

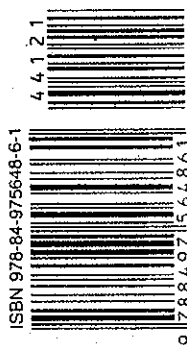
psicología clínica

**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.<sup>a</sup> Carmen Soler Saiz** son doctoras en Psicología y especialistas en Psicología Clínica.



EDITORIAL  
SINTESS

21

EDITORIAL  
SINTESS

Muerte y duelo

Pilar Barreto Martín M.<sup>a</sup> Carmen Soler Saiz

# Muerte y duelo

Pilar Barreto Martín  
M.<sup>a</sup> Carmen Soler Saiz



guías de intervención

psicología clínica

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. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.



EDITORIAL  
SINTESIS

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 .....	23
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.<sup>a</sup> 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	4.5.2. Reestructuración cognitiva y ensayos conductuales .....	106
Preguntas de autoevaluación .....	44	4.5.3. Autocontrol .....	112
<b>Capítulo 3. Evaluación y diagnóstico .....</b>	<b>47</b>	4.5.4. Constructivismo .....	116
3.1. Introducción .....	47	4.5.5. Resolución de problemas .....	124
3.2. Áreas de evaluación .....	48	4.5.6. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad .....	128
3.3. Instrumentos de evaluación .....	50	4.5.7. Exposición repetida y gradual a los estímulos evitados .....	130
3.3.1. Entrevista .....	50	4.5.8. Conductas que ayudan a asumir la realidad de la pérdida .....	131
3.3.2. Genograma .....	53	4.5.9. Rituales de despedida terapéuticos .....	132
3.3.3. Autoinformes: historia personal y cuestionarios .....	54	4.5.10. Otras estrategias útiles .....	133
3.3.4. Autoobservación: autorregistros .....	69	4.5.11. Intervención en crisis .....	136
3.3.5. Observación directa .....	70	4.5.12. Modelo integrador de Nolen-Hoeksema (2001) ...	141
3.3.6. Medidas psicofisiológicas .....	71	4.5.13. Modalidades de intervención .....	142
3.4. Diagnóstico de duelo complicado .....	71	<b>4.6. Intervención en el duelo en las unidades de cuidados paliativos españolas (UCPE) .....</b>	<b>143</b>
Cuadro resumen .....	77	4.6.1. Atención a los familiares de pacientes al final de la vida .....	144
Exposición de un caso clínico .....	78	4.6.2. Profesionales que atienden a los dolientes .....	144
Preguntas de autoevaluación .....	87	4.6.3. Tipos de ayuda .....	145
<b>Capítulo 4. Tratamiento I: guía para el terapeuta .....</b>	<b>89</b>	4.6.4. Técnicas empleadas .....	145
4.1. Introducción .....	89	4.6.5. Comienzo y finalización de la asistencia .....	145
4.2. Counselling y duelo .....	94	4.6.6. Seguimiento .....	146
4.3. Principios básicos de la intervención en el duelo .....	97	4.6.7. Otros resultados de interés .....	146
4.4. Objetivos de la intervención en el duelo .....	99	<b>4.7. Consideraciones sobre intervenciones farmacológicas .....</b>	<b>148</b>
4.4.1. Intervención preventiva en la muerte por enfermedad progresiva .....	99	Cuadro resumen .....	150
4.4.2. Objetivos generales de la intervención preventiva .....	100	Exposición de un caso clínico .....	151
4.4.3. Objetivos generales de la intervención terapéutica especializada .....	101	Preguntas de autoevaluación .....	163
4.4.4. Objetivos de la intervención de mantenimiento .....	102	<b>Capítulo 5. Tratamiento II: guía para el doliente .....</b>	<b>165</b>
4.4.5. Objetivos de la intervención en el duelo en niños y adolescentes .....	102	5.1. Exposición resumida del problema .....	165
4.5. Técnicas de intervención psicológica en el duelo y problemas relacionados con la pérdida .....	104	5.1.1. Qué ocurre en la situación de duelo .....	165
4.5.1. Condicionamiento operante y condicionamiento clásico .....	104	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 recolocar 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 dos 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 Laín 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 clérigos 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, predomina 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. Aries emplea la expresión "sequedad 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 indecente, 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 esconde 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 "enlutado" es aislado, el teléfono no suena, las personas le evitan... Más todavía si es una persona de edad avanzada puesto que se acumulan dos repulsiones. 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. Hacemos 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

Cognitivas	Emocionales	Motrices
Irrealidad (extrañeza ante el mundo).	Aumento de la morbilidad.	Autoaislamiento social.
Preocupación, rumiaciones, 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.
Incredulidad (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. Físicamente 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 pomenorizados se presentarán en el tercer capítulo. A continuación se comentan las respuestas más relevantes. A nivel cognitivo, pensamientos intrusivos y rumiativos (relativos al porqué, a que su hijo "no debería haber muerto tan lleno 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 diría 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*

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

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.

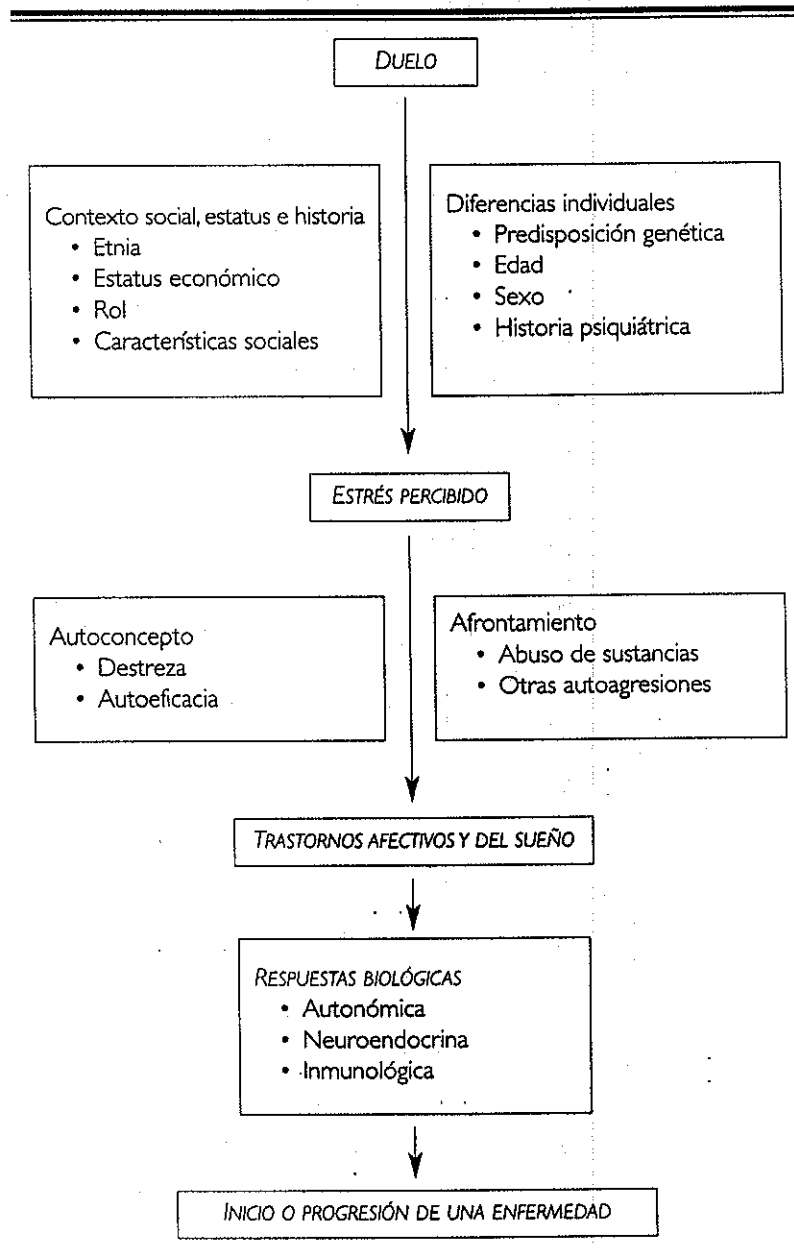
En este sentido, la pérdida aboca al sujeto a un estado de indefensión en el que los recursos no tienen éxito a la hora de manejar el problema. Este estado crítico podrá resolverse favorable o desfavorablemente en función de lo apropiados que resulten los recursos y del apoyo social disponible.

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, menoscprecio, 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 considera 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. Éstas 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. Éstos 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. El irse 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 período 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.

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 aun. 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 desaprobarción 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 acciones 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-

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 atestado) 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 subita 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 esta 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 colabrado 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.

## 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 subita 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 aun que 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 subita inesperada es la que se produce como consecuencia de una catástrofe natural o provocada, un accidente y

- 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.
- Recolocar 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 experiencia o expresión de emociones negativas predetrá 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 paliaría 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.

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 trataran 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 resueltos dificultan 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 sociorreligioso 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.

## Cuadro resumen

## - 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 protectores 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

## I. 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 tal 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 incluirlas en 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 postraumático.

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 ésta 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 manifiestas (“¿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 concluirla 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 sencillo 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 minusvalías, 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 encuentran 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 cumplimentar 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 (puntúelo 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

vacía 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 atesorar objetos pertenecientes al fallecido, problemas con el alcohol (frecuencia ..... cantidad .....), consumo de tabaco (cantidad .....) u otras drogas (cuál/es ..... 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 mejorías?: ..... ¿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 RELACIÓN

¿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

Describa 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 ayudarle en el tratamiento?: .....

.....

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

.....

¿Existen problemas económicos o de relación?: ..... En caso afirmativo, ¿cuál/es?: .....

.....

.....

## 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

---

SÍNTESIS

---

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, respuestas 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 resulte mejorable.

- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) (The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y DeVaul, 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, irrupción 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, Newson, 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 Alhadeff, 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 (GEQ) (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 recuperar 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 pretenden.

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 período 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 comenzado 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, mental 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 duradero 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 equivalente, 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 respecto al diagnóstico diferencial entre ambos fenómenos. Tales indicadores 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, deterioro 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 (Prigerson y Jacobs, 2001) bajo el rótulo de pena traumática (en el texto se utilizará la etiqueta "duelo complicado" por ser más entendible en nuestro contexto cultural). En el trabajo citado, los autores revisan la investigación realizada sobre este fenómeno y se preguntan si realmente satisface los requisitos suficientes para ser considerado como una entidad diagnóstica diferente. Plantean a continuación las ventajas y desventajas de desarrollar criterios estandarizados para el diagnóstico de duelo complicado, situándose en el bando de las ventajas y aportando las primeras evidencias 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, desconfianza, 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 antidepresiva, etc.) es diferente a la de la depresión. Otro tema interesante que ha de resolver la investigación futura es la similitud

encontrada 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 ansiedad 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 Pittsburg 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 consideran 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 postraumático, hipocondría y fobias), adicciones, etc. que surgen o se reorganizan 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.
- Peticiones de intervención.

##### – Instrumentos de evaluación:

- Entrevista.
- Cenograma.

- 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.

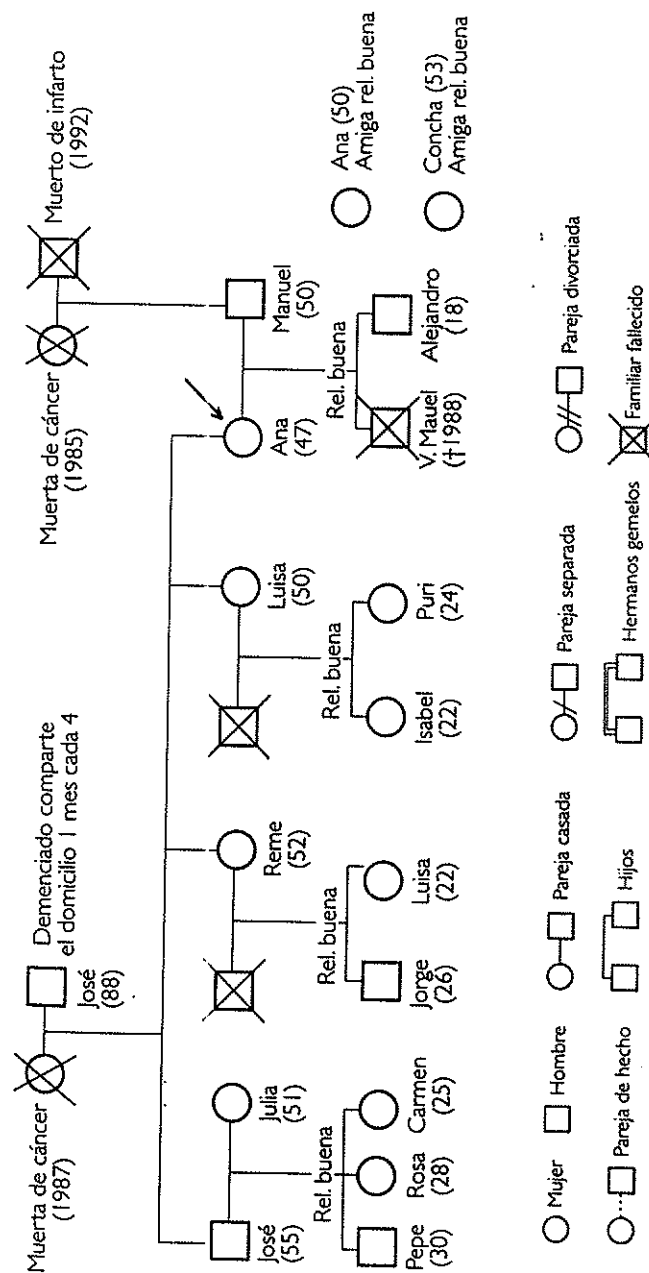


FIGURA 3.1. Genograma o árbol familiar.

Cuadro 3.3. Extracto de la historia personal

- Describa 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 tila, 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 [...]"
- Describa 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 relajación.
3. Cenar con Alejandro y Manolo.
- 4.
- 5.
- [...]

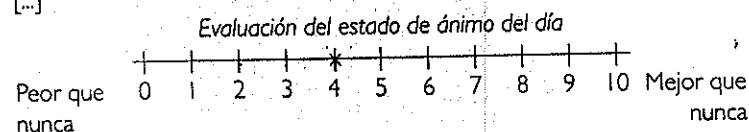


FIGURA 3.2. Registro diario de actividades agradables y estado de ánimo.

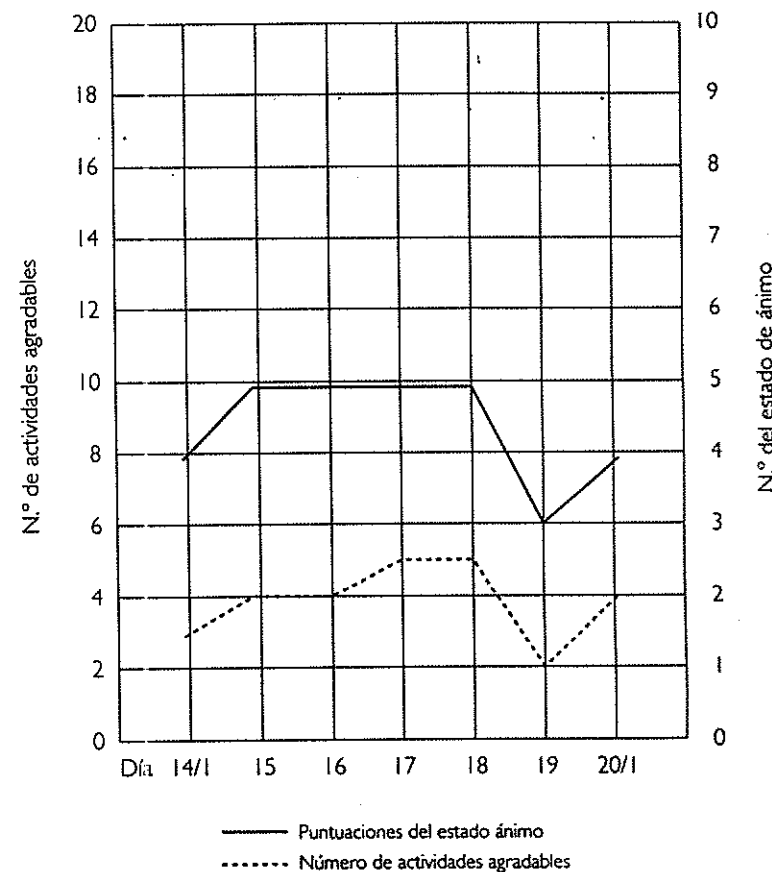


FIGURA 3.3. Actividades agradables y estado de ánimo durante una semana.

