por ciento del número total de personas que experimentan la muerte de un ser querido sigue siendo un número muy elevado.

Esta guía tampoco pretende sustituir a la terapia, sino simplemente ayudar a comprender un proceso que es único y distinto en cada ser humano. Por eso, en caso de que los síntomas o el malestar común que provoca el duelo persistan durante más de seis meses, es aconsejable visitar a un especialista de referencia, para que ayude al doliente a manejar y drenar su dolor.

Bibliografía

- Acinas P. Duelo en situaciones especiales. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* (2). Madrid, 2012.
- Aldrich C.K. *Some dynamics of anticipatory grief. An anticipatory grief* (Editado por Schoenberg B., Carr A.C., Peretz D. y Kutscher A.H.). Columbia University Press. New York, 1974.
- Barreto P., Soler M.C. *Muerte y duelo. Guías de intervención.* Síntesis. Madrid, 2008.
- Barros-Duchene L. *Personas desaparecidas: ayudar a las familias a vivir con la incertidumbre* (Entrevista personal 15 de febrero). Comité internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 2010.
- Bayes, R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte.* Editorial Martínez Roca. Barcelona, 2001.
- Bucay J. *El camino de las lágrimas.* Editorial Debolsillo, Barcelona, 2006.
- Rosales C., Olmeda M.S. *El duelo anticipatorio.* Interpsiquis, 2001.
- American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR.* Masson. Barcelona, 2002.
- American Psychiatric Association (APA). *DSM-V Development.* Recuperado de Dsm5.org, 2013.
- Faschingbauer T.R. *Texas Revised Inventory of Grief Manual.* Honeycomb Publishing. Houston, 1981.
- Gala León F.J., Lupiani Jiménez M., Raja Hernández R., Guillén Gestoso C., González Infante J.M., Villaverde Gutiérrez M.C., Alba Sánchez I. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense* (30): 39-50. Octubre 2002.

- García García J.A., Landa Petralanda V., Trigueros Manzano M.C., Gaminde Inda I. Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria* 35 (7): 353-8. Abril 2005.
- García J.A., Landa V., Trigueros M.C., Calvo P., Gaminde I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en Atención Primaria. *Originales Atención Primaria*, 18 (9): 475-83. Noviembre 1996.
- García J.A., Landa V., Trigueros M.C., Gaminde I. Inventario de Texas revisado de duelo (ITRD): Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria* 2005, 37 (7): 353-8.
- Gil-Juliá B., Bellver A., Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Psicooncología* 2008, 5 (1): 103-6.
- Gómez R. Las ansiedades del médico frente a la muerte. *Psiquiatría Pública* 2000, 12 (3).
- Gómez Sancho M. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y sanitaria (ICEPSS). Las Palmas de Gran Canaria, 1994.
- Jacobs S., Hansen F., Kasl S., Ostfeld A., Berkman I., Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry* 1990, (51): 269-74.
- Jacobs S. *Traumatic grief: diagnosis, treatment and prevention*. Taylor & Francis. Filadelfia, 1999.
- Kaprio J., Koskenvuo M., Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal public Health* 1987 (77): 283-7.
- Lacasta M. A., De Luis V. Evaluación de resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Rev Soc Esp Dolor* 2002, (9): 502-9.
- López García de Medinaveitia A. P. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011, 31 (109): 53-70.

- Madison D., Viola A. The health of the widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res* 1968, (12): 298-306.
- Martikainen P., Walkonen T. Mortality after de death of spouse: Rates and causes of death in a large finish cohort. *American Journal of Public Health* 1996, (86/8): 1087-93.
- Neimeyer R. *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo.* Paidós Ibérica. Barcelona, 2002.
- Parkes C.M. Effects of bereavement on physical and mental healyh-a study of the medical records of widows. *British Medical Journal* 1964 (2): 274-9.
- Portillo M.J., Martín M.J., Alberto M. Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace* 2002, (62/63): 13-8.
- Prigerson H.G., Vanderwerker L.C., Maciejewski P.C. 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.
- Prigerson H.G. et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Psychiatry* 1997, (154): 616-23.
- Siegel K., Weinstein L. Anticipatory grief reconsidered. *J Psychosocial Oncology* 1983, (1) 61.
- Somosprimates.com: *El duelo de los animales.* Febrero de 2011.
- Worden W. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós Ibérica. Barcelona, 1991.
- Zisook S., Shuchter S.R. Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry* 1991, (148): 1346-52.

Primera edición: Mayo de 2014
Edición no venal
© Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC)

Fundación Mario Losantos del Campo
Avda. España, 17 2a planta – 28100 Alcobendas (Madrid)
Tel.: (+34) 91 229 10 80 – Fax: (+34) 91 229 10 79
www.fundacionmlc.org
fundacionmlc@fundacionmlc.org

Printed in Spain - Impreso en España

Autoras:
Patricia Díaz, Sara Losantos y Pilar Pastor
Coordinación y corrección:
FMLC
Diseño y maquetación:
Gema Gorjón
Ilustraciones:
Malagón

Impresión:
Artes Gráficas Tiempo de Producción
C/Povedilla 11
28009 Madrid

www.fundacionmlc.org

www.fundacionmlc.org