

EL TRATAMIENTO DEL DUELO: Asesoramiento psicológico y terapia.

J. William Worden

La gente busca asistencia sanitaria tanto física como mental y no necesariamente sabe que detrás de su estado quizás hay un duelo subyacente. Muchas enfermedades psiquiátricas son la expresión de un duelo patológico, dichas enfermedades incluyen en muchos casos estados de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un tipo de trastorno de personalidad.

La mayoría de los estudios muestran que las personas en proceso de duelo padecen más síntomas depresivos durante el primer año que los sujetos que no están en proceso de duelo. Ciertos estudios sugieren que las personas más jóvenes en proceso de duelo tienen más malestar físico y toman más fármacos para aliviar los síntomas que sus homólogos casados que no están realizando dicho proceso.

Parece que después de la muerte de un cónyuge hay un aumento de síntomas como dolores de cabeza, temblores, vértigo, palpitaciones y diversos síntomas gastrointestinales. Pero no hay un aumento de enfermedades específicas como asma, diabetes o cáncer.

Entre las consecuencias del duelo en la salud encontramos el duelo enmascarado. El superviviente puede desarrollar síntomas como los que experimentó la persona querida antes de morir. Los médicos que tratan a personas en proceso de duelo que presentan síntomas somáticos harían bien solicitando información sobre los síntomas del fallecido y evaluando la posibilidad de que el trastorno del paciente entre dentro de esta categoría.

El duelo es una cuestión muy compleja y se experimenta de muchas y variadas formas. Estos principios se pueden aplicar no sólo a las pérdidas debidas a la muerte, sino a la elaboración del duelo por distintos tipos de pérdidas: un divorcio, una amputación, la pérdida del trabajo y las pérdidas que experimentan las víctimas de la violencia, entre otros.

EL APEGO, LA PÉRDIDA Y LAS TAREAS DEL DUELO

La teoría del apego de Bowlby nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen.

La tesis de Bowlby es que estos apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad; se desarrollan a una edad temprana, se dirigen hacia unas pocas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. Establecer apegos con otros seres significativos se considera una conducta normal no sólo en los niños sino también en adultos. La conducta de apego tiene una valor de supervivencia., distinta de la de nutrición y de la sexual.

Si la meta de la conducta de apego es mantener un lazo afectivo, las situaciones que ponen en peligro este lazo suscitan ciertas reacciones muy específicas. Cuanto mayor es el potencial de pérdida más intensas son estas reacciones y más variadas. “En dichas circunstancias, se activan las conductas de apego más poderosas: aferrarse, llorar, y quizás coaccionar mediante el enfado... cuando estas acciones son exitosas, se restablece el lazo, las actividades cesan y se alivian los estados de estrés y malestar”. (Bowlby). Si el peligro no desaparece sobrevendrá el rechazo, la apatía y el desespero.

Bowlby concluye que existen buenas razones biológicas para responder a cualquier separación de una manera automática e instintiva, con una conducta agresiva. Sugiere que la pérdida irrecuperable no se tiene en cuenta; que en el curso de la evolución, se desarrollaron aptitudes instintivas en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales que forman parte del proceso de duelo se dirigen a restablecer la relación con el objeto perdido. Esta es la “Teoría biológica del duelo”.

Parkes considera que las respuestas de duelo en los animales muestran que en los humanos funcional procesos biológicos primitivos. Sin embargo, existen características del duelo específicas sólo en los seres humanos.

Todos los humanos sufren en mayor o menos medida el duelo por una pérdida. En cualquier sociedad de cualquier parte del mundo se produce un intento casi universal por recuperar el objeto perdido, y/o existe la creencia en una vida después de la muerte donde uno se puede volver a reunir con el ser querido. Sin embargo, en las sociedades anteriores a la escritura, la patología a causa del duelo parece ser menos frecuente que en las sociedades más civilizadas.

Según la tesis de George Engel, la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente en el plano fisiológico. El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, se necesita un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Engel ve el proceso de duelo similar al de curación. Se puede restaurar el funcionamiento total o casi total, pero también hay casos de funcionamiento y de curación inadecuados. De la misma manera que los términos sano y patológico se aplican a los distintos cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso del duelo.

Después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo. Aunque dichas tareas no siguen necesariamente un orden específico. El duelo es un proceso y no un estado, estas tareas requieren esfuerzo y siguiendo el ejemplo de Freud, hablamos de que la persona realiza el “trabajo de duelo”.

Las cuatro tareas del duelo

Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida

Cuando alguien muere, incluso si la muerte es esperada, siempre hay cierta sensación de que no es verdad. La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida. La conducta de búsqueda, se relaciona directamente con el cumplimiento de esta tarea.

Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueados en la primera tarea. La negación se puede practicar a varios niveles y tomar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida:

- a) *Negar la realidad de la pérdida* puede variar en el grado, desde una ligera distorsión a un engaño total. Lo más probable que puede ocurrir es que la persona sufra “momificación”, es decir, que guarda posesiones del fallecido en un estado momificado, preparadas para usar cuando él/ella vuelva. Los padres que pierden a un hijo conservan la habitación tal como estaba antes de la muerte. Ésto no es extraño a corto plazo pero se convierte en negación si continúa durante años. Un ejemplo de distorsión en vez de engaño sería la persona que ve al fallecido personificado en uno de sus hijos. Este pensamiento distorsionado puede amortiguar la intensidad de la pérdida pero raramente es satisfactorio y, además dificulta la aceptación de la realidad de la pérdida.
- b) *Negar el significado de la pérdida*. De esta manera, la pérdida se puede ver como menos significativa de lo que realmente es. Afirmaciones como “no era un buen padre”, “no estábamos tan unidos” o “no le echo de menos”. Algunas personas se deshacen de la ropas y otros artículos personales que les recuerdan el fallecido. Acabar con todos los recuerdos del fallecido es lo opuesto a la “momificación” y minimiza la pérdida. Es como si los supervivientes se protegieran a sí mismos mediante la ausencia de objetos que les hagan afrontar cara a cara la realidad de la pérdida.

Otra manera de negar el significado pleno de la pérdida es practicar un “olvido selectivo”.

- c) *Negar que la muerte sea irreversible*.

Otra estrategia usada para negar la finitud de la muerte es el espiritismo. La esperanza de reunirse con la persona muerta es un sentimiento normal, sobre todo en los primeros días o semanas después de la pérdida. Sin embargo, la esperanza crónica de dicha reunión no es normal.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera. Es fácil creer que la persona amada y se recuerda que él/ella no está en el otro extremo. A muchos padres les costará meses decir: “mi hijo está muerto y nunca le volverá a tener”.

La creencia y la incredulidad son intermitentes mientras se intenta resolver esta tarea:

“A veces las personas en duelo parecen estar bajo la influencia de la realidad o se comportan como si aceptaran plenamente que el fallecido se ha ido; otras veces se comportan de manera irracional, bajo el dominio de la fantasía de una reencuentro final. En enfado se dirige el objeto perdido, al sí mismo, a otras personas que se cree que han causado la pérdida, al sí mismo, a otras personas que se cree que han causado la pérdida, e incluso a los benévoloos que con buena intención le recuerdan que la realidad de la pérdida de la pérdida es una características omnipresente”. Krupp y otros, 1986.

Aunque completar esta tarea plenamente lleva tiempo, los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación. Los que no están presentes en el entierro pueden necesitar otras formas externas de validar la realidad de la muerte. La irrealidad es particularmente difícil en el caso de la muerte súbita, especialmente si el superviviente no ve el cuerpo del fallecido. Parece que soñar que el fallecido está vivo es, no sólo un deseo de que se haga realidad sino una manera que tiene la mente de validar la realidad de la muerte mediante el contraste intenso que se produce al despertar de dicho sueño.

Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Es apropiado usar la palabra alemana “Schmerz” cuando se habla del dolor porque su definición más amplia incluye el dolor físico literal que mucha gente experimenta y el dolor emocional y conductual asociado con la pérdida. Es necesario reconocer y trabajar este dolor o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional. Cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el curso del duelo. No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo que siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor.

Puede haber una sutil interacción entre la sociedad y la persona en duelo que hace más difícil completar la tarea II. La sociedad puede estar incómoda con los sentimientos de estas personas y, por lo tanto, da el mensaje sutil: “no necesitas elaborarlo, sólo sientes pena por ti mismo”. Esto interfiere con las propias defensas de la persona, llevándole a negar la necesidad de elaborar los aspectos emocionales, expresándolo como “no necesito elaborar el duelo”. Abandonarse al dolor está estigmatizado como algo mórbido, insano y desmoralizador. Lo que se considera apropiado en un amigo que quiere bien a la persona en proceso de duelo es que la distraiga de su dolor.

La negación de esta segunda tarea, de trabajar el dolor, es no sentir. La persona puede hacer un cortocircuito a la tarea II de muchas maneras, la más obvia es bloquear sus sentimientos y negar el dolor que está presente. A veces entorpecen el proceso evitando pensamientos dolorosos. Utilizan procedimientos de detención de pensamientos dolorosos. Utilizan procedimientos de detención de pensamientos para evitar sentir la disforia asociada con la pérdida. Algunas personas lo que les protegen de la incomodidad de los pensamientos desagradables. Idealizar al muerto, evitar las cosas que le recuerdan a él y usar alcohol o drogas son otras maneras en que la gente se abstiene de cumplir esta tarea II.

Algunas personas que no entienden la necesidad de experimentar el dolor de la pérdida intentan encontrar una cura geográfica. Viajan de un lugar a otro buscando cierto alivio a sus emociones, esto es lo opuesto a permitirse a sí mismos dar rienda suelta al dolor: sentirlo y saber que un día se pasará.

Una joven minimizó su pérdida creyendo que su hermano estaba fuera del oscuro lugar en el que había estado y en uno mejor después de su suicidio. Esto podía ser verdad pero le impidió experimentar el intenso enfado que sentía por haberla abandonado. En el tratamiento, cuando se permitió a sí misma por primera vez sentir enfado dijo: “estoy enfadada con su comportamiento y no con él”. Finalmente fue capaz de reconocer este enfado directamente.

Hay unos pocos casos en los que la persona superviviente tiene una respuesta eufórica ante la muerte, pero no suele estar asociado con un rechazo empático a creer que la muerte ha ocurrido. Puede ir acompañado de una sensación vivida de la presencia continua del fallecido. Generalmente, estas respuestas eufóricas son extremadamente frágiles y efímeras.

Bowlby dice “antes o después, aquellos que evitan todo duelo consciente, sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión”. Uno de los propósitos del asesoramiento psicológico en procesos de duelo es ayudar a facilitar esta segunda tarea para que la gente no arrastre el dolor a lo largo de su vida. Si la tarea II no se completa adecuadamente, puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento en que puede ser más difícil retroceder y trabajar el dolor que ha estado evitando.

Tarea III: Adaptarse a un medi en el que el fallecido está ausente.

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. Este darse cuenta muchas veces empieza alrededor de tres meses después de la pérdida e implica asumir vivir sola, educar a los hijos sola, enfrentarse a una casa vacía y manejar las economías sola, en el caso de una viuda.

El superviviente no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta algún tiempo después de la pérdida.

Muchos supervivientes se resienten por tener que desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes desempeñaban sus parejas.

La estrategia de afrontamiento de redefinir la pérdida de manera que pueda redundar en beneficio del superviviente tiene que ver, muchas veces, con que se complete la tarea III de manera exitosa.

La muerte les confronta también con el cuestionamiento que supone adaptarse a su propio sentido de sí mismos.

El duelo puede suponer una regresión e intensa en la que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, ineficaces, inadecuadas, incapaces, infantiles, o personalmente en quiebra. Los intentos de cumplir con los roles del fallecido pueden fracasar y esto, a su vez, puede llevar a una mayor sensación de baja autoestima. Cuando ocurre se cuestiona la eficacia personal y la gente puede atribuir cualquier cambio al azar o al destino y no a su propia fuerza y habilidad. Con el tiempo estas imágenes negativas dan paso a otras más positivas y los supervivientes son capaces de continuar con sus tareas y aprender nuevas formas de enfrentarse al mundo.

El ajuste al propio sentido del mundo. La pérdida a causa de una muerte puede cuestionar los valores fundamentales de la vida de cada uno y sus creencias filosóficas, creencias influidas por nuestras familias, nuestros pares, la educación y la religión así como por las experiencias vitales. No es extraño sentir que se ha perdido la dirección en la vida. La persona busca significado y su vida cambia para darle sentido a esta pérdida y para recuperar cierto control. Esto ocurre cuando se trata de muertes súbitas y prematuras. Para mucha gente no hay una respuesta clara.