Cuadro 3.4. Autorregistro de pensamientos

Accidente o eventos (Qué ha sucedido o sucedido)	Consecuencias (Qué ha sucedido o sucedido)	Reajustes (Qué ha sucedido o sucedido)
Yendo al cementerio con Alejandro veo en el camino el sitio donde le pasó el accidente a V. 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 criábamos 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? ¡Cómo me gustaría hablarle y tenerle conmigo!
Veó en la calle y de luto a la vecina que se le 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:*

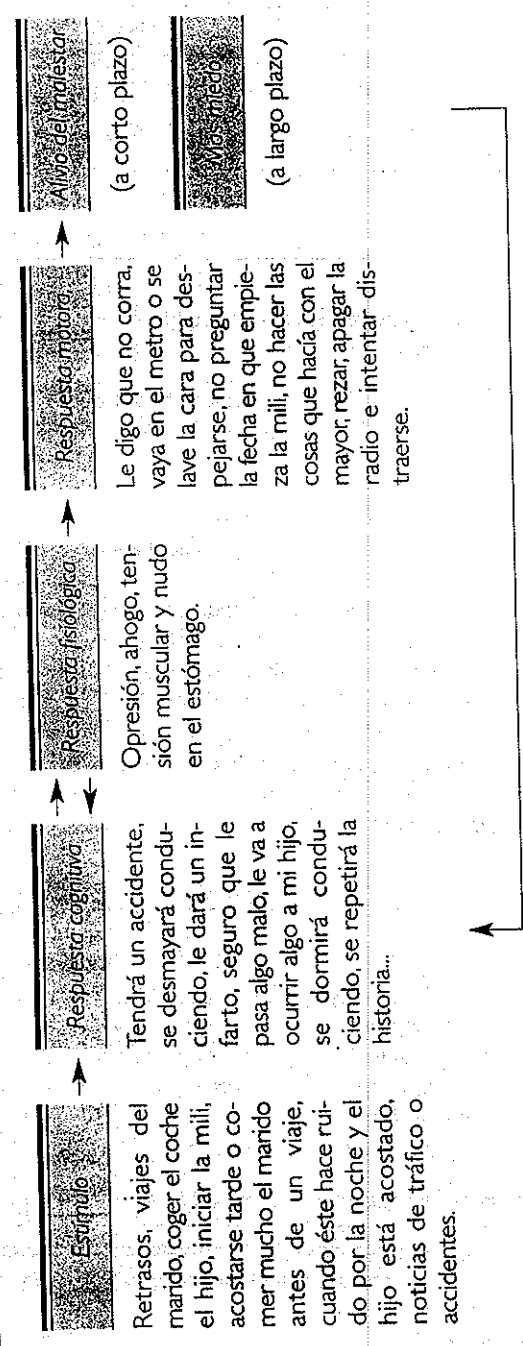
Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, los cuatro síntomas siguientes:

  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:*

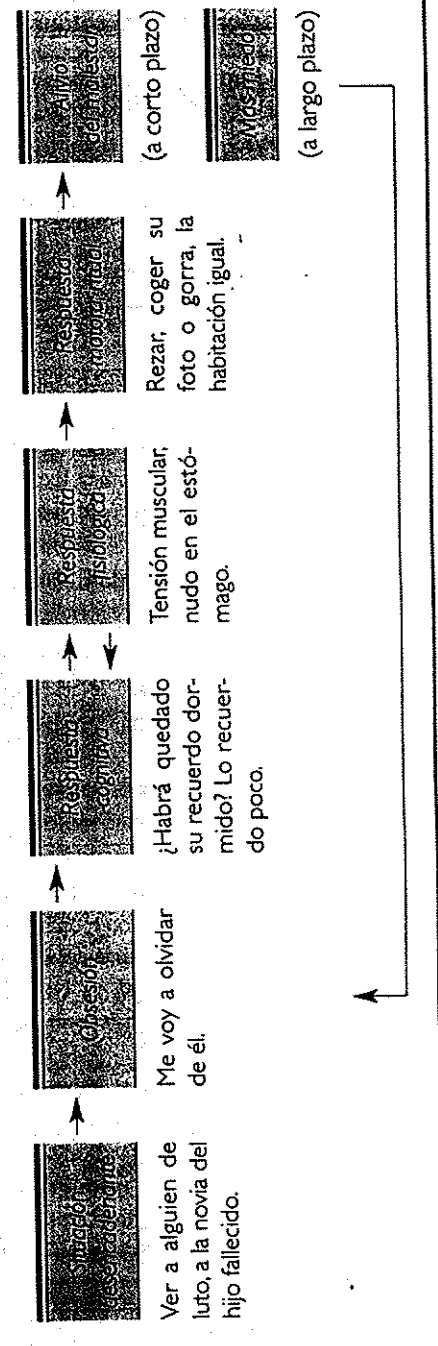
La duración del trastorno es de al menos dos meses.
- *Criterio D:*

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

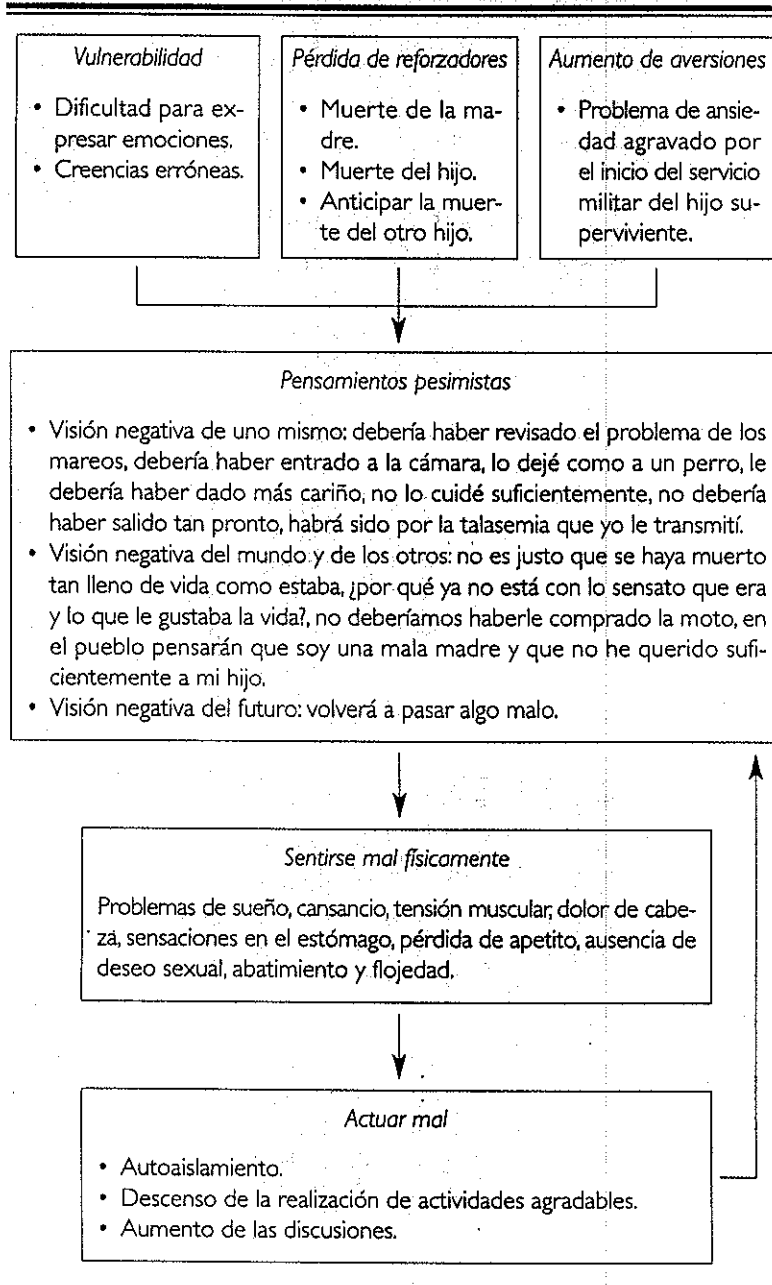
Cuadro 3.6. Análisis funcional del miedo excesivo a una nueva desgracia.



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



Cuadro 3.8. Análisis funcional de la depresión



Preguntas de autoevaluación

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

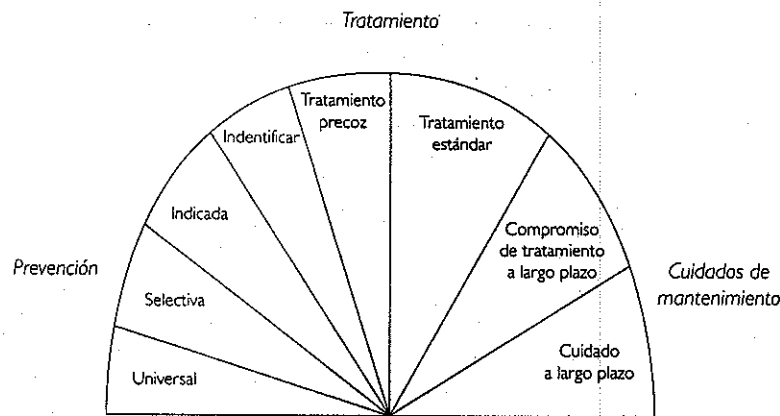


FIGURA 4.1. Espectro de investigaciones en los problemas de salud mental y los trastornos mentales de Mrazek y Haggerty (1994) adaptado por Raphael y cols. (2001).

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 mejorías o evidencian su carácter provisional: intervenciones en grupo (Barret, 1978); información, expresión de emociones y ayuda mutua (Stroebe y Stroebe, 1983); programa psicoeducativo (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 prodrómica 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 TIG.

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 Bout y Stroebe (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 (Viduka-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, ayudarlo a vivir lo mejor posible con cualquier trastorno residual (por ejemplo, apoyando la adherencia al tratamiento) y disminuir la morbilidad 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 la/s conducta/s problemática/s (cognitiva/s, motora/s y fisiológica/s) determinará el tratamiento. Hay que describir cuantitativa y cualitativamente el comportamiento, los antecedentes estímulares 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 *counselling* 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. *Counselling* y duelo

Se ha comentado anteriormente que el *counselling* 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 *counselling* 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 *counselling*, 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 contracontrol 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 *counselling* 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

saber priorizar para poder clarificar, la ayuda al funcionamiento por objetivos facilitando la percepción de control y la promoción de la conversión de dificultades en oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal.

Por lo que se refiere al soporte emocional, resulta fundamental, desde la acogida y tras el establecimiento de una relación empática, contemplar ciertas sugerencias al respecto. Es importante motivar el cambio desde la persuasión, no la imposición, y resulta inoportuno proporcionar consejos no pedidos y que habitualmente son disonantes con el estado de ánimo de la persona. Además, es preciso extremar la sensibilidad cuando se exploran emociones, procurando no bloquearlas y profundizar en la medida en que la persona necesite expresarlas. Como puede verse, un diálogo continuo y balanceado entre actitudes y habilidades se hace imprescindible. En otro lugar (Arranz y cols., 2003) se plantearon algunos puntos básicos en la provisión de soporte emocional y se reproducen a continuación:

1. Reconocer, por parte del profesional, las propias emociones con el fin de entenderlas, asumirlas y dirigir las en la dirección apropiada.
2. Fomentar en el profesional la reflexión antes de actuar y el control de las reacciones impulsivas propias de la idiosincrasia o transmitidas por la cultura. Detener las reacciones inmediatas, digerirlas y reconducirlas en función de los objetivos de adaptación a la situación en que se encuentra la persona en duelo.
3. Entender y contener las reacciones emocionales de las personas. Aceptar el impacto emocional, facilitar sus manifestaciones, activando la empatía y la escucha activa, respetando los silencios y el llanto y manteniendo la proximidad física. Para ello es fundamental identificar la emoción –ponerle nombre– y explorar la causa que la ha suscitado.
4. Ayudar a que la persona se entienda, compartiendo la carga emocional e incidiendo en la naturalidad y normalidad de sus reacciones en la situación en que se encuentra.
5. Confrontar las emociones desde la empatía para que, a través de la información y la reflexión, pueda dar nuevos significados y cambiar de perspectiva sobre los problemas o

decisiones que ha de tomar. La confrontación puede sentirse como una agresión si no se realiza desde la acogida.

6. Ayudarle a descubrir sus propias estrategias adaptativas y potenciar sus recursos para disminuir la percepción de amenaza de su situación.
7. Siempre que sea posible, buscar y activar apoyos familiares y sociales en su entorno próximo.
8. En caso de que el estado de ánimo presentase acusadas características ansiosas o depresivas, sería necesario solicitar la intervención de un especialista para tratar de mejorar dicho estado mediante tratamientos específicos psicológicos y/o farmacológicos.

En cuanto al planteamiento de solución de problemas, la toma de decisiones es fundamental para fomentar la percepción de control de las personas, sobre todo, en circunstancias delicadas en que resulta especialmente difícil.

Finalmente, el control emocional del propio profesional es fundamental. Las mismas estrategias que se utilizan para facilitar el control de emociones en las personas a las que se intenta ayudar son útiles para controlar las del propio profesional. Así, es preciso el análisis de las mismas mediante una reflexión personal profunda, su reconducción mediante estrategias de cambio y el autocuidado, procurando que la sobrecarga de estimulación nociva producida por el contacto frecuente con el sufrimiento se vea compensada con la entrada de gratificación suficiente para mantener un equilibrio personal necesario.

#### 4.3. Principios básicos de la intervención en el duelo

En el presente apartado, se comentarán ciertas particularidades de la intervención en el duelo patológico con el objetivo de facilitar la práctica clínica y mejorar los resultados del tratamiento.

En el amplio abanico de programas de intervención existentes, la idea básica es ayudar al doliente a manejar los problemas prácticos y emocionales que siguen a la pérdida de un ser querido.

Se debe aclarar el carácter profesional de la ayuda, puesto que la pérdida puede hacerles sentir solos y vulnerables y llevarlos a buscar en el terapeuta al “confidente suplente” del ser querido

muerto. Por ello, conviene plantear previamente un número determinado de sesiones de intervención.

En lugar de formular consuelos fáciles y frases hechas (como por ejemplo, "le acompaño en el sentimiento", "ya ha descansado" o "es ley de vida"), es preferible utilizar la comunicación no verbal. Casi siempre es un consuelo disponer de un hombro donde apoyarnos, una mano tendida o un abrazo sincero.

Resulta necesario tener y dejar claro que el objetivo de la intervención no es "olvidar" al ser querido muerto sino "encontrarle" un lugar en el espacio psicológico que permita la entrada del presente y los retos de la vida. Este planteamiento ayudará a evitar el rechazo frontal de la intervención. En relación con este tema, es bueno saber y aclarar que "rehacer" la vida no exige emparejarse de nuevo o tener otro hijo.

La terapia del duelo complicado debe encontrar el equilibrio entre estimular el avance y respetar el ritmo personal del doliente para evitar el abandono prematuro del tratamiento.

