

psicología clínica

**E**ste libro recoge las investigaciones más recientes respecto al fenómeno del duelo y el doble proceso que se desencadena en su desarrollo: el apego con la persona fallecida y el estrés generado por su pérdida.

Otro apartado importante lo constituyen las técnicas de evaluación con sus correspondientes instrumentos, junto a los procedimientos de interacción para facilitar su resolución.

Asimismo en esta obra se hace referencia a las nuevas perspectivas salutogénicas que reconocen la normalidad del fenómeno.

**Pilar Barreto Martín y M.ª Carmen Soler Saiz** son doctoras en Psicología y especialistas en Psicología Clínica.

# Muerte y duelo

**Pilar Barreto Martín  
M.ª Carmen Soler Saiz**

Pilar Barreto Martín M.ª Carmen Soler Saiz

Muerte y duelo

21



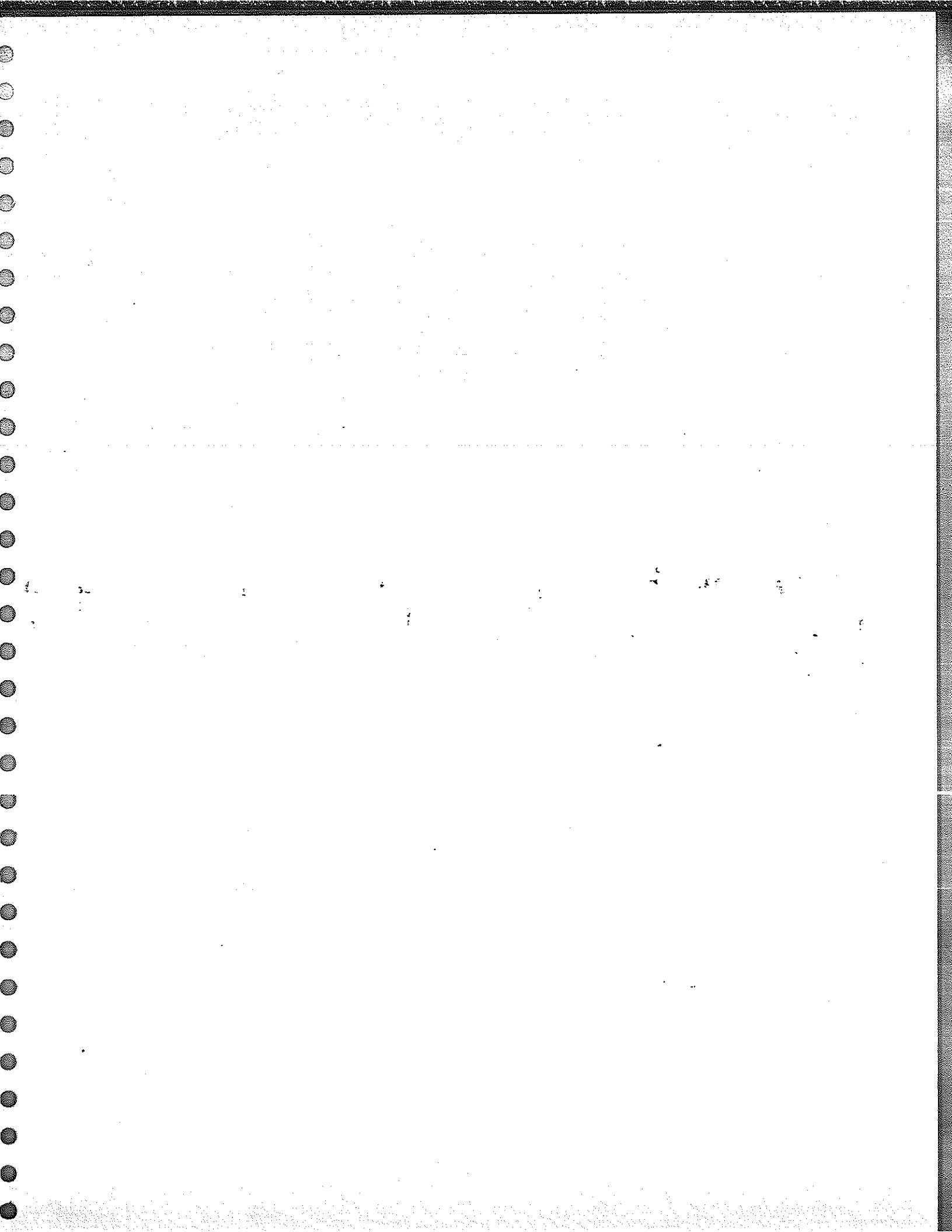
EDITORIAL  
SINTESES

EDITORIAL  
SINTESES



guías de intervención

psicología clínica



MUERTE Y DUELO

PROYECTO EDITORIAL  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Serie:*  
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

**Directores:**  
Manuel Muñoz López  
Carmelo Vázquez Valverde

# MUERTE Y DUELO

PILAR BARRETO MARTÍN  
M.<sup>a</sup> CARMEN SOLER SAIZ



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 170 y sgs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cerdro.org](http://www.cerdro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

  
EDITORIAL  
SÍNTESIS

Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

## Índice

Capítulo 1. Introducción .....	9
1.1. Notas históricas .....	9
1.2. El sistema de cuidados paliativos o cuidados al final de la vida .....	14
1.3. El duelo y sus manifestaciones .....	15
Cuadro resumen .....	19
Exposición de un caso clínico .....	19
Preguntas de autoevaluación .....	21

### Capítulo 2. Modelos explicativos y factores predictores .....

2.1. Modelos explicativos del duelo .....	23
2.2. Modelos descriptivos: fases del duelo .....	28
2.3. Modelos descriptivos: tareas del duelo .....	30
2.4. Predicción de dificultades en la resolución del duelo	33
2.4.1. Factores situacionales .....	33
2.4.2. Factores personales .....	35
2.4.3. Factores interpersonales .....	37
2.4.4. Situaciones de riesgo en niños y adolescentes ...	39
2.5. Factores protectores para la resolución adaptativa del duelo .....	39
2.5.1. Estrategias de afrontamiento .....	40
2.5.2. Protectores extraídos a partir del estudio de factores de riesgo .....	41
2.5.3. Factores detectados en la experiencia clínica ...	41
Cuadro resumen .....	42

© Pilar Barreto Martín  
M.ª Carmen Soler Saiz

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 974-84-975648-6-1  
Depósito Legal: M-7.687-2007  
Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de los editores y de Editorial Síntesis, S. A.

Exposición de un caso clínico .....	43		
Preguntas de autoevaluación .....	44		
<b>Capítulo 3. Evaluación y diagnóstico .....</b>			
3.1. Introducción .....	47		
3.2. Áreas de evaluación .....	48		
3.3. Instrumentos de evaluación .....	50		
3.3.1. Entrevista .....	50		
3.3.2. Genograma .....	53		
3.3.3. Autoinformes: historia personal y cuestionarios .....	54		
3.3.4. Autoobservación: autorregistros .....	69		
3.3.5. Observación directa .....	70		
3.3.6. Medidas psicofisiológicas .....	71		
3.4. Diagnóstico de duelo complicado .....	71		
Cuadro resumen .....	77		
Exposición de un caso clínico .....	78		
Preguntas de autoevaluación .....	87		
<b>Capítulo 4. Tratamiento I: guía para el terapeuta .....</b>	89		
4.1. Introducción .....	89		
4.2. <i>Counselling</i> y duelo .....	94		
4.3. Principios básicos de la intervención en el duelo .....	97		
4.4. Objetivos de la intervención en el duelo .....	99		
4.4.1. Intervención preventiva en la muerte por enfermedad progresiva .....	99		
4.4.2. Objetivos generales de la intervención preventiva .....	100		
4.4.3. Objetivos generales de la intervención terapéutica especializada .....	101		
4.4.4. Objetivos de la intervención de mantenimiento .....	102		
4.4.5. Objetivos de la intervención en el duelo en niños y adolescentes .....	102		
4.5. Técnicas de intervención psicológica en el duelo y problemas relacionados con la pérdida .....	104		
4.5.1. Condicionamiento operante y condicionamiento clásico .....	104		
4.5.2. Reestructuración cognitiva y ensayos conductuales .....	106		
4.5.3. Autocontrol .....	112		
4.5.4. Constructivismo .....	116		
4.5.5. Resolución de problemas .....	124		
4.5.6. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad .....	128		
4.5.7. Exposición repetida y gradual a los estímulos evitados .....	130		
4.5.8. Conductas que ayudan a asumir la realidad de la pérdida .....	131		
4.5.9. Rituales de despedida terapéuticos .....	132		
4.5.10. Otras estrategias útiles .....	133		
4.5.11. Intervención en crisis .....	136		
4.5.12. Modelo integrador de Nolen-Hoeksema (2001) ...	141		
4.5.13. Modalidades de intervención .....	142		
4.6. Intervención en el duelo en las unidades de cuidados paliativos españoles (UCPE) .....	143		
4.6.1. Atención a los familiares de pacientes al final de la vida .....	144		
4.6.2. Profesionales que atienden a los dolientes .....	144		
4.6.3. Tipos de ayuda .....	145		
4.6.4. Técnicas empleadas .....	145		
4.6.5. Comienzo y finalización de la asistencia .....	145		
4.6.6. Seguimiento .....	146		
4.6.7. Otros resultados de interés .....	146		
4.7. Consideraciones sobre intervenciones farmacológicas .....	148		
Cuadro resumen .....	150		
Exposición de un caso clínico .....	151		
Preguntas de autoevaluación .....	163		
<b>Capítulo 5. Tratamiento II: guía para el doliente .....</b>			
5.1. Exposición resumida del problema .....	165		
5.1.1. Qué ocurre en la situación de duelo .....	165		
5.1.2. Por qué es tan grande el dolor .....	167		
5.1.3. Qué preguntas se suscitan cuando se pierde a una persona querida .....	167		

5.1.4. Cuándo algo es normal y cuándo puede ser un problema .....	173
5.1.5. Indicadores de necesidad de ayuda profesional .....	174
5.2. Objetivos .....	176
5.3. Técnicas para conseguir los objetivos .....	176
5.3.1. Sugerencias previas al fallecimiento por enfermedad grave .....	177
5.3.2. El primer período tras la muerte de la persona querida .....	178
5.3.3. Una segunda fase del proceso .....	178
5.3.4. La continuidad de la vida sin el fallecido .....	179
5.3.5. La necesidad de reorganizar emocionalmente al fallecido .....	179
5.3.6. Las dificultades durante el proceso de recuperación .....	180

Clave de respuestas .....	181
---------------------------	-----

Lecturas recomendadas y bibliografía .....	183
--	-----

## Introducción

### 1.1. Notas históricas

La muerte supone el momento final de la vida de una persona y el comienzo de un nuevo estado para sus allegados. Llena de imágenes adversas, es un fenómeno temido y vivido con gran rechazo en nuestra sociedad occidental. El tan nombrado culto a lo joven, bello, sexualmente atractivo y productor de beneficios materiales impide en gran medida una atención adecuada a la fase final de la vida y al propio hecho de la muerte. Todo ello se ha visto reforzado por el gran avance científico-técnico que ha permitido vencer muchas enfermedades, antes incurables, con el consiguiente aumento de la edad de supervivencia de la población.

Si bien es cierto que la ciencia ha posibilitado el aumento de la esperanza de vida, no lo es menos que la muerte es una realidad inevitable. Más tarde o más temprano, los seres humanos hemos de hacer frente a la propia muerte y a la de nuestros allegados. Así, desde la prestigiosa revista científica *New England Journal of Medicine*, se nos recuerda que los objetivos de la medicina han de ser los de igual importancia, a saber, mejorar la prevención y cura de las enfermedades y promover que los pacientes mueran en paz.

Con respecto a la aceptación de la muerte de los otros, tema del que en gran parte es objeto este libro, Parkes, Laungani y Young (1997) advierten de que al actual declive de la capacidad para enfrentar la muerte se le une la disminución de la confianza en los

rituales que la acompañan, fenómeno este que incide directamente en el desarrollo del duelo.

Las diferentes culturas y las distintas generaciones han abordado de manera peculiar y diferenciada el tema de la muerte, relacionándolo con diversas creencias y costumbres. No obstante, los estudiosos del fenómeno desde el punto de vista transcultural (Rosenblat, Walsh y Jackson, 1976; Rosenblat, 2001) nos indican que podemos encontrar asuntos comunes igual que diferencias importantes. Las distinciones fundamentalmente se refieren al modo en que las personas se preparan para la muerte y la manera de comportarse los supervivientes tras ella. También nos insisten en que pueden ser perfectamente entendibles si tenemos en cuenta el contexto histórico en el que se producen.

Habitualmente se señalan el llanto, el miedo y la ira como fenómenos existentes en todas las culturas. Asimismo, resulta habitual, sobre todo en las sociedades occidentales, la sanción social a que están sometidas las expresiones de las emociones.

Una mirada a nuestra historia nos permite entender mejor el panorama actual. En este sentido, es de mención obligada la excelente exposición, rigurosa y minuciosa que hace el sociólogo francés Aries y de la que se extraen a continuación algunas notas clave (Aries, 1984).

En Europa, hasta finales de la baja Edad Media, se habla del tiempo de los yacentes, quienes eran conscientes de la inevitabilidad de la muerte. El autor denomina a esta actitud como de la *muerte domesticada* no porque antes fuera salvaje, que no lo era, sino más bien, porque después en su opinión lo sería. En aquellos tiempos no se evitaba sino que se aceptaba como irremediable, y esto se debía en gran parte a que se producían encuentros frecuentes con ella durante el transcurso de la vida. Entonces eran habituales las premoniciones, fenómeno que ha prevalecido durante mucho tiempo en las mentalidades populares.

Se trataba también de un hecho público, en el seno de la comunidad de la familia, de los amigos y de los vecinos; el moribundo era el centro de reunión. Esta actitud de sumisión ante la muerte, comenta Lain Entralgo (1984), se manifestaba en la espera natural de la muerte, que sucedía al final de un proceso ritual en el que el moribundo se despedía de los que le rodeaban, suplicaba perdón por sus ofensas, recibía los últimos sacramentos y se reflejaba

incluso en la posición corporal adoptada mostrando la dignidad que acompañaba este trance.

Durante la Edad Media, la muerte continuó siendo un hecho cercano a las personas, lo que se manifiesta por ejemplo en la proximidad de los cementerios a las iglesias. En la medida en que ambos eran lugares sociales, las personas fallecidas seguían formando parte de la vida. Además, esta circunstancia se veía apoyada por el valor que se le daba a la cercanía de los cuerpos de los mártires, quienes podían interceder y proteger a los humanos.

A finales de la Edad Media, aunque todavía permanece la actitud anterior, comienza a establecerse de modo predominante la denominada "muerte de uno mismo" o muerte propia (*death of the self*). La hora de la muerte se entiende como la memoria de una vida. No es ya defunción o paso, más bien tiene el significado de fin y descomposición, algo que se reflejará en el arte donde se plasman imágenes de la realidad alucinante de la muerte, expresada en el predominio de temas macabros. Es interesante notar cómo en esta etapa se contraponen dos actitudes, la del ascetismo cristiano, preocupado por el más allá, y la del humanismo, todavía cristiano, que revalorizará la existencia en el mundo y concebirá la muerte como el fracaso de las metas propuestas en la vida.

En ese momento, se produce un cambio de énfasis religioso, insistiéndose en la segunda venida de Jesucristo para el juicio final. Así, preocupaba en gran medida la realización de aquellos actos que pudieran influir en el destino final del muerto. Este énfasis en la salvación personal produjo un incremento del sentido de la propia individualidad, puesto que la propia biografía era importante para la salvación del alma. Así, la muerte se convertía en el momento clave en el que se decidiría la vida eterna. Los rituales en torno a la muerte, entre los que se incluía hacer testamento, daban "seguridad para el más allá", también las procesiones solemnes de cérgos y de pobres eran de suma importancia para intentar influir en el juicio final. Entonces la vista del cuerpo muerto resultaba insostenible y se ocultaba en la mortaja y el ataúd, a la vez que se enterraba a los individuos en sus propias sepulturas.

A partir del siglo XVII, la muerte se volverá salvaje, se alejará de los vivos y se ocultará definitivamente como en nuestra época. Así, durante los siglos XVII y XVIII domina una actitud ambivalente de *muerte lejana y próxima*. Con la asimilación del dualismo cartesiano, morir supone la separación del alma y el cuerpo. Se

sabe que se morirá y la meditación sobre la muerte no se centra en las últimas horas sino que persiste durante toda la vida. Se sustituye el arte de morir por el arte de vivir. El dolor no se relaciona con los sufrimientos reales de la agonía sino con la separación.

Al mismo tiempo, los cementerios se alejan de la ciudad y predominan la voluntad de que la muerte y sus rituales se realicen con sencillez. Con el tiempo esta actitud deriva en una indiferencia ante la muerte y los muertos. Se observan dos tendencias: a) la viuda busca a quien reemplace a su marido; y b) los que muestran mucho pesar se someten a un ritual establecido. La expresión del dolor sobre el lecho de muerte no se admite, aunque sí se inscriben poemas de despedida en las tumbas. Tras el período de duelo, no se toleran las manifestaciones personales. Artes emplea la expresión "seguridad del duelo" para expresar este modo de proceder.

La preocupación por la separación del alma y del cuerpo, junto con la disección de cadáveres, produjo durante el siglo XVIII el predominio de un sentimiento de pánico ante la idea de ser enterrado vivo, puesto que la muerte no era real y absoluta hasta la descomposición.

En el siglo XIX, cambió el foco de atención de la muerte de uno mismo a la *muerte ajena* (*death of the other*) y se centró en lo que les sucedía a los que se quedaban al sufrir la separación del difunto. La visión romántica de la muerte se fijaba en el duelo más que en la muerte y el momento de morir se caracterizaba por el estrés de la separación. Acorde con esta perspectiva del fenómeno, la propia muerte podía tener un significado positivo, ya que permitía el reencuentro con los seres amados. Los muertos pasaron a ser considerados como espíritus sin cuerpo a los que se ha separado de los vivos. La muerte no es fea ni temible sino hermosa. Surgen nuevos cultos a los muertos, por ejemplo, la comunicación con los espíritus. Desaparecen los cementerios adosados a las iglesias y se inicia el rito religioso-laico de visitar las sepulturas, que en ese momento son consideradas como propiedad de la familia.

Poco a poco se acrecienta la distancia entre los vivos y los muertos, que son entendidos como los "otros". En el curso del siglo XX, en las zonas más industrializadas y más urbanizadas comienza a instaurarse la *muerte invertida*, la sociedad expulsa a la muerte, salvo la de los hombres de estado, no hace pausas y continúa como si nadie hubiera muerto. La actitud ante el moribundo cambia, ya no se le avisa, para no causarle daño o destruirle sus ilusiones (aun-

que muchas veces lo sabe). Se instala el disimulo. La extremaunción dejó de ser el sacramento de los moribundos, para ser el de los muertos. Incluso la Iglesia pasó a denominarlo el sacramento de los enfermos.

Tal como se ha comentado al comienzo, la muerte ahora es concebida socialmente como inaceptable o prohibida, un tabú. Es indeseable, sucia y una violación de la vida que hay que prevenir. De algún modo, es ofensivo morir en público; se tiene la convicción de que los moribundos prefieren morir solos, se siente una especie de pudor ante la muerte. La preocupación se centra entonces en mayor medida en los sentimientos y sensibilidades de los que rodean al moribundo más que en la persona que está muriéndose. Se esconden a la muerte, se la saca de las casas para llevarla a las instituciones u hospitales. Se medicaliza, se convierte en un suceso dirigido técnicamente por el equipo de profesionales del hospital.

Queda la imagen del moribundo "entubado". Se plantea como objetivo principal la prolongación de la vida, a la vez que algunas voces denuncian el "encarnizamiento terapéutico" (la medicina puede permitir a un casi-muerto vivir durante mucho tiempo). Ahora, en algunos ámbitos se concibe la buena muerte como lo que antes era la muerte maldita (inesperada). Los rituales funerarios son estrictamente limitados tanto en duración como en el número de participantes, el duelo es considerado algo impúdico. Se considera que la manifestación pública del duelo e incluso su expresión privada demasiado intensa o duradera es de naturaleza morbosa. Además, el "entubado" es aislado, el teléfono no suena, las personas le evitan... Más todavía si es una persona de edad avanzada puesto que se acumulan dos repuliones. Así: "La sociedad no soporta ya la vista de las cosas de la muerte, y por consiguiente ni la del cuerpo del muerto ni la de los parientes que le lloran. El superviviente queda aplastado por el peso de su pena y el de la prohibición de la sociedad".

Se sigue visitando las tumbas pero se sustituye, en gran medida, por el cultivo del recuerdo en la casa, de forma personal y privada.