Detener la tarea III es no adaptarse a la pérdida. La persona lucha contra sí misma fomentando su propio impotencia, no desarrollando las habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio. Si embargo, la mayoría de la gente no sigue este curso negativo sino que decide que debe asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido del mundo.

Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Volkan ha sugerido que una persona en duelo nunca olvida del todo al fallecido al que tanto valoraba en vida y nunca rechaza totalmente su rememoración. Nunca podemos eliminar a aquellos que han estado cerca de nosotros, de nuestra propia historia, excepto mediante actos psíquicos que hieren nuestra propia identidad.

La disponibilidad de un superviviente para empezar nuevas relaciones depende no de “renunciar” al cónyuge muerto sino de encontrarle un lugar apropiado en su vida psicológica, un lugar que es importante pero que deja un espacio para los demás.

La tarea del asesor se convierte entonces, no en ayudar a la persona en duelo a “renunciar” al cónyuge fallecido, sino en ayudarle a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

Los padres muchas veces tienen dificultades para entender la noción de rechazo emocional. Si pensamos en la recolocación, la tarea del padre en duelo implica cierta relación continuada con los pensamientos y recuerdos que asocia con su hijo, pero se trata de hacerlo de una manera que le permita continuar con su vida después de dicha pérdida.

No se ha terminado la tarea IV sin amar. La cuarta tarea se entorpece manteniendo el apego del pasado en vez de continuar formando otros nuevos. Algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismos de no volver a querer nunca más.

Para muchas personas, la tarea IV es la más difícil de completar. Se quedan bloqueados en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida, en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida. Pero esta tarea se puede cumplir. Quedaría reflejado cuando una chica dice: “existen otras personas a las que amar, y eso no significa que quiero menos a papá”.

El duelo acabaría cuando se han completado las cuatro tareas.

Un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor. Siempre hay una sensación de tristeza cuando piensas en alguien que has querido y has perdido, pero es un tipo de tristeza diferente, no tiene la cualidad de sacudida que tenía previamente. Se puede pensar en el fallecido sin manifestaciones físicas como llanto intenso o sensación de opresión en el pecho. Además, el duelo acaba cuando una persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.

Sin embargo, hay quien parece no acabar nunca el duelo. Shuchter descubrió que la gran mayoría de viudas y viudos han encontrado un poquito de estabilidad... estableciendo una nueva identidad y encontrando una dirección en sus vidas. Los estudios de Parkes muestran que las viudas pueden necesitar tres o cuatro años para alcanzar la estabilidad.

Una de las cosas básicas que puede hacer la educación, a través del asesoramiento psicológico, es alertar a la gente del hecho de que el duelo es un proceso a largo plazo, y su culminación no será un estado como el que tenían antes del mismo. No se trata de un proceso lineal. Puede reaparecer y se tendrá que volver a trabajar.

Geoffrey Gorer cree que la manera en que las personas responden a las condolencias verbales da cierta indicación del punto del proceso del duelo en el que están. La aceptación agradecida de las mismas es uno de los signos más destacados de que la persona lo está resolviendo satisfactoriamente.

El duelo se puede acabar, en cierto sentido, cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles. También hay un sentido en el que nunca acaba. Quizá la siguiente cita de Reud resulte útil. Escribió a su amigo Binswanger, cuyo hijo había muerto:

“encontramos un lugar para lo que perdemos. Aunque sabemos que después de dicha pérdida la fase aguda de duelo se calmará, también sabemos que permaneceremos inconsolables y que nunca encontraremos un sustituto. No importa qué es lo que llena el vacío, incluso si lo llena completamente, siempre hay algo más”.

REACCIONES NORMALES EN EL DUELO: EL DUELO NO COMPLICADO

El duelo normal o duelo no complicado abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida.

Las características patonómicas del duelo normal o agudo son:

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

Debido a que la lista de comportamientos normales en un duelo es tan extensa y variada, estas conductas se pueden describir divididas en cuatro categorías generales: sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas.

Manifestaciones del duelo normal

Sentimientos:

- a) **Tristeza.** Es el sentimiento más común, en las personas en duelo. A menudo a través de la conducta de llorar.
- b) **Enfado.** Puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el superviviente, está en la base de muchos de los problemas del proceso de duelo. El enfado proviene de dos fuentes:
 - una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte
 - de una especie de experiencia regresiva que se produce después de la pérdida de alguien cercano.En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enfado y ansiedad. El enfado que experimenta la persona en duelo se ha de identificar y dirigir apropiadamente hacia el fallecido para que lleve a una conclusión sana. Muchas veces se controla de formas menos eficaces, una de las cuales es el desplazamiento, o sea dirigirlo hacia otra persona y culparla de la muerte. La gente culpa al médico, al director de la funeraria, a los miembros de la familia, a un amigo insensible y a Dios. Una de las desadaptaciones más peligrosas del enfado es la postura de dirigirlo hacia adentro, hacia el sí mismo.
- c) **Culpa y autorreproche.** Culpa por no haber sido suficientemente amable, por no haber llevado a la persona al hospital antes, y cosas por el estilo. Normalmente la culpa se manifiesta respecto a algo que se ocurrió o algo que se descuidó alrededor del momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.
- d) **Ansiedad.** Puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico y cuanto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológica. Proviene normalmente de dos fuentes:
 - los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos
 - la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal.

- e) **Soledad.** Particularmente los que han perdido al cónyuge y que solían tener una estrecha relación en el día a día.
- f) **Fatiga.** A veces se puede experimentar como apatía o indiferencia.
- g) **Impotencia.** Se presenta a menudo en las primeras fases de la pérdida. Las viudas en particular se sienten muchas veces extremadamente impotentes.
- h) **Shock.** Muy a menudo en el caso de las muertes repentinas. Pero a veces, incluso cuando la muerte es esperada, cuando se produce a consecuencia de una enfermedad progresiva y deteriorante al recibir la llamada telefónica, el superviviente experimenta el shock.
- i) **Anhelo.** Particularmente entre las viudas.
- j) **Emancipación.** Puede ser un sentimiento positivo.
- k) **Alivio.** Sobre todo si ese ser sufrió una enfermedad larga o particularmente dolorosa. Sin embargo, normalmente a esta sensación de alivio le acompaña una sensación de culpa.

Insensibilidad. Ausencia de sentimientos. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar y permitir que se hagan todos conscientes sería muy desbordante; así la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.

Sensaciones físicas

Estas sensaciones muchas veces se pasan por alto, pero juegan un papel importante en el proceso del duelo.

A veces estas sensaciones físicas preocupan a los supervivientes y van al médico a que les haga un chequeo.

- a) **Vacío en el estómago.**
- b) **Opresión en el pecho.**
- c) **Opresión en la garganta.**
- d) **Hipersensibilidad al ruido.**
- e) **Sensación de despersonalización:** “camino calle abajo y nada parece real, ni siquiera yo”.
- f) **Falta de aire.**
- g) **Debilidad muscular.**
- h) **Falta de energía.**
- i) **Sequedad de boca.**

Cogniciones

Ciertos pensamientos son normales en las primeras fases del duelo y generalmente desaparecen después de un breve espacio de tiempo. Pero a veces los pensamientos persisten y desencadenan sentimientos que pueden producir una depresión o problemas de ansiedad.

- a) **Incredulidad.** Suele ser el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente la muerte súbita.
- b) **Confusión.** Parece que no pueden ordenar sus pensamientos, que tienen dificultad para concentrarse o que olvidan las cosas.
- c) **Preocupación.** Se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida. A veces la preocupación toma la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.
- d) **Sentido de presencia.** Es el equivalente cognitivo de la experiencia de anhelo. La persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos.
- e) **Alucinaciones.** Tanto visuales como auditivas. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras y generalmente no presagian una experiencia de duelo más difícil o complicada.

Por la mente de las personas en duelo pasan ciertos pensamientos como “no puedo vivir sin ella”, “nunca volveré a encontrar amor”. Estos pensamientos pueden desencadenar sentimientos de tristeza y/o ansiedad muy intensos pero normales.

Conductas

- a) **Trastornos del sueño.** Pueden incluir dificultad para dormir y despertar temprano por las mañanas. En los duelos normales se corrigen solos pero si el trastorno del sueño persiste, puede indicar un trastorno depresivo más serio, que se debería explorar. Los trastornos del sueño pueden simbolizar algunas veces miedos, incluso miedo a soñar, miedo a estar en la cama solo/a y miedo a no despertarse.
- b) **Trastornos alimentarios.** Aunque se pueden manifestar comiendo demasiado o demasiado poco, comer poco es una conducta con más frecuencia.
- c) **Conducta distraída.** Las personas se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera distraída y haciendo cosas que al final les producen incomodidad o les hacen daño.
- d) **Aislamiento social.** No es extraño que las personas que han sufrido una pérdida quieran aislarse del resto de la gente. Es normalmente un fenómeno efímero y se corrige solo. El aislamiento social también puede incluir una pérdida de interés por el mundo externo, como leer los periódicos o no mirar la televisión.
- e) **Soñar con el fallecido.** Tanto sueños normales como sueños angustiosos o pesadillas. Muchas veces dichos sueños sirven a diversos propósitos como dar alguna clave diagnóstica sobre la situación de la persona en el curso de su duelo.
- f) **Evitar recordatorios del fallecido.** Algunas personas evitarán los lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos.
Cuando la persona en duelo se libra rápidamente de todas las cosas asociadas con el fallecido, deshaciéndose de ellas o haciéndolas desaparecer de cualquier manera posible, puede derivar en un duelo complicado. Normalmente no es una conducta sana y muchas veces indica una relación muy ambivalente con el fallecido.

- g) **Buscar y llamar en voz alta.** Está relacionado con esta conducta de búsqueda. No es extraño que alguien pueda llamar en voz alta a la persona querida con un comentario asociado: “larry, larry. Por favor vuelve conmigo”. Cuando no se hace verbalmente se puede hacer de forma subvocal.
- h) **Suspirar.** Es un correlato cercano a la sensación física de falta de respiración.
- i) **Hiperactividad desasosegada.**
- j) **Llorar.** Ha habido interesantes especulaciones sobre el potencial valor curativo de las lágrimas. El estrés produce un desequilibrio químico en el cuerpo, y algunos investigadores creen que las lágrimas se llevan las sustancias tóxicas y ayudan a restablecer la homeostasis. Hipotetizan que el contenido químico de las lágrimas producido por el estrés emocional es diferente del de las lágrimas secretadas como causa de irritación de los ojos. Se están realizando pruebas para ver qué tipo de catecolaminas (sustancias químicas que alteran el estado de ánimo producidas por el cerebro) están presentes en las lágrimas emocionales. Las lágrimas alivian el estrés emocional, pero cómo lo hacen es todavía una incógnita. Es necesaria más investigación sobre los efectos nocivos, si existe alguno, de contener el llanto.
- k) **Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido.** Es lo opuesto de la conducta de evitar los recuerdos de la persona. Muchas veces destacar esta conducta refleja el miedo a olvidar al fallecido.
- l) **Atesorar objetos que pertenecían al fallecido.**

Una misma persona no experimentará todas estas reacciones. Es importante que los asesores que trabajan en duelo entiendan el amplio rango de conductas que abarca el duelo normal y no patologicen aquello que debería ser reconocido como normal. Sin embargo, si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso del duelo pueden ser indicadoras de un duelo más complicado.

Duelo y Depresión

Muchas de las conductas normales en un duelo pueden parecer iguales a las manifestaciones de la depresión.

La depresión o “melancolía” es una forma patológica de duelo y es muy parecida al duelo normal pero con ciertos rasgos característicos propios, los impulsos de enfado hacia la persona querida de manera ambivalente se dirigen hacia dentro de uno mismo. (Freud en “Duelo y melancolía”).

Muchas depresiones las producen las pérdidas, ya sea inmediatamente después de las mismas o algún tiempo después cuando el paciente las recuerda. (Klerman). La depresión puede servir también como defensa frente al duelo. Si el enfado se dirige hacia sí mismo, se desvía del fallecido y esto evita que el superviviente se tenga que enfrentar a los sentimientos ambivalentes hacia el fallecido (Dorpat).

Las principales distinciones entre el duelo y la depresión son éstas: en ambos se pueden encontrar los síntomas clásicos de trastorno del sueño, trastorno del apetito e intensa tristeza. Sin embargo, en el duelo no hay la pérdida de autoestima que se encuentra en la mayoría de las depresiones clínicas. Si los supervivientes del fallecido experimentan culpa, es una culpa asociada a algún aspecto específico de la pérdida más que un sentimiento de culpabilidad general.