El sufrimiento del duelo puede intensificarse y alargarse si la persona lo considera una medida del amor o una forma de "pagar" el hecho de haber sobrevivido al ser querido (estar en "deuda" con él). Desde este punto de vista, la mejoría equivaldría a no querer suficientemente al fallecido y se entendería como olvido. Esta perspectiva debe tenerse presente y abordarse si queremos evitar la repercusión negativa que puede tener en los progresos de la intervención (Soler, 2003).

En los últimos tiempos está aumentando el estudio del tema que nos ocupa y resulta necesario incorporar al tratamiento los conocimientos aportados por las investigaciones recientes. Por ejemplo, durante décadas la expresión de emociones positivas se asociaba con un bloqueo del desarrollo adecuado del duelo. Sin embargo, se ha observado que realmente predice un buen pronóstico y, por tanto, debe incluirse en la intervención en que resulte necesaria.

El tratamiento en el duelo complicado exige adaptarse a la singularidad de la persona y los grupos sociales. Desde este planteamiento, las investigaciones sugieren los tratamientos centrados en las emociones para las personas con estilo de afrontamiento masculino (caracterizado por la resolución de los problemas) y los centrados en los problemas para los sujetos con estilo femenino (caracterizado por la expresión de emociones). Esto podrá aplicarse cuando la evaluación no recomiende otra forma de proceder.

Resulta necesario trabajar desde un modelo teórico vertebrador que, aprovechando *todos* los recursos compatibles, busque las estrategias que dinamicen un duelo que no se desarrolla adecuadamente.

Por último, se desaconseja intervenir de forma rutinaria a no ser que exista alto riesgo de complicación (debido a ciertos factores situacionales, personales e interpersonales), duelo patológico y/o trastornos relacionados con la pérdida. Como ya se ha señalado, si no está indicado puede producir un empeoramiento de la situación emocional del doliente.

#### 4.4. Objetivos de la intervención en el duelo

A la hora de presentar los objetivos generales más relevantes de la intervención en el duelo patológico y los trastornos relacionados, se diferenciará entre los preventivos, los terapéuticos propiamente dichos, los de mantenimiento y los de niños y adolescentes. Es una división "artificial" pero busca la claridad expositiva.

##### 4.4.1. Intervención preventiva en la muerte por enfermedad progresiva

En los casos en que la muerte es precedida de una enfermedad causante de un deterioro progresivo, existen acciones que pueden favorecer la posterior adaptación a la pérdida.

- Facilitar los protectores referidos a autoeficacia, competencia y utilidad ("estoy cuidando lo mejor que puedo y sé a mi familia", "estoy facilitando que su tiempo sea lo más sereno y pleno posible"...).
- Fomentar el autocuidado, el cual, a su vez, permite cuidar mejor al ser querido enfermo ("si descanso, mañana podré estar en mejores condiciones para acompañarle").
- Fomentar las ideas de planificación del futuro.
- Reforzar la flexibilidad mental ante las dificultades presentes.

- Si es posible, conviene anticipar rituales y ayudar a decir adiós del modo más adaptativo para la persona.
- Favorecer la comunicación, la expresión de emociones y la reconciliación.
- Reforzar los elementos adaptativos que existen.

#### 4.4.2. Objetivos generales de la intervención preventiva

Aunque tengan como finalidad principal evitar la aparición de complicaciones, pueden formar parte de la atención especializada. En su mayoría pueden ser desarrollados por profesionales bien formados, no necesariamente especialistas en salud mental, y pretenden la promoción de salud, la prevención de problemas futuros y la provisión de apoyo psicosocial (Soler y Barreto, 2003; Barreto y Soler, 2004 y Lacasta y Soler, 2004).

- Informar sobre el duelo, sus manifestaciones y su duración.
- Abordar las circunstancias de la muerte.
- Hablar de la historia de la relación perdida y revisarla tanto en sus aspectos positivos como en los negativos.
- Favorecer todo aquello que aumente la realidad de la pérdida.
- Reforzar los elementos adaptativos existentes.
- Favorecer la expresión de las emociones así como las costumbres y rituales.
- Normalizar la expresión de emociones positivas y desculpabilizar por experimentarlas (sentirse bien, reír o disfrutar no son incompatibles con el amor a quien ya no está presente).
- Identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y emociones.
- Brindar "ayuda práctica" y potenciar que su entorno más próximo también lo haga.
- Estimular el enfrentamiento de la nueva realidad que resulta de la pérdida (incluso cualquier alteración en el estatus o rol) y promover el desarrollo de las tareas prácticas necesarias.
- Potenciar el manejo de los estresores de vida concurrentes.
- Identificar y potenciar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el doliente, así como otros recursos disponibles

y mostrar que "pueden hacer algo" por mejorar su situación.

- Incrementar la respuesta de apoyo del entorno social. Durante todo el proceso es importante ayudar a mantener las relaciones interpersonales que suponen una fuente de afecto real para el doliente. Cada momento puede presentar diferentes necesidades relacionales que impliquen distintas actividades. Así, se podría reforzar la idea de que nuestros seres queridos se sentirán bien sabiendo qué es lo que necesitamos compartir con ellos.
- Favorecer la toma de decisiones.
- Mantener la salud y potenciar el autocuidado.

#### 4.4.3. Objetivos generales de la intervención terapéutica especializada

Tiene un mayor grado de especialización y exige la intervención de profesionales especializados en salud mental.

- Realizar una evaluación precisa de la/s conducta/s problemática/s (cognitiva/s, motora/s y fisiológica/s) y de su mantenimiento, con el fin de determinar el tratamiento más adecuado, dentro de un marco relacional bien establecido y teniendo en cuenta las diferencias individuales y culturales (Soler, 2003).
- Potenciar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Ayudar en la reconstrucción de la representación del yo, de los otros y del mundo tras el cambio producido por la muerte del ser querido.
- Favorecer el establecimiento de una forma de relación con el fallecido que resulte adecuada en la situación actual (continuidad de la relación).
- Aumentar y reforzar las conductas adecuadas existentes, reducir las desadaptativas e instaurar los comportamientos necesarios para alcanzar el bienestar emocional.
- Reducir las rumiaciones en general y los pensamientos e imágenes intrusivos acerca del fallecido o las circunstancias de la muerte.
- Reestructurar los pensamientos distorsionados causantes de las emociones excesivas en intensidad y/o duración.

- Favorecer el revivir el trauma en caso de muertes particularmente "traumáticas" y, posteriormente, trabajar los aspectos específicos de la pérdida (Raphael y cols., 2001).
- Reestablecer de forma adecuada las relaciones alteradas.
- Reservar la prescripción de tranquilizantes o antidepresivos para las ocasiones en que resulten necesarios (Soler y Jordá, 1996 y Lacasta y Sastre, 2000).
- Monitorizar cuidadosamente la medicación en el período posterior a la pérdida cuando hay niveles altos de vulnerabilidad psiquiátrica previa (por ejemplo, en el caso de un doliente que presenta un trastorno bipolar) e incorporar un tratamiento psicológico centrado en la resolución del duelo.

#### 4.4.4. Objetivos de la intervención de mantenimiento

Se pretende proporcionar la máxima calidad de vida para aquellos dolientes en los que no resulta posible la recuperación completa. Estos objetivos los pueden desarrollar distintos profesionales incluidos los especialistas de salud mental.

- Aumentar la calidad de vida (por ejemplo, el apoyo emocional).
- Disminuir la discapacidad mediante la rehabilitación.
- Ayudar al doliente a vivir lo mejor posible con cualquier trastorno crónico residual y disminuir la morbilidad (por ejemplo, potenciando la adherencia al tratamiento).

#### 4.4.5. Objetivos de la intervención en el duelo en niños y adolescentes

Los adultos tienden a dejar al margen a los niños y los adolescentes en un intento vano de evitarles el sufrimiento, ya que con la sobreprotección se incrementa el sentido de aislamiento. Los menores de la casa son conscientes de la muerte y de los cambios que produce y la forma real de reducir su malestar es hacerles partícipes de la vida familiar (Lacasta y Soler, 2004). Por otra parte, si se habla de la muerte con "normalidad" y se proporciona una infor-

mación clara y adecuada sobre lo sucedido devolveremos a la muerte su significado natural (Soler y Jordá, 1996).

A continuación se enumeran los objetivos preventivos y terapéuticos más relevantes en niños y adolescentes.

- En caso de enfermedad previa a la muerte, facilitar los protectores referidos a autoeficacia, competencia y utilidad implicándolos en los cuidados de forma adecuada para su edad.
- Favorecer el mantenimiento de una representación interna del ser querido muerto.
- Garantizar la seguridad familiar y la continuidad de los vínculos y los cuidados (es frecuente que sólo esta seguridad garantice que el hijo pueda manejarse con la pérdida). Los padres desbordados tienen dificultades para reconocer y responder a las necesidades de sus hijos, por ello, es necesario identificar las familias disfuncionales y proporcionarles apoyo con un enfoque psicoeducativo.
- Normalizar y reforzar la expresión de emociones positivas. Los niños no toleran períodos largos de dolor emocional y buscan actividades que les distraigan, por ello, es importante que los adultos entiendan y conozcan estas peculiaridades del duelo infantil con el fin de evitar interpretaciones erróneas y rechazos infundados.
- Eliminar el sentimiento de culpa explicándoles la diferencia entre deseo y realidad.
- Posibilitar la expresión de emociones utilizando canales adecuados para ello, por ejemplo, el juego, el dibujo y/o la dramatización.
- Potenciar su participación voluntaria en los diferentes ritos funerarios evitando las prohibiciones y los engaños (pueden concluir que aquello que les ocultan... ¡debe de ser horrible!). Es preferible explicarles previamente la situación y acompañarles en aquello que quieran hacer.
- Recordar que son niños o adolescentes evitando plantearles expectativas o responsabilidades muy altas y/o papeles que no les corresponden. En ningún momento deben asumir tareas del ser querido muerto.
- Reafirmar su personalidad sin identificarle con la persona fallecida. Por más que se esfuerce, nunca podrá susti-

tuirle o igualarle mermando la búsqueda de su propia identidad.

- Dotar de modelos que compartan con naturalidad los estados de ánimo del luto.
- Mantener las "rutinas" y las "normas" establecidas de forma que no sienta que el mundo entero se desestabiliza y se desorganiza ante él.

#### 4.5. Técnicas de intervención psicológica en el duelo y problemas relacionados con la pérdida

Desde las distintas perspectivas teóricas, se han desarrollado estrategias de intervención diversas. A continuación, se describirán brevemente las más relevantes teniendo en cuenta que se pueden e incluso se deben combinar cuando resulte oportuno.

##### 4.5.1. Condicionamiento operante y condicionamiento clásico

Como es sabido, los *procedimientos operantes* tienen como objetivo aumentar, disminuir o mantener la conducta en situaciones concretas. Éstos actúan fundamentalmente mediante la manipulación de las consecuencias y con programas de contingencias. Requieren por tanto que la conducta objeto de tratamiento pueda medirse del modo más objetivo posible.

En el tema que se está desarrollando, resultan especialmente indicados los procedimientos de reforzamiento positivo con tres *objetivos clave*:

- En una situación de predominio afectivo negativo, resulta fundamental *incrementar los satisfactores*, es decir, aquellas conductas cuyas consecuencias produzcan satisfacción y estados de bienestar en general en el sujeto. Esta actuación permitirá una mayor compensación frente a los estados negativos y por tanto facilitará la adaptación de la persona a su nueva situación.
- En algunos casos, cuando el doliente ha de asumir nuevas funciones que anteriormente no desarrollaba, los procedi-

mientos basados en el reforzamiento pueden ser especialmente útiles para *desarrollar repertorios complejos*.

- En el caso de complicaciones como las adicciones, se podrá recurrir a *disminuir conductas disfuncionales y potenciar las adaptativas*.

Resulta muy importante recordar las condiciones en las que un reforzador funciona, especialmente por encontrarnos ante unas circunstancias afectivas muy especiales que requieren gran delicadeza en su planteamiento:

- La definición conviene hacerla en función de cómo afectan al individuo concreto con el fin de evitar efectos de reactancia.
- Su efecto ha de ser automático.
- Ha de estar relacionado, en la medida de lo posible, con la conducta objeto de cambio.
- Debe ser contingente con ese comportamiento y no con otros no deseables.
- Ha de poder aplicarse consistentemente y con contigüidad temporal ya que ésta resulta imprescindible para obtener la máxima eficacia.
- Se ha de fijar un nivel óptimo de reforzamiento con el fin de evitar efectos indeseables como la saciación.

En este mismo paradigma, resulta de gran utilidad el control de estímulos, tanto en su vertiente de restricción de estímulos promotores de comportamientos desadaptativos, como en la de desarrollo de aquellos que favorezcan las conductas adaptativas. Es especialmente pertinente en la higiene del sueño, en el manejo de las "rumiaciones", planificación y organización de las actividades de la vida cotidiana, adicciones, ingesta excesiva y en ciertas situaciones sociales.

En cuanto a las técnicas fundamentalmente respondentes, pueden ser muy útiles, entre otras, la desensibilización sistemática y las técnicas de exposición -interoceptiva e "in vivo"- . Piénsese en la prevalencia de temores y por tanto de sintomatología ansiosa en personas con dificultades en el desarrollo del proceso de duelo. También si se consideran las diferentes complicaciones que pueden producirse en el proceso, las técnicas de "exposición" han mos-

trado su eficacia en patología de diverso tipo (por ejemplo, el trastorno obsesivo-compulsivo, los somatoformes, la hipocondría, etc.). Más adelante se verá la aplicación concreta en el duelo.

Los prejuicios de cara a la utilización de las técnicas de exposición no están para nada justificados, en primer lugar, porque han mostrado ampliamente su eficacia y los efectos nocivos augurados no se han informado en absoluto y, en segundo lugar, porque puede existir un sesgo personal del terapeuta debido a su dificultad para tolerar la expresión de emociones intensas por parte del doliente.

#### 4.5.2. Reestructuración cognitiva y ensayos conductuales

Pretenden ayudar a reconstruir la representación del yo, de los otros y del mundo tras la pérdida y reestructurar los pensamientos distorsionados causantes de las manifestaciones de duelo complicado o de los trastornos relacionados (Fleming y Robinson, 2001). Como se verá, resulta especialmente útil en cogniciones causantes de desesperanza, culpabilidad, inutilidad y rabia y en el establecimiento de un autoconcepto saludable.

Cada vez existe un mayor consenso sobre la necesidad de cambios cognitivos profundos para que el ajuste a la pérdida de un ser significativo resulte adaptativo. Por ello, la terapia cognitiva es un procedimiento de intervención básico al contribuir de manera importante en el aprendizaje de estrategias dirigidas a identificar, cuestionar y cambiar los pensamientos distorsionados o automáticos. Por su parte, el ensayo conductual pone a prueba las predicciones o interpretaciones hechas por el sujeto mediante una tarea comportamental diseñada con tal fin.

Como se comenta en otro lugar de este volumen, la muerte de un ser querido exige la reconstrucción del significado de dicha pérdida y/o de las asunciones previamente mantenidas, pudiéndose subrayar tres elementos clave que están en la base de tal significado y que son nucleares en la terapia cognitiva, a saber, "el mundo es un lugar benevolente", "el mundo tiene sentido" y "el yo es digno" (Fleming y Robinson, 2001).

Las experiencias extremas como la pérdida producen una gran desilusión y la recuperación consistirá en un proceso de recons-

trucción mediante el cual el superviviente vuelve a percibir el mundo y a sí mismo en términos positivos al incorporar la pérdida en sus nuevas asunciones. La terapia cognitiva puede ayudar al doliente en todo el proceso y en la construcción de la relación con el fallecido de un modo acorde a la situación presente. Todo ello permite el paso de ser víctima a convertirse en superviviente.