Además, muchas veces los familiares no están presentes en el momento de la muerte; ya no se encargan de limpiar, vestir y preparar el cuerpo (que antes se consideraban como los últimos gestos de respeto y amor hacia el difunto), sino que son realizados por el personal de enfermería o empleados de la funeraria. La pre-

sencia de los familiares durante los momentos posteriores a la muerte es mínima y a menudo el cuerpo es enterrado o incinerado sin que ellos estén presentes.

## 1.2. El sistema de cuidados paliativos o cuidados al final de la vida

También es importante reflexionar sobre cuál es la situación de las personas en la fase final de sus vidas. Siempre que la muerte no se produzca de forma repentina, es una situación vital caracterizada por el acúmulo de necesidades de diversa índole que configuran un estado afectivo alterado y caracterizado en todo caso por la presencia del sufrimiento.

A los problemas físicos propios del declive del organismo o producto del avance de la enfermedad se unen habitualmente necesidades emocionales, espirituales y sociales. Para entender esta situación, es fundamental tener en cuenta el número y la intensidad de las pérdidas que se producen en este período vital. Un ejemplo de ello es la disminución de la funcionalidad y por tanto de la autonomía. Se puede hablar así de un estado de especial vulnerabilidad, lleno de amenazas incluyendo la más importante: la pérdida de la vida.

Las dificultades para controlar la situación, para mantener los sentimientos de utilidad y además poder cerrar el ciclo vital de manera serena se hacen patentes y convierten la fase final de la vida en un proceso complejo y cambiante que necesita ser atendido de modo interdisciplinar, por la multiplicidad de sus manifestaciones.

Estos cuidados reciben el nombre de cuidados paliativos y tienen como origen filosófico el movimiento *Hospice* inglés de finales del siglo XIX y principios del XX. Su mayor exponente fue la fundación en 1967 del St. Christopher Hospice por la Dra. C. Saunders. La propia autora (Saunders, 1993) resume en dos puntos esta filosofía:

1. El mensaje es: "usted es importante porque es usted y lo es hasta el último momento de su vida. Hagamos todo lo que podemos, no sólo para que muera en paz sino para que viva hasta que muera".
2. El concepto es: "dolor total" que incluye elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En la actualidad, la OMS señala que "los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, ni aceleran ni posponen la muerte, proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas perturbadores, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrecen un sistema de apoyo para que los pacientes vivan tan activamente como sea posible hasta la muerte, ofrecen un sistema de apoyo a la familia tanto durante el proceso de enfermedad del paciente, como después de la muerte para manejar su propio duelo".

Desde este planteamiento, que exige prolongar la atención más allá del fallecimiento del ser querido, se ve reforzado el estudio del duelo. De hecho, algunos de los investigadores destacados en este campo, como por ejemplo Parkes, desarrollan su trabajo en el ámbito de los cuidados paliativos.

## 1.3. El duelo y sus manifestaciones

Este libro trata fundamentalmente de lo que sucede tras la muerte de un ser querido, es decir, de la reacción psicológica que se produce ante una pérdida importante en la vida. Este proceso psicológico se denomina *duelo* y se refiere al *dolor emocional* que se experimenta tras haber perdido algo o a alguien significativo en nuestras vidas, utilizándose los términos "pena" (*grief*) o "aflicción" para describir su respuesta emocional más característica.

Entendemos que el *duelo* es un proceso "normal", con una limitación en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable. No se trata, pues, de una patología, sino que, por el contrario, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez personal. Del mismo modo, sabemos que las pérdidas implican gran sufrimiento para la mayoría de las personas pero sólo una minoría presentará trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución. Estudios recientes encuentran que un tercio de las consultas en atención primaria tiene orígenes psicológicos y que de ellas una cuarta parte se identifica como el resultado de algún tipo de pérdida (Bayés, 2001).

Resulta conveniente conocer las *manifestaciones* cognitivas, físicas y motoras más comunes en el duelo, por ello se exponen en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1. Manifestaciones del duelo en adultos

Cerebros		Sistemas		Músculos	
Irrealidad (extrañeza ante el mundo).	Aumento de la mortalidad.			Autoaislamiento social.	
Preocupación, ruminaciones, pensamientos e imágenes recurrentes.	Sensaciones en el estómago y de vacío.			Hiperactividad.	
Sensación de presencia del fallecido.	Boca seca.			Hipoactividad.	
Vivencia de abandono y soledad.	Hipersensibilidad a ruidos.			Llamar o hablar con el fallecido.	
Añoranza.	Alteraciones del sueño.			Conductas impulsivas y dañinas.	
Insensibilidad.	Dolor de cabeza.			Usar las ropas del fallecido y acudir a lugares que frecuentaban juntos.	
Irrealidad (imposible, irreal).	Astenia y debilidad.			Llevar o atesorar objetos pertenecientes al fallecido.	
Dificultades de atención, concentración y memoria.	Opresión en el pecho y la garganta.			Suspirar y llorar.	
Desinterés.	Trastornos del apetito.				
Obsesión por recuperar la pérdida.	Palpitaciones.				
Ideas de culpa y autorreproche.					
Liberación.					
Confusión.					
Alucinaciones visuales y auditivas breves.					
Búsqueda de sentido y/o cuestionamiento religioso.					

También se describen frecuentemente los sentimientos de tristeza, enfado, ansiedad, impotencia, *shock*, anhelo y emancipación. Además, hemos de señalar que si bien la muerte afecta a todos los seres humanos, sea cual sea su edad y condición, ésta es vivida de modo diferente según la etapa vital en que se encuentre el individuo. Así, tanto la propia muerte como el proceso de duelo por otra persona son vividos con características peculiares a las diferentes edades.

Con demasiada frecuencia se aparta a los niños de la enfermedad y de la muerte, bien por un afán de protección, bien por la incapacidad del adulto debida a la fuerte afectación emocional en la que se encuentra o bien a su inhabilidad para manejar la situación. También es común que se nieguen o rechacen sus preguntas e inquietudes respecto a este fenómeno.

Ciertamente, el niño se preocupa por la enfermedad y la muerte y experimenta gran dolor por las pérdidas a las que se enfrenta, pero las diferencias en la elaboración vienen determinadas por su desarrollo tanto cognitivo como emocional.

Tal como plantea Shonfeld (1989), el concepto de muerte incluye los parámetros de irreversibilidad, finalidad, universalidad y causalidad, que se van incorporando en la conceptualización del niño a través de su desarrollo evolutivo. Así, por ejemplo, Wass (1984) relaciona los periodos evolutivos y el concepto de muerte que se posee en los mismos. En este sentido, especifica que hasta los 2 años el concepto de muerte no existe en el niño, que entre los 2 y los 7 se incorpora pero con un carácter reversible y temporal, desde los 7 a los 11-12 años se añade el componente de irreversibilidad aunque aún falta la definición de causalidad, pues en muchos casos se experimenta como un fenómeno caprichoso y finalmente, tiene toda su amplitud conceptual a partir de los 12 años.

Las manifestaciones del duelo en los niños se caracterizan por un mayor componente somático y por problemas de conducta. Fisiológicamente son características las dificultades del sueño, la negativa a comer, la enuresis y los dolores de cabeza o de estómago. En el plano cognitivo se produce, ansiedad de separación, miedo a que otro familiar muera, fantasías de muerte, dificultades de aprendizaje y culpa. En la vertiente conductual, aparecen comportamientos regresivos, emociones explosivas, berrinches moderados, timidez extrema, desinterés por el grupo, dependencia excesiva y

demanda de atención. La mayoría de las reacciones son más frecuentes en los primeros meses tras el fallecimiento, aunque algunas pueden aparecer después de dos años.

Las *manifestaciones* en los adolescentes son similares a las de los adultos, aunque en los más jóvenes predomina el malestar fisiológico (dolor de cabeza o estómago) y en los mayores, el psicológico (por ejemplo, baja autoestima). Estas diferencias pueden relacionarse con la dificultad de los más pequeños de la familia a la hora de expresar sus sentimientos.

Es fundamental señalar que los efectos del duelo en la adolescencia son importantes y su no resolución puede conducir a problemas serios y duraderos.

Ciertamente, resulta difícil determinar *cuándo ha finalizado* realmente un duelo, aunque se considera como momento clave aquel en que la persona es capaz de mirar hacia el pasado y recordar con afecto sereno al fallecido y la historia compartida. Se habla normalmente de períodos que oscilan entre uno y dos años.

En el capítulo 2 se presentarán los modelos descriptivos del duelo, tanto aquellos que lo entienden como fases sucesivas como los que hablan de tareas que realizará por el doliente. Asimismo, debido a la gran utilidad clínica, humana y social que tiene la posibilidad de prevenir problemas graves se muestran aquellos indicadores (de riesgo y protección) que nos permitan, antes del fallecimiento o en los primeros momentos tras éste, predecir lo más exactamente posible el desarrollo del proceso de un modo adaptativo o con complicaciones (Soler y Barreto, 2003).

El capítulo 3 recoge los sistemas de evaluación disponibles y los criterios diagnósticos de duelo complicado y/o los trastornos relacionados con la pérdida.

En el cuarto, se especifican las herramientas terapéuticas que se consideran útiles tanto para prevenir dificultades en el proceso como para paliar las que puedan darse porque no se haya conseguido evitar.

El quinto incluye una guía para el doliente con sugerencias útiles que pueden servir tanto a las personas en proceso de duelo para entender sus manifestaciones como a los terapeutas para complementar las actuaciones profesionales pertinentes.

Finalmente, se comentan algunas referencias bibliográficas útiles a efectos de autoayuda.

### Cuadro resumen

- *Notas históricas:*
  - La muerte como el punto final inevitable de la vida
  - Evolución del concepto de muerte
- *El sistema de cuidados (los cuidados paliativos o cuidados al final de la vida):*
  - Los cuidados paliativos o cuidados al final de la vida
  - La dignidad de la vida hasta el final
  - Conceptualización de "dolor total"
- *El duelo y sus manifestaciones:*
  - El duelo como reacción psicológica "normal" a la pérdida
  - Manifestaciones del duelo: cognitivas, físicas y motoras
  - El duelo en los niños y adolescentes
  - Manifestaciones del duelo en niños y adolescentes
  - Final del duelo

### Exposición de un caso clínico

#### • Datos generales:

Mujer de 47 años, casada, con un hijo vivo de 18 años y dedicada a las labores de la casa junto con trabajos relacionados con la costura.

El marido trabaja como encargado de mantenimiento de un banco viéndose obligado a viajar con frecuencia.

En general, buenas relaciones con su familia nuclear, sus tres hermanos y dos amigas.

El hijo superviviente, próximo a cumplir los 19 años, va a iniciar el servicio militar.

#### • Motivos de la consulta:

Atendida en la consulta de Hematología a causa de talasemia (igual que el hijo fallecido), en junio del 1991, es remitida a la Unidad de Psicología Clínica por presentar depresión.

## • Antecedentes:

Muerte de la madre en 1987 y de su hijo mayor en 1988. En el momento de fallecer tenía 19 años y estaba realizando el servicio militar.

La muerte se produjo por un accidente con una moto que le habían comprado los padres y tuvo lugar en la madrugada de un domingo de junio. Por este motivo, en el pueblo se comentó que estaba bebiendo en ese momento (a pesar de que la autopsia que se le practicó desmintió dicha circunstancia).

La madre no entró a verlo en la cámara por consejo de los profesionales y su esposo. Se incorporó a los quince días a las actividades propias del casal fallero al que pertenecían con la intención de facilitar la vida al marido y al hijo superviviente y debido al cargo de responsabilidad que en dicho grupo social tenía aquél.

## • Momento actual:

Se realizaron tres entrevistas de evaluación cuyos datos pormenorizados se presentarán en el tercer capítulo. A continuación se comentan las resuestas más relevantes. A nivel cognitivo, pensamientos intrusivos y ruminativos (relativos al porqué, a que su hijo "no debería haber muerto tan lejos de vida como estaba y tan sensato como era", sobre lo que ella debería haber hecho y no había hecho – "no habría sucedido si no le hubiéramos comprado la moto", la brevedad del luto y no verlo en la cámara, "allí lo dejé como un perro"–, no querer olvidarlo, unido al temor excesivo a que eso ocurriera, que iba a repetirse la historia con su otro hijo cuando se iniciara el servicio militar, sobre lo que dirá la gente sobre su hijo fallecido y, especialmente, su creencia de que en el pueblo pensarían que se había recuperado demasiado pronto y deducir de ello su falta de amor hacia el hijo y temor obsesivo a olvidarse de él), pensamientos de soledad, creencias erróneas respecto a la influencia de la talasemia en el accidente, irritabilidad, clara alteración del estado de ánimo y anhedonia. A su vez, incapacidad para escuchar noticias de muertes y accidentes de tráfico, temor a que volviera a ocurrir algo terrible y desear que todo fuera un mal sueño. A nivel fisiológico, dolores de cabeza, inquietud, opresión en el pecho, sensaciones desagradables en el estómago, flojedad, problemas de sueño, pérdida de apetito e imposibilidad para alcanzar el orgasmo en la interacción sexual. A nivel motor, llanto, visitas frecuentes al cementerio, buscar rasgos de su hijo en otros chicos jóvenes, coger una gorra de él o su foto y conservar la ropa y la habitación arregladas como si el hijo fuera a volver.

## Preguntas de autoevaluación

- Las concepciones respecto a la muerte han ido cambiando a lo largo de la historia entendiéndose cada vez más como un fenómeno:
  - Privado.
  - Social.
  - Familiar.
  - Todas las anteriores.
- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los cuidados al final de la vida es verdadera?
  - El objetivo fundamental es incrementar el tiempo de vida.
  - Es importante atender tanto al paciente como a la familia.
  - La atención a los aspectos espirituales resulta irrelevante en este momento.
  - Los equipos profesionales han de trabajar de forma especializada e individualizada.
- Las manifestaciones del duelo en los niños se caracterizan, entre otros fenómenos, por:
  - Tener menor componente somático y ausencia de problemas de conducta.
  - Presentar en la vertiente conductual comportamientos regresivos y emociones explosivas.
  - Extraversión y gran sociabilidad.
  - Ser totalmente diferentes a las de los adultos.
- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
  - El duelo es un proceso normal con una limitación en el tiempo.
  - Habitualmente la evolución del duelo es favorable.
  - Sólo un reducido grupo de personas presentará trastornos psíquicos o complicaciones.
  - Durante el año posterior a la muerte del ser querido, la salud del doliente es excelente.

## Modelos explicativos y factores predictores

2

Igual que ocurre con otros fenómenos relevantes, se han desarrollado diferentes modelos que explican el duelo y describen sus fases o tareas. En este capítulo, se verán los más importantes con la intención de comprender mejor esta experiencia universal. Asimismo, se analizarán los factores predictores de riesgo de complicaciones en la resolución del duelo, así como los protectores por resultar de enorme utilidad en la prevención de las consecuencias negativas que puede tener en la salud física y mental.

### 2.1. Modelos explicativos del duelo

En el intento de explicar en qué consiste el duelo y qué lo convertirá en complicado o patológico, se han elaborado modelos desde distintas perspectivas teóricas. Se van a mostrar los que resultan más significativos, aunque el enfoque central de este libro corresponde a la aproximación cognitivo-conductual. Si se desea mayor información se puede consultar la revisión realizada por Agrafojo y Manrique de Lara (2000).

En la *teoría psicodinámica*, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal y predecible que tiende a evolucionar favorablemente en circunstancias normales no siendo necesaria, en esos

casos, la intervención terapéutica. Cuando este proceso no ocurre, los sentimientos negativos respecto al fallecido o la pérdida se manifiestan en forma de autorreproches o culpabilidad.

La *teoría del apego* de Bowlby considera el desarrollo de vínculos como instintivo y característico en muchas especies. Estos se producen por la necesidad que tenemos de protección o seguridad y tienen como objetivo la supervivencia, ya que mantienen el contacto con los cuidadores y reducen el riesgo de sufrir algún daño. La meta de la conducta de apego es mantener el vínculo afectivo y cuando éste se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas. Para este autor, el duelo se produce por la ruptura del vínculo.

Por otra parte, en las *teorías de los constructos*, la muerte de un ser querido causa una ruptura de los constructos personales acerca del mundo, del fallecido y de la relación con él exigiendo el desarrollo de un nuevo esquema acorde a las circunstancias vitales actuales. Es necesario deshacerse de las asunciones previas para establecer una nueva perspectiva de uno mismo aunque resulte difícil ya que este proceso genera afectos muy intensos.

Ante la dislocación de constructos personales, Woodfield y Viney (1984) diferencian dos modos de actuación. El primero de ellos, la asimilación, intenta mantener el sistema de constructos intacto negando la existencia de los acontecimientos incongruentes y exigiendo a los demás el acuerdo con ellos. Sus manifestaciones características son la negación, la hostilidad y la idealización. El segundo, la adaptación, cambia el sistema de constructos personales ajustándolo a la realidad presente mediante un proceso activo y gradual.

La *teoría cognitiva* considera que los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos en relación con los acontecimientos de su vida.

Los pensamientos son los responsables de la emoción y la conducta humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Además, los pensamientos son accesibles y pueden conocerse siendo por tanto posible la ayuda mediante el reconocimiento de la información procesada de forma deficiente.

Este modelo señala que el ajuste al duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas. A su vez, subrayan tres supuestos básicos: el

primero, "el mundo es un lugar benevolente", el segundo, "el mundo tiene sentido" y, el tercero, "el yo es digno". Ahora bien, las experiencias negativas extremas producen una tremenda desilusión y la recuperación ideal consistirá en un proceso de reconstrucción mediante el cual el superviviente vuelva a percibir el mundo y a sí mismo en términos positivos pero que, a la vez, incorpore el trauma o la pérdida en su mundo nuevo de asunciones.

En la *teoría del estrés*, el duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se insiste en la relevancia de las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunitario y en la necesidad de estudiarlas.

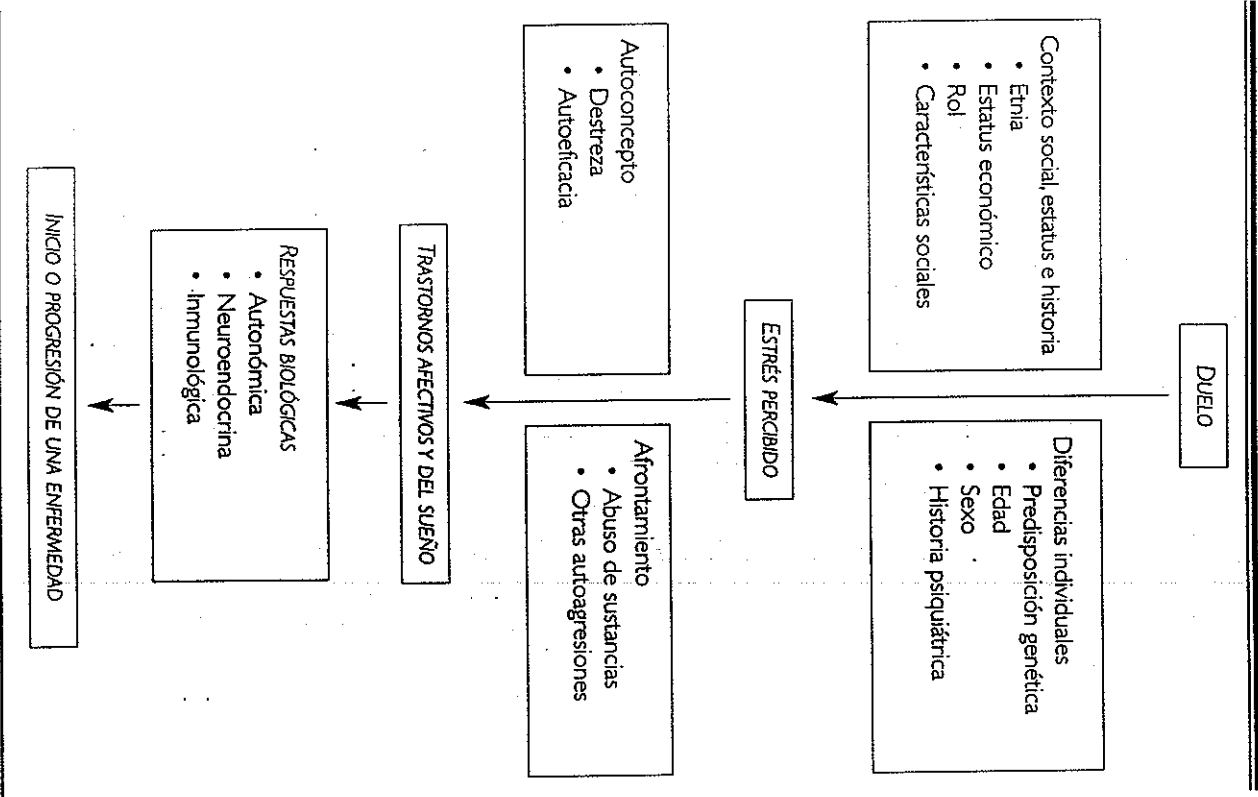
En este sentido, la pérdida aboca al sujeto a un estado de indefensión en el que los recursos no tienen éxito a la hora de manejar el problema. Este estado crítico podrá resolverse favorable o desfavorablemente en función de lo apropiados que resulten los recursos y del apoyo social disponible.