Según el DSM-III de la APA:

“... un síndrome depresivo pleno con frecuencia es una reacción normal a la pérdida con sentimientos de depresión y síntomas asociados tales como poco apetito, pérdida de peso e insomnio. Sin embargo, la preocupación mórbida con sensación de inutilidad, deterioro funcional prolongado y marcado, y un retraso psicomotor marcado no son normales.”

La persona en duelo generalmente ve sus sentimientos de depresión como normales.

Freud creía que en el duelo el mundo parece pobre y vacío mientras que, en la depresión, la persona se siente pobre y vacía. Sin embargo, existen algunas personas que desarrollan episodios depresivos mayores después de una pérdida. Si se desarrolla un episodio depresivo mayor durante el duelo, yo lo consideraría como un duelo exagerado.

Aunque la mayoría de depresiones en el duelo son transitorias y no requieren atención profesional, existe un reconocimiento creciente de que algunas depresiones, especialmente aquellas que persisten durante el primer año de duelo, son clínicamente significativas. Jacobs ha usado medicación antidepressiva para tratar pacientes graves cuya depresión persistía mucho en el curso del duelo y no se solucionaba espontáneamente o no respondía a intervenciones interpersonales. Éstas eran normalmente personas que tenían una historia de depresión o algún otro tipo de trastorno mental. Encontró mejoras en los trastornos del sueño y de la alimentación, así como una mejoría en el estado de ánimo y en la cognición. Esta respuesta sugiere una dimensión biológica de la depresión.

Una de las funciones del asesor que está en contacto con personas durante los momentos de duelo agudo es evaluar qué pacientes pueden sufrir el desarrollo de una depresión mayor.

Determinantes del duelo

Aunque la experiencia del duelo está relacionada con el nivel evolutivo y las cuestiones conflictivas de la persona que están implicadas, los determinantes más importantes parecen entrar dentro de las seis categorías siguientes:

1. **Quién era la persona.**

2. **La naturaleza del apego.**

- La fuerza del apego: (la intensidad del amor). La reacción emocional aumentará su gravedad proporcionalmente a la intensidad de la relación afectiva.
- La seguridad del apego: ¿cómo era de necesario el fallecido para la sensación de bienestar del superviviente?. Si el superviviente necesitaba a la persona perdida para su sentido de autoestima, por ejemplo, sentirse bien consigo mismo, esto anunciará una reacción emocional difícil.
- La ambivalencia en la relación: en cualquier relación íntima siempre hay cierto grado de ambivalencia. Básicamente se ama a la persona pero también coexisten sentimientos negativos. En el caso de una relación muy ambivalente en la que los sentimientos negativos coexisten en una proporción casi igual, habrá una reacción emocional más difícil en el duelo. Normalmente en una relación altamente ambivalente existe una cantidad tremenda de culpa, unida a una rabia intensa por el hecho de que el fallecido le haya dejado solo/a.
- Los conflictos con el fallecido son también determinantes. Toda la historia de conflictos, merece en especial atención los conflictos que provienen de abuso sexual y/o físico a una edad temprana.

3. **Tipo de muerte.** Como murió la persona nos dirá algo sobre cómo elabora el duelo el superviviente. Tradicionalmente las muertes se han catalogado bajo las categorías NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio.

Otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte incluyen dónde se produjo la muerte a nivel geográfico, si ocurrió cerca o lejos y si había algún aviso previo o se trata de una muerte inesperada. A veces las circunstancias que rodean a la muerte facilitan a los supervivientes la expresión del enfado y la culpa.

4. **Antecedentes históricos.** Si ha tenido pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos. Es importante conocer la historia de salud mental previa de la persona. Es frecuente que aquellas personas que han padecido depresiones anteriormente sufran más elaborando el duelo.

La “lista de experiencias recientes” de Holmes y Rahe permite recopilar un listado y una valoración de los acontecimientos cambiantes que se produjeron seis meses y/o un año antes de la muerte. Hemos hipotetizado que las personas con un número grande de cambios ante el duelo tendrán más dificultades con el mismo. Sin embargo, el mero listado de las crisis vitales es insuficiente, también es necesario evaluar cómo creen las personas que les afectan esas crisis vitales.

5. **VARIABLES DE PERSONALIDAD.** Las variables incluyen la edad y el sexo, la inhibición de sentimientos que tiene, cómo maneja la ansiedad y cómo afronta las situaciones estresantes. Si son personas muy dependientes o han tenido relaciones tempranas complicadas. Las personas diagnosticadas de ciertos trastornos de personalidad pueden pasar momentos difíciles al manejar la pérdida. Especialmente cierto con las personas con trastornos de personalidad borderline o narcisista.

6. **VARIABLES SOCIALES.** La subcultura étnica y social son sólo dos entre muchas. En la fe judía se respeta el *shiva*, un período de siete días en que la familia está en casa y los amigos y familiares vienen a ayudarles para que puedan elaborar el duelo en las mejores circunstancias. A esto le siguen otros rituales como ir al templo y descubrir la lápida en el primer aniversario de la pérdida. Los católicos tiene sus propios rituales al igual que los protestantes. Se han de conocer los antecedentes sociales, étnicos y religiosos del superviviente.
 El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia, es significativo. Incluso las personas que tenían un animal mostraron menos síntomas que las personas que no tenían su compañía. La mayoría de estudios encuentran que aquellos que progresan menos en el duelo tienen un apoyo social inadecuado o conflictivo.
 La ganancia secundaria que puede encontrar el superviviente al elaborar el duelo: puede ganar mucha distancia en su apoyo social a causa del duelo prolongado puede tener el efecto opuesto y apartarle de la red social.

7. **OTROS TIPOS DE ESTRÉS SIMULTÁNEOS.** Cambios simultáneos y crisis que surgen después de la muerte, incluyendo graves cambios económicos.

El proceso del duelo

“mourning”: proceso que se produce después de una pérdida.

“Grief”: experiencia personal de la pérdida
 (en castellano ambos conceptos se llaman duelo)

Parkes define cuatro fases en el duelo:

1. Período de insensibilidad que se produce momentos cercanos a la pérdida.. ayuda a desatender el hecho de la pérdida al menos durante un breve período de tiempo.
2. Fase de anhelo. Se anhela que la persona perdida vuelva y tiende a negar la permanencia de la pérdida. La rabia juega una parte importante en esta fase.
3. Fase de desorganización y desespero. La persona en duelo encuentra difícil funcionar en su medio.
4. Fase de conducta reorganizada. Empieza a recuperar su vida.

Al igual que las etapas, hay solapamientos entre las distintas fases y son pocas diferentes.

Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo; la frase que se cita a menudo “el tiempo lo cura todo” es cierta. También es cierta la noción de que el duelo crea tareas que se deben cumplir, y aunque esto quizá sea desbordante para la persona en la agonía del duelo agudo también puede, con la ayuda de un asesor, ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final; un antídoto poderoso para los sentimientos de impotencia que experimentan muchas personas en duelo.

ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DUELO: FACILITAR EL DUELO NO COMPLICADO

Metas del asesoramiento:

El objetivo global del asesoramiento en procesos de duelo es ayudar al superviviente a completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y a ser capaz de decir un adiós final. Existen objetivos específicos que corresponden a las cuatro tareas. Estos objetivos específicos son:

1. Aumentar la realidad de la pérdida.
2. Ayudar a la persona asesorada a tratar tanto las emociones expresadas como las latentes.
3. Ayudaría a a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida.
4. Animaría a decir un adiós apropiado y a sentirse cómoda volviendo otra vez a la vida.

Identificar personas en duelo con riesgo

Las siguientes variables eran predictores significativos de la persona que no iba a funcionar bien uno o dos años más tarde:

1. Nivel alto de falta de apoyo percibido en la respuesta de la red social durante la crisis.
2. Nivel moderado de falta de apoyo percibido en la respuesta de la red social a la crisis y con circunstancias particularmente “traumáticas” de la muerte.
3. Una relación marital previa muy ambivalente con el fallecido, circunstancias traumáticas de la muerte, y necesidades no cubiertas.
4. La presencia de una crisis vital al mismo tiempo.

Cuatro grupos principales de predictores que eran importantes para explicar el ajuste al duelo:

- variables sociodemográficas
- factores de personalidad
- variables de apoyo social
- el significado de la muerte.

Parkes y col., usan el Índice de Riesgo en el Duelo de ocho variables para identificar a los miembros de la familia con una necesidad especial de apoyo. Sin en la evaluación aparecen varias de esas dimensiones en una persona cuatro semanas después de la muerte, se la identifica como necesitada de intervención:

1. más hijos jóvenes en casa
2. clase social baja
3. empleo: poco o ninguno
4. rabia: alta
5. anhelo: alto
6. autorreproche: alto
7. falta de relaciones actuales
8. afrontamiento estimado por el evaluador: requiere ayuda

Lo que predice un duelo difícil en una población puede diferir de lo que lo predice en otro grupo.

Principios y Procedimientos del Asesoramiento Psicológico

1. Principio uno: ayudar al superviviente a hacer real la pérdida

Cuando alguien pierde a un ser importante, aunque la muerte sea esperada, siempre hay una cierta sensación de irrealidad, de que no ocurrió realmente. Además, la primera tarea es llegar a tener una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad: la persona está muerta y no volverá. Los supervivientes deben aceptar esta realidad para poder afrontar el impacto emocional de la pérdida.

El asesor puede fomentar en los supervivientes el hablar de la pérdida mediante preguntas: “¿dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió? ¿Quién te lo dijo a ti? ¿Dónde estabas cuando te enteraste? ¿Cómo fue el funeral? ¿Qué se dijo en el servicio religioso?” todas estas preguntas se enlazan para ayudar a la persona a que hable, específicamente, de las circunstancias que rodearon a la muerte. Mucha gente necesita repararlo una y otra vez en su mente, revisar los acontecimientos de que ha ocurrido. Para esto se puede necesitar algún tiempo.

Shakespeare en Macbeth aconsejó: “transmite palabras de dolor; el dolor que no habla cierra el corazón sobreexcitado y le hace romperse”.

Visitar el cementerio o el lugar en el que reposan o están esparcidos los restos, también puede hacer que se dé cuenta de la realidad de la pérdida. Explorar con los clientes si visitan alguna vez la tumba y qué supone eso para ellos. Si no la visitan, preguntar cuál es su fantasía respecto a ir. Las visitas al cementerio tienen sus raíces en las expectativas y prácticas culturales y pueden dar también alguna pista respecto a cómo está elaborando la persona la tarea I. A algunas personas hay que animarlas a visitar la tumba como parte del trabajo del duelo. Esto se puede hacer con amabilidad, de una manera sensible, y teniendo cuidado con el momento en que se hace la sugerencia.

El asesor puede escuchar con paciencia y puede continuar animando a la persona a hablar. Puede incluir hablar de recuerdos del fallecido, tanto actuales como pasados.

2. Principio dos: ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos

Debido a su dolor y su disgusto, puede que el superviviente no reconozca muchos de sus sentimientos, o puede que no los sienta en el grado necesario. Algunos de los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad y la impotencia.

Enfado: cuando alguien a quien se quiere muere es muy normal sentirse enfadado. Probablemente el enfado proviene de dos fuentes. Una la frustración, y una sensación de impotencia regresiva. Es cierto que muchas personas lo experimentan pero no siempre lo asocian con el fallecido. Este enfado es real y debe ir a algún lugar, de manera que si no se dirige hacia el fallecido, que es el objetivo real, se puede desviar a otras personas como el médico, el personal hospitalario, el director de la funeraria, el clero o un miembro de la familia. Si el enfado no se dirige hacia el fallecido ni se desplaza hacia alguna persona, se puede volver hacia uno mismo (dirigirse hacia dentro y experimentarse como depresión, culpa, o disminución de autoestima). En casos extremos una conducta suicida, ya sea en pensamiento o en acción. El asesor psicológico que trabaje en situaciones de duelo y sea competente, investigará siempre la ideación suicida. Una pregunta simple como “¿has sido tan malo que has pensado en autolesionarte?” es más probable que tenga resultados positivos que que mueva a alguien a emprender una acción autodestructiva. Los pensamientos suicidas no siempre representan un enfado dirigido hacia uno mismo, también pueden provenir del deseo de reunirse con el fallecido. Alguno de los sentimientos de enfado son consecuencia del dolor tan intenso que se experimenta en esos momentos, y el asesor puede ayudar al cliente a contactar con ellos. Sin embargo, la mayoría de las veces no es útil tratar el tema del enfado directamente. Una técnica indirecta que a mí me ha resultado beneficiosa es la expresión moderada “echar de menos”. A veces pregunto al superviviente “¿qué echas de menos en él?” y la persona responde con una lista que muchas veces le produce tristeza y lágrimas. Un poco después le pregunto: “¿qué es lo que no echas de menos de él?”. Normalmente hay una pausa y una mirada de espanto y la persona dice algo como “bien, nunca lo había pensado de esta manera, pero ahora que lo menciona no echo de menos que dejara la ropa en el suelo, que no viniera a

cenar a la hora” y muchas otras. Entonces empieza a reconocer algunos de los sentimientos más negativos. Es importante no dejar a los clientes con dichos sentimientos sino que hay que ayudarlos a equilibrar los sentimientos positivos y los negativos. Es importante no dejar a los clientes con dichos sentimientos positivos y los negativos, para que vean que los unos no excluyen a los otros y viceversa. Aquí el terapeuta juega un papel activo. En algunos casos todo lo que la persona tiene son sentimientos negativos y es importante ayudarla a entrar en contacto con los positivos que seguro existen, aunque sean pocos en número. Recordar sólo lo negativo puede ser una manera de evitar la tristeza que se experimenta cuando se admite que una pérdida es significativa. Admitir los sentimientos positivos es una parte adecuada y sana. Aquí el problema no es la represión de un sentimiento disfórico como el enfado, sino la represión de los sentimientos de afecto.