Como señalan Fleming y Robinson (2001), existen cuatro asunciones básicas de la terapia cognitiva-conductual: 1) Los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos vinculados a los acontecimientos. 2) El pensamiento media la emoción y la conducta. 3) El pensamiento es accesible y puede conocerse. 4) La modificación del pensamiento es central en los cambios humanos.

Existen problemas en la aplicación de la terapia cognitiva en los acontecimientos vitales adversos, como son la probabilidad de encontrarse ante pensamientos negativos realistas y el ser conscientes de que se trata de procesos de ajuste diferentes a los que se producen en las situaciones más estáticas. Los pensamientos de las personas con enfermedad grave o pérdida de un ser querido pueden aproximarse a la realidad y, aunque estén distorsionados, pueden formar parte de una secuencia natural de reacciones ante el estrés.

De todos modos, el modelo cognitivo resulta apropiado en la atención del duelo bajo determinadas circunstancias: personas crónicamente afligidas, atascadas en el proceso de ajuste, evitando activamente confrontaciones saludables, con perspectivas autodestructivas o con significados idiosincrásicos causantes de problemas de adaptación, con culpabilidad debida a un "pensamiento en contra de los hechos" (*counterfactual thinking*) u otras distorsiones cognitivas. También se recomienda en el duelo complicado o ante cualquier trastorno relacionado con la pérdida. Por otra parte, señalan que la terapia cognitiva puede cuadrar más en dolientes con afrontamiento de estilo masculino (más centrado en la resolución de problemas que en la expresión de emociones).

Thompson (1998), por su parte, plantea el cambio de esquemas o representaciones cognitivas mediante la reordenación de prioridades, el establecimiento de objetivos alcanzables, a pesar de la adversidad y la adopción de una imagen propia positiva que incorpore la pérdida. Sugiere el restablecimiento de las asunciones adaptativas mediante la reinterpretación del evento con un

foco positivo, el cambio de perspectiva o el establecimiento de comparaciones sociales con otros que están peor. El sentimiento de control se consigue por medio de una aceptación simple de la situación y la elevación o sobrevaloración de aquellas áreas en las cuales los intentos para mantener el control han sido exitosos. Esta estrategia puede ser puesta en práctica pidiéndole al doliente que monitorice la toma de decisiones y el control a lo largo del día.

Tras la muerte de una persona significativa es frecuente que aparezcan pensamientos absolutistas como "el mundo es malevolente" (formulado de forma diversa en función de cada sujeto), "no tengo control sobre mi vida" o "no puedo vivir sin él o ella". La terapia cognitiva puede ayudar a desarrollar pensamientos más graduados y equilibrados mediante el análisis detenido de la evidencia a favor y en contra de la interpretación errónea y la posterior búsqueda de una explicación alternativa que se apoye en el trabajo realizado por la persona. Este procedimiento ayuda a situar la evaluación del doliente en un punto medio del continuo frente a la posición extrema del absolutismo dicotómico previo (malévolo *versus* benévolo, impotente *versus* omnipotente o felicidad *versus* infelicidad) y promueve el establecimiento de un pensamiento menos absoluto que pueda englobar una mayor proporción de la realidad, incluida la pérdida, en el mundo de asunciones del sujeto. La repetición del proceso servirá para consolidar esta visión modificada. Retomando como ejemplo la sensación de pérdida de control por no haber podido impedir la muerte del ser querido, el doliente puede pensar "haga lo que haga no me va a servir de nada". En el cuadro 4.1 se muestra un ejemplo de análisis de la evidencia y búsqueda del pensamiento alternativo.

El "pensamiento en contra de los hechos" puede resultar muy útil a la hora de enfrentarse con la clínica del duelo. Este tipo de pensamiento consiste en generar alternativas imaginadas a eventos reales. En esta simulación mental de alternativas uno intenta deshacer o alterar algún antecedente de la realidad y contemplar su resultado. Ejemplos típicos de este tipo de pensamiento son: "si no hubiera fumado entonces no padecería este horrible cáncer" o, como se verá en el caso práctico, "si no le hubiéramos comprado la moto entonces él seguiría vivo".

Cuadro 4.1. Evidencias a favor y en contra del pensamiento "haga lo que haga no me va a servir de nada" y búsqueda de uno alternativo

A favor	En contra
1. A pesar de haber acompañado a mi marido a todas las revisiones y animarle a ponerse el tratamiento, al final se ha muerto.	1. Con nuestros cuidados y compañía le hemos ayudado a sobrellevar mejor la enfermedad y se ha conseguido reducir su sufrimiento.
2. Suspéndí la oposición tras dos años de estudio intensivo.	2. Conseguí licenciarme después de cinco años de estudios.
3. A pesar de mis consejos mi hijo Juan sigue fumando porros.	3. Mirando el periódico, inmobiliarias y preguntando a gente encontramos el piso.
	4. Cuando me he forzado y he salido con mis amigas a tomar café me he sentido un poco mejor.
	5. Haciendo este ejercicio está cambiando mi forma de ver las cosas.
<p><i>Pensamiento alternativo:</i> pensar de esta forma me produce abatimiento y me deja sin fuerzas ni ganas de hacer cosas de manera que cada vez estoy más hundida. Aunque hay veces que mi esfuerzo no ha servido para cambiar las cosas, en otras ocasiones sí que me he visto recompensada.</p>	

Los "pensamientos en contra de los hechos" se disparan frecuentemente en las experiencias emocionalmente negativas y se pueden clasificar, según su dirección, en hacia arriba o hacia abajo. Los primeros postulan circunstancias alternativas que significan una mejora de la realidad ("si hubiera sido más prudente y me hubiera callado no me habrían despedido") y los que van hacia abajo contrastan con un resultado más perjudicial ("podía haber sido peor"). Evidentemente, estas dos formas de "pensamiento en contra de los hechos" tienen consecuencias emocionales distintas: los que van hacia arriba se acompañan de repercusiones afectivas

negativas y los que van hacia abajo mejoran la respuesta emocional ante el infortunio.

Este planteamiento postula que cuando las acciones causantes de la muerte son percibidas como inmutables o inmodificables, otras causas, menos relevantes, se convierten en centrales. De este modo, el contenido del proceso contra los hechos implica a un agente más mutable, pero quizá menos significativo en la causa, especialmente, las acciones del doliente o el fallecido. Por ejemplo, en un accidente causado por la imprudencia de un conductor que se ha saltado un *stop* piensan "si no hubiera parado a poner gasolina no habría sucedido" o "si no hubiera intentado reanimarla estaría viva".

En dos estudios diferentes, Davis, Lehman, Silver, Wortman y Ellard (1996) también observaron que, en ausencia de cualquier conexión causal razonable, los sujetos tienden a autoculparse por no haber prevenido el accidente o la desgracia.

Evidentemente, la terapia cognitiva tiene mucho que ofrecer en los "pensamientos en contra de los hechos" hacia arriba y puede implementarse su eficacia con ensayos conductuales que favorezcan una perspectiva más realista. En el ejemplo anterior, si la persona cree haber causado la muerte al intentar reanimar al fallecido, una tarea podría consistir en leer la autopsia detenidamente y comentar con un médico los detalles. Esto puede ayudarle a darse cuenta de la ausencia de repercusión del intento de reanimación por tratarse de una muerte en el acto.

Otra cuestión particularmente relevante en el tema que nos ocupa es la "percepción tardía" de lo que se debió hacer o decir sirviéndose de la información posterior o actual (*hindsight bias*). Conociendo el desenlace, el individuo tiende a pensar que en aquel momento pasado era más predecible lo que iba a suceder. Esto lleva a buscar indicios o señales, incluso inexistentes, que alertaran del peligro inminente (por ejemplo, la persona refiere que intuía que iba a pasar algo malo, a partir de ahí busca señales de alerta y, finalmente, se culpabiliza por no haber considerado ese aviso). Esta distorsión contribuye a los errores de inferencia causal y exacerba la autoculpabilidad. Este razonamiento erróneo unido a los "pensamientos en contra de los hechos" aumenta y distorsiona la importancia de su papel y, como consecuencia, experimenta culpa.

Kubany (1998) propone una intervención en tres escalones para los juicios retrospectivos. El primero consiste en explicar el concepto

de "percepción tardía" utilizando ejemplos. El segundo determina la extensión de cuánto o cómo el doliente piensa erróneamente que él o ella "sabía" lo que iba a ocurrir con anterioridad a tener acceso a la información posterior. El tercero ayuda a apreciar la influencia del pensamiento de "percepción tardía" y la "imposibilidad" de disponer de información posterior al desenlace que ejerza una influencia en las valoraciones previas. También utiliza tareas para casa que consisten en anotar y después cambiar el "debería" o el "podría haber", por ser pensamientos típicos de "predicción tardía".

Este mismo autor postuló la existencia de errores de pensamiento que conducen habitualmente a "inferencias causales de culpabilidad y autoculpa". El primero de ellos consiste en no reconocer las innumerables influencias externas que pueden haber causado el evento, de manera que el proceso de atribución causal se distorsiona. El segundo proviene de confundir la posibilidad de prevenir una tragedia con el hecho de haberla causado (por ejemplo, al morir un hijo en un accidente de moto al volver con otro amigo de una fiesta, el padre puede pensar que de haber ido él a recogerle con el coche la muerte no hubiera tenido lugar. Puede ser que esté en lo cierto pero eso no quiere decir que haya causado la muerte del hijo). El tercero consiste en errar en la diferenciación entre la responsabilidad y el poder real para causar o controlar eventos (por ejemplo, los padres tienen responsabilidad sobre la conducta del hijo pero no causan su comportamiento inapropiado en la escuela).

Kubany (1998) ha planteado estrategias de intervención para tratar específicamente los errores de pensamiento mencionados. Inicialmente, intenta diferenciar entre causalidad y culpabilidad centrándose en la capacidad de prevenir, la voluntad de hacer daño y la percepción tardía de lo que se debió hacer o decir. A continuación, el doliente realiza una valoración inicial respecto a su contribución causal en el evento. Posteriormente, realiza un análisis más objetivo de la responsabilidad percibida a través de un listado de personas y factores externos al individuo que pueden haber contribuido causalmente al hecho desafortunado estimando el porcentaje de responsabilidad en el evento para cada uno de los sujetos o factores. Finalmente, se revisa y compara esta valoración con la realizada al inicio.

Similar a este procedimiento es la conocida como "técnica de la tarta". Hace alusión a la representación gráfica correspondiente. Así, en primer lugar, se desglosan conjuntamente con el doliente

te, todos los factores causales y las personas responsables del infortunio. En segundo lugar, se le asigna a cada uno de ellos un porcentaje de acuerdo con su influencia en el hecho y se representa gráficamente en un círculo, de modo que la totalidad represente el 100%.

La "falacia contra los hechos" (*counterfactual fallacy*) consiste en confundir lo que podría haber sido y lo que debería haber sido. Si las reflexiones en contra de los hechos llevan a la creencia de que un acontecimiento no deseado se podría haber evitado o prevenido, uno puede llegar a creer que debería haberlo hecho a pesar de ser imprevisible. Como puede verse, está muy relacionado con las inferencias de causantes de culpabilidad comentadas anteriormente. Kubany (1998) enfatiza la importancia de la psicoeducación y la asignación de tareas para casa, que ilustren la naturaleza disfuncional de este estilo de pensamientos y disuadan de su utilización. Nos sirve igualmente el ejemplo anterior; a pesar de ser consciente de no haber causado la muerte en el accidente, la persona estaba convencida de que debería haber algo que ella hubiera podido hacer para evitarlo. El recuerdo doloroso del suceso le lleva a culpabilizarse de la tragedia por conductas realizadas y que realmente no produjeron la muerte, como por ejemplo sacar a la persona del coche para intentar reanimarla. El planteamiento psicoeducativo explica la diferencia entre causa y culpa y comenta las conclusiones de las investigaciones (como la tendencia a autoculpabilizarse aun cuando las acciones de uno no están implicadas causalmente). La tarea para casa volvería a ser leer la autopsia, plantear preguntas en relación con ella y comentarlas con su médico, así como la causalidad de la muerte y su autoculpabilidad. Esto permitirá que se dé cuenta de que las lesiones causaron una muerte instantánea y que mover a la persona para intentar resucitarla no contribuyó en el desenlace.

Al tratar la exposición repetida y graduada a los estímulos evitados se verá el tratamiento cognitivo conductual propuesto por Foa y Rothbaum (1997) en el cual se incluye la reestructuración cognitiva.

#### 4.5.3. Autocontrol

Como es sabido, las técnicas de autocontrol están basadas tanto en los procedimientos operantes como en aportaciones de la psico-

logía social. Parten de la suposición básica de que para las personas es una experiencia positiva atribuir el resultado de sus acciones a ellas mismas, percibiendo así control sobre su medio y sintiéndose por tanto con capacidad decisoria. En el proceso de duelo, la intensidad de las emociones adversas (la tristeza, la impotencia, la rabia...) y el necesario cambio vital que supone la ausencia del ser querido generan, como se ha comentado anteriormente, una especial dificultad de adaptación de las personas. Ha de considerarse, además, que los procedimientos de autocontrol requieren el entrenamiento en habilidades cognitivas y que por tanto, previo a la aplicación de una estrategia de cambio que exige habilidades cognitivas, el soporte emocional ha de estar garantizado con el fin de posibilitar la disposición de la persona para realizar los esfuerzos cognitivos que tales estrategias requieren.

Aunque los procedimientos de autocontrol significan la puesta en marcha de estrategias fundamentalmente cognitivas (autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo), su aplicación presenta una indudable utilidad, siempre que se tengan en cuenta las características especiales de la situación concreta. Los expertos en el tema señalan que la resistencia a la adversidad se considera uno de los ejemplos más pertinentes de autocontrol personal y pocas experiencias vitales generan tanta adversidad como la pérdida irremediable de una persona querida. La bibliografía científica y la práctica clínica están llenas de ejemplos de verbalizaciones de los dolientes que caracterizan la experiencia de pérdida como el dolor más grande jamás imaginado. También es frecuente en la creación artística, la representación gráfica o escrita de este inmenso dolor emocional. Sirva como ejemplo la expresión de nuestro poeta Miguel Hernández: "... que por doler, me duele hasta el aliento".

No obstante, antes de plantear los mecanismos específicos que pueden considerarse útiles en este ámbito, es preciso señalar que debe diferenciarse claramente cuando las estrategias se aplican en personas con elevado riesgo de padecer complicaciones en su proceso de duelo y aquellas aplicaciones que han de llevarse a cabo cuando existen problemas psicopatológicos. Como siempre ha de producirse en las actuaciones clínicas, los objetivos que se quieren alcanzar son claramente diferentes. Así, en el caso de intervenciones preventivas, la meta estaría centrada en fomentar la sensación de control personal facilitando el aprendizaje de métodos que la potencien y disminuyan la vulnerabilidad y, en el segundo caso,

estaríamos ante la necesidad prioritaria de cambiar las conductas problemáticas y desadaptativas por otras más saludables.

A continuación, se tratarán en primer lugar las *habilidades necesarias* para la puesta en marcha de procesos de autocontrol y posteriormente se describirán los procedimientos específicos y su aplicación en el campo que se está tratando.

Como es sabido, las habilidades necesarias para el autocontrol se refieren a autoobservación, establecimiento de criterios u objetivos a lograr, búsqueda de los medios que facilitarán la consecución de tales objetivos, capacidad de discriminar si la conducta se ajusta o no a ellos y, finalmente, programar consecuencias gratificantes para aplicarlas ante los logros.

La *autoobservación* permite cambiar conceptos vagos y difusos típicos de las situaciones emocionalmente adversas, como la que aquí se trata por conductas concretas que suceden en un momento y lugar determinados. Se ha de recordar la idea obvia de que no puede cambiarse lo que no se conoce. Un ejercicio de autoobservación consistiría en cambiar la expresión de "la vida es terrible, no tiene sentido, nada merece la pena" por "estoy muy triste porque he perdido a una persona que quería mucho", "en estas circunstancias, me cuesta ver el lado positivo de la vida".