Siguiendo en la línea del estrés, es importante destacar que gran cantidad de estudios han demostrado que el estrés producido por el duelo altera la respuesta inmunológica (entre otras, la función de los linfocitos T y B, los granulocitos, los macrófagos y las células "natural Killer"), asimismo, el funcionamiento neuroendocrino se ve alterado. Todo ello afecta al estado de salud del superviviente (Hall e Irwin, 2001).

El impacto del duelo sobre un individuo no es trivial ni está limitado a efectos sobre el bienestar emocional o el funcionamiento social. La presencia de depresión o de síntomas depresivos produce cambios en el funcionamiento físico y disminuye la salud general y el bienestar emocional. El grado de estrés percibido dependerá del autoconcepto y del afrontamiento que se haga de la pérdida pudiendo ocasionar trastornos afectivos y del sueño que a su vez producirán respuestas a nivel autonómico, neuroendocrino e inmunológico que pueden facilitar el comienzo o progresión de una enfermedad (véase el cuadro 2.1).

La *perspectiva funcional* (Bonanno y Keltner, 1997) considera que las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones negativas (por ejemplo, tristeza, rabia, menoscabo, hostilidad, miedo y culpa) y también positivas (tales como, distracción,

Cuadro 2.1. Repercusión en la salud del proceso del duelo según el modelo de Hall e Irwin



satisfacción por el deber cumplido y orgullo). Está asociado a una evaluación profunda de la pérdida como algo irreversible que lo abarca todo y envuelve a la persona. Ésta se siente como si hubiera desaparecido una parte de sí misma al tiempo que su comprensión del mundo y del futuro se ve influida por la pérdida.

En contraposición a las consideraciones tradicionales que basan la recuperación del duelo en el análisis y la expresión de las emociones negativas, sugieren que la resolución adecuada se producirá con mayor probabilidad cuando se instiguen y aumenten las emociones positivas y se regulen o minimicen las negativas. Desde esta perspectiva, la presencia de emociones negativas intensas predice claramente dificultades en la resolución del duelo y la expresión adecuada de emociones positivas (por ejemplo, la sonrisa y la risa) favorece las relaciones interpersonales y, por tanto, el soporte social y con ello una mejor adaptación a la pérdida y sus consecuencias.

El *modelo de proceso dual* (Stroebe y Scout, 1999) considera, por otra parte, que la habituación a la pérdida es fluctuante y dinámica siendo necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento. En el proceso "orientado a la pérdida", el doliente realiza un intenso trabajo en relación con el duelo y experimenta, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tienen en su vida. En otros momentos, en el proceso "orientado a la reconstrucción", el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida y se concentra en las responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones y todo aquello que favorece la reorganización. Este modelo admite que cierto grado de "evitación" de la realidad puede ser útil y normal a lo largo de todo el proceso de adaptación y considerada necesaria la oscilación entre el afecto positivo y el negativo.

El *modelo médico* plantea el proceso del duelo como una enfermedad o una posible disfunción psiquiátrica. Por tanto, sería una desviación del estado de salud y del bienestar al considerar la pérdida de un ser amado tan traumática como puede ser el hecho de hacerse una herida o quemarse. El proceso del duelo es similar al de la curación física y, normalmente, se puede restaurar el funcionamiento total o casi totalmente, aunque existen casos en que esto no resulta posible. Más adelante, en el apartado referido a los modelos descriptivos, se verá algún otro ejemplo al respecto.

## 2.2. Modelos descriptivos: fases del duelo

Hay investigadores que intentan describir el proceso del duelo mediante fases sucesivas en la resolución del mismo. Dicho planteamiento no debe confundir y hacer creer que todas las personas que han perdido a un ser querido, pasarán por todas ellas siguiendo un orden determinado.

El hablar de fases resulta extremadamente útil a nivel descriptivo, pero la realidad es diferente y los datos disponibles sugieren una variabilidad considerable en las emociones experimentadas por los dolientes (tanto en la secuencia de las mismas como en su intensidad). A pesar de ello, existe una creencia muy arraigada en los profesionales de que tales fases existen y son usadas frecuentemente como un criterio a través del cual evaluar los progresos de la intervención.

Las principales críticas planteadas a los modelos de fases son, en primer lugar, la ausencia de explicación acerca de los mecanismos mediante los cuales la pérdida puede influir en la salud física y mental y, en segundo lugar, la enorme variabilidad emocional encontrada (desde quedar destrozado a resurgir prácticamente ileso de la pérdida).

A continuación se muestran algunos de los modelos de fases más representativos.

*Lindemann* consideró el duelo como una reacción normal ante una situación estresante y lo definió como un síndrome con sintomatología psicológica y somática. Formuló tres etapas:

- Conmoción e incredulidad. Caracterizada por la incapacidad para aceptar la pérdida.
- Duelo agudo. Intensa preocupación por la imagen del fallecido, desinterés por lo cotidiano, llanto, sentimiento de soledad, insomnio, pérdida de apetito y aceptación de la pérdida.
- Resolución del proceso del duelo. Vuelta gradual a las actividades de la vida diaria y reducción de la preocupación por la imagen del fallecido.

*Engel* plantea el duelo como un proceso curativo con seis fases pudiendo verse interrumpido por una intervención errónea, las malas condiciones o la carencia de recursos personales. Las fases son las siguientes:

- Conmoción e incredulidad. Estas protegen de los efectos de la situación estresante y desbordante al bloquear el reconocimiento de la pérdida y los sentimientos dolorosos.
- Desarrollo de la conciencia. Se toma conciencia de la realidad de la muerte y la angustia de la pérdida, acompañada de llanto y sentimiento de desamparo. También puede aparecer enfado, culpa y conducta destructiva. El llanto se entiende como una forma de comunicarse para solicitar ayuda.
- Restitución. Se inicia el proceso de recuperación mediante los ritos fúnebres. Estos proporcionan apoyo social, favorecen la expresión de emociones y ayudan a tomar conciencia de la realidad de la pérdida.
- Resolución de la pérdida. Se intenta afrontar el vacío dejado por el ser querido y el pensamiento se caracteriza por estar ocupado, casi en exclusividad, con el fallecido.
- Idealización. Se reprimen los sentimientos hostiles y negativos hacia el difunto y se rehace una imagen prácticamente libre de características indeseables. Esto produce un incremento de la culpa.
- Resolución. Se recuerda de forma realista y cómoda lo positivo y lo negativo de la relación perdida.

*Parkes* describe el proceso del duelo a través de las cuatro fases resumidas a continuación:

- Desconcierto y embotamiento. Es muy común y se caracteriza por el sentimiento de irrealidad (por ejemplo, "no puede ser cierto"). En principio, es un elemento de protección ante la gran carga de aversión y puede durar horas o algunos días.
- Anhelo y búsqueda de la pérdida. Existen episodios de intensa añoranza del fallecido, con tendencia a llorar fuertemente, intercalados con períodos de ansiedad y tensión. Sentimientos de rabia, autorreproche y aturdimiento se asocian a una pérdida de seguridad y autoestima, de tal forma que el doliente espera que tenga lugar otro nuevo desastre. Pueden aparecer ataques de pánico e hiperventilación. La persona mantiene su funcionalidad habitual, es decir, realiza los hábitos vitales normales como comer, dormir y cum-

plir con las responsabilidades fundamentales, pero lo hace de modo ansioso y apático. Es muy frecuente que el apetito disminuya, así, se pierde peso, concentración y capacidad de memoria a corto plazo. La duración de esta fase suele ser de tres semanas aproximadamente.

- Desorganización y desesperación. Aparecen largos períodos de apatía y desesperanza junto con pensamientos repetitivos sobre la pérdida. En él pueden producirse alucinaciones hipnagógicas en momentos de somnolencia o relajación y también "sentir la presencia" de la persona perdida. Además, puede darse aislamiento y ausencia de visión de futuro (viven al día evitando mirar al futuro). Pueden comportarse como si estuvieran mutilados físicamente. En la medida en que el tiempo pasa, los episodios agudos de pena y desesperación van disminuyendo en frecuencia, aunque pueden volver a surgir en algunos momentos, para pasar a la fase definitiva de reorganización. La duración aproximada de esta fase suele ser de dos a cuatro meses.

Reorganización y recuperación. Se restablecen los apetitos y se recupera el peso perdido. La persona empieza a mirar hacia el futuro y a reconstruir el mundo tal como es ahora. Elirse de vacaciones puede reducir los recuerdos de la pérdida, mejorar la moral y a su vuelta pueden estar motivados para poner orden a los armarios, redecorar la casa o incorporarse a actividades con una proyección de futuro. Más tarde, aparecerán la preocupación por la imagen y el deseo sexual. La mayoría de las personas son conscientes de su propia recuperación a lo largo del segundo año.

### 2.3. Modelos descriptivos: tareas del duelo

La frase "tareas del duelo" la acuñó Freud en 1917 y rápidamente fue adoptada por muchos teóricos (Parkes y Weiss, 1983; Raphael, 1983 y Worden, 1991, 1997).

Esta perspectiva ha sido la dominante en la segunda mitad del siglo anterior y defiende que la recuperación de la pérdida de un ser querido requiere un periodo en el que se trabajen los pensamientos, los recuerdos y emociones asociados con la pérdida.

A continuación se presentan los modelos más relevantes dentro de este planteamiento.

Lindemann, desde la perspectiva psicoanalítica, propone para el desarrollo adecuado del duelo las siguientes tareas:

- Emancipación del lazo con el fallecido.
- Reajuste al ambiente en el que falta el ser querido.
- Formación de nuevos vínculos.

Parkes y Weiss, desde la teoría de los constructos, consideran que son tres las tareas que debe llevar a cabo el superviviente para recuperarse del duelo:

- Reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida. Consiste en llegar a entender cómo ocurrió ésta y la causa inevitable de la misma con la finalidad de no sentirse amenazado por una nueva pérdida.
- Aceptación emocional de la pérdida. Incluye una revisión obsesiva de pensamientos, recuerdos y sentimientos hasta llegar a sentir que éstos ya no son tan dolorosos como para no poder ser aceptados.
- Asunción de una nueva identidad. Comienza cuando la persona en duelo se da cuenta de la discrepancia entre el mundo de hoy y el de ayer (por ejemplo, ya no puede conversar con él) y desarrolla una identidad que refleja las nuevas circunstancias.

Worden propone, desde una perspectiva psicoanalítica, cuatro tareas básicas:

- Aceptar la realidad de la pérdida asumiendo que la marcha es irreversible. Algunas de las formas de protegerse ante la muerte de un ser querido son: la "momificación" guardando las posesiones del fallecido para ser usadas cuando vuelva, la evitación fóbica de los objetos que recuerden la realidad de la pérdida y el espiritismo como forma de búsqueda de la persona muerta. A las comentadas por Worden puede añadirse la "casa museo" en la que todo recuerda o brinda homenaje al fallecido.

el suicidio u homicidio. Dentro de este grupo, puede verse agravada la dificultad en caso de una pérdida múltiple (por ejemplo, que mueran varias personas de la familia en un accidente o atentado) o de una incierta circunstancia en la que no se tiene certeza de la pérdida por la desaparición o la imposibilidad de reconocer el cadáver.

La muerte súbita inesperada produce una situación de *shock* que disminuye enormemente la capacidad de afrontamiento de forma que el funcionamiento pleno tarda en recuperarse. Quien ha perdido a un familiar por este tipo de muerte muestra más rabia y síntomas físicos que los miembros de una familia que pierden a un ser querido tras una enfermedad crónica. La muerte inesperada deja a los dolientes con sentimientos de pérdida de control y de confianza en el mundo en el cual ellos previamente habían depositado su fe. Es habitual que este tipo de muerte tenga como protagonista a un niño o hijo joven, tema del que se hablará más adelante y que, evidentemente, agrava la situación.

En la línea de la ausencia de objeto del duelo (principalmente el cuerpo del fallecido), otra circunstancia difícil es la ocurrida en los abortos, embarazos ectópicos y situaciones similares.

El suicidio es un factor de riesgo de enfermedad y muerte en los supervivientes, pero se ha de subrayar la dificultad de su estudio ya que las personas no hablan habitualmente de ello. Por su parte, Stroebe y Schut (2001b) señalan la escasa evidencia empírica que apoye la mayor dificultad en el duelo por suicidio. Probablemente, esto se deba a problemas metodológicos puesto que este tipo de muerte favorece los sentimientos de culpa y la rumiación sobre el desenlace y situaciones previas haciendo que resulte más difícil la recuperación del superviviente.

Intuitivamente se sabe que no es lo mismo la muerte de la esposa en un accidente cuando iba a trabajar que si ésta sucede tras varios meses de enfermedad. La existencia de un problema grave de salud permite prepararse para el desenlace y favorece la resolución adecuada del duelo, especialmente, si se ha colaborado en los cuidados y se está seguro de haber cumplido adecuadamente con el ser querido. Por otra parte, si la duración de la enfermedad ha sido muy larga (más de doce meses) y ha requerido muchos cuidados, es probable que la recuperación se produzca más lentamente por el agotamiento del superviviente y el recuerdo doloroso del proceso.

La existencia de crisis concurrentes, es decir, de estresores adicionales durante el duelo puede producir una situación de desbordamiento. Es fácil comprender que la presencia simultánea de otros problemas, como pueden ser la pérdida de empleo o de recursos financieros, el cambio de domicilio, la aparición de una enfermedad o la presencia de otros enfermos o discapacitados en la familia, exigirá el desarrollo de recursos adaptativos en un momento en que el doliente puede estar funcionando en situación de desventaja. Esta circunstancia los hace más vulnerables aún. Los supervivientes de catástrofes, guerras o del holocausto son un ejemplo del valor predictivo de este factor.

Asimismo, los recursos materiales escasos complican la existencia dolorosa del superviviente al producir un ajuste pobre a la pérdida. De forma inversa, una buena situación económica del doliente está fuertemente asociada con la recuperación.

Para finalizar la exposición acerca de los factores situacionales, se debe hablar de las muertes estigmatizadas. La interrupción voluntaria del embarazo, el suicidio (del que ya se ha hablado) y el fallecimiento causado por el sida o dentro de relaciones no aceptadas socialmente conlleva un duelo más dificultoso por la desaprobación social, la ocultación que la acompaña o la exclusión en la planificación de los cuidados durante la enfermedad y en los ritos funerarios (Worden, 1991, 1997).

#### 2.4.2. Factores personales

Los factores personales se refieren fundamentalmente a las variables individuales del superviviente que influyen en el proceso de recuperación de una pérdida. Se van a considerar las más apoyadas por los investigadores, es decir, la edad y el género del doliente, la personalidad, la salud previa, la religiosidad, la escasez de aficiones e intereses, la pérdida temprana de los padres, los duelos anteriores no resueltos y las reacciones emocionales de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.

La edad del doliente y la salud se relacionan inversamente. Los grupos de edad más jóvenes presentan mayor malestar físico (dolores de cabeza o de estómago) que psicológico como consecuencia del duelo (Stroebe y Schut, 2001b).

Cuando se ha estudiado la edad en el contexto conyugal, se ha encontrado que los cónyuges más jóvenes presentan una intensi-

- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Contrariamente, el desarrollo de adicciones es una forma de bloquear los sentimientos y negar el sufrimiento.
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente y desarrollar nuevas habilidades, asumiendo sus roles y buscando significado y sentido a la propia vida.
- Recolocarse emocionalmente al ser querido muerto y continuar viviendo teniendo claro que no se trata de renunciar al fallecido, sino de encontrarle un lugar apropiado en su vida psicológica que deje espacio a los demás y permita al doliente continuar viviendo eficazmente.

Para finalizar este apartado, resulta necesario mostrar las principales deficiencias puestas de relieve por investigaciones recientes.

En general, los autores defensores de este acercamiento plantean que experimentar y expresar las emociones negativas en los primeros meses después de la pérdida ayudará a reducir el pesar a largo plazo (especialmente aquellas que van dirigidas al fallecido). De la misma forma, evitar o minimizar la expertencia o expresión de emociones negativas predecirá dificultades en la resolución del duelo.

Respecto a este tipo de planteamiento, Bonanno (2001) señala dos problemas que desde su perspectiva son evidentes. El primero se refiere al peligro de ignorar las emociones positivas, por considerarlas una forma de negación que produce un cortocircuito. Del mismo modo, impiden el trabajo correcto que se realice en el duelo cuando realmente juegan un papel importante en la recuperación. Y, el segundo, olvidar que experimentar y expresar emociones negativas muy intensas en relación con la pérdida predice un curso del duelo más severo tal y como se observa muchas veces en la práctica clínica.

Afortunadamente, respecto al objetivo último de despojarse del vínculo con el fallecido como preparación al establecimiento de nuevas relaciones (teoría psicodinámica), el propio Worden (1997) en su última revisión habla de recolocar emocionalmente al ser querido. Esto palió el error de transmitir el mensaje de que el proceso del duelo debe conducir a "despojarse del vínculo" cuando la realidad es que esto no resulta necesario ni se produce como resultado de gran parte de los duelos. El vínculo se sigue manteniendo aunque sea de forma distinta.

## 2.4. Predicción de dificultades en la resolución del duelo

La experiencia advierte de la existencia de factores vinculados a resultados pobres en la resolución adecuada del duelo. Se sabe que cuando existe una soledad o tristeza intensa, en el duelo conyugal, aumenta el riesgo de problemas físicos y de muerte. De forma similar, la muerte de un hijo está asociada a una alta morbilidad de los padres supervivientes. Por otra parte, factores como la muerte súbita o múltiple, el bajo apoyo social percibido o recursos materiales escasos se han asociado también con un mayor riesgo de padecer problemas de salud.

El duelo es frecuente y mucha gente sufre terriblemente aunque sea por un espacio corto de tiempo. La mayoría de las personas se ajustan a la pérdida sin necesidad de ayuda profesional pero una minoría tiene riesgo de padecer consecuencias duraderas en la salud y, por ello, resulta imprescindible conocer aquellas variables que advierten del peligro de duelo complicado con la finalidad de prevenirlo (Lacasta y Soler, 2004).

Un factor de riesgo es un aspecto del estilo de vida o conducta personal, una situación ambiental o una característica innata o heredada que, sobre la base de la evidencia epidemiológica, se sabe asociado a condiciones relativas a la salud que se considera importante prevenir. Los factores de riesgo en el proceso de duelo aumentan el peligro de enfermedad incidiendo sobre el impacto en la salud (factor de vulnerabilidad) o en la velocidad de recuperación (factor de recuperación) (Stroebe y Schut, 2001b).

Con fines expositivos se agruparán en tres categorías: factores situacionales, personales e interpersonales.

### 2.4.1. Factores situacionales

Los factores situacionales se refieren a aspectos de la situación que afectan al curso del duelo. En este grupo se incluyen el modo en el que se ha producido la muerte, la ausencia del objeto del duelo, la duración de la enfermedad, la existencia de crisis concurrentes, los recursos materiales escasos y las muertes estigmatizadas.

La muerte súbita inesperada es la que se produce como consecuencia de una catástrofe natural o provocada, un accidente y

dad de pena mayor aunque a los dos años se produce una mejoría significativa. Al ser joven es más fácil ver el futuro mejor y con nuevos sentimientos de esperanza. Por el contrario, las viudas ancianas muestran una pena menor inicialmente, pero dos años después su salud es más frágil y el futuro no lo ven tan claro como en el caso de las más jóvenes.

Respecto al efecto del género en la resolución del duelo no existe acuerdo en los resultados de los trabajos científicos. Algunos consideran que no hay diferencias significativas, otros concluyen que las viudas sufren más problemas de salud que los viudos y, por último, la mayor parte de los investigadores señalan lo contrario. El cuerpo de conocimientos disponibles apoya la conclusión de que los hombres sufren consecuencias en la salud más severas que las mujeres tras la pérdida de la pareja, aunque todavía no se hayan encontrado razones concluyentes respecto a las causas de esta diferencia.

Es plausible que las personas con una personalidad bien ajustada y con sentimiento de control sobre su vida manejen mejor el impacto de los acontecimientos vitales estresantes. Por el contrario, aquellos con un ajuste pobre, dificultad para expresar sus emociones, inhabilidad para manejar el estrés, poco sentimiento de control y baja tolerancia a la frustración es probable que encuentren más dificultades a la hora de recuperarse de una pérdida relevante.