Culpa: Existen varias cosas que pueden producir sentimientos de culpa después de una pérdida. Por ejemplo, por no haber ofrecido al fallecido una atención médica mejor, porque no deberían haber permitido que le operaran, por no haber consultado al médico antes o por no haber elegido el hospital correcto. Los padres cuyo hijo muere son muy vulnerables a estos sentimientos, que se centran en el hecho de que no pudieron evitar que el hijo dejara de sufrir o que muriera. Algunos se sienten culpables por no experimentar la cantidad de tristeza que consideran apropiada. Este sentimiento es, en su mayor parte, irracional y se centra en las circunstancias de la muerte. El asesor puede ayudar aquí porque la culpa irracional se rinde ante la confrontación con la realidad. Si alguien dice: “no hice suficiente”, yo pregunto: “¿qué hiciste?” y ellos responden “hice tal” entonces digo “¿qué más hiciste?”. “bueno, hice esto”, “¿qué más?” “bueno hice aquello”. Entonces se le ocurren más cosas y dicen “hice esto y esto y esto”. Después de un tiempo llegan a la conclusión: “quizá hice todo lo que pude en esas circunstancias”. Sin embargo, existe una culpabilidad real y ésta es más difícil de trabajar. En algunas ocasiones he usado técnicas de psicodrama en terapia de grupo para ayudar a la persona a superar este tipo de culpa.

Ansiedad e impotencia. Las personas que sobreviven a una muerte se sienten muy ansiosas y con miedo. Gran parte de esta ansiedad proviene de la impotencia de pensar que no pueden continuar y sobrevivir solos. Ésta es una experiencia regresiva que mejora con el tiempo, cuando se dan cuenta de que, aunque es difícil, se las pueden arreglar solos. El papel del asesor es ayudarles a reconocer, mediante la reestructuración cognitiva, las estrategias que usaban para funcionar solo antes de la pérdida, y esto les ayuda a dar a estos sentimientos algún tipo de perspectiva. Una segunda fuente de ansiedad proviene de la conciencia cada vez mayor de la muerte personal. Esto es algo que todos tenemos y que permanece en el fondo de nuestra conciencia. De vez en cuando se vuelve más real. Para la mayoría de nosotros, la conciencia de nuestra propia muerte existe a un nivel muy bajo. Sin embargo, con la pérdida de un ser significativo, ya sea un amigo íntimo o un miembro de la familia, esta conciencia aumenta y produce una ansiedad existencial. El asesor puede tomar varias direcciones, dependiendo del cliente. Para algunos es mejor no tratar esta cuestión directamente sino dejarla pasar y suponer que se mitigará y se desvanecerá con el paso del tiempo. Con otros es útil tratar esta cuestión directamente y conseguir que hablen de sus miedos y aprensiones. Hablar de esto con el asesor puede ayudar a los clientes a sentir alivio al desahogarse de sus preocupaciones y explorar otras opciones. En cualquier caso, el asesor debería usar su mejor juicio para decidir qué elección es la más apropiada.

Tristeza. Existen algunas ocasiones en las que el asesor debería estimular la tristeza y el llanto. Es frecuente que la personas se nieguen a llorar delante de los amigos por miedo a abusar de su amistad o a perderla y sufrir así otra pérdida. Llorar en una situación social se puede suprimir para evitar la crítica de los otros. Algunas personas temen que llorar abiertamente no parezca digno o que incomode a los demás. Llorar sólo puede ser útil, pero no suele ser tan eficaz como llorar con alguien y recibir su apoyo. Sin embargo, simplemente llorar no es, suficiente. Se necesita ayuda para identificar el significado de las lágrimas y este significado cambiará... a medida que se avanza en la elaboración del duelo. Es importante que el asesor no esté satisfecho con la simple expresión de emociones. Es esencial centrarse, la tristeza debe ir acompañada de la conciencia de lo que se ha perdido; el enfado se ha de dirigir de manera apropiada y eficaz; se ha de evaluar y resolver la culpa; se ha de identificar y manejar la ansiedad. Si el asesor no tiene estos objetivos no es eficaz, a pesar de la cantidad de sentimientos que se estén evocando. Las personas en duelo han de alcanzar cierto equilibrio que les permita experimentar dolor, sensación de pérdida, soledad miedo, enfado, culpa y tristeza; dejar entrar la angustia y dejar salir las expresiones de dicha angustia; saber y sentir en el fondo de su alma lo que les ha ocurrido; y sin embargo, hacerlo en dosis, para que dichos sentimientos no les desborden.

3. Principio tres: ayudar a vivir sin el fallecido

Este principio implica ayudar a las personas a adaptarse a una pérdida y facilitar su capacidad para vivir sin el fallecido y para tomar decisiones de manera independiente. Para lograrlo, el asesor puede usar un enfoque de solución de problemas, es decir, cuáles son los problemas que ha de afrontar el superviviente y cómo se pueden resolver. El fallecido desempeñaba diversos roles. Un rol importante en las familias es el de toma de decisiones, y a veces esto causa problemas después de la muerte de un cónyuge. El asesor le puede ayudar a que aprenda habilidades de afrontamiento y de toma de decisiones para poder asumir el papel que antes desempeñaba su marido y reducir así su malestar emocional.

Otro aspecto importante a tratar cuando se trabaja con la pérdida de un cónyuge es la pérdida de la pareja sexual. Es importante ser capaz de comentar los sentimientos sexuales que surgen, incluida la necesidad de ser tocado/a y abrazado/a. El asesor puede sugerir diferentes maneras de tratar estas necesidades según la personalidad y sistema de valores del cliente.

Como principio general, a la persona que ha sufrido una pérdida reciente se le debería recomendar que no tomara decisiones que produzcan cambios importantes en su vida, como vender propiedades, cambiar de trabajo o de carrera o adoptar hijos, inmediatamente después de la muerte. Es difícil tener un buen juicio en la fase aguda del duelo, en la que existe un riesgo elevado de reaccionar de manera desadaptada. Es mejor elaborar el duelo donde las cosas sean familiares.

Al disuadir a las personas en duelo de que tomen decisiones que produzcan cambios importantes en su vida de que tomen decisiones que produzcan cambios importantes en su vida de manera precipitada hay que tener cuidado de no provocar una sensación de impotencia. Por el contrario, hay que decirles que serán capaces de tomar decisiones y de llevar a cabo acciones cuando estén preparados pero que no lo hagan simplemente para reducir el dolor.

4. Principio cuatro: facilitar la recolocación emocional del fallecido

Al facilitar la recolocación emocional, el asesor puede ayudar a los supervivientes a encontrar un lugar nuevo en su vida para el ser querido que han perdido, lo cual les permitirá seguir adelante con su vida y establecer nuevas relaciones. Recordar es una manera de despojarse de la energía emocional relacionada con el fallecido. A algunas personas no hay que animarlas pero a otras sí, sobre todo a los que han perdido al cónyuge. Algunos vacilan a la hora de establecer relaciones nuevas porque creen que esto deshonrará la memoria del difunto. Otros dudan porque sienten que nadie podrá ocupar el lugar de la persona que han perdido. Hasta cierto punto esto es cierto, pero el asesor puede ayudarles a darse cuenta de que, aunque nunca podrán reemplazarla, no hay nada de malo en intentar llenar el vacío con una nueva relación.

También existen aquellos que, en vez de vacilar, se lanzan rápidamente a nuevas relaciones, y el asesor les puede ayudar a interpretar hasta qué punto es esto apropiado. Si uno se precipita en reemplazar rápidamente al fallecido, se puede sentir bien durante un tiempo, pero esto le impide experimentar la intensidad y la profundidad de la pérdida. Esta intensidad se ha de experimentar antes de acabar el duelo. Además, para que la relación funcione a la nueva persona se le ha de reconocer y apreciar por si misma.

5. Principio cinco: dar tiempo para elaborar el duelo

La elaboración del duelo requiere tiempo. Algunos miembros de la familia pueden impacientarse por superar la pérdida y el dolor, y por volver a una rutina normal y eso puede suponer un obstáculo.

Se necesita tiempo para acomodarse a la pérdida y a todas sus ramificaciones. El asesor puede ayudar a la familia a entender esto, algo que puede parecer obvio pero que sorprendentemente no siempre lo es para los miembros de la familia.

Ciertos momentos son particularmente difíciles. Los asesores deben tener claros estos períodos críticos y contactar con la persona si no hay contacto regular. Entre los períodos críticos están el tercer mes y el primer aniversario de la muerte.

Para muchos, las vacaciones son lo más duro. Una intervención eficaz es ayudar al cliente a anticiparlas y prepararse por adelantado.

La frecuencia con que se contacta con el superviviente depende de la relación que se tiene con él y del contrato del asesoramiento, ya sea éste formal o informal. La elaboración del duelo lleva tiempo y el asesor ha de tener en cuenta que la intervención se puede alargar durante algún tiempo en caso de necesidad, aunque los contactos reales puede que no sean frecuentes.

6. Principio seis: interpretar la conducta “normal”

La comprensión e interpretación de las conductas normales en un duelo. Después de una pérdida significativa muchas personas tienen la sensación de que se están volviendo locas. Esto se puede intensificar cuando se distraen y experimentan cosas que normalmente no forman parte de su vida. Si el asesor tiene una idea clara de lo que es una conducta normal, puede tranquilizar a la persona y decirle que estas experiencias nuevas son normales. Es raro que alguien se descompense y se convierta en psicóticos previos o cuando hay un diagnóstico de trastorno de personalidad borderline. Sin embargo, es bastante normal sentir que uno se está volviendo loco, sobre todo en las personas que han sufrido una pérdida importante anterior. Y sin un asesor sabe que, por ejemplo, las alucinaciones, la sensación intensa de aturdimiento, o la preocupación por el fallecido son conductas normales, puede tranquilizar bastante a la persona.

7. Principio siete: permitir las diferencias individuales

Existe un amplio rango de respuestas conductuales en el duelo. De la misma manera que es importante no esperar que todas las personas que están muriendo lo hagan de manera similar, también es importante no esperar que todas elaboren el duelo de la misma manera. Sin embargo, esto es difícil de entender para las familias. Se sienten incómodos cuando un miembro se desvía de la conducta del resto, o el mismo miembro que experimenta algo diferente está intranquilo respecto a su propia conducta.

8. Principio ocho: dar apoyo continuado

A diferencia de la terapia, que se centra más en un período de tiempo específico, en el asesoramiento los profesionales han de estar disponibles para el superviviente y la familia a lo largo de los períodos más críticos, al menos durante el primer año. El papel del asesor aquí es dar esperanza y una perspectiva amplia. Una buena manera de ofrecer apoyo continuado es a través de la participación en grupos.

9. Principio nueve: examinar defensas y estilos de afrontamiento

Implica ayudar a los clientes a examinar sus defensas y sus estilos de afrontamiento porque se intensificarán después de una pérdida significativa. Cuando se ha establecido un vínculo de confianza entre el cliente y el asesor, es más fácil que los clientes acepten comentar aspectos de su comportamiento presagian una conducta competente y otros no. Por ejemplo, una persona que afronta las situaciones usando un exceso de alcohol o drogas es probable que no se esté ajustando de manera eficaz a la pérdida.

El asesor ha de estar alerta e investigar sobre el uso y/o abuso de drogas o alcohol. El abuso de estas sustancias puede intensificar la experiencia de dolor y depresión y perjudicar el proceso de duelo. Si existe o se sospecha que hay un problema, el asesor haría bien en seguir un tratamiento activo que incluyera recurrir a grupos como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.