El *establecimiento de criterios* es fundamental en el proceso de duelo. Siempre con la flexibilidad que imprimen los tiempos individuales, es muy importante reconocer en cada momento del proceso qué es autoexigible y qué no. Recordemos, por ejemplo, las consecuencias adversas ocasionadas por la negación absoluta del dolor emocional que se experimenta tras la pérdida ("la vida ha de continuar exactamente igual que si no hubiera pasado nada") o la "casa museo". Esta forma de actuar impide la flexibilidad necesaria para adaptarse a la nueva situación. Lo mismo ocurre con los comportamientos situados en el otro extremo de la dimensión ("tengo que llorarle continuamente y dejar de experimentar emociones agradables, de otro modo le estaré traicionando"). Sería también un buen ejemplo la expresión de una persona que a los tres meses del fallecimiento de su ser querido dice que nunca se recuperará de la pérdida porque, ante una experiencia que antes le resultaba muy agradable, en estos momentos no disfruta de ella tanto como lo hacía antes de experimentar la pérdida.

Resulta igualmente importante facilitar la *búsqueda de recursos personales* para posibilitar el avance en el proceso de adapta-

ción a la nueva situación. Ayudar a recordar y planificar actividades que puedan ir "normalizando la vida" y resulten adecuadas (no excesivamente disonantes con el estado de ánimo prevalente). También aquellas que permitan la entrada de gratificación, aunque en principio las vivencias no tengan la misma intensidad que la experimentada antes de la pérdida, normalizando esta situación y permitiendo cambiar "alegría" por "serenidad" o "satisfacción".

En conexión con la habilidad que se acaba de referir, está la capacidad para *discriminar si realmente se va consiguiendo el objetivo*, es decir, si el criterio de adaptación considerado por la persona coincide con su ejecución. Téngase en cuenta que estos procesos en la situación de duelo siempre van a encontrar la dificultad del trasfondo emocional sobre el que se producen, por tanto, es útil que la persona en duelo cuente con este hecho.

Finalmente, no se puede obviar el elemento crucial del proceso de aprendizaje, el *refuerzo* que permite el mantenimiento de los *logros* e incrementa la motivación para sucesivas actuaciones. Es muy importante encontrar aquellos elementos que resultan gratificantes y que pueden referirse tanto a la relación con la persona fallecida como a la evolución en el propio proceso personal. Así, pueden ser ejemplos los recuerdos de vivencias positivas de la relación tanto por el enriquecimiento mutuo como por el hecho de haber compartido experiencias importantes, ser capaz de resistir en la adversidad y evolucionar ante ella, llevar a cabo proyectos vitales o realizar aportaciones útiles para otras personas.

Una vez comentadas las capacidades necesarias para el autocontrol, consideraremos su integración en dos *grupos de estrategias* distinguiendo entre las de planificación ambiental y las de planificación conductual. Las primeras, tienen que ver con la modificación de antecedentes, internos o externos, que determinan la aparición de una conducta. Una de ellas, con especial aplicación en el proceso de duelo, es el control de estímulos. Recuérdese que esta estrategia, especialmente recomendada para los momentos iniciales del autocontrol, permite el control ambiental cuando la persona no posee el repertorio conductual adecuado para hacer frente a determinados estímulos o no está en condiciones emocionales de ponerlo en marcha. Inicialmente, por ejemplo, se puede planificar la no exposición o evitación de situaciones especialmente difíciles que puedan resultar excesivas para su estado de ánimo.

Las estrategias de planificación conductual se refieren concretamente a la programación de la conducta. En ellas, la persona toma la responsabilidad de realizar ciertos comportamientos, acordes con un criterio que ella previamente ha establecido, y se administran las consecuencias derivadas de ello. Por ejemplo, la decisión de volver al trabajo cuando sea capaz de realizar determinadas tareas en el hogar. La persona establece este criterio de modo razonado y se sentirá satisfecha por haberlo conseguido aunque haya significado un serio esfuerzo personal.

#### 4.5.4. Constructivismo

Esta teoría relativamente reciente en la práctica clínica, considera al ser humano como un constructor de significados que determinan la percepción de los acontecimientos vitales y orientan la conducta. En general, la persona intenta construir unos sistemas de significados que tengan coherencia interna, sean apoyados socialmente, proporcionen cierta seguridad y permitan anticipar y participar en las experiencias de la vida. No se habla en este caso de creencias irracionales o disfuncionales, sino que se considera problemática aquella construcción que no permite definir, organizar y anticipar la relación con el mundo.

Neimeyer (2002), en su libro *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*, ofrece una propuesta terapéutica que incluye un planteamiento psicoeducativo sobre la pérdida y la actividad que se debe desarrollar en el duelo, teniendo en cuenta el contexto familiar, sociocultural y espiritual del doliente.

Dicho planteamiento habla de la experiencia de la pérdida, los patrones generales de respuesta (evitación, asimilación y acomodación), el nivel de funcionamiento de los supervivientes durante los dos primeros años después de la pérdida y las manifestaciones del duelo complicado. Además, analiza las pérdidas más importantes como son el trabajo, el rol y cualquier recurso personal, material o simbólico amado.

El duelo es entendido como un proceso de reconstrucción de significado tras el duro golpe asestado a las creencias que se tienen sobre la vida. Este enfoque le otorga mucha importancia a la cultura, la espiritualidad, el género y la interrelación de estos tres elementos. Así, por ejemplo, dentro de una misma cultura se pue-

den institucionalizar diversas religiones con interpretaciones contrarias sobre el sentido de la vida humana o podemos encontrar marcadas diferencias en relación con el género del doliente según el entorno cultural en el que nos encontremos.

La actividad que se desarrolla en el duelo estriba en “volver a aprender cómo es el mundo” y consiste en: reconocer la realidad de la pérdida a nivel individual y familiar, abrirse al sentir y al hacer (similar al proceso dual de Stroebe y Schut, 2001a –véase capítulo 2–), revisar nuestro mundo de significados, reconstruir la relación con lo que se ha perdido y reinventarnos-revisiónarnos a nosotros mismos.

Además, subraya la importancia del fortalecimiento y la ampliación de los contactos con los demás y de la utilización de los rituales, como se comentará más adelante.

Este autor señala seis proposiciones que pueden guiar el desarrollo de las prácticas y predicciones en relación con el duelo.

- La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones.
- El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad. Cuando la vida asesta un duro golpe a la autoimagen o forma de entender el mundo, se intenta hacer una interpretación coherente con nuestras teorías e identidades y si no resulta posible nos vemos obligados a recrear la realidad.
- El duelo es algo que las personas hacen no algo que se les ha hecho. El duelo no es un proceso pasivo, sino que implica cientos de elecciones concretas (ver o no al fallecido, conservar o desprenderse de sus posesiones...).
- El duelo da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida.
- Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar el propio mundo de significados tras el cuestionamiento de las construcciones previas.
- Se construye y reconstruye la identidad como supervivientes a la pérdida redefiniendo la conexión simbólica con el

fallecido al mismo tiempo que se mantiene la relación con quienes siguen viviendo.

El autor propone que, partiendo de una actitud colaboradora, son útiles una serie de ejercicios que respetan y analizan la resistencia del cliente, garantizan la privacidad, reconocen el "ser" además del "hacer" e integran en las sesiones las tareas para casa. Estos ejercicios consisten en biografías, caracterizaciones de la pérdida, cartas que pueden no enviarse, diarios, dibujos e imágenes, "entrevista" de reconstrucción de significado, epitafios, galería de fotografías, historias e imágenes metafóricas, huella vital, lectura reflexiva, libros de recuerdos, objetos de vinculación, peregrinación personal, poesía de la pérdida y rituales. Se aconseja consultar la obra original para conocer las indicaciones, sus variaciones y las precauciones que resultan necesarias. A continuación se hace un breve resumen de cada una de ellas.

- *Biografías*

Escrito donde se relatan los acontecimientos, personas, lugares y proyectos significativos que configuraron la vida del fallecido. Esta herramienta ayuda a proporcionar perspectiva a la pérdida, facilita una visión global y permite apreciar sus complejidades y contradicciones.

- *Caracterizaciones de la pérdida*

En la parte superior de una hoja en blanco, se presenta un sencillo texto en el que se solicita realizar un "pequeño esbozo del personaje" (refiriéndose al fallecido), visto a la luz de su pérdida, en tercera persona y como si se tratara del protagonista principal de un libro, una película o una obra de teatro.

No se pretende realizar una autobiografía definitiva ni pormenorizada o que el doliente adopte una postura crítica o condenatoria. El resultado de este esbozo sirve para identificar los temas más relevantes en la intervención, y el propio Neimeyer sugiere preguntas o elementos que permitirán caracterizar la pérdida (por ejemplo, buscar términos que se repitan y que tengan un contenido parecido o examinar las explicaciones del autor con respecto al sentido de la pérdida).

- *Cartas que no se envían*

Consiste en escribir una carta a la persona desaparecida que exprese algo que no pudo decirse antes de su muerte. Resulta especialmente útil cuando el doliente siente mucho resentimiento o culpabilidad difíciles de compartir con el resto de personas. A pesar de su sencillez, puede ser de gran ayuda en la atención al duelo.

- *Diarios*

En las pérdidas difíciles de ser comentadas con otras personas, resulta enormemente útil escribir un diario donde descargar los recuerdos dolorosos no compartidos. Esta sencilla actividad mejora la sensación de bienestar y tiene efectos positivos a nivel físico y emocional.

El autor señala unas normas que deben seguirse: 1) Centrarse en una pérdida que constituya una de las experiencias más terribles o traumáticas de la vida. 2) Escribir sobre aquellos aspectos de la experiencia menos comentados con otras personas e incluso aspectos imaginados que no comentaría con nadie. 3) Escribir desde el punto de vista de sus pensamientos y sentimientos más profundos, intercalando la narración explícita del acontecimiento con las reacciones que ha provocado. 4) Despreocuparse de la gramática, ortografía, letra o corrección tipográfica. 5) Escribir un mínimo de quince minutos diarios durante al menos cuatro días. 6) Programar una actividad transitoria después de la escritura y antes de volver a la "vida normal".

- *Dibujos e imágenes*

El dibujo y otras formas de expresión artística pueden resultar útiles a la hora de comunicar las pérdidas sufridas y el futuro previsto por el doliente. Se le pide al sujeto que realice un dibujo sobre su duelo y que escriba lo que simboliza para él. Se pueden realizar preguntas sobre ellos y así tener acceso a los sentimientos y temas difíciles de expresar de una manera más directa. Lo realmente importante es el proceso no el producto.

- *Entrevista de reconstrucción de significados*

Consiste en una entrevista dirigida a favorecer la reconstrucción de significados. Consta de una serie de preguntas agrupadas

en tres apartados denominados de entrada, de explicación y de elaboración. Seguidamente se presentan algunas de las cuestiones utilizadas en cada uno de los apartados.

Preguntas de entrada: "¿qué experiencia de muerte o pérdida le gustaría explorar?", "¿qué recuerda de la forma en que reaccionó ante el acontecimiento cuando sucedió?", "¿cómo han cambiado sus sentimientos al respecto a lo largo del tiempo?" o "¿cuál fue para usted la parte más dolorosa de la experiencia?".

Preguntas de explicación: "¿qué sentido le dio a la muerte o pérdida en aquellos momentos?" o "¿cómo interpreta la pérdida ahora?".

Preguntas de elaboración: "¿qué lecciones sobre el amor ha aprendido de esta persona o esta pérdida?", "¿cómo ha influido esta experiencia a su sentido de prioridades?" o "¿cómo ha afectado a su visión de sí mismo o del mundo?".

- *Epitafios*

Al margen de que se talle o no en la lápida, la tarea consiste en escoger una inscripción que refleje el significado de la relación para el doliente como epitafio para la sepultura. Como exige una gran concentración de significado, se recomienda escogerlo cuidadosamente y sin prisas reservando esta tarea para cuando se ha avanzado en el duelo.

- *Galería de fotografías*

Las fotografías permiten recordar con nitidez las vidas de nuestros seres queridos, favorecen la conexión simbólica con la persona fallecida y ayudan a evocar públicamente recuerdos compartidos sobre ella. Las fotos se pueden utilizar de formas diversas, llevarlas en la cartera, colocarlas en los lugares de la casa donde nos sentamos a conversar o hacer álbumes o collage. El trabajo con las fotografías puede ser muy intenso emocionalmente, por ello, puede ser interesante distribuirlo en dosis que resulten aceptables.

- *Historias e imágenes metafóricas*

Por medio de una metáfora, el doliente puede elaborar una historia o una imagen que capte el dolor de la pérdida y facilite

una descripción de su evolución a lo largo del tiempo. A partir de ellas, se pueden realizar preguntas que ayuden a avanzar en el significado sin imponer ninguna estructura al material del doliente.

- *Huella vital*

Cada uno de nosotros hemos sido modelados por todas y cada una de las personas que han sido importantes para nosotros. Nos apropiamos de las formas de gesticular, pensar, hablar, sentir y actuar de todos ellos y, en cierto modo, somos recuerdos vivientes de estas personas incluso después de muertas. Esta tarea es una forma de homenaje al fallecido y consiste en encontrar el impacto que ha tenido sobre el doliente en los gestos, peculiaridades, forma de hablar y comunicarse, actividades laborales y de tiempo libre, personalidad, creencias y valores, reflexionando, finalmente, sobre aquello que se desea retener y afirmar y lo que se querría cambiar o eliminar.

- *Lectura reflexiva*

La bibliografía de autoayuda puede ser de gran utilidad para la persona que ha sufrido una pérdida. A la hora de aconsejar este tipo de actividad es necesario tener en cuenta la habilidad lectora del doliente, sus creencias religiosas y la capacidad de concentración que tenga en ese momento. En los comienzos del duelo resulta difícil leer, por ello, en todo caso deberán utilizarse lecturas breves.

Para obtener mayor beneficio de esta actividad resulta conveniente realizar preguntas sobre lo leído (por ejemplo, "¿cómo encaja esta explicación del duelo con la experiencia propia?", "¿en qué no encaja?" y "¿qué ha aprendido con esta lectura?").

Al final del libro se recomiendan algunos textos en castellano que pueden resultar útiles.

- *Libros de recuerdos*

Elaborar un libro de recuerdos consiste en recoger los pensamientos, sentimientos y recuerdos que se tienen del fallecido al igual que fotografías o recuerdos materiales relacionados con su vida. Se diferencia del diario o de otras formas de escritura expresiva porque puede contener recuerdos compartidos o recogidos por varias personas.

Neimeyer sugiere la presencia de algunos elementos en la elaboración del libro de recuerdos: información básica sobre el fallecido (nombre, fecha y lugar de nacimiento y nombre de los miembros de la familia), el primer recuerdo, los mejores momentos vividos, lo que más gusta o lo que los otros dicen de él, sus preferencias, los consejos dados, los pensamientos que provoca y la forma de mantener vivo su recuerdo. Considera útil dejar hojas en blanco para poder añadir cosas con posterioridad. Aunque resulta más aconsejable utilizar la técnica con relaciones fundamentalmente positivas, sugiere, para las ambivalentes, añadir al libro aquello de lo que se arrepiente el doliente, lo que nunca le oyó decir o le gustaría decirle, las decepciones experimentadas o el recuerdo más perturbador y, por último, la forma en que el doliente nota sus progresos en el proceso del duelo.

- *Objetos de vinculación*

Puede ser útil conservar objetos que pertenecían al fallecido o recuerdos de la relación e integrarlos de una forma deliberada y adecuada en nuestra vida. Ejemplos habituales son llevar un determinado encendedor, una joya o una ropa que perteneció al fallecido o seguir con sus proyectos o la misión a la que dedicó su vida.