En el mismo sentido, las personas con una salud física y mental previa más frágil empeoran con la situación de estrés. Es sabido que en el duelo se agudiza la insuficiencia cardíaca congestiva y la hipertensión esencial. Por otra parte, Bunch (1972) investigó el fenómeno del suicidio en dolientes y encontró que el 60% de ellos estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico antes del fallecimiento del ser querido. Por tanto, la mayor parte de los supervivientes que se suicidan tienen problemas emocionales serios previos a la muerte del familiar. A la luz de estos datos, sería muy importante que tales problemas se evaluaran y tratasen adecuadamente. Resulta útil recordar que es más fácil detectar y diagnosticar los problemas físicos premórbidos que los psiquiátricos, al existir una mayor facilidad para hablar de dolencias corporales que emocionales, pero resulta imprescindible tener en cuenta estas últimas. Las personas que utilizan los servicios de salud antes de la pérdida de un ser querido son más susceptibles de complicación en el proceso de duelo.

Por otra parte, se considera que la religión puede influir en el duelo a través de dos mecanismos: como apoyo social por la integración en un grupo y como sistema de creencias que ayuda en la búsqueda de significado de la muerte. De todos modos, los resultados de los estudios son contradictorios y esto puede deberse a problemas metodológicos o a los distintos modos de vivenciar los fenómenos religiosos.

Del mismo modo que ocurre en la depresión, la escasez de aficiones o intereses dificultará la adaptación a la pérdida de un ser querido. La realización de actividades agradables resulta esencial para el estado de ánimo. En general, un día en el que hemos realizado acciones que nos resultan gratificantes nos sentiremos mejor emocionalmente que si no lo hemos hecho (por ejemplo, es más probable sentirse más animado un día de vacaciones, habiendo comido en un restaurante agradable, con buena compañía, haciendo una visita interesante y saliendo por la noche de fiesta que al quedarse un día en casa frente al televisor y con un programa que no nos gusta).

La pérdida temprana de los padres y los duelos anteriores no resuelven la recuperación, ya que el nuevo fallecimiento puede hacerlos emerger en la medida en que no se haya alcanzado un significado para ellos o no se hubiesen resuelto las dificultades generadas por los mismos.

También, experimentar y expresar emociones de rabia, amargura o culpabilidad muy intensas predice a largo plazo complicaciones en la resolución adecuada del duelo salvo en aquellos dolientes que han mantenido relaciones muy conflictivas con el fallecido (Bonanno, 2001).

Por último, comentar dos aspectos que pueden advertirnos de posibles complicaciones posteriores, el primero de ellos, la negación de la muerte del ser querido expresada por ejemplo mediante la "momificación" y el segundo, el retraso en la reacción emocional.

### 2.4.3. Factores interpersonales

Los factores interpersonales hacen referencia a los aspectos relevantes de la relación con el fallecido y con la red social. Dentro de esta categoría destacan el parentesco, la relación ambivalente o dependiente, la ausencia de apoyo social y el recuerdo doloroso.

El parentesco es una variable importante en la predicción de riesgo de complicación del duelo. Los padres no están preparados para sobrevivir a un hijo. Cuando esto sucede, es como si se muriera una parte de ellos mismos y el "porqué" se convierte en una rumiación obsesiva. El sentimiento de pérdida de control sobre sus vidas y el mundo y de inseguridad es muy fuerte. Las reacciones somáticas, el grado de depresión, la culpabilidad y la rabia son superiores a las experimentadas en la pérdida de la pareja o del padre mayor. Habitualmente, las madres tienen mayores niveles de culpa, rabia y aislamiento que los padres y el apoyo que experimentaban en el pasado con su pareja muchas veces se pierde y encuentran muy duro mostrar sus sentimientos. Es frecuente la disolución del matrimonio, y el divorcio o la separación se estiman entre un 50 y un 90% (Rando, 1983). Este tipo de pérdida puede requerir varios años para su resolución y, en ocasiones, la estructura familiar puede verse minada de tal forma que la estabilidad nunca pueda recobrase completamente como consecuencia de la "culpa del superviviente" (sentirse culpables por estar vivos).

Otras situaciones difíciles se refieren a la pérdida de un hermano en la adolescencia, del padre o la madre en edad temprana y de la pareja (algunas ya mencionadas).

Las relaciones conflictivas o ambivalentes con el fallecido pueden producir dificultades en la posterior resolución del duelo. El hecho de haber oscilado entre el amor y el odio hace más probable la aparición de autorreproches y autodesprecio pudiendo entorpecerse la recuperación.

Cuando el fallecido era prácticamente la única fuente de gratificación, resolvía los problemas y se considera necesario para vivir y ser feliz, sobrevivirle supondrá unos niveles de ansiedad o desesperanza muy altos y, por tanto, predictores claros de dificultad en la resolución del duelo.

Los distintos autores que han trabajado en este campo están generalmente de acuerdo respecto al papel perturbador de la ausencia de un apoyo social. Una familia pequeña, con baja cohesión e inhabilidad para ayudar a sus miembros normalmente presentará problemas. Por el contrario, disponer de familiares y amigos que escuchen empáticamente, sin reprimir el llanto o las expresiones de frustración, tiene un efecto positivo en la salud y evitará este importante factor de riesgo. En la misma línea, exis-

te una dificultad añadida cuando no se trabaja fuera y hay niños pequeños en casa, debido al aislamiento social que producen ambas situaciones y el consiguiente descenso del apoyo social. El alejamiento del sistema tradicional socioreligioso de apoyo de los emigrantes también los sitúa en situación de especial vulnerabilidad tras la pérdida de un ser querido.

No se puede olvidar que el "recuerdo doloroso" causado por un diagnóstico tardío, el mal control de síntomas o las relaciones inadecuadas con el personal sanitario también dificultarán la resolución del duelo.

#### 2.4.4. Situaciones de riesgo en niños y adolescentes

Aunque los factores predictores comentados son aplicables a todos los grupos de edad, es necesario considerar situaciones de riesgo particulares para los niños y adolescentes. La primera de ellas es el ambiente inestable con una figura responsable de los cuidados alternante. En la medida de lo posible esta situación debe evitarse y habrá que procurar garantizar la continuidad de los cuidados cuando los padres no se encuentren en las condiciones adecuadas para brindarlos. La segunda, se refiere a la dependencia con el progenitor superviviente y la reacción de éste ante la pérdida (no se debe olvidar que los niños aprenden por el modelo que reciben del adulto). La tercera es la existencia de segundas nupcias y una relación negativa con la nueva figura. La cuarta es la pérdida de la madre para niñas menores de 11 años y del padre en varones adolescentes. Finalmente, en quinto lugar, la falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o al adolescente.

#### 2.5. Factores protectores para la resolución adaptativa del duelo

Igual que resulta necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que condicionan la posible aparición de complicaciones en el proceso de duelo, también es fundamental, desde una perspectiva clínica salutogénica, detectar aquellos factores que pueden proteger a las personas que van a experimentar un proceso de duelo.

La intervención clínica eficiente y eficaz siempre ha considerado al mismo nivel de relevancia el rescate y la promoción de los recursos de la persona y la atención al déficit que ésta pudiera presentar.

A partir de la revisión de la literatura científica y de la experiencia clínica al respecto de tales factores, de modo didáctico se consideran tres categorías de ellos: estrategias de afrontamiento, protectores que se deducen a partir del estudio de los factores de riesgo y finalmente otros factores detectados a partir de la experiencia clínica.

### 2.5.1. Estrategias de afrontamiento

Como se ha comentado anteriormente, en la teoría del estrés el duelo se considera un estresor ante el cual se requiere el afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción en diferentes momentos. El primer tipo de afrontamiento sería más adecuado en situaciones susceptibles de ser modificadas y el segundo sería más útil ante las irreversibles. Por tanto, en el proceso de duelo, estos dos componentes tendrían un papel diferencial en los distintos momentos temporales, desde la anticipación de la pérdida hasta la resolución del duelo.

Aunque existen teorías con gran validez aparente que consideran el duelo como un tipo de estresor, no han derivado en estudios que indiquen claramente el papel de las estrategias de afrontamiento en la resolución del duelo.

Algunos de los escasos hallazgos en este campo son los de Benight, Flores y Tashiro (2001), quienes encontraron en una muestra de viudas con una media de edad de 54 años que afrontar eficazmente el duelo predecía significativamente el bienestar psicológico y espiritual y la percepción de la salud después de más de seis meses de haber fallecido el esposo. Tales datos se refieren a mecanismos generales y no específicos del proceso, careciendo de momento de aplicabilidad clínica.

Por otra parte, la espiritualidad es un recurso de afrontamiento ampliamente documentado. Las creencias religiosas y espirituales, así como las conductas relacionadas, parecen facilitar el ajuste positivo a la pérdida de un ser querido.

Como puede observarse, son muy pocos los datos a partir de los cuales podamos extraer conclusiones definitivas. Es muy posi-

ble que el tema del duelo revista especiales dificultades para ser investigado del mismo modo que otros estresores y, probablemente, los instrumentos diseñados para evaluar el afrontamiento en otros campos sean inadecuados en este ámbito. Se han propuesto alternativas al estudio tradicional, planteando nuevos conceptos como el de "afrontamiento familiar".

### 2.5.2. Protectores extraídos a partir del estudio de factores de riesgo

Evidentemente, muchos de los factores de riesgo pueden ser considerados de modo inverso como protectores. Pensemos por ejemplo en el caso del apoyo familiar, la ocupación laboral o en la ausencia de dificultades económicas. En el mismo sentido actuarían también los sentimientos de utilidad, la ausencia de patologías previas, el conocimiento del pronóstico de la enfermedad ajustado a la realidad, etc. (véase apartado de factores de riesgo).

Sin embargo, no podemos asumir sin más que la inversa de un factor de riesgo suponga necesariamente un protector, por tanto, necesitamos valorar empíricamente su papel específico dentro de estudios de predicción futuros.

### 2.5.3. Factores detectados en la experiencia clínica

Finalmente, existe otro grupo de variables que se evidencian en la práctica clínica y que han mostrado su eficacia como protectores en otros campos de estudio del ámbito de la salud y que sería muy interesante considerar en el que nos ocupa. Nos referimos a la fluidez comunicativa, la percepción de autoeficacia, los sentimientos de utilidad en los cuidados del enfermo, la habilidad para la planificación y resolución de problemas, la flexibilidad mental, el autocuidado y la capacidad para encontrar un sentido a la experiencia.

- Modelos explicativos del duelo:
- Teoría psicodinámica.
  - Teoría del apego.
  - Teorías de los constructos personales.
  - Teoría cognitiva.
  - Teoría del estrés.
  - Perspectiva funcional-social.
  - Modelo de proceso dual.
  - Modelo médico.

Modelos descriptivos del duelo y fases del mismo:

- Lindemann.
- Engel.
- Parkes.

Modelos descriptivos del duelo: tareas del duelo:

- Lindemann.
- Parkes y Weiss.
- Worden.

Factores predictores de dificultades en la resolución adecuada del duelo:

- Factores situacionales: modo de la muerte, ausencia de objeto del duelo, duración de la enfermedad, crisis concurrentes, recursos materiales reducidos y las muertes estigmatizadas.
- Factores personales: edad, género, personalidad, salud previa, religiosidad, escasez de aficiones, pérdida temprana de los padres, duelos anteriores no resueltos, reacciones emocionales de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas, negación de la muerte y retraso en la reacción emocional.
- Factores interpersonales: parentesco, relación ambivalente o dependiente, ausencia de apoyo social y el recuerdo doloroso.
- Situaciones de riesgo en niños y adolescentes.

Factores protectoras para la resolución adaptativa del duelo:

- Estrategias de afrontamiento: dirigido al problema, dirigido a la emoción, creencias religiosas, espirituales y las conductas relacionadas.
- Protectores extraídos a partir del estudio de los factores de riesgo.
- Factores detectados en la experiencia clínica: fluidez comunicativa, percepción de autoeficacia, sentimiento de utilidad en los cuidados del enfermo, habilidad de planificación y resolución de problemas, flexibilidad mental, autocuidados y capacidad para encontrar un sentido a la experiencia.

Exposición de un caso clínico

1. Factores predictores de complicación en la resolución del duelo

Factores situacionales:

Modo de muerte, accidente de tráfico; crisis concurrentes, recursos materiales reducidos y padre demenciado con alta dependencia para las actividades de la vida diaria y con el que compartía el domicilio uno de cada cuatro meses.

Factores personales:

Edad del fallecido, 18 años; género del doliente, mujer; estilo personal, ansiedad importante; enfermedad crónica compartida con el hijo fallecido, talasemia; duelos anteriores no resueltos, muerte reciente de su madre y por último, sentimientos de culpa importantes por la compra de la moto con la que tuvo lugar el accidente, la actuación seguida en las cámaras del depósito de cadáveres y respecto a la brevedad del luto para hacer más fácil la vida al hijo superviviente y al marido.

Factores interpersonales:

Parentesco, pérdida de un hijo joven; núcleo familiar pequeño con escasas verbalizaciones sobre lo sucedido y las emociones, apoyo social reducido por el trabajo en casa como modista, recuerdo doloroso por no haber visto al hijo en la cámara y comentarios en su pueblo sobre el consumo de alcohol por parte del hijo el día del accidente, a pesar de que la autopsia demostró lo contrario.

2. Factores protectores para la resolución adaptativa del duelo

- Estrategias de afrontamiento:
  - Las creencias religiosas y las conductas relacionadas con ellas ayudaron en la recuperación y el tratamiento.
- Factores detectados en el experiencia clínica:
  - Fluidez comunicativa, autocuidados y capacidad para encontrar un sentido a la experiencia.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) La teoría psicodinámica considera que el duelo debe permitir la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para reinvertirla en otro objeto.
- b) La teoría del apego señala que los vínculos buscan garantizar la supervivencia y la conducta de apego busca mantenerlos.
- c) La teoría cognitiva señala que el ajuste al duelo se produce con la reconstrucción del significado de la pérdida y de las asunciones previamente mantenidas.
- d) La teoría del estrés pone en evidencia que los cambios físicos producidos como consecuencia de la pérdida de un ser querido no repercuten en la salud del doliente.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las fases es verdadera?:

- a) Describen perfectamente el proceso seguido por los dolientes.
- b) No tienen utilidad clínica.
- c) Resultan útiles a nivel descriptivo.
- d) Responden a la enorme variabilidad encontrada entre los dolientes.

3. ¿Cuál de las siguientes fases no se corresponde con las descritas por Parkes (1970)?

- a) Desconcierto y embotamiento.
- b) Idealización.

- c) Anhelo y búsqueda de la pérdida.
- d) Desorganización y desesperación.
- e) Reorganización y recuperación.

4. ¿Cuál de los siguientes factores aumenta el riesgo de complicación en la resolución del duelo?

- a) Dependencia del fallecido respecto del superviviente.
- b) Muerte del padre anciano con relación no dependiente.
- c) Muerte tras seis meses de enfermedad bien controlada.
- d) Muerte súbita.

## Evaluación y diagnóstico

3

### 3.1. Introducción

La naturaleza del fenómeno del duelo es compleja y, por tanto, también lo es su evaluación. Esta dificultad es debida, por un lado, a la gran variedad de manifestaciones cognitivas, motoras y fisiológicas existentes y, por otro, a la presencia de algunas conductas que pueden aparecer a lo largo de todo el proceso aunque resulten más características o adecuadas en un determinado momento.

Igual que ocurre con otros procesos psicológicos, *resulta necesario* precisar si el duelo se está desarrollando adecuadamente o si existen conductas que, por su intensidad o duración excesivas, advierten del riesgo o de la existencia de problemas susceptibles de intervención preventiva o especializada.

La evaluación hace posible el diagnóstico con un mayor grado de certeza y se debe llevar a cabo mediante la recopilación y el análisis de los datos familiares que resulten esenciales para prestar apoyo, planificar y poner en marcha la intervención y movilizar los recursos necesarios para un adecuado ajuste de los familiares a la pérdida. La obtención de los datos requerirá grandes habilidades de escucha y comunicación y exigirá la utilización de fuentes diversas como entrevistas, genograma, autorregistros, observación directa, cuestionarios e historia de vida (Barreto, Molero y Pérez, 2000). Todo ello, debe permitir el conocimiento del modo de enfrentar la pérdida y el funcionamiento familiar.

Los *objetivos* perseguidos con la evaluación y el diagnóstico son los siguientes:

- Obtener una visión de la situación real de la familia, del contexto familiar y de cada uno de sus miembros para entender mejor sus necesidades y preocupaciones.
- Detectar las variables predictoras de riesgo de duelo complicado con el fin de prevenirlo.
- Decidir quién o quiénes serán objeto de intervención especializada.
- Establecer la relación terapéutica y motivar a la familia para que se adhiera adecuadamente a la intervención propuesta.
- Realizar el análisis funcional de las conductas problemáticas.
- Determinar, planificar y desarrollar las estrategias necesarias para facilitar el máximo bienestar de todos y cada uno de los miembros de la familia.

En la primera parte del capítulo, se analizarán las áreas que deben guiar la evaluación y los distintos instrumentos útiles para el fin centrando la atención en los diseñados específicamente para el duelo. En la segunda parte, se señalarán los criterios a tener en cuenta en el diagnóstico del duelo complicado y los problemas asociados al mismo. Finalmente, se intentará ejemplificar los conocimientos introducidos mediante el caso clínico que se muestra a lo largo del libro.

### 3.2. Áreas de evaluación

Las áreas que deben evaluarse son las siguientes: la estructura y el funcionamiento familiar, la historia del fallecimiento, las necesidades individuales y familiares, las conductas problemáticas y las peticiones de intervención.

La *estructura familiar* es un dato fundamental en el conocimiento de una familia. Esta información permite, principalmente, conocer los recursos y las fuentes de apoyo disponibles. Para ello, se estudiará el tipo de familia objeto de la evaluación (por ejemplo, si es nuclear y se compone básicamente por la pareja y los hijos, si es amplia y extensa al estar implicados en el funcio-

namiento general generaciones anteriores u otros miembros no tan directos o si se trata de una familia reconstituida tras un divorcio previo), el contexto social y económico, el momento evolutivo, las relaciones entre los miembros, la forma de convivencia, las circunstancias socialmente estigmatizadas y todo aquello que ayude a entender la organización familiar. El genograma, como se verá, es el instrumento de evaluación por excelencia para registrar esta información de un modo operativo y funcional (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

Con la muerte de uno de sus miembros, el *funcionamiento familiar* cambia y resulta necesario conocer cómo era antes y cómo es después del fallecimiento, con la finalidad de saber su forma de actuar y facilitar la introducción de las estrategias que resulten más adecuadas para evitar complicaciones.

Es fundamental conocer la historia de las relaciones entre los miembros y con el fallecido (como son la ambivalencia, la dependencia o la sobreprotección) antes y después de la muerte del ser querido para saber el apoyo social real y el percibido. Por otra parte, conviene conocer los antecedentes psicopatológicos de todos los miembros, sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento y las crisis concurrentes. Además, es necesario detectar otros recursos de los miembros de la familia, como el nivel educativo, el estado de salud, los estilos de pensamiento, la capacidad de resolución de problemas y la flexibilidad en los roles para adaptarse mejor a las crisis.

En la evaluación del proceso del duelo es esencial realizar una *historia del fallecimiento* precisa y detallada. Los contenidos esenciales son las circunstancias de la muerte, las emociones e interpretaciones evocadas, las conductas desarrolladas, la repercusión de la pérdida del ser querido en los planes vitales y el impacto producido en cada uno de los miembros.

De igual modo, se deben indagar las *necesidades individuales y familiares* en relación con la información y los aspectos socioeconómicos y psicológicos (incluidos los espirituales) y las *conductas problemáticas* que requieran intervención.

Para terminar, es importante obtener las *peticiones de intervención* que plantean los propios interesados con la finalidad de incluir las prioridades terapéuticas junto con los aspectos que la evaluación evidencia como necesarios. Con ello, se pretende favorecer la adherencia al tratamiento.

Seguidamente, se comentarán los instrumentos útiles para la obtención de la información necesaria.

### 3.3. Instrumentos de evaluación

Si la evaluación se hace adecuadamente y con una actitud empática, puede constituir en sí misma un primer paso en la terapia o el asesoramiento y puede ser llamada o calificada como "evaluación terapéutica". Resulta interesante constatar el hecho de que la expresión de emociones y la búsqueda de significado tienen un efecto positivo en la resolución adecuada del duelo de forma similar al beneficio que proporciona recordar y revivir el trauma en la prevención del trastorno por estrés posttraumático.

Los instrumentos de evaluación útiles serán aquellos que nos ofrezcan, con una eficacia científica probada, información relevante sobre los aspectos mencionados en las áreas de evaluación (como, por ejemplo, el cuestionario para la depresión de Beck; la escala de suicidio de Beck o la escala de cohesión y adaptación familiar de Olson y cols., en la versión aplicable a la población española). En este apartado, se analizarán y comentarán los instrumentos específicos del duelo y se podrá obtener información sobre los restantes en los respectivos títulos de esta colección.