Alguien que evita ver fotos del fallecido o tener algo a la vista que se lo recuerde puede tener un estilo de afrontamiento poco sano. El asesor puede subrayar estos estilos de afrontamiento y ayudar al

cliente a valorar su eficacia. Luego pueden explorar juntos otras avenidas de afrontamiento posibles, más eficaces para reducir el malestar y resolver problemas.

10. Principio diez: identificar patologías y derivar

Un asesor que trabaja en situaciones de duelo es capaz de identificar la existencia de patologías desencadenadas por la pérdida y el duelo posterior y, en tal caso, de hacer una derivación profesional.

Algunos tópicos que todavía dispensan los amigos bienintencionados y de vez en cuando algún asesor no son útiles. Muchas de las mujeres en los estudios dicen “cuando alguien se me acerca y me dice: sé como te sientes, siento ganas de chillar y gritarles: tú no sabes cómo me siento, no es posible que lo sepas, tú nunca has perdido a un marido”. Comentarios como “sé muchacho valiente, la vida es para los vivos, esto acabará pronto, resistirás bien, estará superado en un año, estarás bien, al mal tiempo buena cara” generalmente no son nada útiles. Incluso “lo siento” puede ser un comentario que cierre cualquier comentario posterior. Y existen aquellos que intentando que alguien se seinta mejor, empiezan a solotar una retahíla sobre las pérdidas y tragedias que han tenido en su propia vida, quizá sin darse cuenta de que comparar tragedias no es un procedimiento útil. Las personas con dolor nos hacen sentir impotentes. Esta impotencia se puede reconocer con una simple afirmación como “no sé qué decirte”.

Técnicas útiles en el asesoramiento

1. *El lenguaje evocador.* El asesor puede usar palabras duras que evoquen sentimientos, como por ejemplo, “tu hijo murió” versus “perdiste a tu hijo”. Este lenguaje ayuda a la gente aceptar la realidad que rodea a la pérdida y puede estimular algunos de sus sentimientos dolorosos. También puede ser útil hablar del fallecido en pasado: “su marido era...”.
2. *El uso de símbolos.* Hacer que el cliente traiga fotos del fallecido a las sesiones. Esto no sólo ayuda al asesor a tener una sensación más clara de quién era dicha persona sino que, además, crea una sensación de inmediatez y un enfoque concreto para hablar al fallecido en vez de hablar de él. Otros símbolos que me han resultado útiles son cartas escritas por el fallecido, cintas de casete o de vídeos suyos y artículos de ropa y joyería.
3. *Escribir.* Hacer que el superviviente escriba una o varias cartas al fallecido expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto le puede ayudar a arreglar los asuntos pendientes y a expresar las cosas que necesite decirle. Llevar un diario explicando la experiencia del duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.
4. *Dibujar.* Al igual que la escritura, hacer dibujos que reflejen los propios sentimientos y experiencias con el fallecido son también útiles. Ésta es una técnica muy buena para usar con niños, pero también funciona con adultos.
5. *Role playing.* Ayudar a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que se sienten molestas es una manera de desarrollar sus habilidades, algo que es muy útil al trabajar con la tarea III. El asesor puede participar en el role playing ya sea como facilitador o para modelar posibles conductas nuevas en el cliente.
6. *Reestructuración cognitiva.* Aquí el supuesto subyacente es que nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todo los pensamientos encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente. Al ayudar al paciente a identificar estos pensamientos y contrastarlos con la realidad para ver su precisión y sobregeneralización, el asesor puede ayudar a reducir los sentimientos disfóricos que provocan ciertos pensamientos irracionales, como “nadie me volverá a querer de nuevo”, un pensamiento que ciertamente no es probable en el presente.
7. *El libro de recuerdos.* Una actividad que puede realizar la familia conjuntamente es hacer un libro de recuerdos sobre el fallecido. Este libro puede incluir historias sobre los acontecimientos familiares, cosas memorables como instantáneas y otras fotografías y poemas y dibujos realizados por diferentes

miembros, incluidos los niños. Esta actividad puede ayudar a la familia a recordar viejas historias y finalmente, a elaborar el duelo con una imagen más realista de la persona muerta. Además, los niños pueden volver a revisarlo para reintegrar la pérdida en su vida de crecimiento y cambios.

8. *Imaginación guiada.* Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que siente necesidad de decirle, es una técnica muy poderosa. El poder viene, no de la imaginación sino de estar en el presente, y de nuevo, hablar con la persona en vez de hablar de la persona.

El uso de medicación

El consenso general es que la medicación se debería usar con moderación y simplemente para aliviar la ansiedad o el insomnio no para aliviar los síntomas depresivos. Sin embargo, cuando se administra algún fármaco a pacientes en la fase aguda del duelo es muy importante mantener fuera del alcance cantidad de medicamentos potencialmente letal.

Es desaconsejable dar medicación antidepresiva a personas en fase aguda del duelo. Estos antidepresivos tardan mucho tiempo en hacer efecto, en raras ocasiones alivian síntomas normales del duelo y podrían preparar el terreno para un duelo anormal, aunque esto no se ha demostrado en estudios controlados. Se haría una excepción en casos de episodios depresivos mayores.

Asesoramiento en grupos

El asesoramiento se puede realizar en el contexto de un grupo. Esto es no sólo muy eficaz sino que, además, puede ser una manera efectiva de ofrecer el apoyo emocional que la persona está buscando. Algunas indicaciones para crear un grupo y para hacer que funcione de manera eficaz:

- *Elegir el formato de grupo.*
 - a) Propósitos: apoyo emocional, educación o fines sociales. A veces empiezan con uno y evolucionan con otro.
 - b) Estructura: cerrados o abiertos.
 - c) Logística: el número de encuentros, su duración, el tamaño del grupo y su localización y el costo de los encuentros.
- *Preseleccionar a los participantes: factores:*
 - a) es favorable la homogeneidad, reunir a personas que han tenido pérdidas similares.
 - b) Lo reciente que sea la pérdida. No incluir personas cuya pérdida se ha producido hace seis semanas o menos.
 - c) Hay dos tipos de pérdidas que pueden presentar problemas particulares y a estos miembros potenciales se debería considerar cuidadosamente si se les incluye en el grupo: las pérdidas múltiples y las pérdidas de las que resulta difícil hablar como el suicidio. Sería mejor incluir al menos dos supervivientes de una muerte por suicidio. La misma consideración se aplica a pérdidas a causa del sida. Pueden ser muy eficaces grupos específicos para este tipo de pérdidas.
- *Definir expectativas.* El profesional que hace las entrevistas de selección puede modelar las expectativas de cada persona y tratar cualquier equivocación o miedo poco realista sobre la pertenencia al grupo.
- *Establecer reglas básicas.* Las establece el facilitador del grupo al principio y debe reiterarlas en el primer par de sesiones. Tienen varios propósitos: proporciona estructura, pueden aumentar la sensación de apoyo y ayudan al control. Algunos ejemplos de reglas básicas en grupos de apoyo en duelos:
 - a) Se espera que los miembros asistan a cada una de las sesiones y que sean puntuales.

- b) La información que se comparte en el grupo permanece en el grupo. Fuera del mismo los miembros no son libres de hablar sobre la experiencia de otro miembro.
- c) Cada uno es libre de compartir tanto o tan poco sobre su pérdida como elija.
- d) Todo el mundo tiene el mismo tiempo para explicar su experiencia. Esta regla ayuda a evitar el problema de que una persona monopolice la atención del grupo.
- e) No damos consejo a no ser que se nos pida. Es muy fácil, en situaciones de grupo, y particularmente en grupos de duelo, que la gente dé consejos. Generalmente el consejo no se solicita ni se agradece.

- *Determinar el enfoque del facilitador.* Hay formatos a elegir: algunos grupos los llevan sólo personas en duelo, otros los llevan profesionales de la salud mental, otros son grupos llevados por legos pero con apoyo profesional, dando la posibilidad de consultar con alguien si surgen cuestiones sobre los sujetos o sobre las interacciones individuales o de grupo.

Parece ser que el estilo más eficaz en grupos de apoyo emocional es ser activo al principio y luego, a medida que el grupo se forma y emerge la facilitación de dentro del grupo, el facilitador inicial puede retirarse y volverse menos activo. El estilo depende, por supuesto, de las metas del grupo.

Cuando los grupos son grandes la co-facilitación es esencial.

Es importante que el facilitador evite elegir favoritos.

- *Entender las dinámicas interpersonales.* Tres necesidades que están en la mente de la gente cuando participa en grupos:
 - a) Inclusión: la mayoría de la gente que llega a un grupo nuevo mirará alrededor y se preguntará a sí misma: “¿encajo?” y “¿son éstos mi tipo de gente?”.
 - b) Control: “¿soy importante?” “¿importo en este grupo?” “¿hasta qué punto puedo influir en este grupo?” “¿hasta qué punto me influirán otros miembros a mí?”.
 - c) Afecto: “¿se preocupan por mí?”, “¿le importa realmente a la gente lo que me pasa?”. Las necesidades afectivas tienden a cubrirse cuando el grupo desarrolla un sentido de identidad y cohesión y el grado de interés varía.

Las personas quieren sentirse seguras e importantes. Si surgen problemas de conducta que son molestos, es interesante plantear la pregunta: “¿no se siente segura esta persona? ¿No se siente importante?”. Tratar estas cuestiones puede ayudar a atenuar el problema.

- *Controlar conductas perjudiciales de manera efectiva.*
 - a) Mi pérdida es mayor que la tuya. Una manera que tiene el facilitador para controlar esta situación es decir: “en este grupo son importantes las pérdidas de todo el mundo” y “no estamos aquí para comparar pérdidas”.
 - b) El que da consejos. Controlar a la persona que da consejos es bastante fácil, si hay una regla básica en el grupo que afirma “no se da consejo si no se pide”.
 - c) El moralista. Es la persona que da consejos moralistas expresados como “debes” o “deberías” y “tendrías que”. Le animamos a decir “esto es lo que yo haría” en vez de decir “esto es lo que deberías hacer”.
 - d) El no participante. Muchas veces son malinterpretadas por otros miembros como críticas. La mejor manera de evitar los no participantes es que el facilitador ayude a todo el mundo a compartir algo de su propia pérdida en la primera sesión.
 - e) La persona que saca a relucir algo importante al final de la sesión. Se debería animar a las personas que hacen esto a comentar este asunto al principio de la sesión siguiente, en vez de permitir que se prolongue la sesión y entrar en diferentes luchas por el control.
 - f) La persona que comparte cosas con el terapeuta después del grupo. Para el facilitador es fácil decirle: “creo que es importante que todos oigan esto; empecemos la siguiente sesión hablando de ello, ¿podrías?”.
 - g) El que interrumpe. Un facilitador fuerte puede mantener a raya al que interrumpe y, en un momento más apropiado, permitirle que hable del asunto que tiene en la cabeza.
 - h) La persona que muestra un afecto inapropiado. Las personas experimentan a veces ansiedad y ésta encuentra su expresión en la risa.
 - i) La persona que hace comentarios irrelevantes. El facilitador puede decir “¿me podrías decir qué relación tiene esto con lo que estamos haciendo ahora?”.

- j) La persona que comparte demasiado. A veces un miembro del grupo comparte demasiado al principio de la vida del grupo y luego da marcha atrás y deja de compartir cosas o no vuelve al grupo. Un facilitador a veces ve que se va a producir esto y puede prevenir amablemente a la persona.
- k) El miembro del grupo que cuestiona o critica al facilitador. Puede hacer que los miembros se sientan incómodos. Puede intervenir preguntando “¿qué he hecho para que percibas que soy por ejemplo homofóbico?”.

Facilitar el duelo a través del ritual del funeral

El funeral fue blanco de muchas críticas, pero si se hace bien, puede ser un accesorio importante para ayudar e incitar a una resolución sana del duelo. Algunas nociones generales de lo que puede hacer un funeral:

- Puede ayudar a hacer real la pérdida. Ver el cuerpo de la persona fallecida ayuda a darse cuenta de la realidad y la finalidad de la muerte. Incluso en el caso de que lo incineren, el cuerpo puede estar presente aún en el funeral, ya sea en un ataúd abierto o cerrado, y se puede incinerar después de la ceremonia. El funeral puede ser positivo para ayudar a los pacientes a elaborar la primera tarea del duelo.
- El funeral puede dar a la gente la oportunidad de expresar sentimientos respecto al fallecido. La mejor situación es aquella en la que la gente puede expresar tanto las cosas que van a echar de menos de la persona querida como las cosas que van a echar de menos como las cosas que no, aunque algunos puedan considerar esto inapropiado.
- La ceremonia puede además ser una reflexión sobre la vida de la persona que se ha ido. Es posible tener algunas cosas suyas en la ceremonia general para poder señalar lo que era importante para él.
- El funeral tiene el efecto de tender una red de apoyo social a la familia que puede ser extremadamente útil para facilitar el duelo.