Llevada al extremo, la "momificación", puede ser problemática e indicar la existencia de dificultades en la aceptación de los cambios exigidos por la pérdida del ser querido. En esta situación, el autor sugiere intentar encontrar el sentido del mantenimiento del vínculo y promover formas simbólicas o más discriminativas de vinculación sin forzar el abandono de los objetos.

- *Peregrinación personal*

A veces, las personas pueden emprender un viaje a lugares que fueron importantes en la infancia para reestablecer una relación con las personas, los sitios o las tradiciones de entonces y tan distantes en el tiempo. La experiencia puede ser muy profunda y traer a la memoria recuerdos y emociones que ayudan a ubicarse en la historia familiar.

Esta peregrinación puede verse enriquecida con un diario personal que refleje las impresiones, recuerdos y emociones que han acompañado ese recorrido por la propia historia.

Es importante planificar el viaje con la toma de decisiones importantes, como con quién ir, dónde y cuándo se va a reflexionar sobre la experiencia o, si se viaja solo, a quién acudir en caso de sentirse abrumado. Conviene estar preparados para alguna desilusión, desengaño o la aparición de preguntas problemáticas.

- *Poesía de la pérdida*

La expresión poética puede tener una mayor capacidad simbólica que el lenguaje normal. Esta característica permite expresar aquello que de forma directa resulta difícil. La redacción es para la propia persona y no resulta importante la forma o el ritmo, por el contrario, es relevante que ayude a validar emociones o comunicar sentimientos que de forma directa sería imposible.

Su uso es terapéutico (ayudar al doliente a comunicar su experiencia de la pérdida) no artístico, por ello, no debe adoptarse el papel de un crítico literario intentando mejorar el resultado, sino explorar los sentimientos evocados por el poema.

- *Rituales*

En la sociedad actual, existe una cierta tendencia a la desritualización de la muerte y el duelo, de modo que las tradiciones han perdido su contenido para las personas y las comunidades.

Los rituales proporcionan un modelo de ciclo vital, dan estructura al caos emocional, establecen un orden simbólico para los acontecimientos vitales y permiten la construcción social de significados compartidos. Los funerales desempeñan estas funciones, además de delimitar el duelo y reafirmar los vínculos con la comunidad.

La ritualización de la pérdida puede ayudar a los dolientes a superar los retos del duelo fomentando el reconocimiento público de la realidad de la pérdida, facilitando la expresión de las emociones y la obtención de consuelo, iniciando la reconstrucción del mundo de creencias roto tras la muerte del ser querido, reavivando los recuerdos que permiten mantener la relación "viva" y dando comienzo al cambio de estatus del doliente dentro de la comunidad.

Los rituales formales e informales pueden dar sentido a las transiciones y sensación de continuidad entre el antes y el después de la pérdida. Pueden ser públicos o privados, religiosos o laicos

pero todos incluyen alguna acción simbólica que ayuda a reafirmar la relación con la pérdida y a comprender la nueva identidad que se debe asumir como consecuencia de aquélla.

Las ceremonias funerarias pueden adoptar formas muy diversas y adaptarse a las necesidades de cada una de las personas (como recordar a la luz de las velas a los fallecidos por sida, poner algún pequeño monumento en el lugar del asesinato de un determinado personaje o celebrar juntos el cumpleaños del hijo fallecido).

Lo más importante en la preparación de un ritual privado es elegir el momento y la forma adecuados de rendir homenaje a la pérdida. Es necesaria una actitud empática que reconozca el momento oportuno ya que precipitar la despedida simbólica puede provocar resistencias en el doliente.

#### 4.5.5. Resolución de problemas

Tienen como objetivo facilitar el entrenamiento de las personas para la utilización de una metodología sistemática frente a los problemas. El proceso pone en evidencia la existencia de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para los problemas e incrementa la probabilidad de seleccionar la más efectiva de entre ellas. Es especialmente útil con personas que por sus condiciones vitales han de resolver problemas y no están en condiciones para hacerlo, siendo un buen ejemplo situaciones de crisis tales como la separación de la pareja, el divorcio y la muerte.

La situación de duelo ante la pérdida de un ser querido resulta pues especialmente adecuada para la aplicación de esta metodología. Ya se comentó anteriormente cómo el doliente atraviesa muchos momentos de especial vulnerabilidad emocional en los que puede estar presente la confusión, la tristeza o ansiedad intensas, la impotencia, la rabia, etc. Los momentos vitales inundados de emociones, especialmente adversas, resultan extremadamente complejos y dolorosos para las personas. La capacidad de razonamiento y acción resulta mucho más difícil que en las situaciones donde prevalece el equilibrio emocional, por tanto, la ayuda mediante pautas estructuradas que permitan ordenar las ideas, generar alternativas y tomar decisiones es en muchas ocasiones necesaria.

Es evidente, la investigación al respecto así lo refrenda, que algunas habilidades cognitivas facilitarán el proceso. Destacando

en este sentido el pensamiento alternativo o capacidad para generar alternativas diferentes ante las situaciones, el pensamiento consecuencial o capacidad para anticipar consecuencias a corto y largo plazo de las acciones y el pensamiento medios-fines o habilidad para trazar un plan y seguirlo dirigiéndose a un objetivo y detectando dificultades y recursos a lo largo del mismo. Anteriormente, en el apartado de factores de protección frente al desarrollo de complicaciones en el duelo, se comentaron algunas de estas habilidades cognitivas como recursos que facilitan un curso adaptativo del proceso de duelo.

La aplicación correcta de la metodología de resolución de problemas requiere trabajar previamente los recursos de soporte emocional (véase apartado de *counselling*) y poner en marcha mecanismos de autocontrol.

Respecto a los elementos concretos del proceso, Nezu y Nezu (1995) especifican acertadamente qué se entiende por un problema, qué es una solución y qué son soluciones eficaces. Estos autores entienden los *problemas* como situaciones específicas de la vida que exigen respuestas necesarias para la adaptación y que éstas no pueden emitirse por la presencia de diferentes obstáculos como la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y la novedad. Como se recordará, todas estas circunstancias se han expuesto en apartados anteriores como características de la situación de las personas en duelo en diferentes momentos del proceso. Ejemplos de aplicación al duelo serían la ambigüedad entre la necesidad de seguir viviendo y la ausencia de motivación por la vida; asimismo, la incertidumbre referida a qué va a ser de su vida sin el afecto y el apoyo de la persona querida; además, la necesidad de continuar con las tareas de la vida cotidiana y el estado de ánimo triste que dificulta su realización; la escasez de apoyo en algunas personas o la falta de percepción del mismo y la vivencia de impotencia frente al dolor que supone la pérdida.

La *solución* se define como una respuesta de afrontamiento dirigida a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias respuestas emocionales negativas o ambas (Nezu y Nezu, 1995). En el caso que nos ocupa, el cambio de situación puede referirse a la planificación de actividades gratificantes u otras que permitan resolver cuestiones cotidianas o pendientes. En cuanto a las propias respuestas emocionales, se trataría, tal como se ha

expresado anteriormente, de facilitar su expresión para posteriormente poder ayudar a canalizarlas y reconducirlas de modo que sean manejables y permitan el funcionamiento adaptativo de la persona.

Finalmente, una *solución eficaz* es aquella que, además de lograr los objetivos, maximiza los beneficios y minimiza los costes. Éstos constituyen las consecuencias a corto y largo plazo de las acciones emprendidas. Estaríamos hablando pues de que el doliente, consiguiera ser lo más eficiente posible, con el menor coste emocional. Se debe insistir en esta última idea, pues el proceso de duelo siempre implica un cierto grado de sufrimiento, aquel que de modo natural se produce ante una pérdida significativa, por tanto es necesario contar con su presencia, necesidad de expresión y asunción, aunque se intente paralelamente reconfortar a la persona y minimizar el sufrimiento a los niveles más bajos posibles. Además, el planteamiento de objetivos a corto y a largo plazo permite que el doliente comprenda el beneficio futuro del esfuerzo actual.

Los *pasos que debe seguir el proceso*, según los autores que lo han ideado y los diferentes investigadores que lo han asumido son los siguientes:

- Orientación general. Mostrar a la persona que las dificultades, en este caso la reorganización familiar, el dolor y el resto de emociones que producen las pérdidas son normales, forman parte de la vida y pueden manejarse si se reconocen cuando ocurren y se procura no responder impulsivamente ante ellas. En este paso hemos de tener en cuenta que antes de iniciar la resolución de problemas se ha de mejorar el estado emocional con técnicas de autocontrol y terapia cognitiva.
- Definición del problema en términos de conducta. Este paso es fundamental ya que por lógica es imposible controlar algún evento si no se conoce exactamente. Preguntas interesantes serían: "¿Quién tiene el problema?" "¿En qué consiste?" "¿Por qué es un problema para mí?" "¿Qué pienso sobre ello?" "¿Cómo me siento?" "¿Cómo afecta a mi vida?" "¿Qué estoy haciendo al respecto?". La respuesta a todas ellas permitirá detectar dónde está la dificultad y generar alternativas de planificación y acción para

ella. Respecto a la tristeza, un ejemplo claro sería el aislamiento del mundo por períodos prolongados; esta actuación facilita el incremento de los estados depresivos e impide la gratificación que produce el apoyo de las personas queridas.

- Generar el máximo de alternativas posibles dirigidas claramente al objetivo. Sin metas claras las acciones pierden eficacia, por ello, delimitarlas previamente es esencial. También es importante producir el mayor número de alternativas posible, ya que se supone que cuantas más se determinen más probabilidad hay de encontrar una que sea eficaz. Siguiendo el ejemplo anterior del aislamiento por experimentar tristeza, si el objetivo es que disminuya ésta aunque sea levemente y sentir el apoyo de las personas queridas, podríamos hablar de: a) Contactar con amigos de confianza que entiendan su estado de ánimo y con los que pueda compartir la pena además de encontrar cierta protección. b) Realizar una actividad que no requiera gran esfuerzo mental y donde las personas que estén presentes sepan la situación por la que se está pasando y no fuercen su estado de ánimo, etc.
- Toma de decisiones. En primer lugar, se deberán evaluar los pros y los contras de cada una de las alternativas. Tras el balance costes-beneficios habrá que elegir la opción que tiene más ventajas y menos inconvenientes. Los costes se refieren al tiempo, esfuerzo, dificultad, etc. y los beneficios a las consecuencias positivas tanto a corto como a largo plazo. Una alternativa puede ser valorada como la más eficaz por un doliente si considera que, aunque supone un gran esfuerzo salir con un amigo a dar un paseo, esto normalizará su vida, recibirá apoyo, mantendrá sus contactos y también permitirá que su amigo se sienta útil acompañándole en su sufrimiento.
- Finalmente, planificación, aplicación y verificación o seguimiento de la viabilidad y eficacia de la alternativa propuesta. Antes de ser aplicada, la opción elegida debe convertirse en un plan de acción pormenorizado y, finalmente, habrá que revisar su grado de utilidad y si el resultado es el esperado. Por ejemplo, el doliente programa y pone en marcha la salida con su amigo y después puede valorar que el paseo

suponía un esfuerzo excesivo, sensaciones muy intensas de irrealidad y posteriormente un aumento de la tristeza. Es posible que, a partir de ahí, se decida utilizar otra alternativa que suponga un esfuerzo menor, por ejemplo, permitir la visita en casa del mismo amigo, pero sólo durante un corto espacio de tiempo.

#### 4.5.6. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad

La utilización del entrenamiento en habilidades sociales puede ser de gran ayuda en los diferentes momentos del proceso de la intervención en el duelo. Recuérdese que el apoyo social se considera uno de los protectores importantes para el buen desarrollo posterior y también que su ausencia supone uno de los indicadores de riesgo de complicaciones más referido en los trabajos de investigación al respecto. Lo mismo sucede con los problemas de comunicación entre el doliente y su entorno y entre el doliente y el paciente antes de la muerte. Finalmente, otro objetivo de intervención susceptible de la aplicación de esta técnica es la promoción de la expresión de la pena cuando existe incapacidad o especial dificultad para hacerlo.

En la medida que estas habilidades posibilitan un incremento o el mantenimiento del apoyo social existente, una mejora en la comunicación interpersonal y también una ayuda en la expresión de emociones, resulta muy útil considerar su entrenamiento entre las herramientas que el clínico maneje en este campo de trabajo.

Como cuestión previa, resulta interesante recordar que el concepto de habilidad social siempre ha de entenderse en relación con el contexto en que se produce y por supuesto con la consideración del marco cultural oportuno. Como muy bien señala Parkes (2001), aunque el dolor por la pérdida de un ser querido puede considerarse universal, sus manifestaciones han de matizarse en función de la cultura en que el individuo se incardine. Tanto si el objetivo es realizar un diagnóstico adecuado sobre los indicadores de riesgo antes de la pérdida, como si se trata de determinar si existen o no complicaciones en el proceso o la planificación de tratamientos, el clínico ha de considerar cuidadosamente los elementos de idiosincrasia cultural. Hoy día los movimientos migratorios en nuestro país son importantes y, por tanto, la probabili-

dad de atender a personas procedentes de diferentes culturas es elevada.

Las habilidades sociales lo son en función de sus consecuencias pudiéndose determinar *tres tipos de resultados* muy relevantes en el proceso de duelo, a saber:

- La eficacia en los objetivos. En la medida en que se trata de un proceso de adaptación individual, la persona en duelo va variando sus objetivos en función de cada momento. Así, por ejemplo, en los primeros momentos, poder expresar el dolor sintiéndose acompañado y confortado sin miedo a la censura puede ser un objetivo viable.
- La eficacia en las relaciones. Como un complemento de lo anterior, mantener las relaciones con los otros significativos permitiría el apoyo de estas personas relevantes en los distintos ámbitos funcionales (familiar, laboral, íntimo) para ayudar a "normalizar" la vida, construir nuevos vínculos, etc.
- La eficacia en el mantenimiento de la autoestima. Además de la necesidad básica del ser humano de ser amado, está claro que el apoyo social permite el mantenimiento de la autoestima, uno de cuyos nutrientes fundamentales es indudablemente el afecto de los demás, el cual es más necesario por la vulnerabilidad emocional producto de la pérdida.

Resulta útil recordar las *tres dimensiones de las competencias*, es decir, la dimensión de la conducta (el tipo de habilidad), la dimensión personal (cogniciones al respecto) y la dimensión de la situación (el contexto en el que se producen).

En el caso del proceso de duelo, las *conductas* que consideramos especialmente pertinentes para la adaptación positiva durante el mismo serían:

- Expresión de amor, agrado y afecto.
- Defensa de los propios derechos.
- Pedir favores.
- Rechazar peticiones.
- Expresión de opiniones personales incluyendo el desacuerdo.
- Petición de cambios en la conducta del otro.

Este repertorio conductual puede ser de gran ayuda para la persona en duelo. Así, facilitará que pueda expresar sus emociones, demandar lo que necesita, aceptar afecto sin sentirse culpable por encontrarse en situación de vulnerabilidad, decir "no" ante solicitudes discordantes con su estado de ánimo siendo capaz de proponer alternativas y expresar su agradecimiento a las personas que le están prestando apoyo.

En cuanto a la dimensión *personal o cognitiva*, es preciso valorar las opiniones, creencias y valores de la persona en duelo antes de iniciar cualquier entrenamiento en habilidades. Además de los elementos culturales antes mencionados, ciertas ideas erróneas pueden estar impidiendo la puesta en marcha de las habilidades necesarias. Por todo ello, es importante el trabajo cognitivo mediante las técnicas adecuadas que en este mismo capítulo se exponen.

Finalmente, por lo que se refiere al *contexto*, es necesario tener muy en cuenta las situaciones en las que se va a desarrollar la vida de la persona, de modo que sean acordes con su estado de ánimo y con las posibilidades reales que permitan sus recursos.