Como se verá más adelante, algunas de las técnicas de evaluación empleadas en la fase diagnóstica podrán utilizarse nuevamente durante la intervención para comprobar los efectos de esta e incluso podrán diseñarse otros nuevos como apoyo al tratamiento.

Los instrumentos de evaluación se han clasificado en cinco grupos: entrevista, autoinforme (historia personal y cuestionarios), autoobservación, observación directa y medidas psicofisiológicas.

#### 3.3.1. Entrevista

La entrevista ha sido y sigue siendo el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica al ser extremadamente útil en el estudio del proceso del duelo.

En general, para favorecer la comunicación es bueno recordar y seguir las siguientes orientaciones prácticas: hablar despacio y vocalizando bien, realizar preguntas abiertas, claras y breves

("¿Cómo se sintió al verle muerto?"), dar tiempo para contestar antes de reformular la pregunta, reforzar la comunicación o cualquier fragmento de conducta adaptativa, explorar los bloqueos en la conversación, aprovechar el llanto y las quejas para obtener más información pero si impiden la interacción iniciar su extinción, identificar del modo más específico posible la información relevante, pedir aclaraciones ("¿Qué significa para usted estar deprimido?"), pedir opinión ("¿Le parece que hablemos del momento de su muerte?"), aceptar incondicionalmente los sentimientos, pensamientos y conductas que manifiesten, resumir la información para asegurarse de la comprensión ("Si le he entendido bien, lo que le hace sentirse culpable es..."), crear expectativas positivas y procurar la congruencia entre la comunicación verbal y la no verbal.

Por el contrario, se deben evitar aquellas conductas que dificultan claramente la comunicación: realizar varias preguntas a la vez, pues no sabrá a cuál responder, inducir respuestas deseadas ("¿Se siente mejor, verdad?"), decir a las personas lo que tienen que hacer ("No me diga eso! debe salir más y distraerse") y quitar importancia a la preocupación del familiar ("No se preocupe, pronto pasará todo").

Existen unas preguntas claves para identificar a los miembros de la familia más vulnerables.

- *¿Puede hablarme sobre él/ella?* Esta pregunta evoca la historia de la relación con el fallecido incluyendo los aspectos positivos y negativos así como el estilo de la misma (dependencia, ambivalencia, rechazo o sobreprotección). Dentro de esta línea, es importante facilitar la revisión y el afrontamiento de los aspectos más negativos. Por ejemplo, "¿puede hablarme más de los momentos menos felices, de las dificultades que todos tenemos en algún momento en nuestras relaciones?". Estas preguntas pueden realizarse a todos los miembros ya que nos darán información sobre la estructura y el funcionamiento familiar.

- *¿Puede hablarme de cómo murió?* Así sabremos las circunstancias de la muerte y, en función de éstas, indagaremos la historia previa al fallecimiento (como, por ejemplo, la historia de la enfermedad, el "recuerdo doloroso" por un mal control de los síntomas o la compra del vehículo con el que ha tenido lugar el accidente). Al mismo tiempo, es

imprescindible explorar los sentimientos y pensamientos experimentados y las conductas manifestadas (“¿Cómo se sintió al darse cuenta de que estaba muerto?”, “¿qué pensó acerca de lo sucedido?” y “¿qué hizo usted en ese momento?”). Preguntaremos también por el desarrollo de los ritos funerarios y el cumplimiento de las últimas voluntades. Con todo ello, se intenta ayudar a que el doliente reconozca la importancia de aceptar las circunstancias y de asumir todos sus miedos, interrogantes e incertidumbres como fuentes de estrés lógicas que deben ser comprendidas y elaboradas (transmitir experiencia de “normalidad”).

¿Puede hablarme sobre cómo han reaccionado los otros desde entonces?, ¿qué dijeron o hicieron?, ¿qué hacen o dicen en la actualidad? y ¿qué significado tiene para usted? Así se exploran diversos aspectos del apoyo social y del significado que tiene para el sujeto evaluado. Son útiles estas preguntas y todas aquellas que nos permitan indagar la eficacia del apoyo brindado al doliente o la inhibición de aspectos relevantes en la resolución adecuada del duelo. Por ejemplo, “¿cómo es la comunicación entre ustedes?”, “¿puede expresar sus sentimientos?”, “¿sabe mostrar sus deseos?”, “¿qué inconvenientes tiene el sufrir en solitario?”, “¿qué ventajas tendría compartir la situación con sus seres queridos?”, “¿le piden que deje de llorar al que lo hace?”, “¿por qué cree que sucede de esta forma?”, “¿existe tensión o historia de malos tratos?”, “¿cuántos familiares apoyan al familiar de mayor riesgo?”, “¿son fácilmente accesibles?” y, “además de la familia, ¿qué otros apoyos tienen?”. El duelo se resolverá adecuadamente, sin necesidad de una intervención especializada, si el apoyo recibido ayuda a la adaptación, mejora la autoestima y brinda ayuda práctica.

¿Puede hablarme de otras cosas que le hayan sucedido o le estén sucediendo y que le hagan las cosas aún más difíciles? Se trata de clarificar la presencia de muertes recientes, la existencia de otras circunstancias adversas simultáneas al fallecimiento o el estrés crónico para definir su severidad y los efectos en el funcionamiento familiar.

¿Puede hablarme de usted mismo?, ¿cómo ha sido su vida antes de que todo esto pasara?, ¿qué dificultades ha tenido que enfrentar en el pasado?, ¿cómo ha manejado el estrés o

las crisis en el pasado?, ¿ha necesitado tratamiento especializado?, ¿cómo está afrontando la situación actual?, y ¿está recibiendo algún tipo de tratamiento? Son otras preguntas que podemos plantear en la entrevista para obtener información específica sobre la pérdida temprana de los padres, los duelos anteriores no resueltos, las enfermedades previas, los antecedentes psicopatológicos y los tratamientos recibidos, la personalidad, los recursos personales, la religiosidad y las circunstancias de vida. Además, al formular estas preguntas a cada uno de los miembros, se obtendrá información individualizada de todos ellos.

¿Puede hablarme de su familia?, ¿cómo ha afectado la muerte del ser querido al grupo familiar? y ¿cómo ha influido la pérdida en cada miembro? De esta forma, se reconocen los problemas familiares, los esfuerzos realizados para conseguir el bienestar de los otros miembros simultáneamente al propio sufrimiento y el miedo a la desintegración.

Resulta especialmente útil realizar una entrevista familiar o sesión conjunta que permita observar la dinámica existente entre los distintos miembros e incluso proporcionar comentarios terapéuticos (como, por ejemplo, “En estas circunstancias resulta difícil mostrar los sentimientos, cada uno sufre solo por miedo a causar daño a los demás y la realidad es que expresar los sentimientos ayuda a todos”). A su vez, sirve para evaluar y evidenciar los factores de vulnerabilidad y los de recuperación, al tiempo que facilita el proceso natural del duelo.

Para terminar, como en toda entrevista clínica, debemos señalar la conveniencia de concluir la siempre con ideas que reflejen esperanza especialmente en relación con el alivio o la recuperación del malestar experimentado por el doliente.

### 3.3.2. Genograma

La construcción de un árbol familiar o genograma resulta muy sencilla y de gran utilidad. Este instrumento, empleando símbolos muy simples, resume gráficamente y en un espacio muy pequeño información muy relevante sobre la estructura familiar. Los componentes de la familia vivos y fallecidos (tachados con un aspa), orde-

nados generacionalmente (en cada línea una generación), el sexo (el masculino representado con un cuadrado y el femenino con un círculo), la edad, las relaciones de pareja (casados, separados, divorciados, nuevas nupcias o pareja de hecho), los hermanos gemelos y los datos que se consideren interesantes (por ejemplo, la causa de muerte de los fallecidos, los convivientes, la proximidad geográfica del domicilio de los no convivientes, las minustalias, condiciones socioeconómicas o el tipo de relaciones que mantienen). En el cuadro 3.1, se representa gráficamente el genograma del caso ilustrativo.

### 3.3.3. Autoinformes: historia personal y cuestionarios

El autoinforme permite una valoración general de distintas áreas conductuales haciendo posible una aproximación inicial que dirija la posterior evaluación con medidas más específicas. Se pueden utilizar como instrumentos de análisis previo al tratamiento y para evaluar los efectos del mismo sin olvidar su utilidad para la investigación y comparación de resultados.

Hay cuatro grupos de autoinformes: el primero lo constituyen instrumentos generales aplicables al inicio de la evaluación y que aportan una información amplia pero difícilmente cuantificable. Su finalidad es identificar las conductas problemáticas y las circunstancias ambientales en las que aparecieron y persisten. Se incluyen los cuestionarios biográficos y los inventarios de síntomas. El segundo grupo evalúa de manera específica problemas conductuales determinados como por ejemplo la depresión, los temores, el duelo, las estrategias de afrontamiento o la asertividad. El tercer grupo se dirige a identificar situaciones o actividades reforzantes. Y el último pretende detectar las posibles variables contaminadoras del proceso terapéutico, como, por ejemplo, la motivación o el grado de autoeficacia atribuida a uno mismo.

Manteniendo la línea elegida para esta revisión de instrumentos de medida, se ofrecerá una historia personal elaborada por las autoras del libro y se comentarán los cuestionarios más relevantes del duelo. Se hará especial hincapié en aquellos que están adaptados al castellano y validados para la población española y los elaborados en España o las traducciones que se encuentren en fase de validación.

La *historia personal* es un cuestionario autobiográfico y su contenido, en general, se solapa con la información que se persigue en la entrevista inicial e incluso se puede utilizar como guión de la misma.

Sus principales ventajas son proporcionar información sobre los aspectos generales de probada utilidad en la planificación de la intervención y permitir al doliente una reflexión detenida de sus respuestas, ya que la puede cumplir en su casa.

Los contenidos recogidos en la misma son: datos personales (como el nombre y la edad del fallecido y del doliente y las fechas significativas), la situación actual, las circunstancias de la pérdida (por ejemplo, causa, lugar, modo, las reacciones personales y familiares y los ritos funerarios), la historia de la relación con el fallecido, los recursos personales (como el estado de salud, los antecedentes psicopatológicos, las habilidades de afrontamiento y el sistema de refuerzos), el funcionamiento familiar (por ejemplo, la relación con los otros miembros, las áreas de conflicto, el grado de apoyo social, las crisis concurrentes, los antecedentes psicopatológicos familiares y las personas significativas), las expectativas y la motivación hacia la terapia, la organización del tiempo, otros problemas y, finalmente, una síntesis (en el cuadro 3.1 puede verse una historia personal del duelo elaborada por las autoras, y en el 3.3 un pequeño extracto del caso ilustrativo).

Cuadro 3.1. *Historia personal del duelo: cuestionario biográfico.*  
C. Soler y P. Barreto (2007)

#### DATOS PERSONALES

Nombre: ..... Edad: ..... E. C.: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

C. P.: ..... Teléfono: ..... Móvil: .....

Fecha actual: ..... Fecha fallecimiento: .....

¿Quién realiza la historia?: ..... Nombre del fallecido: .....

Edad: ..... Relación/parentesco con fallecido: .....

Fechas con un significado especial: .....

Cuadro 3.1. continuación

SITUACIÓN ACTUAL

Describa con sus propias palabras su problema principal: .....

¿En qué situaciones se siente mal?: .....

¿En qué momentos se encuentra peor?: .....

¿Hay algún lugar en el que se sienta especialmente mal?: .....

¿Ante qué personas aparece su problema?: .....

¿Hay algún pensamiento, recuerdo o imagen que haga que aparezca el problema?: .....

¿Qué lugares, objetos, fotos, actividades, personas, recuerdos o pensamientos trata de evitar?: .....

¿Cuando se siente mal, ¿qué suele notar físicamente?: .....

¿Cuando se siente mal, ¿qué suele pensar o imaginar?: .....

¿Cuando se siente mal, ¿qué suele hacer?: .....

¿Cuánto malestar siente (puntuéelo de cero a diez, donde "0" sea nada y "10" el máximo que usted ha experimentado)?: ..... ¿Con qué frecuencia se siente mal?: .....

¿Cuándo y cómo desaparece su malestar?: .....

*Subraye todo aquello que le ocurra diariamente o con mucha intensidad:*

Dolor de cabeza, palpitaciones, falta de energía, opresión en el pecho y/o garganta, cambios en el apetito, sensaciones en el estómago, sequedad de boca, soñar con el fallecido, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, despertarse pronto, sueño excesivo, dificultades de atención, concentración y/o memoria, pensamientos e imágenes repetitivos en contra de su voluntad, añoranza del fallecido, buscarle sabiendo que está muerto, falta de metas, sentimientos de inutilidad con respecto al futuro, dificultad en aceptar la muerte, sentir la vida

Cuadro 3.1. continuación

vacia y/o sin sentido, sensación de culpa, de que una parte de usted se ha muerto, de soledad, excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con la muerte, tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo, problemas sexuales, asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, sensación de indiferencia, ausencia de respuesta emocional, alucinaciones visuales y/o auditivas, llevar o asesorar objetos pertenecientes al fallecido, problemas con el alcohol (frecuencia ..... cantidad .....), consumo de tabaco (cantidad .....), u otras drogas (cuáles ..... frecuencia ..... cantidad .....).

¿Tiene ideas de suicidio?: ..... En caso afirmativo, ¿lo ha planificado?: .....

¿Ha realizado algún intento de suicidio?: ..... En caso afirmativo, ¿cómo ha sido?: .....

¿Existe algún familiar suyo que se haya suicidado?: ..... Desde que comenzó el problema, ¿ha habido mejoras?: ..... ¿A qué cree que han sido debidas?: .....

¿Y empeoramientos?: ..... ¿Por qué?: ..... Indique todas las situaciones que le resultan problemáticas en la actualidad: .....

CIRCUNSTANCIAS DE LA PÉRDIDA

¿Cuál fue la causa de la muerte de su ser querido?: .....

¿Dónde murió?: .....

¿Cómo tuvo lugar su muerte?: .....

¿Cómo se sintió al darse cuenta de que estaba muerto?: .....

¿Qué pensó acerca de lo sucedido?: .....

¿Qué hizo usted en ese momento?: .....

¿Cómo reaccionaron sus familiares y allegados?: .....

¿Qué dijeron o hicieron?: .....

¿Qué significado tiene para usted esa reacción?: .....



Cuadro 3.1. continuación

¿Qué ritos funerarios realizaron? .....  
 ¿Cómo se desarrollaron? .....  
 ¿Cómo se sintió en ellos? .....  
 Si su ser querido planteó sus últimas voluntades, ¿se pudieron cumplir? .....  
 En caso negativo, ¿cómo se siente usted por ello? .....

HISTORIA DE LA RELACION

¿Cómo era él/ella? .....  
 ¿Cómo describiría la relación con él/ella? .....  
 ¿Cómo fueron los instantes menos felices; aquellas dificultades que todos tenemos en algún momento en nuestras relaciones? .....  
 ¿Qué aspectos de la relación resultaban conflictivos? .....  
 ¿Cómo los resolvían? .....  
 En su relación con él/ella, ¿hay algo que usted haya dicho, hecho, dejado de decir o hacer y de lo que se arrepienta ahora? .....

RECURSOS PERSONALES

¿Qué es lo más característico de usted? .....  
 ¿Cómo ha sido su vida antes de que todo esto pasara? .....  
 ¿Qué dificultades ha tenido que enfrentar en el pasado? .....  
 ¿Qué le ha ayudado a resolver los problemas y dificultades? .....  
 Actualmente, ¿qué actividades de su vida diaria se ven afectadas por el problema? .....  
 ¿Qué intenta hacer para sentirse mejor cuando aparece el problema? .....  
 ¿Hasta qué punto le funciona? .....  
 ¿Qué tal ha sido su salud hasta el momento actual? .....



Cuadro 3.1. continuación

¿Ha aparecido algún problema físico tras la muerte de su ser querido? .....  
 En caso afirmativo, ¿cuál? .....  
 En la actualidad, ¿qué medicamentos está tomando (incluyendo psicofármacos, anticonceptivos, vitaminas o cualquier otro)? .....

En alguna ocasión, ¿ha necesitado tratamiento por presentar problemas como ansiedad, depresión, abuso de alcohol u otras sustancias alucinaciones, delirios, etc.? ..... En caso afirmativo, ¿quién le atendió (médico de familia, psiquiatra, psicólogo u otro profesional)? ..... ¿En qué consistió el tratamiento? .....

¿En qué medida le fue útil (mucho, bastante, un poco, nada)? .....  
 Si lo abandonó, ¿cuál fue la causa? .....  
 ¿Recibe algún tratamiento diferente a tomar medicación? .....  
 ¿Cuál? .....  
 ¿Cuál es su profesión? .....  
 ¿Qué le gusta de su trabajo? .....  
 ¿Sabe relajarse? ..... En caso afirmativo, ¿cómo lo hace? .....  
 ¿Sabe mostrar sus deseos y expresar lo que piensa? ..... En caso negativo, ¿qué dificultades tiene? .....  
 ¿Le es fácil conocer gente nueva? ..... ¿Qué dificultades tiene en la relación con las personas? .....  
 ¿Se considera una persona religiosa? ..... En caso afirmativo, ¿sus creencias le ayudan en la actualidad? ..... ¿En qué forma? .....  
 ¿Se considera una persona disciplinada? ..... En caso afirmativo, ¿qué conductas le hacen pensar que sí lo es? .....  
 ¿Se considera una persona capaz de disfrutar de muchas cosas? ..... ¿Cuáles son sus aficiones y actividades preferidas? .....

¿Cuánto tiempo le dedica a la semana? .....  
 ¿Ha dejado de hacer alguna cosa que antes le gustaba? .....  
 ¿Cuántas horas suele dormir? ..... ¿Hace siesta? ..... ¿Cuánto tiempo? .....  
 ¿Cree que lleva una dieta equilibrada? ..... ¿Por qué? .....  
 ¿Hace ejercicio físico regularmente? ..... ¿Cuál? .....  
 ¿Cuánto tiempo le dedica a la semana? .....

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Describe la relación con sus familiares más próximos:  
 Padre: .....



## Cuadro 3.1. continuación

Dificultades: .....

Madre: .....

Dificultades: .....

Hermanos: .....

Dificultades: .....

Pareja: .....

Dificultades (incluidas las sexuales): .....

Hijos: .....

Dificultades: .....

¿Algún familiar ha tenido problemas psicológicos importantes en el pasado?:  
..... En caso afirmativo, ¿quién/es y cuáles?: .....

.....

¿Cómo es la comunicación entre los miembros de su familia?: .....

¿Pueden expresar sus sentimientos?: .....

¿Qué inconvenientes tiene el sufrir en solitario?: .....

¿Qué ventajas tendría compartir la situación con sus seres queridos?: .....

En su familia, ¿piden que deje de llorar al que lo hace?: ..... ¿Existe tensión o historia de malos tratos?: .....

¿Cuáles son las cosas que funcionan bien en su familia?: .....

.....

¿Cuáles se podrían mejorar?: .....

.....

¿Qué tal es la salud de los miembros de su familia?: .....

.....

¿Considera que su familia es flexible a la hora de adaptarse a las situaciones nuevas?: .....

¿Qué dificultades hay a la hora de resolver los problemas que aparecen?: .....

.....

¿Cómo se adaptan a las situaciones difíciles?: .....

.....

¿En qué situaciones suelen aparecer los conflictos?: .....

.....

¿Cómo ha afectado la muerte del ser querido a cada miembro de su familia?: .....

.....

## Cuadro 3.1. continuación

.....

¿Qué planes se han visto afectados?: .....

.....

¿Cuántos familiares apoyan a la persona con mayores dificultades?: ..... ¿Están disponibles?: ..... Además de la familia, ¿qué otros apoyos tienen?: .....

.....

Describe la relación con ellos: .....

.....

De todas las personas que le rodean ¿cuáles son las más importantes?: .....

.....

¿Quién podría ayudarte en el tratamiento?: .....

.....

¿Puede hablarme de otras cosas que le hayan sucedido o le estén sucediendo ahora y que nagan las cosas aún más difíciles?: .....

.....

¿Existen problemas económicos o de relación?: ..... En caso afirmativo, ¿cuáles?: .....

.....

## EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA

¿Qué cree usted que es un psicólogo?: .....

.....

¿Qué espera del tratamiento?: .....

.....

¿En qué cree que va a consistir?: .....

.....

¿Cuánto tiempo cree que durará?: .....

.....

¿Hasta qué punto está usted dispuesto a trabajar por la terapia?: .....

.....

¿Cree que tendrá éxito?: ..... ¿Por qué?: .....

.....

## VIDA DIARIA

Describe cómo se suele desarrollar un día normal de la semana:

07-08: .....

08-09: .....

09-10: .....