REACCIONES ANORMALES EN EL DUELO: EL DUELO COMPLICADO

¿Por qué fracasa la gente al elaborar un duelo?

Factores relacionales

Las variables relacionales definen el tipo de relación que tiene la persona con el fallecido. La relación que suele impedir que la gente elabore un duelo adecuadamente es la que tiene un grado elevado de ambivalencia con hostilidad no expresada.

Otro tipo de relación que plantea problemas es la narcisista, en la que el fallecido representa una extensión del superviviente. Admitir la pérdida supone admitir la pérdida de una parte de sí mismo, así que la niega.

En algunos casos, la muerte puede volver a abrir viejas heridas. La investigación sobre abuso ha mostrado que las víctimas sufren de baja autoestima y estilos atribucionales autoculpaadores. Esta sensación de culpa puede reaparecer durante y después de la muerte y lleva a la persona a formas de duelo más complicadas. Esto es menos probable que ocurra si se ha elaborado el tema del abuso antes de la muerte.

Una persona que tiene una relación muy dependiente y pierde la fuente de dicha dependencia, experimenta un cambio de autoimagen de persona fuerte, bien sostenida por la relación con otra persona fuerte, a la estructura preexistente de débil, de niño abandonado impotente, suplicando en vano que le rescate la persona perdida o que la ha abandonado. En la persona que pierde una relación demasiado dependiente, los sentimientos de impotencia tienden a desbordar cualquier otro sentimiento o cualquier capacidad para compensar este autoconcepto negativo con uno más positivo.

Factores circunstanciales

- Cuando la pérdida es incierta. Por ejemplo, un soldado desaparecido en acto de servicio.
- Cuando hay pérdidas múltiples como por ejemplo, en los terremotos, los incendios, o los accidentes de avión, o cuando mueren en un accidente varios miembros de una familia.

Factores históricos

Las personas que han tenido duelos complicados en el pasado tienen una probabilidad mayor de tenerlos en el presente. Las pérdidas y las separaciones del pasado tienen un impacto en las pérdidas, las separaciones y los apegos actuales y todos estos factores tienen que ver con el miedo a futuras pérdidas y separaciones y los apegos actuales y todos estos factores tienen que ver con el miedo a futuras pérdidas y separaciones y con la capacidad para establecer apegos en el futuro.

Un área de particular interés es la influencia de la pérdida parental temprana en el desarrollo de duelos complicados posteriores en otras pérdidas. La pérdida parental temprana es tan importante como la relación padre-hijo en la infancia. Existe cierta evidencia de que las personas que experimentan duelos complicados se sintieron inseguras en sus apegos de la infancia y eran ambivalentes respecto a su madre, su primer objeto de amor.

Factores de personalidad

Algunas personas que son incapaces de tolerar el malestar emocional extremo, así que se aíslan para defenderse de dichos sentimientos intensos. Sin embargo, debido a su incapacidad para tolerarlos, hacen un cortocircuito en el proceso y desarrollan un duelo complicado.

Aquellos cuya personalidad no tolera los sentimientos de dependencia tendrán un duelo complicado.

Aquellas personas en las que parte de su autoconcepto incluye ser la fuerte de la familia, pueden necesitar representar ese papel en su propio detrimento. Las personas “fuertes”, suelen estar reforzadas socialmente y no se permiten a sí mismas experimentar los sentimientos que se requieren para una resolución adecuada de la pérdida.

Factores sociales

El duelo es realmente un proceso social y se afronta mejor en un contexto en el que la gente se puede apoyar y reforzar mutuamente en su pérdida. Lazare destaca tres situaciones que pueden presagiar o dar lugar a un duelo complicado:

- a) No se puede hablar socialmente de la pérdida. (A menudo en la muerte por suicidio, sobre todo si las circunstancias son algo ambiguas y nadie quiere decir si ha sido un suicidio o un accidente, existe la tendencia en la familia y en los amigos a no hablar de las circunstancias que rodean a la muerte. Esta conspiración de silencio hace mucho daño al superviviente, que puede que necesite comunicarse con los demás para resolver su propio duelo.)
- b) La negación social de la pérdida; cuando la persona y los que están a su alrededor actúan como si la pérdida no hubiera ocurrido. Un ejemplo es la manera en que algunas personas afrontan el aborto. La pérdida se ha de elaborar y si no se hace puede salir a la superficie más adelante en otra situación.
- c) La ausencia de una red social de apoyo. El tipo de matriz de apoyo incluye a las personas que conocían al fallecido y que se pueden dar apoyo mutuo. La ausencia de red de apoyo social se debe a la geografía, pero puede estar ausente por otras razones como el aislamiento social.

Cómo se complica el duelo

El duelo complicado, anormal o patológico es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que no van hacia la asimilación o

acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Hay varias maneras de hacer un perfil del duelo complicado. Uno de los paradigmas más útiles lo describe en cuatro apartados: duelo crónico, duelo retrasado, duelo exagerado y duelo enmascarado:

Duelo crónico

Es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Las reacciones el día del aniversario son normales durante diez años o más, pero en sí mismas no indican un duelo crónico. La persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.

Para algunos el tratamiento requerirá que afronten el hecho de que la persona se ha ido y no volverá nunca. Para otros puede ser una ayuda para aclarar y afrontar los sentimientos confusos y ambivalentes hacia el fallecido. Algunas personas con duelo crónico pueden anhelar una relación que nunca fue pero que podría haber sido. Para aquellos que tenían una relación muy dependiente con el fallecido, parte de la intervención puede consistir en ayudarles a adaptarse a la ausencia del ser querido y a desarrollar sus propias habilidades. Los que tienen muchas necesidades de apego, la pérdida les hace sentir inseguros e incapaces de elaborarla solos. Un duelo crónico o prolongado requiere que el terapeuta y el cliente evalúen qué tareas no se han resuelto y por qué. La intervención se centra en la resolución de dichas tareas.

Duelo retrasado

Se llaman a veces inhibidos, suprimidos o pospuestos. La persona puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente. En un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva. La persona generalmente tiene la impresión clara de que la respuesta que experimenta es exagerada respecto a la situación.

Los sentimientos desbordantes que se tienen en el momento de la pérdida pueden hacer que la persona retrase su duelo. Esto se produce en casos de muerte por suicidio. Otro tipo de pérdidas también pueden estimular el duelo retrasado.

Las reacciones retrasadas no sólo se pueden desencadenar con una pérdida, sino que también viendo a otra persona que ha sufrido una pérdida o viendo una película, la televisión o cualquier otro acontecimiento en un medio de comunicación en el que el tema principal sea la pérdida.

Duelo exagerado

La persona que experimenta la intensificación de un duelo normal se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. Es consciente de que los síntomas y las conductas que está experimentando están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su experiencia es excesiva e incapacitante. Los duelos exagerados incluyen los trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida.

La depresión clínica posterior a una pérdida es un claro ejemplo. Si esos sentimientos de desesperanza se transforman en desesperación, irracional y van acompañados por otras características depresivas, pueden dar lugar a un diagnóstico de depresión clínica.

La ansiedad si se experimenta en forma de ataques de pánico o de conductas fóbicas, yo la incluiría en el duelo exagerado.

El abuso de alcohol u otras sustancias, producido o exacerbado por una muerte, se incluiría aquí, en el duelo exagerado.

Hay algunos que sufren una pérdida, normalmente de naturaleza catastrófica, que desarrollan signos y síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEP). Este trastorno se incluye en el duelo exagerado.

La manía después de una pérdida se puede producir en personas con una historia de trastornos afectivos. Si ocurre esto, se debería considerar la posibilidad de que se trate de una forma de duelo complicado.

Duelo enmascarado

Las reacciones de duelo enmascarado son interesantes en aquellos pacientes que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Desarrollan síntomas no afectivos o síntomas que se ven como los equivalentes afectivos del duelo.

Aparece de una de las dos maneras siguientes: enmascarado como síntoma físico o a través de algún tipo de conducta aberrante o desadaptativa. Las personas que no se permiten a sí mismas experimentar el duelo directamente pueden desarrollar síntomas médicos similares a los que exhibía el fallecido o algún otro tipo de queja psicósomática. Por ejemplo, el dolor puede ser un símbolo de duelo reprimido, al igual que los trastornos somatoformes.

Los síntomas físicos puede que no sean la única manifestación del duelo reprimido, también se pueden enmascarar como un síntoma psiquiátrico, como una depresión inexplicable, hiperactividad u otra conducta desadaptativa. Algunos estudios sugieren que la conducta delincuente se puede ver como una adaptación equivalente en el caso de un duelo enmascarado.

Diagnosticar un duelo complicado

Hay varias pistas en un duelo no resuelto:

1. Pista 1: la persona que está siendo entrevistada no puede hablar del fallecido sin experimentar un dolor intenso y reciente.
2. Pista 2: algún acontecimiento relativamente poco importante desencadena una intensa reacción emocional.
3. Pista 3: en la entrevista clínica aparecen temas de pérdidas.
4. Pista 4: la persona que ha sufrido la pérdida no quiere desprenderse de posesiones materiales que pertenecían al fallecido.
5. Pista 5: un examen de la historia médica de la persona revela que ha desarrollado síntomas físicos como los que experimentaba el fallecido antes de la muerte.
6. Pista 6: aquellos que hacen cambios radicales en su estilo de vida después de una muerte o que evitan a sus amigos, miembros de la familia y/o actividades asociadas con el fallecido pueden revelar un duelo no resuelto.
7. Pista 7: un paciente presenta una larga historia de depresión subclínica, marcada por la culpa persistente y la baja autoestima. Lo opuesto a esto puede ser también una pista, la persona que experimenta una falsa euforia después de una muerte puede experimentar un duelo no resuelto.
8. Pista 8: una compulsión a imitar a la persona muerta, particularmente si el cliente no tiene un deseo consciente o habilidad para realizar la misma conducta, viene de la necesidad de compensar la pérdida identificándose con el fallecido.
9. Pista 9: aunque se pueden estimular los impulsos destructivos a través de muchas situaciones, el duelo no resuelto puede ser una de ellas y se debería tener en cuenta.
10. Pista 10: una tristeza inexplicable que se produce en cierto momento de cada año puede ser también una pista, por ejemplo, en vacaciones y aniversarios.
11. Pista 11: una fobia respecto a la enfermedad o la muerte se relaciona muchas veces con la enfermedad específica que padeció el fallecido.
12. Pista 12: conocer las circunstancias que rodean a la muerte. Hay que preguntarles siempre cómo fue para ellos en aquel momento.

TERAPIA EN EL DUELO: CÓMO RESOLVER UN DUELO PATOLÓGICO

La meta del asesoramiento es facilitar las tareas del duelo a la persona que está elaborando uno reciente para que el proceso del mismo finalice con éxito. En la terapia en procesos de duelo la meta es identificar y resolver los conflictos de separación que imposibilitan la realización de las tareas correspondientes en personas cuyo duelo no aparece, se retrasa, es excesivo o prolongado.

La terapia en el duelo es lo más apropiado en situaciones que están dentro de estas tres categorías: duelo complicado como prolongado, el duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado o un duelo que se manifiesta con una reacción exagerada.

- a) **Duelo prolongado.** Son plenamente conscientes de que no están llegando a una resolución adecuada del duelo. La razón que hay detrás de este tipo de duelo complicado es un conflicto de separación que impide completar una de las tareas del duelo.
- b) **Enmascarado con síntomas somáticos o conductuales.** Los pacientes no son conscientes de que el duelo no resuelto es la razón de los síntomas. En el momento de la pérdida, no se produjo o se inhibió su expresión.
- c) **Duelo exagerado.** Las personas con una depresión o una ansiedad excesiva, o alguna otra característica asociada con la conducta normal del duelo pero manifestada de una manera exagerada, de modo que se las puede definir como disfuncionales y se les puede diagnosticar trastorno psiquiátrico.

Procedimientos terapéuticos en procesos de duelo

Hacer una lista de procedimientos terapéuticos puede ayudar a recordarlas. El supuesto esencial de estos procedimientos es que se aplicarán desde el propio marco teórico del terapeuta y desde su nivel de competencia profesional.