#### 4.5.7. Exposición repetida y gradual a los estímulos evitados

Tras la pérdida de un ser querido suelen aparecer pensamientos e imágenes que se reexperimentan con mucho dolor y que el doliente desea e intenta que desaparezcan. Puede suceder que la persona evite determinados lugares (como el cementerio, la propia casa o la cama), fotos o recuerdos como forma de suprimir el malestar que produce su sola visión. Por el contrario, puede aferrarse a objetos de vinculación inadecuados ("momificación") o realizar actividades de manera ineludible (por ejemplo, acudir al cementerio *todos* los jueves y en caso de no hacerlo presentar náuseas y vómitos). En relación con este tema, la madre del caso ejemplificado en el libro guardaba la habitación como si el hijo fuera a volver en cualquier momento, o una viuda, después de dos años del fallecimiento de su esposo, conservaba sin lavar la última funda de almohada donde durmió para poder olerla y "traerle al presente".

Evidentemente, la intervención dependerá de la evaluación y, por tanto, en determinados casos puede sugerirse aumentar las visitas al cementerio y en otros reducirlas. La aplicación de estas

técnicas exige una profunda empatía para detectar el "momento oportuno" y el establecimiento de una sólida relación de confianza, de forma que se reduzca la posibilidad de abandono del tratamiento. La exposición se ha de realizar de manera gradual utilizando una jerarquía establecida por el propio sujeto.

En las muertes traumáticas (véase apartado de intervención en crisis), los resultados de los estudios recomiendan abordar primero el "trauma" y cuando las preocupaciones, intrusiones y la negación de los recuerdos disminuyen se continúa con la atención al duelo según la metodología que se ofrece a lo largo del presente capítulo.

En el abordaje inicial del "trauma", se han adaptado al duelo las técnicas empleadas con víctimas de violaciones obteniéndose resultados prometedores (Foa y Rothbaum, 1997). El enfoque se basa en la reexperimentación repetida del acontecimiento a nivel individual y, como tarea para casa, exposiciones "in vivo" a lugares y cosas evitadas.

El tratamiento cognitivo conductual propuesto por Foa y Rothbaum puede ser dividido en dos apartados: el procedimiento de manejo de ansiedad y el de exposición. El primero proporciona habilidades para manejar la ansiedad tales como entrenamiento en relajación, respiración controlada, autoinstrucciones e imaginación positiva de uno mismo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de distracción como la detención de pensamiento. La terapia de exposición incluye cuatro componentes: educación sobre las reacciones habituales al trauma, reentrenamiento respiratorio, exposición prolongada y repetida a los recuerdos del trauma (revivir) y exposición repetida "in vivo" a una jerarquía de las situaciones evitadas por provocar miedo conectado con la experiencia traumática.

Para profundizar en el tema se recomienda consultar el volumen dedicado al trastorno por estrés posttraumático de la presente colección.

#### 4.5.8. Conductas que ayudan a asumir la realidad de la pérdida

Avanzar en el proceso de resolución adecuado del duelo exige ser conscientes de la realidad de la pérdida. Mientras la persona la per-

ciba como irreal o un sueño del que va a despertarse, difícilmente reorganizará su vida y se ajustará a la realidad.

Para ayudar a aumentar la conciencia de la muerte del ser querido puede ser útil sugerir que, entre otras actividades, participen en los cuidados post mortem, vean al fallecido, acudan a los ritos funerarios o lean el informe del médico forense.

Sólo convendría hacer dos precisiones. La primera es no forzar nunca a nadie a hacer algo que no quiera y, la segunda, explicar a la persona (especialmente a las más vulnerables, como niños o ancianos) cómo va a encontrar al fallecido con la finalidad de reducir el impacto de la situación.

En relación con los accidentes o catástrofes, es frecuente evitar leer el informe forense o ver las fotos o al fallecido (como ocurrió en el caso que estamos comentando) por evitar el sufrimiento o el recuerdo de esa imagen en el futuro. Es aconsejable arreglar lo mejor posible el cadáver y comentar las ventajas de verlo (despedirse y que la experiencia demuestra que puede ser peor lo imaginado que la realidad) y los inconvenientes de no hacerlo (alimentar fantasías, experimentar sentimientos de culpa y vivir la pérdida como algo irreal). Si se procede de la forma recomendada en el apartado anterior, la imagen se difuminará con el tiempo, cobrará la dimensión real que tiene en la vida completa de la persona y ayudará al doliente en el proceso de recuperación. El hecho de que resulte irreconocible el cadáver puede dificultar el duelo.

#### 4.5.9. Rituales de despedida terapéuticos

Se han considerado tres fases en el desarrollo de los rituales de despedida. La primera es preparatoria y el terapeuta explica cómo el ritual puede ayudar a despedirse del fallecido. La segunda supone la reorganización y el doliente debe reordenar su vida mediante tareas para casa. La tercera, denominada finalización, incluye despedida simbólica, purificación y, por último, rituales adecuados a la cultura y creencias del doliente de forma que le permitan alcanzar los procesos internos que no tuvieron lugar con los ritos sociales. En relación con ellos, el *uso adecuado de los objetos de vinculación* (véase Neimeyer, 2002) busca ayudar a encontrar la forma de establecer una relación con el fallecido acorde con la situación presente.

Resulta normal mantener el vínculo con el fallecido y éste puede resultar beneficioso en función de la forma en que se establezca. Por otra parte, determinados dolientes nunca volverán al estado anterior a la pérdida aunque alcancen los niveles previos de funcionamiento y consigan vivir con sentido.

La experiencia personal, clínica y estudios recientes evidencian el mantenimiento del vínculo con el fallecido tras su muerte. Asimismo, desempeña un papel positivo en la recuperación al facilitar la adaptación a la pérdida y proporcionar confort, apoyo y consuelo al doliente. Algunas formas de mantener el vínculo son: considerar al fallecido como una parte valiosa de la biografía personal del superviviente, incorporar sus virtudes en el propio estilo personal, utilizarle como modelo o guía moral, retomar su forma de revisar los problemas (por ejemplo, preguntarse qué haría ante esa situación) y hablar con o de él/ella. En contraposición, estar pendiente de sus pertenencias evidencia la dificultad en la resolución del duelo y un menor descenso de los síntomas específicos a lo largo del tiempo.

En definitiva, cambia la forma de relación con el fallecido no el vínculo que permanece a lo largo de la vida.

#### 4.5.10. Otras estrategias útiles

Sin pretender agotar todos los recursos disponibles, se comentarán algunos de los que pueden resultar útiles en la intervención con dolientes.

- *Visualización*

Para muchos pacientes, en la intervención psicológica resulta muy útil entremezclar procedimientos verbales e imaginativos ya que la combinación produce mayores cambios que un enfoque unimodal (Caballo y Buelá, 1991). Estos autores recogen la clasificación de McMullin (1986) de los diferentes tipos de imágenes susceptibles de utilización en terapia psicológica:

- Imágenes en las que los pacientes se ven a sí mismos afrontando con éxito las situaciones difíciles. Resultan útiles en la corrección de pensamientos de tipo pasivo o la evitación.

- Imágenes relajantes que incluyen escenas naturales y visualizaciones sensoriales. Se utilizan para contrarrestar pensamientos ansiosos causantes de temor.
- Imágenes de dominio en las que los pacientes se imaginan realizando tareas de modo competente. Se usan para contrarrestar pensamientos irracionales de fracaso e indefensión.
- Imágenes nocivas utilizadas en el condicionamiento aversivo, de escape o por evitación, para contrarrestar las conductas negativas.
- Imágenes idealizadas que se emplean cuando los pacientes no son capaces de pensar en sus objetivos a largo plazo.
- Imágenes recompensantes para reforzar el pensamiento realista. Resultan útiles para imaginar efectos positivos a largo plazo.
- Imágenes igualadoras, cuyo objetivo es minimizar los efectos aversivos de visualizaciones negativas. Ejemplo de ellas es ridiculizar el objeto temido.

Excepto las nocivas y las igualadoras, todas las demás pueden tener un papel importante en el trabajo con los dolientes que presenten dificultades especiales ya que pueden permitir potenciar los efectos de la relajación fisiológica, aumentar sensaciones de competencia y anticipar imaginativamente la futura recuperación.

Existen algunas guías para práctica de la visualización que pueden resultar de utilidad. En este sentido se encuentra la aportación de McKay y Fanning (1991) en el contexto de la potenciación de la autoestima. En primer lugar, se ofrece una justificación del funcionamiento de la visualización, señalando que las personas pocas veces reaccionan al mundo tal como es, más bien, reaccionan a la imagen que tienen del mundo y ésta existe a modo de pantalla en la mente de cada uno. En este sentido, si esta imagen puede cambiarse, también se cambiarán las respuestas que se emiten ante ella.

Estos autores ofrecen pautas de entrenamiento en sucesivas etapas para incrementar la capacidad de visualización y así poder incidir posteriormente en la mejora de la autoestima. Los ejercicios se inician con la práctica de la relajación de modo sencillo y directo observando las distintas zonas corporales y eliminando de ellas la tensión. Se argumenta que el estado de relajación profunda es el ideal para la visualización ya que, durante ella, el cerebro produce ondas alfa que constituyen un estado de hiperconsciencia

y sugestionabilidad. Continúa el entrenamiento de visualización trabajando los diferentes sentidos. Posteriormente, se realizan combinaciones de ellos y se potencia el apercebimiento de fortalezas. Finalmente, se entrenan imágenes y escenas integradas con contenidos de competencia, bienestar y satisfacción personal.

Los autores recomiendan que la persona visualice el éxito tras un cierto período de lucha y esfuerzo, comentando que la experiencia clínica avala una mayor eficacia cuando los logros en visualización se producen tras el esfuerzo y no de un modo directo.

#### • *Autoinstrucciones positivas*

Ayudarán en momentos de desorientación o confusión, sobre todo en el primer período tras la pérdida, de modo que la persona en duelo pueda principalmente:

- Organizar y desarrollar mejor las tareas cotidianas.
- Entender con mayor claridad lo que le sucede.
- Plantear objetivos de actuación.
- Promover mensajes de esperanza.
- Potenciar la autoeficacia.

#### • *Juegos de rol*

Facilitan la resolución de muchas de las necesidades del doliente. Pueden ayudar a representar escenas que el doliente hubiera querido desarrollar con el fallecido, como aclarar una dificultad, hacer un acto de despedida, explicitar afecto o disgusto, etc. También permiten la práctica de habilidades que el doliente no ha ejercido previamente o que tiene especial dificultad para poner en práctica por su situación emocional actual. Recuérdese, por ejemplo, en la asunción de roles que antes correspondían al fallecido o pedir a las personas cercanas que respeten sus tiempos y la expresión de sus emociones tal como se ha expuesto en el apartado de habilidades sociales.

#### • *Parada de pensamiento*

Como un elemento más de la intervención cognitiva, es especialmente adecuada cuando aparecen cogniciones parásitas o rúmias

ciones persistentes en relación con la pérdida o el fallecido sin que formen parte del trastorno obsesivo-compulsivo. En tal caso, su única consecuencia es el malestar emocional que impide el ajuste de la persona a la vida cotidiana.

- *Ventilar las emociones*

La expresión de emociones, tanto las positivas como negativas, favorecerá su reconocimiento y elaboración, pero no debemos olvidar que todas las personas no tienen las mismas necesidades ni ritmos.

La expresión de emociones negativas en los primeros meses tras la pérdida puede conllevar dificultades posteriores y, en contraposición, la manifestación de afectos positivos se asocia con síntomas menos severos y más breves. Por otra parte, los dolientes con confrontamiento activo de los pensamientos y sentimientos en relación con la pérdida no muestra mejor ajuste a largo plazo que los que utilizan estrategias más evitativas (excepto el abuso de alcohol u otras sustancias).

#### 4.5.11. Intervención en crisis

Se puede situar el origen de las teorías de las crisis en Freud, con su apreciación de la relación entre situaciones vitales y la enfermedad con origen emocional. También se consideran clave las aportaciones de Erickson referidas al ciclo vital y de Holmes, en tanto que cuantificó los cambios vitales en una escala de reajuste social, mostrando cómo los individuos que experimentan más cambios vitales en un período determinado corren más riesgo de enfermar.

En el tema que nos ocupa, son muy pertinentes las aportaciones de Caplan. Este autor define las crisis como aquellos estados que aparecen cuando una persona se enfrenta con un obstáculo para sus objetivos o expectativas vitales que es vivido como insuperable con los métodos habituales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene, entonces, un período de alteración y desorganización que conduce a diferentes soluciones (Raffo, 2005).

La misma autora establece una definición de crisis situacional entendiéndola como “un estado temporal de trastorno psicológi-

co caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas” (Raffo, 2005). Destaca también que la resolución de las crisis se realiza habitualmente en un período que va entre cuatro y seis semanas y puntualiza aquellos factores que inciden sobre el éxito o fracaso en la resolución de las mismas. Éstos se refieren a la comprensión cognitivo-emocional de la situación o percepción del problema, a la fortaleza del yo, a los mecanismos de defensa conscientes y no conscientes y a la red de apoyo familiar y social disponible.

Por otra parte, si tomamos la definición de evento traumático según aparece en la clasificación oficial DSM-IV-TR, la muerte puede ser considerada como tal. Así, en dicha clasificación, un evento puede entenderse como traumático si supone experimentar, ser testigo o enfrentarse a la muerte real o a la amenaza de la misma, a heridas o a la amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas.

Algunos investigadores han intentado apresar los efectos de la pérdida o muerte en condiciones traumáticas, valorando el papel de dos de sus componentes, a saber, lo repentino o inesperado y la violencia (Kaltman y Bonanno, 2003). Este estudio tiene un gran valor ya que los resultados previos al respecto son confusos quizá debido a que ambos componentes se han considerado conjuntamente (muchas de las pérdidas traumáticas son también repentinas) y su aportación de riesgo puede ser realmente diferencial. De hecho, las investigaciones de estos autores apoyan la idea de que la violencia incide en el desarrollo posterior de alteraciones durante el proceso de duelo, incrementando la sintomatología, específicamente en el trastorno por estrés post-traumático. Concretamente se estudiaron tres de los componentes nucleares de este trastorno (hiperactivación, intrusiones y evitación). Sin embargo, el hecho de que la muerte fuera inesperada o repentina no influyó en el desarrollo posterior de este mismo trastorno.

Ya se ha comentado previamente, en el apartado de técnicas de exposición, cómo algunos investigadores y clínicos intentan adaptar procedimientos terapéuticos utilizados con éxito en otras situaciones traumáticas a las crisis concurrentes con el duelo (Foa y Rothbaum, 1997).

Realmente, hablar de intervención en crisis refiriéndose a la problemática del duelo implica atender a dos tipos de situaciones nocivas que se unen en un momento concreto. A la experiencia dolorosa de la pérdida, y que se ha comentado su tratamiento ampliamente en otros apartados, se añade la del trauma.

Los duelos que suelen conllevar intervención en crisis son aquellos que se producen ante catástrofes naturales o tecnológicas, guerras o ataques terroristas, homicidios o suicidios y abortos. Así, además de la añoranza intensa, la búsqueda, la distorsión cognitiva y la languidez, entre otras, el individuo se ve afectado por sentimientos de irrealidad, ira, frustración, irritabilidad, activación intensa (alarma y alteraciones del sueño) y posiblemente búsqueda de justicia.

Es importante, pues, en este caso evaluar además de los signos que produce la pérdida, aquellos que se derivan de la experiencia de un trauma.

En este tipo de situaciones, es importante diferenciar al menos dos momentos en la intervención. El primero es el más cercano en el tiempo y se refiere a la contención en la propia situación crítica. El segundo conlleva estar alerta ante posibles complicaciones en el proceso. Recuérdese el hecho de que si la pérdida se produce en situación traumática supone un factor de riesgo para futuras complicaciones.