Cuadro 3.1. continuación

- 10-11: .....
- 11-12: .....
- 12-13: .....
- 13-14: .....
- 14-15: .....
- 15-16: .....
- 16-17: .....
- 17-18: .....
- 18-19: .....
- 19-20: .....
- 20-21: .....
- 21-22: .....
- 22-23: .....
- 23-24: .....

Describa cómo se suele desarrollar un día del fin de semana:

- 07-08: .....
- 08-09: .....
- 09-10: .....
- 10-11: .....
- 11-12: .....
- 12-13: .....
- 13-14: .....
- 14-15: .....
- 15-16: .....
- 16-17: .....
- 17-18: .....
- 18-19: .....
- 19-20: .....
- 20-21: .....
- 21-22: .....
- 22-23: .....
- 23-24: .....

OTROS PROBLEMAS

Describa otras áreas problemáticas de su vida que no hayan aparecido en las páginas anteriores. Indique hasta qué punto y de qué forma le afectan: .....



Cuadro 3.1. continuación

SINTEISIS
Dificultades fundamentales: .....
Recomendaciones sugeridas: .....

Seguidamente, se comentan los instrumentos disponibles para la evaluación del duelo comenzando por los cuestionarios generales más significativos.

- Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985). García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001) lo han adaptado al castellano y el estudio de la validez y fiabilidad resulta equivalente al de la prueba original. El inventario consta de 135 ítems dicotómicos (verdadero y falso) que exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas: 3 de validez (negación, resuestas atípicas y deseabilidad social), 9 clínicas (desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte) y 6 experimentales (alteraciones del sueño, pérdida de apetito, pérdida de energía, síntomas físicos, optimismo/desesperanza y dependencia). Algunos de los ítems puntúan en dos o tres escalas a la vez y, por este motivo, sumando la máxima puntuación posible de cada una de las escalas se obtiene un total de 187 puntos (145 de verdadero y 42 de falso). Es autoadministrado y se rellena aproximadamente en veinte minutos aunque puede ser leído por el entrevistador si resulta necesario. Para evaluarlo, se utiliza un programa informático elaborado por el equipo

investigador a partir de las plantillas originales. Igual que los tres instrumentos siguientes, se puede conseguir a través de Jesús A. García-García del Grupo de Estudios de Duelo.

A continuación, se reproducen algunos de sus ítems a modo de ejemplo:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Inmediatamente después de su muerte me sentí agotado/a.                                | V | F |
| 2. Tiendo a estar más irritable con los demás.  | V | F |
| 3. Estoy obsesionado/a con su imagen.   | V | F |
| 4. Con frecuencia me siento enfadado/a.   | V | F |
| 5. Sigo manteniendo relaciones sociales con mis amistades sin dificultades.               | V | F |
| 6. Siento pesadez en los brazos y las piernas.  | V | F |
| 7. Me fijo más de lo normal en todas las cosas relacionadas con la muerte.                | V | F |
| 8. Me parece que se podría haber hecho más por él/ella.                                   | V | F |
| 9. Mostré poco mis emociones en el funeral.   | V | F |
| 10. Después del fallecimiento sentí una gran necesidad de mantener el ánimo de los demás. | V | F |

Neimeyer y Hogan (2001) critican las dificultades de consistencia interna y la estructura de los factores, la reducción de la variabilidad como consecuencia del formato verdadero-falso, la excesiva redundancia de ítems y los problemas en la interpretación de la escala de negación. Con todo ello, es un instrumento útil aunque resulta mejorable.

Inventario Texas Revisado de Duelo (TTRD) (The Texas Revisited Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y De Vaul, 1987). García-García, Landa, Treigueros, Calvo y Gaminde (1995) lo han adaptado al castellano y validado, siendo la fiabilidad de las dos partes prácticamente idéntica al original. Respecto a la validez factorial, la adaptación encaja perfectamente con el constructo original; en cuanto a la validez por hipótesis, no coincidió con el original al no encontrar diferencias entre viudos y viudas ni

en edades, pero sí existió coincidencia en la muerte inesperada y en el hospital, así como en el duelo temprano; por último, la validez convergente con el IED resulta positiva y significativa.

Su aplicación es más sencilla que la del IED, es autoadministrado y se cumplimenta en diez minutos aproximadamente. Se evalúa directamente sin necesidad de plantilla y, según los autores, permite agrupar a los dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo.

Consta de dos partes evaluadas con escalas de tipo Likert con cinco categorías de respuesta desde completamente verdadera a completamente falsa. La primera (I) consta de ocho ítems relativos a la conducta y los sentimientos del doliente en el momento inmediatamente posterior a la muerte del ser querido y la puntuación oscila entre 8 y 40 puntos (dos ítems de esta parte son "me sentía furioso/a porque me había abandonado" y "tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas"). La segunda (II) consta de 13 ítems que se refieren a los sentimientos actuales (estrés emocional, falta de aceptación, rumiación y recuerdos dolorosos) y puntúa entre 13 y 65. Esta parte permite medir los cambios producidos en el tiempo.

Neimeyer y Hogan (2001) critican un exceso de coincidencia con medidas de depresión, la inclusión de ítems benignos y redundancias, el descuido de síntomas asociados con culpa, amargura, interrupción y experiencias alucinatorias y, por último, señalan que la comparación entre la parte I y la II se ve afectada por la memoria.

Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001). Procede de una versión anterior (Prigerson, Maciejewski, Newsom, Reynolds, Bierhals, Hiller, Fasiczka, Doman y Houck, 1995) revisada, ampliada y construida de acuerdo con los criterios de duelo patológico establecidos mediante consenso por un importante grupo de investigadores (Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds III, Maciejewski, Davidson, Rosenheck, Pilkonis, Wortman, Williams, Widiger, Frank, Kupfer y Zisook, 1999). Es un cuestionario autoadministrado de 34 preguntas: 30 se

refieren a los síntomas que se desea explorar y se responden mediante una escala tipo Likert con cinco niveles de frecuencia o intensidad (desde "menos de una vez al mes" hasta "varias veces cada día"), dos cuantitativas expresadas en meses y referidas al momento del comienzo de los síntomas y su duración y una abierta sobre los cambios experimentados en los sentimientos a lo largo del tiempo. García-García, Landa, Prigerson, Echevarría, Grandes, Mauriz y Andollo lo han traducido al español y, actualmente, está en fase de validación a nuestro medio. La versión original se puede consultar íntegramente en Prigerson y Jacobs (2001).

- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Es un cuestionario de ocho preguntas con respuestas tipo Likert y se elaboró con la finalidad de ser cumplimentado por los profesionales con la intención de identificar los dolientes con riesgo de presentar complicaciones en la resolución del duelo. García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002) lo han traducido al castellano y, actualmente, está en fase de validación a nuestro medio.

- Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (VRCRD) (Soler, Barreto y Yi, 2002). Es un cuestionario diseñado para ser cumplimentado por los profesionales de los recursos de cuidados paliativos de cualquier nivel asistencial. Consta de 19 ítems correspondientes a los factores predictores de riesgo de duelo complicado, considerados relevantes en la literatura científica y en la experiencia clínica. Las respuestas se realizan mediante escalas tipo Likert. Su objetivo es detectar los familiares con riesgo de complicación en la resolución del duelo, aprovechando el momento en que están más en contacto con los servicios sanitarios, para poder prevenir problemas posteriores. Actualmente, está en fase de validación.

- Grief Reaction Checklist (GRC) (Remondet y Hansson, 1987). Puede ser un instrumento útil de *screening* de la angustia relacionada con el duelo prolongado. Consta de siete ítems dirigidos a evaluar la aceptación, el encierro y la reintegración social. Las puntuaciones se relacionan con

medidas a largo plazo de ajuste social y emocional y del estado de salud.

- Escala Emocional de Caras (EEC) (Facial Affective Scale de McGrath, De Veber y Hearn, 1985, en Neimeyer y Hogan, 2001). Es una escala representada por siete caras que expresan la situación emocional, en la que se evaluará cómo se siente la persona en ese momento.

Existen otros *cuestionarios específicos* que evalúan situaciones particulares en relación con la pérdida, como puede ser el duelo de hermanos o tras un suicidio.

- Perinatal Grief Scale (PGS) (Toedter, Lasker y Alhadef, 1988). Este instrumento se construyó para evaluar las reacciones de las mujeres y sus compañeros tras experimentar un aborto espontáneo, embarazo ectópico, muerte fetal y pérdida neonatal presumiendo una mayor dificultad en estas pérdidas por la ausencia de objeto de duelo y la mayor probabilidad de culpabilidad materna. La versión original contaba de 104 ítems reduciéndose a 84 con el estudio de correlaciones. Es autoaplicada y el doliente responde a cada pregunta en una escala tipo Likert de cinco puntos. Existe una versión abreviada de 33 ítems (Potvin, Lasker y Toedter, 1989) con una fiabilidad y validez similar a la original sugiriéndose con ello la utilidad de la aplicación de esta forma breve.

Neimeyer y Hogan (2001) critican su capacidad para predecir complicaciones psicológicas futuras y su pertinencia en muestras con una mayor diversidad étnica.

- Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB) (Hogan y Greenfield, 1991). Dirigido a evaluar la pérdida de hermanos durante la niñez o la adolescencia, se ha construido mediante el análisis de las conversaciones de este grupo de dolientes durante las reuniones de apoyo. Consta de 46 afirmaciones sobre diversas reacciones personales (por ejemplo, "desde que murió mi hermano o hermana, he madurado más rápido que mis amigos") que deben ser contestadas con una escala de 1 a 5 respecto a lo verdadera que resulta la afirmación en su caso. Presenta dos factores, el primero, denominado "aflicción", está formado por 24 ítems que abar-

can áreas como los efectos físicos y el deseo de reunirse con el hermano y, el segundo, "crecimiento personal" con 22 ítems de conductas adaptativas, como puede ser la habilidad para dar y recibir ayuda.

Neimeyer y Hogan (2001) indican que el instrumento se ha utilizado hasta ahora con adolescentes de entre 13 y 18 años y su posible aplicación a niños más pequeños está por determinar.

Grief Experience Questionnaire (GEO) (Barret y Scott, 1989). Elaborado para la evaluación de duelo por suicidio, incluye reacciones genéricas de aflicción pero predominan los tópicos más relevantes en el suicidio (por ejemplo, desgracia y sentimiento de culpa por la muerte). Consta de 55 ítems repartidos en 11 subescalas de 5 ítems cada una: reacciones somáticas, reacciones generales de aflicción, búsqueda de explicación, pérdida de apoyo social, estigmatización, culpa, responsabilidad, vergüenza, rechazo, conducta autodestructiva y reacciones particulares como el ocultamiento de la causa de la muerte. Las respuestas son mediante escala tipo Likert de cinco puntos.

Neimeyer y Hogan (2001) indican que no es apropiado para evaluar el duelo general, sin embargo, apuntan su probable utilidad en otras muertes potencialmente estigmatizantes como puede ser la causada por sida o sobredosis.

Existen instrumentos de evaluación del afrontamiento a situaciones estresantes, pero no resultan útiles en el duelo por describir pobremente la gran variedad de esfuerzos desarrollados por los dolientes para manejar la pérdida del ser querido. Intentar recurrir a la persona muerta mediante la búsqueda activa en lugares asociados con él o ella, llamar al fallecido, el desarrollo de un sentido de presencia del difunto, la construcción de una nueva imagen del ser querido muerto, llorar, la inquietud, la hiperactividad sin objetivo, los fenómenos de identificación con el fallecido y las alucinaciones o ilusiones de presencia del muerto y otras muchas estrategias descritas en la literatura no son consideradas en los instrumentos del afrontamiento al estrés en general.

Afortunadamente, algunas de las escalas descritas anteriormente incluyen las reacciones del duelo al tiempo que realizan una

evaluación del afrontamiento a la pérdida. Un ejemplo de ello son el Grief Resolution Index (IED) y el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).

Además de los instrumentos comentados anteriormente, los investigadores recomiendan la evaluación de la competencia y la capacidad funcional del doliente mediante el análisis de las actividades básicas de la vida diaria y de las instrumentales.

Por último, hay que realizar la evaluación familiar. Aquí no se van a comentar los instrumentos disponibles en castellano por no ser específicos del proceso del duelo, pero existe una revisión muy extensa que se puede consultar (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

### 3.3.4. Autoobservación: autorregistros

La autoobservación se apoya en un doble proceso, el primero, atender deliberadamente a la propia conducta y, el segundo, registrarla mediante un procedimiento previamente establecido. Ocasionalmente, se le pide al sujeto que traslade sus anotaciones a un gráfico que permita ofrecer una información visual útil (por ejemplo, tras el registro de las actividades agradables realizadas y de la puntuación global del estado de ánimo del día—figura 3.2 del caso práctico— puede representarse en una doble gráfica y ver la relación existente entre el número de actividades gratificantes y el estado de ánimo con la finalidad de justificar el aumento de la realización de aquéllas para sentirse mejor—véase la figura 3.3).

La auto-observación es especialmente útil cuando se trata de evaluar conductas íntimas, privadas, encubiertas e inaccesibles a la observación por otros. Igual que los autoinformes, se recurre a este instrumento de evaluación en la etapa diagnóstica por permitir la identificación de la/s conducta/s-problema y el establecimiento de la línea base en el momento de la intervención por su valor terapéutico y educativo.

Como se ha comentado al comienzo del apartado, sirven todos aquellos autorregistros que nos aporten información relevante sobre el fenómeno del duelo. Igual que ocurre en otros problemas psicológicos, se confeccionarán específicamente para aquellas conductas que resulte necesario evaluar, por tanto, su variedad es enorme tanto en la forma como en el contenido. En el caso de una viuda cuya fuente de estrés principal sean los problemas de conducta de

Los hijos, probablemente, será útil registrar el día, la hora, el lugar, las personas presentes, la descripción de la conducta problemática y las consecuencias que le siguen. Si el doliente presenta ataques de pánico podrá anotar el día, la hora, la duración en minutos, el nivel máximo de ansiedad (0-10), la situación (dónde, qué hacía, qué ocurrió y con quién), las sensaciones experimentadas, los temores y su actuación para aliviar su malestar. Si se desea conocer las situaciones en las que el doliente se siente peor emocionalmente y los motivos de su malestar, interesará, inicialmente, registrar los acontecimientos ocurridos, cómo se ha sentido, cómo ha actuado y qué ha pensado o imaginado. En el tratamiento, se cambiará el orden de los elementos anotándose entonces los acontecimientos, los pensamientos e imágenes y, por último, las emociones y las acciones. En el caso práctico, el cuadro 3.2 muestra un ejemplo de auto-registro de pensamientos de la etapa de evaluación.

### 3.3.5. Observación directa

La observación es un método útil en la recogida de información, puesto que la mayor parte de las conductas humanas pueden ser detectadas mediante este procedimiento. Se recurrirá a ella cuando las restantes técnicas (por ejemplo, entrevista o cuestionario) no sean adecuadas para los fines que se pretendan.

La *observación no sistemática* permite estudiar una conducta compleja para evaluarla posteriormente con mayor detenimiento. La recogida de los datos se debe hacer, preferiblemente, en el lugar y momento en que aparece la conducta, pero en determinados casos esto puede resultar inoportuno y convendrá posponer las anotaciones al momento de concluir la observación. Otra alternativa es grabar la situación para su posterior análisis. La utilidad de esta técnica es incuestionable en el estudio de las interacciones familiares generales.

En la *observación sistemática natural o de laboratorio*, la atención se dirige a determinadas conductas que interesa analizar más detenidamente. Sin agotar su aplicación y siguiendo en la línea del ejemplo anterior, se podrían observar la habilidad para expresar emociones negativas o la interacción entre el doliente y determinado familiar mediante *role-playing*.

### 3.3.6. Medidas psicofisiológicas

Gran número de estudios evidencian los cambios producidos en el funcionamiento fisiológico tras la pérdida de un ser querido y el aumento de la incidencia de la morbilidad y la mortalidad del superviviente. Por ello, convendría ir incluyendo en la evaluación aquellos aspectos con mayor soporte científico.

No se hará una revisión extensa sobre este tipo de mediciones ya que se puede recurrir a otras publicaciones, pero se comentarán las más relevantes en el ámbito del tema objeto del presente libro.

La mayor parte de los estudios neuroendocrinos del duelo han evaluado los niveles de las hormonas relacionadas con el estrés, es decir, el cortisol, la epinefrina y la norepinefrina. En estos estudios, los niveles más elevados de cortisol y de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) son medidas de disfunción del sistema fisiológico con implicaciones en el desarrollo de enfermedades. Algunos investigadores han utilizado el test de supresión de dexametasona y el test de liberación del cortisol para evaluar la disfunción neuroendocrina en el duelo (Hall e Irwin, 2001).

Estos mismos autores nos indican que los estudios del sistema inmunológico tras la pérdida se suelen alargar hasta un año después de la misma y utilizan técnicas para evaluar el número y la función de componentes específicos de sistema inmune como son los CD4 (t-cooperadores), los CD8 (t-supresores) y las células "natural killer".

También señalan que las alteraciones en el sueño producidas tras la pérdida de un ser querido pueden influir en la salud al afectar al sistema inmunológico. Hay que evaluar la continuidad del sueño, su arquitectura y la organización temporal del mismo.

Por último, los investigadores del fenómeno del duelo recomiendan la valoración del estado de salud del doliente indagando, por ejemplo, el número de visitas a centros asistenciales, los problemas de salud recientes o las medicaciones que está tomando.

### 3.4. Diagnóstico de duelo complicado

Como en todos los fenómenos humanos, una de las características fundamentales del duelo es la idiosincrasia en la expresión y vivencia. Las diferencias individuales se refieren tanto a las for-

mas y experiencias como a los tiempos en que éstas tienen lugar. Ya se comentó al comienzo de este libro que en principio el duelo es una respuesta "normal" a la pérdida de un ser querido y habitualmente el malestar tiende a desaparecer con el paso del tiempo. Así, lo más frecuente es que las personas se recuperen del dolor experimentado en el periodo de duelo y vuelvan a sus niveles previos de funcionalidad.

Sin embargo, en ocasiones, no se produce el curso normal del duelo y se experimentan reacciones que interfieren claramente en el funcionamiento general de la persona hasta el punto de necesitar ayuda especializada. Estas reacciones o estados constituyen lo que se ha convenido en llamar duelo "anormal", "complicado", "traumático" o "patológico".

Es difícil estimar la incidencia de duelo complicado en la población general. En la medida en que diferentes autores han comen- zado a interesarse por este problema y se han realizado estudios en la población general, se ha observado que tras una pérdida mayor las dos terceras partes de los dolientes evolucionarán con normalidad y el resto sufrirá alteraciones en su salud física, men- tal o ambas (Olmeda, García Olmos y Basurte, 2002). Además, sabemos que el duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio y que una cuarta parte de los viudos o viudas sufrirán depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida.

A la hora de determinar si el duelo es patológico o normal, se considera necesario tener en cuenta las influencias de la sociedad en que vive el doliente y las actitudes y expectativas que la familia directa tiene sobre la conducta del mismo. Resulta complejo diferenciar entre duelo patológico o normal, pero se pueden tener en cuenta en la evaluación diversos factores que se enumeran a continuación.

- La intensidad y duración de los sentimientos y conductas o la incapacidad para mostrar cualquier signo que tenga que ver con el duelo.
- Las prácticas de luto culturalmente determinadas.
- Cualquier otro factor que pueda hacer el duelo más duro o más profundamente desafiante.
- La personalidad del doliente, fundamentalmente, el estilo expresivo. Es decir, si la persona muestra habitualmente

sus emociones de modo dramático o si más bien se contiene y las mantiene en privado.

Por último, señala como grupos especialmente vulnerables a los ancianos y a los niños, debido al paternalismo de los adultos jóvenes.

El DSM-IV-TR considera el duelo bajo el epígrafe de "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" y señala que la categoría de duelo debe utilizarse cuando es una reacción a la muerte de una persona querida. Este manual no utiliza la etiqueta de "duelo complicado" ni cualquier otra de significado equiva- lente, sin embargo, sí se describen los síntomas que puede tener en común con un episodio depresivo mayor, advirtiendo de la importancia de no diagnosticar este trastorno antes de dos meses tras la pérdida, y realiza algunas indicaciones interesantes respec- to al diagnóstico diferencial entre ambos fenómenos. Tales indi- cadores se refieren a los sentimientos de culpa, a las preocupaciones mórbidas con sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte y no voluntad de vivir, enlentecimiento psicomotor, deteri- orio funcional acusado y prolongado y experiencias alucinatorias diferentes a las de escuchar la voz o ver fugazmente la imagen del fallecido.