1. *Descartar enfermedades físicas.* Aunque algunos síntomas aparecen como equivalentes del duelo, no ocurre con todos ellos y no se debería empezar nunca una terapia en un duelo en el que el síntoma físico sea el factor más destacado a no ser que se pueda excluir plenamente que hay una enfermedad física detrás del síntoma.
2. *Establecer el contrato y la alianza terapéutica.* El paciente está de acuerdo con volver a explorar su relación con la persona o personas implicadas en la pérdida previa. El terapeuta refuerza la creencia del paciente de que esto será beneficioso, y coincide con él en que ésta es una área que vale la pena explorar. Las relaciones pasadas se exploran sólo si afectan directamente a la respuesta al duelo actual.
3. *Revivir recuerdos del fallecido.* Quién era, cómo era, qué recuerda el cliente de él/ella, de qué cosas disfrutaban juntos, etc. Es importante empezar a construir un entramado preliminar de recuerdos positivos que ayuden al paciente, más adelante, si se resiste a experimentar algunas de las emociones más negativas. En las primeras sesiones se dedica un tiempo considerable a hablar del fallecido, particularmente de las características positivas, cualidades y actividades agradables que el superviviente compartía con él. Gradualmente se habla de algunos de los recuerdos más “mezclados”. Finalmente se anima a la persona a comentar recuerdos llenos de dolor, enfado y desilusión. Si el paciente viene a buscar tratamiento consciente sólo de los sentimientos negativos, el proceso se hace el revés y se revisan los recuerdos positivos y las emociones sólo sin pocos. Si hay múltiples pérdidas se ha de trabajar con cada una separadamente. En general, es mejor explorar primero la pérdida que se cree que tiene menos factores que la complican.
4. *Evaluar cuáles de las cuatro tareas no se han completado.*

Si no se ha completado la tarea I, y el paciente se dice a sí mismo “no quiero que estés muerto” o “no estás muerto, sólo estás ausente”, la terapia se centra en el hecho de que la persona está muerta y en que el superviviente va a tener que aceptar la realidad y dejar que la persona se marche.

Si la dificultad se produce en la tarea II, y el paciente acepta la realidad sin al afecto, la terapia se centra en el hecho de que es normal sentir emociones positivas y negativas respecto al fallecido, y que

se puede llegar a un equilibrio entre ambas. Una de las intervenciones clave necesarias para realizar la tarea II es redefinir la relación del paciente con el fallecido.

Si la dificultad está en la tarea III, la parte más importante de la terapia es la solución de problemas: se enseña al paciente a vencer su impotencia ensayando nuevas habilidades, desarrollando roles nuevos y, en general, se le anima a volver a la vida.

Si la tarea sin vompletar es la IV, el terapeuta ayuda al paciente a emanciparse de un apego agobiante con el fallecido y, por lo tanto, a sentirse libre para cultivar nuevas relaciones y continuar con la vida. Esto implica dar al paciente permiso para dejar de sufrir, ayudarlo a sentirse capaz de tener relaciones nuevas y a explorar las dificultades que implica decir un adiós definitivo.

5. *Afrontar el afecto o la ausencia del mismo que provocan los recuerdos.* Se puede trabajar gradualmente explorando los sentimientos más ambivalentes y, finalmente, ayudando al paciente a estar en contacto con sus sentimientos de enfado. Ver que esos sentimientos no excluyen los positivos y viveversa, y ser capaz de expresárselos a su hijo/a difunto.

También puede surgir cuando se estimulan los recuerdos del fallecido es la culpa. Una vez se identifica la culpa, es importante ayudar a la persona a confrontarla con la realidad, gran parte de la culpa es irracional y no se aguanta al confrontarla con la realidad.

Parte de la culpa puede ser real. Es importante, cuando se trabaja con culpa real, incluir la búsqueda y la concesión de perdón entre el fallecido y el paciente. Para facilitar esto, pueden ser útiles ciertas técnicas de roles playing y de imaginación.

6. *Explorar y desactivar objetos de vinculación.* Objetos simbólicos que guarda el superviviente y le permiten mantener externamente la relación con el fallecido. Los objetos pueden dificultar la realización satisfactoria del proceso del duelo.

Generalmente, los objetos de vinculación se eligen de una de las cuatro áreas siguientes:

- * alguna pertenencia del fallecido, algo que llevaba puesto como un reloj o un pieza de joyería;
- * algo con lo que la persona fallecida amplió sus sentidos, como una cámara, que representaría una ampliación visual;
- * una representación del fallecido, como una fotografía;
- * algo que estaba a mano cuando se recibió la noticia de la muerte o cuando la persona en duelo vio el cuerpo del muerto.

Para la persona que posee un objeto de vinculación es importante saber dónde está dicho objeto en todo momento.

Volkan cree que la necesidad de dicho objeto proviene del conflictivo deseo de aniquilar al fallecido y, al mismo tiempo, de conservarlo vivo. Ambos deseos se condensan en el objeto de vinculación.

Los objetos de vinculación son similares a los objetos transicionales como los que guardan los niños cuando crecen lejos de sus padres.

Los objetos de vinculación son diferentes de los recuerdos. Los objetos de vinculación están investidos de mucho más significado y causan mucha más ansiedad cuando se pierden.

Es importante preguntar a los pacientes qué cosas han guardado después de la muerte y si se determina que están usando algo como objeto de vinculación, se debería comentar en terapia.

Podemos animar a los pacientes a que traigan los objetos a terapia. Sin sugerencias externas, muchas veces guardan o se deshacen de dichos objetos a los que habían otorgado previamente muchos significados.

7. *Reconocer la finalidad de la pérdida.* Es importante ayudar a dichos pacientes a evaluar por qué no pueden reconocer el final de su pérdida.

8. *Tratar la fantasía de acabar el duelo.* Es útil hacer que los pacientes exploren sus fantasías sobre cómo sería acabar el duelo o qué implicaría para ellos. ¿Qué perderían al acabarlo? Aunque es un procedimiento bastante simple, ofrece resultados fructíferos.
9. *Ayudar al paciente a decir un adiós final.* Decir adiós a un ser querido que ha fallecido puede ser algo confuso para algunas personas.

Se trata de decir adiós al deseo de que el fallecido esté vivo, de que esté aquí conmigo, y adiós a la fantasía de que puedo recuperar alguna vez a la persona perdida. Este proceso sitúa al fallecido en un lugar menos central en la vida del superviviente, de manera que éste puede continuar su vida.

Se puede hacer gradualmente durante el curso de la terapia. En cada sesión se anima al paciente a decir un adiós temporal al fallecido, “adiós por el momento” que finalmente lleva al punto de decir un adiós final cuando la terapia llega a su fin.

Es importante que el terapeuta deje al paciente tomar la iniciativa en este proceso preguntándoles si está preparado para decir adiós.

Consideraciones especiales para la terapia en procesos de duelo

1. La importancia de completar el trabajo del duelo de manera que el paciente no esté peor que antes de venir a terapia.
2. El desbordamiento de las emociones reprimidas.
3. Ayudar a los pacientes a afrontar la dificultad que experimentan durante la terapia. Se puede hacer muy difícil en situaciones sociales. A veces, con el permiso del paciente, informamos a los miembros de la familia con los que vive, de que se está haciendo una terapia a causa del duelo y que el paciente puede experimentar una tristeza intensa. De esta manera se alerta a la familia de los posibles cambios de conducta y se evitan los malentendidos.

Técnicas y en qué momento usarlas

Una técnica muy útil es la técnica Gestalt de la “silla vacía”: hacer que hablen directamente con la persona fallecida en presente. Ponemos una silla vacía en la consulta y hacemos que el paciente imagine que el fallecido está sentado en ella. Luego pedimos al paciente que hable directamente con el fallecido sobre los pensamientos y sentimientos que tiene respecto a la muerte y a su relación.

Una técnica relacionada con ésta, consiste en hacer que el paciente se siente en una silla, cierre los ojos, e imagine que está hablando con el fallecido.

Otra técnica es el psicodrama. Hacemos que los pacientes representen su rol y el de la persona fallecida, replicando y volviendo a replicar hasta que se resuelve el conflicto concreto. Usar fotos del fallecido puede facilitar muchas veces las metas de la terapia. El paciente trae a la sesión su fotografía favorita, que se puede usar para estimular recuerdos y emociones y, en ciertas ocasiones, se puede usar como centro de discusiones con el fallecido, en presente.

Con cualquier técnica es esencial elegir el momento oportuno. Es crucial que el terapeuta sepa cómo regular el momento de las intervenciones. Estimular las emociones antes de que el paciente esté preparado no funcionará. Las interpretaciones fuera de tiempo caerán por los suelos. Siempre es difícil preparar a la gente para que elija el momento oportuno de sus intervenciones psicoterapéuticas.

Evaluación de resultados

Normalmente hay tres tipos de cambio que nos ayudan a evaluar los resultados de la terapia. Son cambio en: la experiencia subjetiva, la conducta y el alivio de síntomas.

- a) *Experiencia subjetiva.* Las personas que completan una terapia a causa de un duelo informan de que subjetivamente están diferentes. Aumento de sentimientos de autoestima y de reducción de la culpa y aumento de los sentimientos positivos respecto al fallecido. Son capaces de pensar en el fallecido y de relacionar sus sentimientos positivos con experiencias positivas. Podríamos valorar un resultado positivo en frases como “ahora simplemente te echo de menos. Antes estaba angustiada.”.
- b) *Cambios conductuales.* Cuando se detiene la conducta de búsqueda, empiezan a volver a socializarse, a formar nuevas relaciones. Los pacientes que han evitado antes las actividades religiosas vuelven a ellas. Las personas que han evitado visitar el cementerio ahora lo visitan sin que se les sugiere.
- c) *Alivio de síntomas.* Los pacientes presentan menos dolores corporales y reducción del síntoma que les hizo buscar ayuda.

SISTEMAS FAMILIARES Y DUELO

La mayoría de pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar, y es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema.

La mayoría de las familias tienen algún tipo de equilibrio homeostático y la pérdida de una persona significativa en ese grupo familiar puede desequilibrar dicha homeostasis y hacer que la familia sienta dolor y busque ayuda. El conocimiento de la configuración total de la familia, la posición funcional de la persona moribunda en ella y el nivel de adaptación vital total son importantes para cualquiera que intente ayudar a una familia antes, durante y después de la muerte.

Los factores que afectan al proceso de duelo y que influyen en el grado de desorganización familiar incluyen:

- * las fases del ciclo vital familiar
- * los roles que desempeñaba el fallecido
- * el poder
- * el afecto
- * los patrones de comunicación
- * los factores socioculturales.

El concepto de terapia familiar se basa en la creencia de que la familia es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influyen entre sí. No es suficiente tratar a cada persona en relación con el fallecido y trabajar su duelo sin relacionarlo con toda la red familiar. Las características de los miembros individuales ayudan a determinar el carácter del sistema familiar, pero este sistema es más que la suma de sus características individuales.

Los mitos familiares trabajan de manera similar a las defensas en el individuo y dan definición e identidad al grupo familiar.

Las familias varían en su capacidad para expresar y tolerar sentimientos. Si no se tolera que los sentimientos se expresen abiertamente se pueden producir diferentes tipos de conductas de acting-out (llamativas, hiperactivas) que sirven como equivalentes del duelo. Las familias que lo afrontan de manera más eficaz son las que hacen comentarios abiertos sobre el fallecido mientras que a las cerradas no sólo les falta esa libertad, sino que además ofrecen excusas y hacen comentarios que logran que los otros miembros se queden callados. Las familias funcionales procesan sentimientos sobre la muerte incluyendo, admitiendo aceptando sentimientos de vulnerabilidad.

Un duelo no resuelto puede servir no sólo como factor clave en la patología familiar sino que puede contribuir a relaciones patológicas a lo largo de distintas generaciones.

Para evaluar el impacto del conflicto intergeneracional, Bowen anima a conseguir, como parte del proceso de admisión, la historia de la familia extensa, que debería cubrir al menos dos generaciones.

Cuando se evalúan los sistemas familiares y el duelo, se han de considerar al menos tres áreas principales:

a) La posición funcional o el papel que desempeñaba el fallecido en la familia. Si el fallecido tenía una posición funcional significativa, su muerte va a crear un gran malestar al equilibrio funcional.. Mediante la muerte se puede privar a la familia de un rol importante y se busca a otro miembro para que ocupe la vacante del rol.

Los niños juegan también roles importantes en la familia, y su muerte altera el equilibrio familiar.

La muerte de uno de los padres, cuando la familia es joven, puede tener efectos de amplio espectro.

Otra muerte importante con ramificaciones amplias es la muerte de un jefe de clan patriarcal que ha tenido la función de tomar decisiones en los asuntos familiares durante mucho tiempo.

b) La integración emocional de la familia. En una familia bien integrada se podrán ayudar más unos a otros a afrontar la muerte, incluso la de un miembro significativo de la familia, con poca ayuda externa. Una familia menos integrada puede mostrar reacciones de duelo mínimas en el momento de la muerte, pero los miembros pueden responder más adelante con diversos síntomas físicos o emocionales o con cualquier tipo de conducta social problemática.

c) También debemos evaluar cómo la facilitan o la dificultan las familias. Hay que entender el valor que las familias dan a las emociones y el tipo de patrones de comunicación que hacen que se dé permiso a sus miembros para expresar sentimientos o no.