Es importante señalar que, a pesar de la dificultad de la tarea, se han realizado grandes y diversos esfuerzos para precisar qué es lo que constituye realmente un duelo complicado y determinar si realmente se puede hablar de una entidad clínica diferente a otros trastornos. Quizá el más notable es el liderado por Prigerson (Pri- gerson y Jacobs, 2001) bajo el rótulo de pena traumática (en el tex- to se utilizará la etiqueta "duelo complicado" por ser más enten- dible en nuestro contexto cultural). En el trabajo citado, los autores revisan la investigación realizada sobre este fenómeno y se pre- guntan si realmente satisface los requisitos suficientes para ser con- siderado como una entidad diagnóstica diferente. Plantean a con- tinuación las ventajas y desventajas de desarrollar criterios estandarizados para el diagnóstico de duelo complicado, situán- dose en el bando de las ventajas y aportando las primeras eviden- cias existentes en el uso de los mismos.

Partiendo de que el duelo complicado constituye un único síndrome, una entidad distinta con síntomas diferentes de los de ansiedad y depresión relacionados con el duelo, los autores inten-

tan mostrar hasta qué punto las características de este fenómeno coinciden con las que el DSM-IV considera como definitorias de un trastorno mental, a saber: "Conducta clínicamente significativa o síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y que está asociado a estrés actualmente (por ejemplo, síntomas dolorosos) o a incapacidad (por ejemplo, daño en una o más áreas de funcionamiento) o bien aumento del riesgo de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de libertad" (APA, 1994).

Los autores recogen, asimismo, los principios taxonómicos esbozados por Robins y Guze para los sistemas DSM, y que incluyen:

- La descripción clínica del trastorno.
- Los estudios de laboratorio que definen el trastorno.
- La delimitación con otros trastornos.
- Los estudios de seguimiento del trastorno.
- Los estudios de familia.

Respecto a la descripción del síndrome o trastorno, la evidencia empírica muestra la unidimensionalidad del mismo, que aglutina distintas manifestaciones y que pueden agruparse a su vez en dos categorías diferentes referidas por un lado al malestar por la separación (preocupaciones acerca del fallecido hasta el punto del deterioro funcional, recuerdos dolorosos del fallecido, búsqueda y anhelo del fallecido y soledad tras la pérdida) y, por otro lado, a los síntomas de malestar traumático (incredulidad, desconianza, ira y distanciamiento de los demás como resultado de la muerte, sentirse en estado de *shock* por la muerte y sufrir los síntomas somáticos que experimentaba el fallecido).

Prigerson y Jacobs (2001) señalan que diferentes investigadores y clínicos incardinados en modelos teóricos distintos están de acuerdo al referir la sintomatología que se produce durante la etapa del duelo. Así, independientemente de la opción teórica, describen anhelo, búsqueda, incredulidad, soledad, vacío, entumecimiento, ira, apatía, etc.

Respecto a los estudios realizados en laboratorio, si se toman en conjunto, indican que la fisiología subyacente al duelo complicado (patrón EEG durante el sueño, respuesta a la medicación antidepressiva, etc.) es diferente a la de la depresión. Otro tema interesante que ha de resolver la investigación futura es la similitud

entre la fisiología subyacente del duelo complicado con la del trastorno por estrés postraumático.

En relación con la diferencia con otros síndromes, existe evidencia respecto a la divergencia con los trastornos de adaptación (dimensión temporal) y con el trastorno por estrés postraumático (la ausencia de separación y la soledad como resultado de la pérdida, la ausencia de nuclearidad de la evitación en el duelo complicado y la búsqueda y el anhelo del fallecido como características diferenciales).

Por otra parte, los estudios de seguimiento hablan de pronóstico pobre a largo plazo. Aunque el porcentaje de personas que desarrollan duelo complicado es relativamente pequeño, estas personas pueden presentar alteraciones físicas o psíquicas durante años e incluso décadas.

Los estudios de familias no son concluyentes, por tanto, no se puede apoyar ni refutar la hipótesis de mayor prevalencia de duelo complicado en familiares cercanos.

Podría concluirse, señalan los autores, que se cumple la mayor parte de criterios para hablar de una entidad diferencial reconocida.

Es importante remarcar que muchos investigadores expresan la necesidad de contar con criterios uniformes para el diagnóstico de duelo complicado. Pero esta tarea no es fácil, ya que las reacciones en el duelo están matizadas por la cultura y otras variables sociales y personales. En este sentido, es evidente que la estandarización reduce la posibilidad de apreciar variaciones individuales y culturales en respuesta a las pérdidas.

De todos modos, resulta necesario señalar el esfuerzo realizado por el grupo de expertos en Pittsburgh con el fin de llegar a un acuerdo sobre los criterios diagnósticos de duelo complicado.

Como no podía ser de otro modo, la primera dificultad se refiere a la delimitación entre lo normal y lo patológico. En este sentido, el grupo de expertos decidió que determinados síntomas característicos del duelo, que persisten más de dos meses, deberían ser críticos para distinguir entre duelo normal y patológico. Entendiendo que esos dos meses pueden tener lugar en cualquier momento después de la pérdida. Como evento determinante, se considera la muerte de un ser querido, dejando la puerta abierta a posteriores estudios que se refieran a otros tipos de pérdidas.

Además de la delimitación temporal es necesario determinar la sintomatología que constituye el duelo complicado. En este sentido,

los expertos consideraran dos grupos de síntomas que se refieren a la ansiedad de separación y al estrés traumático. En el cuadro 3.2 se presentan los criterios diagnósticos refinados (Prigerson *et al.*, 1999).

**Cuadro 3.2. Criterios diagnósticos refinados de duelo complicado**  
(Prigerson *et al.*, 1999)

• Criterio A:

1. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona.
2. Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes: [Sensibilidad = 0,93. Especificidad = 0,81]
  - 2a) Pensamientos intrusos acerca del fallecido.
  - 2b) Añoranza—recordar con pena la ausencia— del fallecido.
  - 2c) Búsqueda—aun a sabiendas de que está muerto— del fallecido.
  - 2d) Soledad como resultado del fallecimiento.

- Criterio B [Sensibilidad = 0,89. Especificidad = 0,82]:  
Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultades en aceptar la muerte (por ejemplo: no terminar de creérselo...).
4. Sentir la vida vacía y/o sin sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
6. Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo.
7. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido.
8. Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con la muerte.

- Criterio C [no hay datos disponibles]:  
La duración del trastorno (los síntomas arriba indicados) es de al menos dos meses.

- Criterio D [no hay datos disponibles]:  
El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

- Criterios A + B [Sensibilidad = 0,93. Especificidad = 0,93]

Tal como se ha expuesto previamente en este mismo capítulo, Prigerson y Jacobs (2001) han desarrollado un instrumento que permite la evaluación y el diagnóstico del fenómeno, además de una entrevista clínica también dirigida a tal fin.

Los *trastornos* denominados “relacionados con la pérdida” se refieren a la patología afectiva (depresiva y bipolar), ansiosa (especialmente ataques de pánico, trastorno por estrés posttraumático, hipocondría y fobias), adicciones, etc. que surgen o se reagudizan como consecuencia de la muerte del ser querido.

**Cuadro resumen**

— *Introducción:*

- Necesidad de la evaluación y el diagnóstico.
- Objetivos.

— *Áreas de evaluación:*

- Estructura familiar: tipo de familia, contexto social y económico, momento evolutivo, relaciones entre los miembros, forma de convivencia y circunstancias estigmatizadas.
- Funcionamiento familiar: historia de relaciones entre los miembros y con el fallecido, antecedentes psicopatológicos y tratamientos previos, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, crisis concurrentes, otros recursos de los miembros (nivel educativo, estado de salud, estilos de pensamiento, capacidad de resolución de problemas) y flexibilidad en los roles.
- Historia del fallecimiento: circunstancias de la muerte, emociones e interpretaciones evocadas, conductas desarrolladas y repercusión de la pérdida.
- Necesidades individuales y familiares y conductas problemáticas.
- Particiones de intervención.

— *Instrumentos de evaluación:*

- Entrevista.
- Censograma.

- Autoinformes: historia personal, cuestionarios generales (IED, ITRD, IDC, CRDC, VRCD, GRC y EEC), específicos (PGS, HSIB y GEQ), afrontamiento a la pérdida, competencia, capacidad funcional y evaluación familiar.
  - Autoobservación: autorregistros.
  - Observación directa: no sistemática y sistemática natural o de laboratorio.
  - Medidas psicofisiológicas: niveles hormonales, componentes del sistema inmune, las alteraciones del sueño y el estado de salud.
- Diagnóstico de duelo complicado:
- Dificultades por variaciones culturales y personales.
  - El duelo complicado como entidad diferencial.
  - Descripción del fenómeno.

**Exposición de un caso clínico**

• Evaluación:

De acuerdo con la metodología planteada en este capítulo, la evaluación se apoyó principalmente en una entrevista semiestructurada, acorde a una historia personal, dirigida a conocer las circunstancias de la muerte, detectar las conductas problemáticas, realizar el análisis funcional de las mismas, proporcionar el árbol familiar, los recursos y toda la información relevante que se ha expuesto en el capítulo. En el cuadro 3.3 se extraen algunos de sus puntos a modo de ejemplo. En la figura 3.1 se muestra el genograma.

El inventario empleado para valorar el estado de ánimo fue el cuestionario para la depresión de Beck obteniéndose una puntuación inicial de 39.

En las figuras 3.2 y 3.3 y en el cuadro 3.2 se muestran otros instrumentos empleados para la evaluación o el tratamiento.

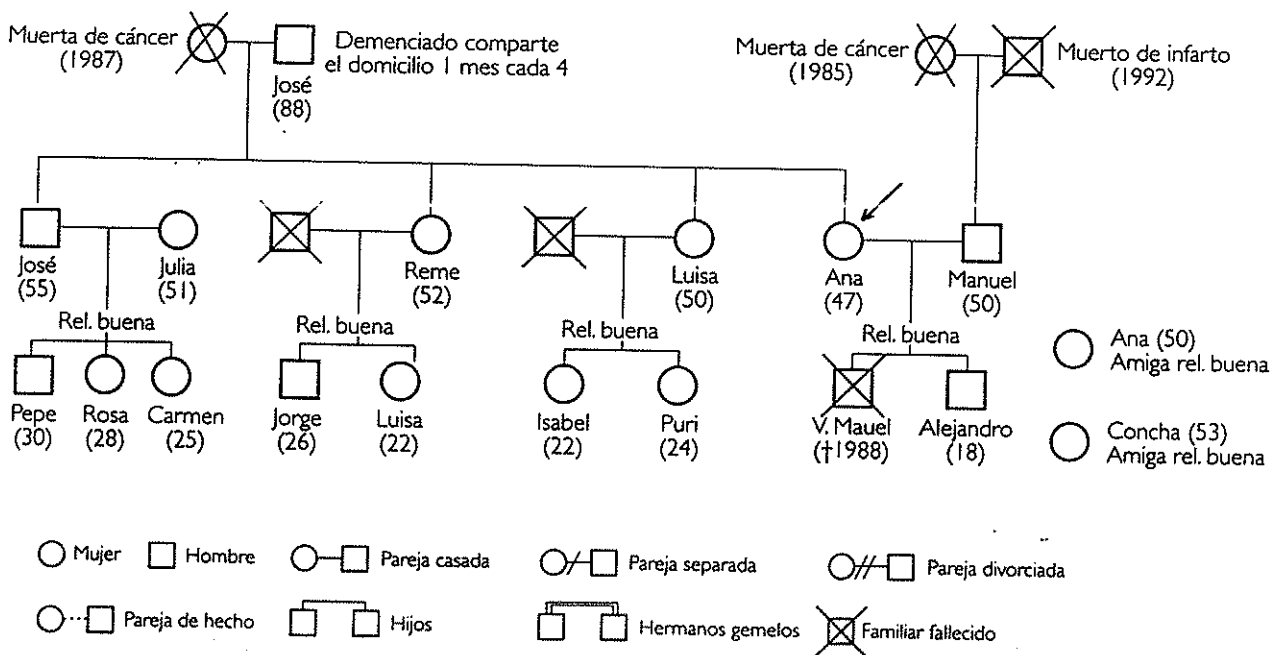


FIGURA 3.1. Genograma o árbol familiar.

Cuadro 3.3. Extracto de la historia personal

- Describe con sus propias palabras su problema principal:  
"Hace 3 años y medio que murió mi hijo mayor a los 18 años. Para mí ha sido horrible y todavía no puedo pensarlo con serenidad. Todavía estoy pensando por qué si era tan sensato."
- Cuando se siente mal ¿qué nota físicamente?  
"Una angustia que me ahoga y llanto cuando puedo llorar"
- Cuando se siente mal ¿qué suele pensar o imaginar?  
"Que quisiera que todo fuera un mal sueño y en por qué le ha pasado."
- Cuando se siente mal ¿qué hace?  
"Pedirle a Dios que me ayude; tomar tía, coger una foto o su gorra, ir a casa de mi amiga, ir al cementerio [...]"
- ¿En qué situaciones se siente mal?  
"Escribiendo esta historia ya tengo congoja, oyendo en la radio alguna noticia de accidentes, por la mañana, cuando veo una moto o gente joven, estando sola, ver a mi vecina de luto, el día de su cumpleaños o del accidente, las Navidades o el 1 de noviembre, las canciones que le gustaban, gente machacona que ves por la calle [...]"
- Describe la relación con sus familiares [...]:  
Hermanos: buena  
Dificultades: ninguna en particular  
[...]

Día: 14 de enero de 1998

1. Esta mañana he hablado con Ana por teléfono.
2. Hacer la relación.
3. Cenar con Alejandro y Manolo.
- 4.
5. [...]

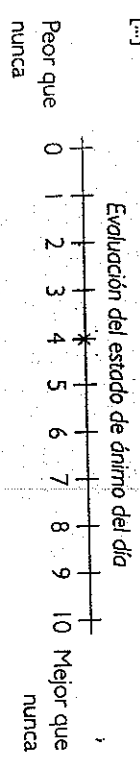


FIGURA 3.2. Registro diario de actividades agradables y estado de ánimo.

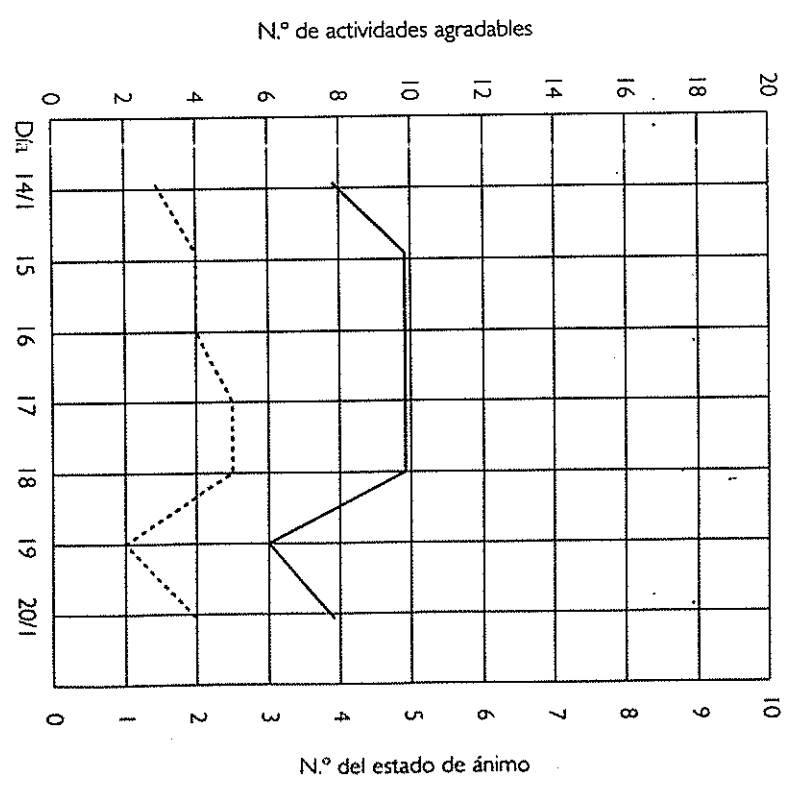


FIGURA 3.3. Actividades agradables y estado de ánimo durante una semana.

## Cuadro 3.4. Autorregistro de pensamientos

Acontecimientos	Síntomas asociados	Consecuencias
Que la soledad me afecte.	Que me sienta triste.	Que me sienta culpable.
Que me acordara de Manuel.	Que me acordara de cuando estaba con él.	Que me acordara de cuando me acordaba de él.
Yendo al cementerio con Alejandro veo en el camino el sitio donde pasó el accidente a Manuel.	Mucha tristeza (10). Me hincho a llorar aprovechando que mi hijo no entra conmigo al cementerio.	Con lo lleno de vida que estaba mi hijo y la alegría de vivir que tenía y dónde está metido.
Mis amigas empiezan a hablar de cuando crábamos a los niños.	Culpabilidad (7).	No le di bastante cariño porque era muy celoso de su hermano y siempre me ponía nerviosa y acababa dándole un azote y haciéndole llorar con lo bonito que era. Pienso lo que podría hacer si volviera atrás el tiempo.
Yendo a comulgar veo en el altar la imagen de mi hijo sonriéndome.	Tristeza (9) y rabia (8). Me voy a casa a llorar.	No puedo decirle nada. ¡No es justo! Qué mala pata!
Yendo por la calle.	Añoranza (9). Voy mirando si algún chaval tiene el aire de mi hijo.	¿Y si fuera un mal sueño y mi hijo volviese? Como me gustaría hablarle y tenerle conmigo!
Veo en la calle y de luto a la vecina que se murió el hijo un año después que a mí.	Culpabilidad (10) y ansiedad (9). Me voy a casa y me pongo a llorar en la salita.	A pesar de la opinión de Manolo y Alejandro debería haber llevado luto y no debería haber ido tan pronto al casal. Pensarán que soy una mala madre, que no he sentido la muerte de mi hijo.

## • Diagnóstico:

A continuación se establece el diagnóstico de acuerdo con los criterios de Prigerson y cols. (1999) (cuadro 3.5) y se presenta el análisis funcional de tres conductas problemáticas del caso clínico (cuadros 3.6, 3.7 y 3.8).

## Cuadro 3.4. Duelo complicado según los criterios de Prigerson y cols. (1999)

## • Criterio A:

1. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona (madre, 4 años y medio e hijo, 3 años y medio).
2. Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, los cuatro síntomas siguientes:

- 2a) Pensamientos intrusos acerca del fallecido.
- 2b) Añoranza del fallecido.
- 2c) Búsqueda del fallecido.
- 2d) Soledad como resultado del fallecimiento.

## • Criterio B:

Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, los cuatro síntomas siguientes:

3. Dificultades en aceptar la muerte.
5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
6. Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo.
8. Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con la muerte.

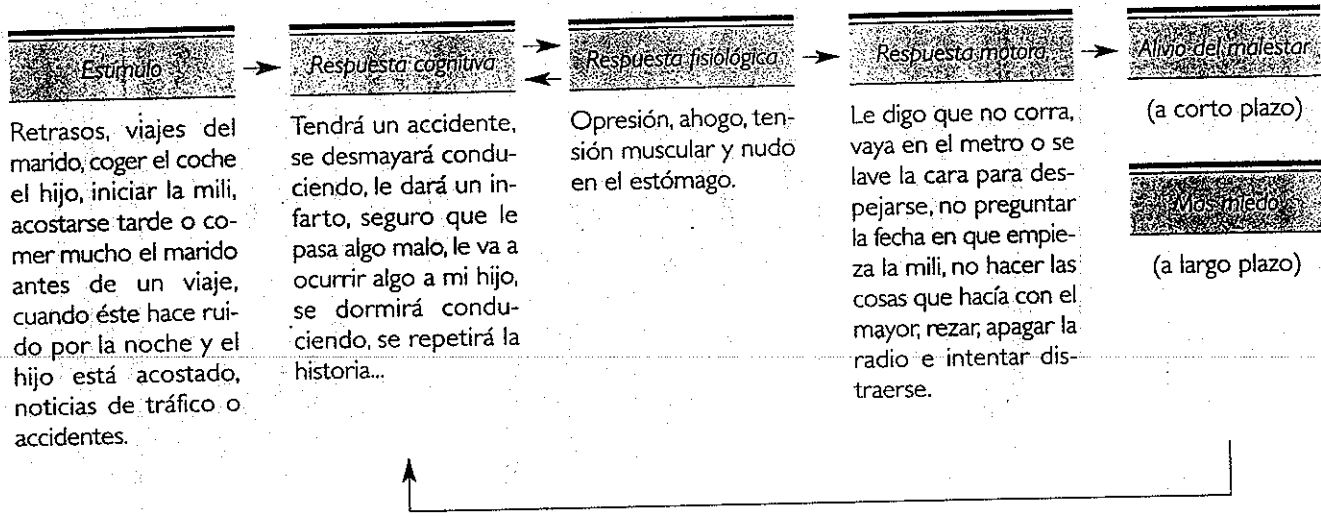
## • Criterio C:

La duración del trastorno es de al menos dos meses.

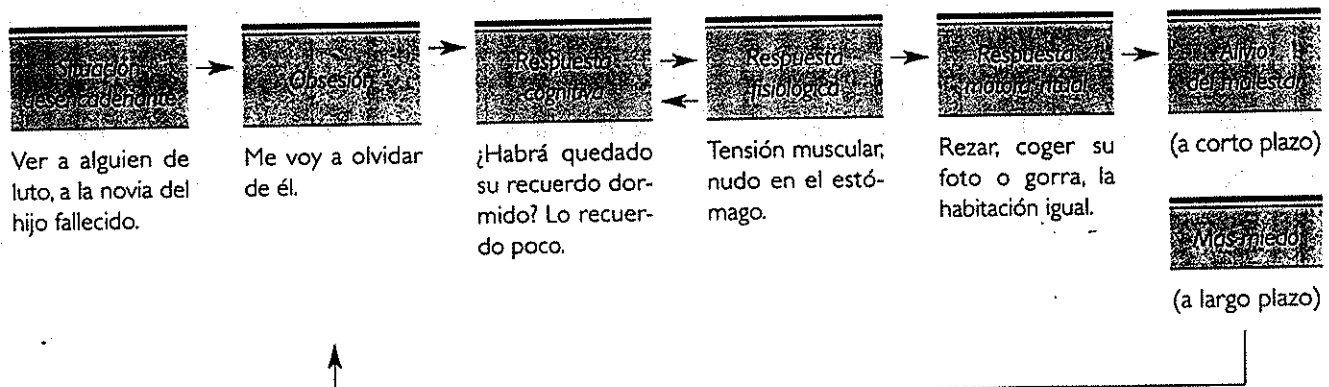
## • Criterio D:

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

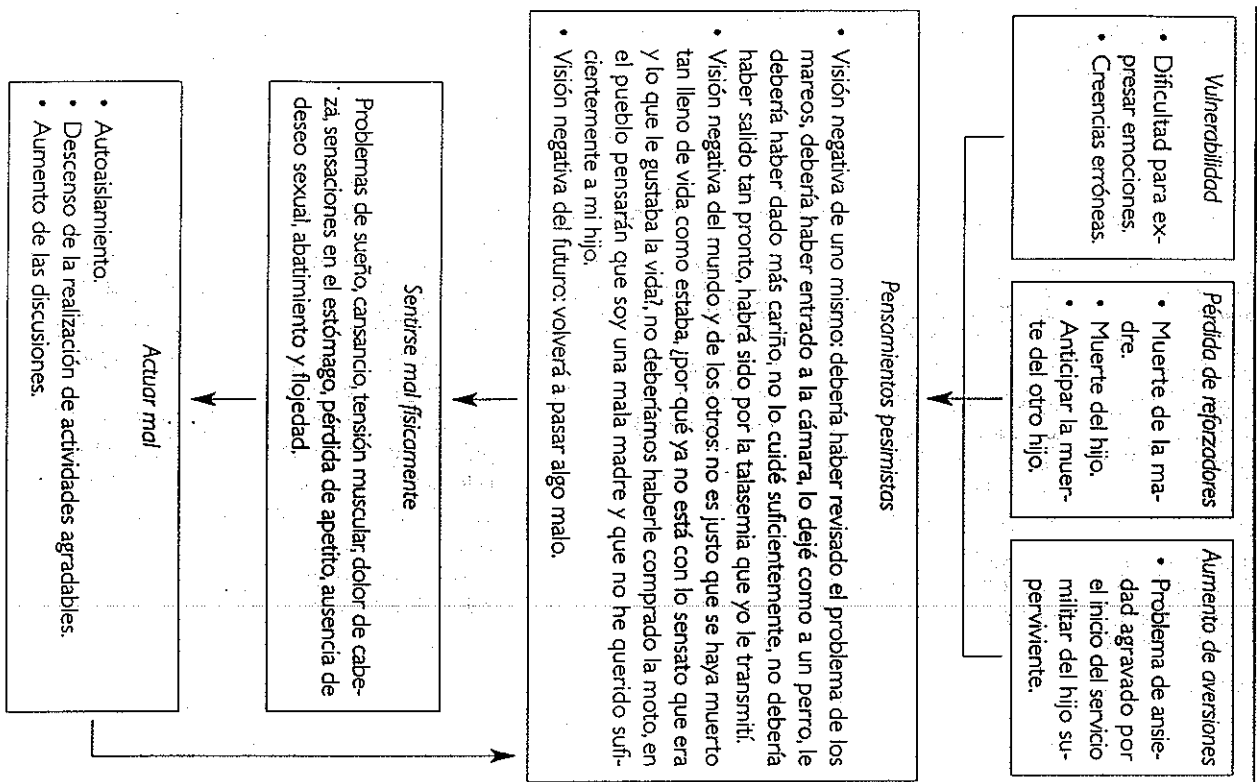
Cuadro 3.6. Análisis funcional del miedo excesivo a una nueva desgracia



Cuadro 3.7. Análisis funcional del temor excesivo a olvidarse del hijo



Cuadro 3.8. Análisis funcional de la depresión



Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son falsas?
  - a) El Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado se ha construido con los criterios de duelo patológico establecidos mediante consenso.
  - b) Las áreas principales en la evaluación son la estructura y el funcionamiento familiar; la historia del fallecimiento; las necesidades individuales y familiares; las conductas problemáticas y las peticiones de intervención.
  - c) La evaluación realizada con actitud empática puede constituir un primer paso en la terapia o el asesoramiento.
  - d) En el diagnóstico del duelo es recomendable evaluar la competencia y capacidad funcional del doliente, así como su estado de salud.
  - e) En la evaluación del duelo existen cuestionarios sobre aspectos generales pero también los hay específicos para situaciones particulares como la pérdida tras un suicidio.
  - f) Los instrumentos de evaluación del afrontamiento a situaciones estresantes son muy útiles en el duelo.
  
2. ¿Cuál de las siguientes orientaciones es inadecuada en la entrevista?
  - a) Realizar preguntas breves y claras.
  - b) Pedir aclaraciones sobre las afirmaciones del entrevistado.
  - c) Reforzar cualquier fragmento de conducta adaptativa.
  - d) Quitar importancia a la preocupación del familiar.
  
3. Consideramos que existe duelo complicado cuando:
  - a) El doliente experimenta gran tristeza en los primeros momentos tras la pérdida.
  - b) Se experimentan en ocasiones momentos intensos de pena.
  - c) A partir de los seis meses se mantiene la intensidad y duración de los síntomas.
  - d) Se ha producido la muerte de alguien significativo para la persona.

# Tratamiento I: guía para el terapeuta

4

## 4.1. Introducción

La atención a los dolientes incluye un amplio abanico de intervenciones que van desde la comunicación empática y compasiva de la muerte o el diagnóstico de enfermedad avanzada hasta el tratamiento especializado del duelo complicado o de los trastornos relacionados (Soler y Barreto, 2003 y Barreto y Soler, 2004). El duelo es un fenómeno normal e incluso contribuye positivamente al crecimiento personal y, por ello, no está justificada la intervención psicoterapéutica o farmacológica de forma rutinaria (Raphael, Minkov y Dobson, 2001).

El espectro de intervenciones planteado por Mrazek y Haggerty para los problemas de salud mental y los trastornos mentales ha sido adaptado por Raphael y cols. (2001) y conceptualiza las intervenciones en preventivas, terapéuticas y de mantenimiento. A su vez, las primeras pueden ser universales o dirigidas a la población en general, selectivas para grupos de "alto riesgo" o indicadas en el caso de dolientes que muestran niveles muy altos y continuos de sintomatología relacionada con la pérdida. Las intervenciones terapéuticas deben identificar las patologías del duelo y tratarlas lo más precozmente posible. Por último, las de mantenimiento pretenden aumentar la calidad de vida y ayudar al doliente a vivir bien con su problema disminuyendo su morbilidad y discapacidad (véase figura 4.1).

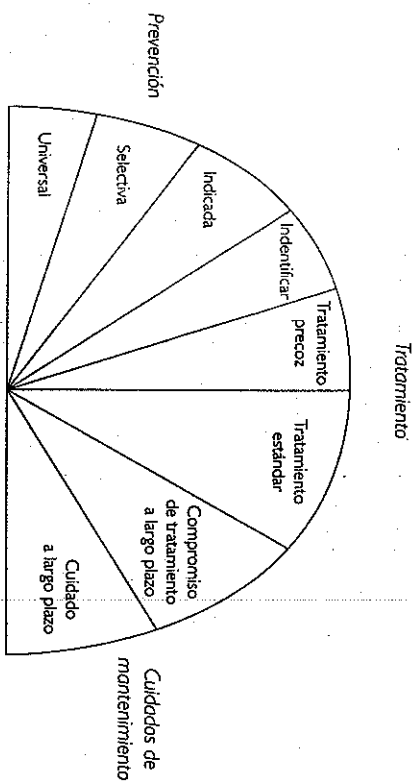


FIGURA 4.1. Espectro de investigaciones en los problemas de salud mental y los trastornos mentales de Mirzazek y Haggerty (1994) adaptado por Raphael y cols. (2001).

Los estudios realizados sobre la eficacia de las intervenciones en el duelo tienen problemas metodológicos importantes pero proporcionan información para la planificación del tratamiento. A continuación se resumen las principales conclusiones extraídas de las investigaciones.

Respecto a la eficacia de la *prevención primaria o universal*, hay investigaciones citadas por Schut, Stroebe, Bout, Terheggen (2001) que muestran resultados decepcionantes y a veces negativos en adultos: programas de intervención en crisis (Polak, Egan, Vandenberg y Williams, 1973, 1975; Williams, Lee y Polak, 1976, Williams y Polak, 1979; y Constantino, 1981); ayuda mutua (Lund y Caserta, 1992 y Caserta y Lund, 1993) y, por último, la psicoterapia breve en grupo (Yalom, 1992).

Otros trabajos sobre las intervenciones preventivas primarias no muestran mejoras o evidencian su carácter provisional: intervenciones en grupo (Barret, 1978); información, expresión de emociones y ayuda mutua (Stroebe y Stroebe, 1983); programa psico-educativo (Sabatini, 1985 y 1988); reestructuración cognitiva, destrezas conductuales y autoayuda (Walls y Meyers, 1985), y, por último, cuatro sesiones dirigidas a incrementar la percepción del control (Zautra, 1989).

Afortunadamente, no ocurre lo mismo en niños donde los resultados respecto a la efectividad de la prevención primaria son prometedores aunque resulta clara la necesidad de abordajes específicos por edad (Schut y cols., 2001).

En líneas generales, Schut y cols. (2001) señalan que la intervención precoz puede interferir en el curso normal del duelo y el apoyo social informal dificultando la búsqueda por parte del doliente de sus propios caminos y soluciones para conducirse en los problemas ocasionados con la pérdida. En su opinión, esto podría explicar los efectos negativos encontrados en los estudios anteriormente citados. A su vez, subrayan la necesidad de aumentar las directrices que guíen el *counselling*, la intervención y el estudio de sus efectos.

Neimeyer y Fortner (2000) al analizar 23 estudios sobre tratamientos en el duelo, desde 1975 a 1998, encontraron que un 38% produjeron un empeoramiento (superior al 5% típico en la psicoterapia para problemas diversos) independientemente de la duración, el nivel de entrenamiento del terapeuta y la modalidad de intervención. Los mejores resultados se dieron en los dolientes para los que había transcurrido más tiempo desde la pérdida y en los duelos por muerte súbita, traumática o más cronificados (el riesgo de empeoramiento era del 17%). En dolientes normales existía un 50% de probabilidad de empeorar (citados por Wortman y Silver, 2001).

La *intervención preventiva secundaria o selectiva* ideada para dolientes más vulnerables a los riesgos del duelo (por ejemplo, pérdida traumática, acontecimientos concurrentes o pérdida de un hijo) tienen resultados más prometedores aunque modestos.

En un estudio realizado con viudas de alto riesgo, la intervención en crisis centrada en el *counselling* y potenciando la expresión emocional, la mejora del apoyo social y el reconocimiento de la pérdida y del fallecido mostró resultados positivos (Raphael, 1977).

En el duelo perinatal selectivo, cuando la pérdida está asociada a una anomalía fetal, el *counselling* sólo es útil y aconsejable para los padres de alto riesgo o con manifestaciones psicopatológicas. En la muerte súbita del lactante se observa gran variabilidad entre los padres que necesitan ayuda y los que realmente la buscan. En la muerte súbita del lactante, el parto del niño muerto y la muerte neonatal se han encontrado resultados beneficiosos tanto en los padres como en los hermanos. Su programa

preventivo proporciona recursos, información y programa de apoyo personal para los miembros de la familia y facilita las oportunidades de expresión de las emociones al tiempo que explora su significado.

Los grupos de autoayuda en dolientes ancianos aumentan el sentido de control y se asocian con un descenso del malestar psicológico, ya que sirven para prevenir la depresión en este grupo de edad. Vista la efectividad de las intervenciones en ancianos de alto riesgo es importante aplicarlas.

La mayor parte de los estudios concluyen que la *intervención preventiva terciaria o indicada* es útil. Resulta adecuado intervenir precozmente en la patología incipiente o prodromica y tratar precozmente a los sujetos que muestran niveles muy altos de malestar en el período inicial tras la pérdida de esta forma se consigue prevenir el comienzo de trastornos específicos (Raphael y cols., 2001 y Schut y cols., 2001).

Las *intervenciones terapéuticas* se han mostrado efectivas al producir resultados beneficiosos. Se observan diferencias de género habiendo indicios de que los distintos sujetos reaccionan de forma diferente a las intervenciones (por ejemplo, los hombres se benefician del tratamiento centrado en las emociones y las mujeres en el centrado en los problemas).

El modelo de Ramsay (1979) de desensibilización conductual a la pérdida, basado en la inundación, resulta adecuado en las reacciones de duelo fóbicas (Raphael y cols., 1999).

El "luto guiado" es un programa de seis a diez sesiones que consiste en la exposición a estímulos dolorosos y situaciones y recuerdos evitados mediante desensibilización sistemática y la escritura de al menos una página diaria sobre el fallecido. Mawson, Marks, Ramm y Stern (1981) y Sireling, Cohen y Marks (1988) observaron mejoras en algunas dimensiones comparando con el grupo control, sin embargo, varias semanas después del tratamiento los sujetos experimentales sólo estaban ligeramente mejor en el TTG.

Kleber y Brom (1992) y Brom, Kleber y Defares (1986) compararon la hipnoterapia, la terapia dinámica y el enfoque comportamental. Las tres intervenciones condujeron a una notable reducción de la sintomatología evitativa, en cambio, la disminución de la intrusión fue menor en la intervención de orientación psicoanalítica. En otros síntomas los resultados no fueron más positivos que la condición de control.

Schut, De Keijser, Van der Bouw y Stroebel (1996) estudiaron los efectos de la denominada "terapia del duelo modalidad cruzada", que consiste en una intervención que integra técnicas artísticas y conductuales en grupo. Obtuvieron buenos resultados en el área de ansiedad, insomnio y problemas de funcionamiento diario, pero la muestra era pequeña y recomiendan ser cautos con la generalización de los resultados.

Los procesos de duelo complicado y los trastornos relacionados con la pérdida son los que más se benefician y obtienen resultados más positivos de la intervención, especialmente, si es el doliente el que inicia el contacto, probablemente porque refleja una mayor motivación, confianza en el terapeuta y sufrimiento personal (Vidoka-Sherman y Lieberman, 1985; Caserta y Lund, 1992 y Rynearson, 1995).

Las *intervenciones de mantenimiento* resultan útiles y pretenden rehabilitar al doliente, aumentar su calidad de vida, ayudarle a vivir lo mejor posible con cualquier trastorno residual (por ejemplo, apoyando la adherencia al tratamiento) y disminuir la mortilidad y la discapacidad.

Como señalan Raphael, Minkov y Dobson (2001), cualquier consideración de intervención necesita tener en cuenta el espectro de estrategias y la evidencia científica que valide su potencial efectividad. Tiene que estar claro lo que se espera alcanzar, la exposición razonada de la identificación de los fines y objetivos y las bases mediante las cuales se cree que las técnicas y acciones propuestas alcanzarán mejores resultados, siendo la primera exigencia *no hacer daño* (principio de no maleficencia). La intervención no se puede recomendar a la ligera, tiene un gran valor potencial para el que la necesita, pero puede producir daño en el que no la precisa. Finalmente, los dolientes deben ser entendidos, evaluados y acompañados por caminos que reconozcan su contexto social, cultural y personal.

No podemos ignorar que gran parte de las dificultades encontradas en los estudios sobre intervención se derivan de la falta de consenso a nivel diagnóstico. A nivel clínico, resulta más sencillo puesto que el análisis funcional de las conductas problemáticas (cognitivas, motoras y fisiológicas) determinará el tratamiento. Hay que describir cuantitativa y cualitativamente el comportamiento, los antecedentes estimuladores externos o internos que aumentan la probabilidad de que la conducta aparezca y las con-

secuencias que la mantienen. Conociendo el funcionamiento del comportamiento éste se puede cambiar si la persona lo desea.

Como se verá más adelante, tanto el *counseling* como el tratamiento especializado son instrumentos útiles en el manejo del duelo complicado, aunque el primero suele asociarse a la prevención (Barreto y Soler, 2003).

#### 4.2. *Counseling* y duelo

Se ha comentado anteriormente que el *counseling* es el marco de intervención idóneo ante el fenómeno del duelo. Asimismo, la actuación ante este proceso ha de hacerse mediante la colaboración de todo el equipo multidisciplinar, por tanto, es importante realizar algunas consideraciones útiles para todos los profesionales y que son especialmente relevantes en relación con la aplicación de este sistema de trabajo en este ámbito específico.

El *counseling* requiere actitudes que determinan el modo de vincularse a la persona en duelo. El respeto a la individualidad y multidimensionalidad, la sensibilidad ante el sufrimiento y el compromiso con el desarrollo de una vida humana digna configuran el marco de acción que permite la promoción de la salud en sentido amplio y minimiza el riesgo de manipulación de la relación (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

Rogers, uno de los indudables promotores del *counseling*, señala como actitudes básicas la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional. La primera recuerda la importancia de la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona que se acompaña, es decir, entender la situación vital en que se encuentra y necesita cambiar respetando su punto de vista. En cuanto a la segunda, congruencia y veracidad, consiste en expresar con sinceridad que se siente solidaridad con el sufrimiento del otro y que de verdad se pretende ayudar con todas las herramientas a su alcance y requiere un sólido asentamiento en valores por parte del profesional que presta la ayuda. Evidentemente, este proceso le implica un riesgo pues el compromiso con el sufrimiento produce a su vez dolor, sin embargo, permite una praxis profesional que genera mayor satisfacción personal que la mera aplicación técnica de conocimientos. Más aún, su práctica facilita el estable-

cimiento de una relación de confianza significativa que permite y facilita la promoción futura del bienestar en la otra persona. Finalmente, la aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas la biografía de la otra persona, su estilo de vida y sus comportamientos. Esta actitud promueve también la fortaleza de la relación terapéutica e impide procesos de reactividad y contrarcontrol innecesarios que generan sufrimiento en ambas partes de la relación.

Lo anteriormente expuesto lleva a la reflexión sobre la formación de las personas que trabajan en cuidados al final de la vida en general y con el proceso de duelo en particular. Poder ayudar a una persona ante la pérdida de un ser querido supone, además de la posesión de conocimientos sobre el proceso y de las herramientas técnicas profesionales, tener una firmeza de valores y actitudes que es necesario cuidar. Dicho cuidado se plantea principalmente debido a la especial vulnerabilidad de todo ser humano ante la presencia del sufrimiento intenso y de las pérdidas irreparables. Sin estrategias de autocuidado adecuadas, existe el peligro de la puesta en marcha del mecanismo de evitación como forma de huida, siendo ésta inadecuada cuando lo que se pretende es acercarse a la persona y acompañarle en su proceso de cambio.

Además, el *counseling* se sustenta en habilidades relacionales, fundamentalmente, las de comunicación asertiva, la provisión de soporte emocional, el planteamiento de solución de problemas y la capacidad de control de emociones.

Respecto a las habilidades relacionales, a las actitudes antes mencionadas habría que añadir las claves que facilitan la comunicación. Los profesionales muestran grandes barreras en el manejo de la comunicación difícil. Problemas de formación, alteración de las propias emociones, falta de soporte en los equipos y escasos tiempos para relacionarse con las personas son algunas de las fundamentales. A este respecto, es importante tener en cuenta la eficacia del entrenamiento para mejorar las mismas.

Aquí se señalan algunas de las habilidades que pueden ser útiles en estas situaciones. Así, la elección del lugar y momento oportuno, las preguntas abiertas sobre el estado de la persona, la exploración de miedos, preocupaciones y atribuciones, la escucha activa con atención a las pistas indirectas y a las emociones que están tras las palabras o el silencio, el respeto a los mecanismos de adaptación y por tanto a los tiempos de elaboración de cada persona, el