La muerte de un hijo

Una muerte muy difícil, que afecta al equilibrio familiar y que a veces puede producir reacciones patológicas, es la muerte de un hijo y el efecto que tiene en sus hermanos. Los hijos supervivientes se vuelven el centro de maniobras inconscientes diseñadas para aliviar los sentimientos de culpa de los padres y se usan como una manera de controlar mejor el destino. Una de las posiciones más difíciles en que los padres ponen a los hijos supervivientes es en las de sustitutos del hijo perdido. En algunos casos puede dar lugar incluso a que el próximo hijo tenga el mismo nombre o parecido al del hijo muerto. Davies y cols., encontraron que las familias sanas eran capaces de reconocer la pérdida de un hijo sin esperar que otro hijo sin esperar que otro hijo ocupara su lugar. La capacidad de los padres para ayudar a los hermanos a comunicarse en la unidad familiar y darles la oportunidad de expresar directamente los sentimientos lleva a la negociación sana de las tareas del duelo.

Algunas familias afrontan los sentimientos respecto a la muerte de un hijo suprimiendo los hechos que rodean a la pérdida, de manera que el siguiente hijo puede que no sepa nada de sus predecesores.

No es extraño que, después de la pérdida, haya un tiempo en que se pase un poco por alto a los otros hijos. A veces se supone que los hijos son demasiado jóvenes para entender la pérdida o que necesitan protección de lo que se percibe como una situación mórbida. Pero generalmente a los hijos no se les da la atención que necesitan porque sus cuidadores primarios están en un estado traumático y simplemente no pueden ofrecer ayuda. Pueden ser útiles las redes de apoyo y aliviar algunas de las reacciones y sentimientos normales que experimenta un niño cuando muere un hermano.

Los niños pasan momentos difíciles intentando aclarar qué deben decir a los amigos y como afrontar el malestar de otra gente respecto a la muerte. Como resultado de este malestar, tienen miedo de jugar o de estar contentos porque no quieren que los demás piensen que no les importaba su hermano.

Sin una comunicación abierta y honesta, los niños buscan sus propias respuestas a preguntas que están por encima de su capacidad de comprender. Es particularmente importante que los padres disipen el pensamiento mágico y erróneo respecto a la muerte para poder establecer un vínculo emocional entre ellos y los hijos que quedan. Éste es un momento crucial que puede afectar al desarrollo de su personalidad y a su capacidad para establecer y mantener relaciones futuras.

Estas muertes son, con frecuencia, súbitas y prematuras: se supone que los padres sobreviven a sus hijos. Muchos de estos hijos mueren en accidentes, lo que aumenta el cuestionamiento del sentido de

competencia de los padres, puesto que parte del rol parental es mantener al hijo seguro. Esto puede llevar también a fuertes sentimientos de culpa.

Los amigos y la familia no saben cómo responder a dicha pérdida y como apoyar.

Ambos padres han sufrido una pérdida, pero la experiencia de duelo puede ser diferente para cada uno debido a que tenían una relación distinta con su hijo y a sus diferentes estilos de afrontamiento. Estas diferencias pueden producir tensión en la relación marital y esto a su vez puede producir tensiones y alianzas entre los miembros de la familia.

A los padres les sorprenden sus propias necesidades y respuestas cuando muere un hijo. La gravedad de la pérdida elicitaba una búsqueda de cercanía e intimidad, pero a algunos padres les sorprende sentir culpa cuando se descubren a sí mismos intentando cubrir esas necesidades sexualmente. Es importante que reconozcan y entiendan estas necesidades y sentimientos como parte del proceso vital normal.

Elaborar la pérdida de un hijo se puede complicar todavía más cuando los padres están divorciados. Se reúnen en este momento de crisis y esto puede evocar fuertes emociones y comportamientos extremos, desde conductas empáticas y de cuidado hasta una lucha extrema de poder y control.

Se han de trabajar las diferentes tareas del duelo.

También están presentes los sentimientos fuertes, incluido el enfado y la culpa hacia uno mismo y hacia los otros.

Las mismas ambivalencias y representaciones múltiples que formaban parte de las relaciones que tenían en vida con el hijo forman parte de la búsqueda de equilibrio cuando el hijo muere.

Hijos cuyos padres mueren

Cuando esto se produce en la infancia o en la adolescencia, el hijo puede fracasar a la hora de elaborar el duelo adecuadamente y, se pueden presentar más adelante como síntomas de depresión o de incapacidad para establecer relaciones íntimas durante la vida adulta.

Necesitamos cierto nivel de desarrollo cognitivo para entender la muerte porque no podemos integrar algo que no podemos entender. Algunos de los conceptos cognitivos que son necesarios para entender plenamente la muerte son:

- * el tiempo, incluyendo el sentido de para siempre
- * la transformación
- * la irreversibilidad
- * la causalidad
- * la operación concreta.

Piaget sugiere en sus estudios que las operaciones concretas están desarrolladas sólo en niños de más de siete u ocho años.

Tal como entendemos actualmente el desarrollo infantil, el niño que está por debajo de 18-24 meses no entiende plenamente que un objeto físico tiene una existencia separada de su percepción sensorial y su manipulación.

Entre los dos y los cinco años, se alcanza la constancia del objeto y el niño comprende mejor, aunque de manera incompleta, la muerte. Los niños de esta edad incluso reflejan más los estados emocionales adultos después de una pérdida, pero el riesgo es que puedan percibirla como si se debiera a su propia responsabilidad y/o su propia sensación de maldad. A esta edad los niños muestran también una fuerte tendencia a idealizar al adulto perdido.

Entre los cinco y los siete años el niño comprende mejor la muerte desde una perspectiva cognitiva pero todavía le faltan las habilidades del ego para afrontar la intensidad de los sentimientos. De los siete años a la adolescencia, el niño se aproxima al duelo más como un adulto, con una comprensión más clara y con mejores habilidades de afrontamiento. La pérdida a causa de una muerte se experimenta y se expresa de maneras diferentes en diferentes fases evolutivas.

El profesional de la salud mental ha de ser consciente de varias cosas cuando trata con niños que han perdido a sus padres:

1. Los niños elaboran el duelo, pero los diferentes en la elaboración vienen determinadas por su desarrollo tanto cognitivo como emocional.
2. La pérdida de uno de los padres a causa de una muerte es obviamente un trauma pero, en sí misma, no necesariamente lleva a una detención en el desarrollo.
3. Los niños entre cinco y siete años son un grupo particularmente vulnerable. Se han desarrollado cognitivamente lo suficiente como para entender algunas de las ramificaciones permanentes de la muerte pero tienen una capacidad de afrontamiento muy pequeña; es decir, sus habilidades personales y sociales no están suficientemente desarrolladas para permitirles defenderse. El asesor debería tener en cuenta a este grupo en particular.
4. También es importante reconocer que el trabajo del duelo puede que no acabe de la misma manera para un niño que para un adulto. El duelo por una pérdida de la infancia se puede revivir en muchos momentos de la vida adulta cuando lo reactivan acontecimientos vitales importantes.
5. Es importante que el profesional de la salud mental desarrolle enfoques preventivos para los niños que han perdido a sus padres. Las mismas tareas del duelo que se aplican a los adultos se aplican obviamente a un niño, pero estas tareas se han de entender y modificar en términos de su desarrollo cognitivo, personal, social y emocional.

Enfoques de intervención

A veces la familia acaba en una situación de altercado y conflicto o varios miembros se aíslan emocionalmente. Ayudarles a clasificar los problemas reales y los periféricos es un aspecto muy importante de este tipo de terapia familiar.

En cualquier situación familiar hay formadas de diferentes alianzas diádicas. Sirven para satisfacer las diferentes necesidades de poder que experimentaban los individuos. Cuando muere un miembro significativo de la familia, perturbando el equilibrio de la unidad, se han de formar otras alianzas. Las maniobras para formar estas nuevas alianzas pueden producir considerable malestar y tensión en la familia.

Algunas alianzas que se han formado se han de alterar. Si no se encuentra sustituto, al miembro desventajado puede buscar homeostasis mediante diversas enfermedades sociales, físicas o emocionales.

Otro problema que puede surgir en las familias después de una muerte es la necesidad de buscar un chivo expiatorio. Una manera poco efectiva de controlar el enfado es mediante el desplazamiento, asimismo, una de las maneras menos eficaces de controlar el enfado en relación al desplazamiento en la familia es mediante un chivo expiatorio: uno de los miembros de la familia se convierte en el blanco de la ira, la culpa y el enfado. A veces este rol de chivo expiatorio se impone a alguno de los miembros más jóvenes y más vulnerables.

La terapia familiar puede tratar el impacto del duelo incompleto en la vida de la familia y en su interacción posterior. El duelo incompleto es una defensa generalizada frente a pérdidas y decepciones posteriores y se puede transmitir sin darse cuenta a otros miembros de la familia, especialmente los hijos. Para superar esto el psiquiatra Norman Paul y sus colegas han desarrollado lo que él llama.

El duelo operacional consiste en inducir la respuesta del duelo preguntando directamente a un miembro de la familia por las reacciones ante las pérdidas reales que han sufrido. Entonces se pide a los otros miembros que están presentes que hablen de sus sentimientos, estimulados por la contemplación directa de la reacción de duelo de la primera persona. De esta manera, los hijos, muchas veces por primera vez, observan a sus padres expresar emociones intensas. Esto da al terapeuta una oportunidad para asegurarles que estos sentimientos son normales. Además da al terapeuta la oportunidad de revivir las amenazas episódicas de abandono que ha sufrido uno de los padres u otro miembro de la familia y que han tenido una influencia importante en la vida familiar. Durante estos períodos de activación del duelo se anima a los miembros de la familia a compartir sus experiencias emocionales y a reaccionar empáticamente ante las emociones expresadas por los demás. Al usar este procedimiento, Paul encuentra una enorme cantidad de resistencia y negación por parte de la familia, pero si se supera esta resistencia la intervención es muy beneficiosa.

El duelo y los ancianos

Una cuestión que afecta el sistema familiar es el aumento de población anciana en duelo.

Varias características del duelo en los ancianos:

- a) *Interdependencia.*
- b) *Pérdidas múltiples.* Este número cada vez mayor de pérdidas en un período breve puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, otras que puede experimentar la persona con edad como la pérdida de ocupación, de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones y para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral.
- c) *Conciencia de muerte personal.* Puede llevar a una ansiedad existencial.
- d) *Soledad.*
- e) *Ajuste a los roles.* Para los hombres ancianos puede ser más desorganizador que para las mujeres.
- f) *Grupos de apoyo.* Son particularmente importantes para los ancianos, cuya red de apoyo social ha disminuido y cuyo aislamiento es pronunciado.
- g) *Contacto físico.* Un asesor que esté cómodo teniendo contacto físico lo puede incluir al trabajar con esta población. Sin embargo, en cualquier momento en que se use el contacto físico terapéuticamente,

el asesor debe ser claro respecto a su conveniencia y ha de estar atento a si la persona quiere o está preparada para que la toquen.

- h) *Evocar recuerdos.* Como otra técnica de intervención. Se llama a veces revisión de vida. Es un proceso que ocurre de forma natural y lleva a la persona a un retorno progresivo a la conciencia de experiencias pasadas y en particular al resurgir de conflictos no resueltos.
- i) *Discutir la recolocación.* Ser capaz de permanecer en su casa da a los ancianos una sensación de control personal y ofrece un escenario en el que recordar el querido pasado.
- j) *Desarrollo de habilidades.* Es posible que algunos ancianos se vuelvan demasiado dependientes de sus hijos. Aunque están en duelo, tienen la capacidad de desarrollar nuevas habilidades y al hacerlo, pueden cosechar la sensación de autoestima que produce la maestría.

Necesidades familiares versus necesidades individuales

Es importante reconocer que no todo el mundo en la familia trabajará las mismas tareas al mismo tiempo. Cada miembro procesará las tareas a su ritmo y a su manera.

Los miembros de una familia a veces están poco dispuestos a realizar un asesoramiento con todo el grupo. Pero, incluso cuando se encuentre con resistencia, es importante que el asesor intente incluir a toda la familia en las sesiones. La familia interactúa como unidad y cada individuo influye en los otros. Cuando el asesor puede evaluar los sentimientos de todos los miembros de la familia, hay una probabilidad mayor de que el asesoramiento sea eficaz y se restaure la unidad familiar.