¿Qué se puede hacer en los primeros momentos? El objetivo es la contención y la prevención de futuros problemas. Así, la provisión de estimulación positiva mediante diferentes vías intentará compensar en cierta medida la aversividad presente y facilitará la resolución adaptativa. Algunas sugerencias de ayuda serían:

- Intentar encontrar un lugar que proporcione seguridad a la persona.
- Proporcionar confort (frases de aliento y afecto).
- Permitir la exteriorización de sentimientos, teniendo en cuenta que puede demorarse y que para unas personas puede ser positivo y para otras negativo, así como siempre se sugiere seguir las indicaciones que proporciona el mismo paciente.
- Sugerir mantener el orden en la vida cotidiana puesto que ayuda a evitar la sensación de caos.
- Promover los sistemas de soporte (amigos, familia o, en su ausencia, otros servicios de la comunidad como iglesias, clubes sociales, etc.).

- En este tipo de situaciones, Worden (1991) sugiere que el asesor o terapeuta controle sus propias sensaciones de impotencia, evitando los tópicos del tipo "ha muerto tu hijo, pero todavía tienes a tu marido" o "todavía te quedan los otros chicos".

En el mismo sentido, Martín, García-Ribera y Bulbena (2004) ofrecen una serie de recomendaciones para las situaciones en las que la pérdida se produce en condiciones críticas. Se destacan las siguientes:

- Alejar al afectado del lugar del desastre y no sólo del peligro.
- Proteger al sujeto de la hiperexposición a estímulos. Crear un ambiente seguro con baja estimulación sensorial. Evitar la exposición a curiosos y medios de información.
- No medicalizar al paciente.
- Explicar al doliente que los síntomas que presenta son reacciones normales.
- Desarrollar un acompañamiento empático y compasivo evitando los juicios de valor. Éste es un elemento importante en la readaptación y recuperación.
- Establecer conexión con seres queridos significativos y, en segundo lugar, con instituciones o profesionales adecuados.
- Facilitar el ejercicio físico.
- Detectar y valorar las reacciones extremas de pánico o duelo.
- Cuidar al equipo, recordando que en estas situaciones hasta el silencio puede ser terapéutico.

¿Qué es conveniente prevenir a largo plazo? Desde muy pronto, alrededor de un mes, podemos tener indicadores de si la intervención profesional es necesaria. Así, se sugiere estar atento a los siguientes:

- La reexperimentación continua del evento traumático que se puede plasmar en recuerdos intrusivos o imágenes que pueden ser fragmentos de la situación traumática. También pueden producirse sueños dolorosos relacionados con la situación. Puede haber malestar psicológico intenso asociado a estímulos relacionados interna o externamente.

- Evitación de los estímulos que se relacionan con la situación traumática. Puede referirse a personas, actividades, lugares...

Una cuestión muy importante que hay que considerar es la valoración de cómo afectan las crisis a los niños. Ya se ha comentado su especial vulnerabilidad y el descuido del que son objeto frecuentemente por ignorancia. Es destacable en este ámbito el trabajo de un equipo de trabajo de la Universitat Jaume I de Castellón, que ha desarrollado un programa de intervención en desastres dirigido a estudiantes de educación primaria (García, Valero y Gil, 2005). En dicho programa, los autores, tras una exposición de las bases teóricas en que se sustentan, plantean los moduladores o mediadores que inciden en las respuestas de los niños a los eventos críticos. Se refieren a continuación:

1. Variables relacionadas con la persona:

- Edad del niño.
- Grado de desarrollo.
- Salud mental.
- Enfermedades.
- Experiencia previa a otras situaciones traumáticas.

2. Variables relacionadas con el evento:

- Velocidad de inicio.
- Posibilidades de que se repita.
- Grado de amenaza para la vida.
- Grado de exposición a la muerte, destrucción.
- Extensión y tipo de pérdidas.
- Permanencia de los niños con sus figuras de apego.

3. Variables familiares comunitarias:

- Grado de preparación.
- Percepción de los niños de las reacciones de sus figuras de apego.
- Apoyo de redes sociales.
- Condiciones posdesastre (cómo se informa de la pérdida, rol en la situación, etc.).

En cuanto a las necesidades de intervención, plantean unas sugerencias muy interesantes de educación para la salud. Sugieren que de modo preventivo se debería desarrollar en los niños la capacidad de autonomía y solidaridad, hábitos de cooperación y el desarrollo de conductas y hábitos que favorezcan la autoprotección y seguridad. Tras el desastre, como prevención secundaria, plantean el desarrollo de programas que favorezcan la comprensión y asimilación del desastre y faciliten la expresión de emociones y cogniciones. Finalmente, de modo terciario, recomiendan, como imprescindible, la intervención psicológica específica en aquellas patologías que se desarrollen.

#### 4.5.12. Modelo integrador de Nolen-Hoeksema (2001)

Define la rumiación como ocuparse en pensamientos y conductas que mantienen centrada a la persona en las emociones negativas y las posibles causas y consecuencias de las mismas. Piensan repetitivamente acerca de lo mal que se sienten y de las circunstancias que rodean sus sentimientos (por ejemplo, "¿conseguiré salir de ésta?") como forma de resolver los problemas pero, en realidad, no adoptan conductas de resolución efectivas.

Este tipo de enfrentamiento lleva a una menor probabilidad de encontrar sentido a la pérdida y prolonga el malestar. Esto se debe a que se presta atención selectiva sobre los recuerdos negativos del pasado y las interpretaciones negativas del presente, lo cual interfiere en la resolución de problemas, dificulta las conductas instrumentales (al estar rumiando no realizan las actividades de la vida diaria que pueden incrementar la sensación de control y elevar el estado de ánimo) y disminuye el apoyo social (al cansar a los otros con sus repetitivas verbalizaciones negativas). A su vez, las predicciones negativas respecto al futuro afectan a su motivación.

Cada una de estas consecuencias puede alimentar la depresión severa, prolongar la ansiedad, la irritabilidad y las emociones negativas consecuentes a la pérdida.

La rumiación puede ser una forma de aferrarse al ser querido por el temor a traicionarle con el olvido o como la única forma que le queda de conexión con el ser querido muerto.

Esta autora señala una mayor probabilidad de rumiaciones cuando existen crisis intercurrentes o muertes estigmatizadas. Por

otra parte, la supresión y la rumiación pueden representar los extremos de una mala adaptación a la pérdida y necesitan tipos de intervenciones diferentes.

El modelo integrador de Nolen-Hoeksema (2001) propone las siguientes estrategias de intervención:

- Psicoeducación sobre los efectos negativos de la rumiación y el proceso dual de Stroebe y Schut (1999). Este último recuerda la necesidad de expresar la pena y, en otros momentos, suprimirla para realizar actividades de la vida diaria necesarias para poder alcanzar el ajuste personal a largo plazo.
- Distracciones positivas, realización de ejercicio físico y reintegración en las actividades de la vida diaria.
- Terapia cognitiva. Si la rumiación es entendida como forma de mantener los lazos con el fallecido, conviene confrontar a la persona amablemente y ayudarlo a buscar otras formas de vinculación más adaptativas.
- Limitación de la preocupación a cierto momento o día de la semana eliminando el sentimiento de que han abandonado o traicionado su memoria.
- Resolución de problemas consecuentes a la pérdida disminuyendo la rumiación e incrementando el sentimiento de control sobre sus vidas.
- Búsqueda de significado religioso o filosófico y repetición de la historia para que se habitúe y la encaje en su sistema de creencias.
- Alcance de un apoyo social efectivo.

#### 4.5.13. Modalidades de intervención

Las principales modalidades de intervención son la grupal y/o familiar, individual y combinada. La primera de ellas optimiza los recursos y los resultados al brindar apoyo social, facilitar un espacio de encuentro donde expresar pensamientos y emociones, normalizar las manifestaciones de duelo, romper el aislamiento y ofrecer modelos "iguales" (Soler, 2003). La intervención individual favorece el tratamiento de las conductas problemáticas específicas de cada sujeto. En ocasiones, puede ser útil combinar ambas formas de tra-

tamiento para obtener las ventajas de cada una de ellas. En una evaluación de la literatura de intervención en el duelo realizada por Kato y Mann (1999), se comparó la eficacia del abordaje individual *versus* grupal y concluyeron que la mayor parte de los estudios presentaba defectos metodológicos y que ninguna de las dos formas de intervención era particularmente útil.

Por último, hay que comentar que los grupos de ayuda mutua han tenido gran difusión en los países anglosajones y podemos aplicar las conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones expuestas en la introducción, subrayando su utilidad en el caso de dolientes rumiativos sin apoyo social o en muertes estigmatizadas o aisladas.

#### 4.6. Intervención en el duelo en las unidades de cuidados paliativos españolas (UCPE)

Un trabajo de investigación previo, financiado por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (Soler, Barreto, González, Espinar, Fombuena, Azulay, Navarro y Yi, 2002), se planteó como meta fundamental determinar la extensión y características de los programas de atención al duelo de los familiares en los recursos de cuidados paliativos u otros servicios de salud dedicados a la asistencia de pacientes al final de la vida y sus familiares en el Estado español. En dicha investigación se plantearon, entre otros, los siguientes objetivos específicos:

- a) Determinar la extensión de la implantación de los programas de atención al duelo.
- b) Especificar las características de los programas de atención al duelo de los familiares: quiénes son los miembros del equipo de salud encargados de implementar los programas de duelo, cuál es la ayuda brindada y qué técnicas son utilizadas.
- c) Detectar los componentes incluidos en los programas de atención al duelo: instrumentos de evaluación más utilizados, los criterios empleados para predecir futuros problemas y los criterios empleados para el diagnóstico del duelo complicado.

El estudio se realizó en todo el Estado español tomando como base de datos el Directorio de Cuidados Paliativos, año 2000 (Cen-

teno, Hernández, Flores y López-Lara, 2000). Este inventario recoge los recursos específicos y no específicos de cuidados paliativos. Se consideraron sujetos de la investigación todos aquellos servicios que prestaban asistencia paliativa en los servicios de salud recogidos en el directorio.

Se construyó un cuestionario específico para este estudio basado en la bibliografía científica y en la experiencia clínica de los investigadores. Dicho instrumento consta de 34 ítems e incluye los siguientes apartados:

- Datos del servicio.
- Composición y funcionamiento del equipo.
- Asociaciones vinculadas.
- Resultados.
- Sistematización documental.
- Proyectos futuros.

Se recibió contestación de 80 centros diferentes, representando el 50% del total de recursos registrados en el directorio mencionado. Algunos de los resultados más relevantes son los que se relatan a continuación:

#### 4.6.1. Atención a los familiares de pacientes al final de la vida

Una gran mayoría (97,5%) de los servicios de cuidados paliativos aseguraron atender a los familiares de los pacientes. Un menor porcentaje (88,6%) –aunque aun así considerable– respondió afirmativamente a prestar atención al duelo de estos mismos familiares. Así, puede concluirse que la atención a la familia se realiza en prácticamente todas las unidades siendo menor el abordaje específico del duelo. Recordemos que en esta parte sólo se está estudiando el aspecto cuantitativo y no la calidad de la atención al duelo que realizan los especialistas.

#### 4.6.2. Profesionales que atienden a los dolientes

Todos los profesionales miembros de las unidades aparecen implicados en la atención al duelo, aunque lo hacen de modo diferencial.

En las UCPE encuestadas la ayuda a los familiares se determina por medio del “consenso de los miembros del equipo” en un 38% de los casos y el psicólogo lo decide en el 36,7% de las veces. Según los datos obtenidos, los voluntarios no intervienen para determinar la necesidad de ayuda del familiar en ningún caso.

La mayoría de las veces (58%) es el psicólogo quien se encarga directamente del familiar en duelo; aparecen también las siguientes respuestas: “cualquiera de los miembros del equipo” (29,5%), “el personal de enfermería” (28,2%) y el “médico” (28,2%).

#### 4.6.3. Tipos de ayuda

La atención que reciben los familiares por parte del personal de las UCPE es principalmente de tipo emocional (92,4%) e informativo (89,9%). En cambio, la ayuda de tipo instrumental, es decir, en las actividades y hábitos básicos para la vida diaria (48,1%) u otro tipo (15,2%) es menos frecuente. Por ello, se puede concluir que, en los casos de centros donde existe la atención al familiar, el servicio consiste principalmente en un soporte emocional.

#### 4.6.4. Técnicas empleadas

Los familiares son atendidos por los profesionales mediante entrevistas personales y contactos telefónicos (87,2 y 83,3%, respectivamente); las técnicas menos empleadas son las actividades sociales y los grupos de apoyo (10,3 y 16,7%, respectivamente).

#### 4.6.5. Comienzo y finalización de la asistencia

Respecto al inicio de la intervención profesional en el duelo, las respuestas indican que un 46,8% inicia la asistencia desde el primer contacto, un 53,2% empieza durante la enfermedad del paciente, un 25,3%, tras la muerte del paciente, el 16,5% en el transcurso del proceso post mórtem y, finalmente, un 16,5% responde en la categoría “otros”.

En relación con el fin de la asistencia al duelo, los resultados indican que un 12,7% de los entrevistados termina la atención con el alta o fallecimiento del paciente, un 5,1% de ellos se ajus-

ta a un número establecido de sesiones, un 31,6% de los casos se atiende a la solicitud de los dolientes, un apreciable 60,8% realiza una única evaluación y, finalmente, un 21,5% emplea "otros" modos para determinar el final del apoyo. Conviene considerar que en esta pregunta se daba la opción de contestar varias posibilidades simultáneamente. Así, se observa que el 13,9% de los casos respondió a la vez "a solicitud de la persona" y "evaluación de la persona", un 7,6% contestó simultáneamente "a solicitud de la persona" y "otros" y, por último, un 3,8% indicó paralelamente "número establecido de sesiones" y "otros".

#### 4.6.6. Seguimiento

En el cuestionario se preguntaba si se llevaba a cabo el seguimiento de los familiares después de la intervención profesional del duelo. Los resultados fueron los siguientes: el mayor porcentaje lo obtuvo la respuesta "a veces" con el 44,9% de los casos, seguido de "sí" con el 41%, mucho más alejado el "no" con el 11,5% y, finalmente el "otro" con el 2,6%. Por tanto, podemos afirmar que generalmente sí existe seguimiento del duelo en la mayoría de los casos aunque éste no se realiza de modo sistemático.

Con respecto al tipo de seguimiento, se encontró que en su mayoría consistía en llamadas telefónicas (77%) y visitas (63,5%). Los seguimientos por correo (21,6%) o por otro tipo de medios (21,6%) fueron menores.

#### 4.6.7. Otros resultados de interés

A pesar de ser la atención al duelo de los familiares un servicio que forma parte de las obligaciones cotidianas, no está asignado formalmente a un grupo de trabajo en particular.

En los equipos se percibe el compromiso con los pacientes y sus familiares de una manera general y preventiva. La tarea de la atención al duelo, específicamente en el duelo complicado, se le atribuye al psicólogo pero el 31,3% de las UCPE carece de este profesional e igualmente el 30% no tiene un trabajador social. En la mayor parte de las UCPE cuando existe un psicólogo y/o trabajador social sólo cuentan con uno de estos dos profesionales.

En todas las comunidades los profesionales más mencionados en el trabajo de atención al duelo son el personal de enfermería y el psicólogo y en menor medida el trabajador social y el voluntario. En Cataluña, contrariamente al resto de las comunidades autónomas, recurren más a los trabajadores sociales, asimilándose al modelo de otros países; al menos en lo que respecta a la persona encargada del trabajo, las técnicas de intervención y el seguimiento. En esta última Comunidad Autónoma y en Galicia tienen la mayor variedad de profesionales para la atención al duelo: médico, personal de enfermería, psicólogo, trabajador social, voluntarios y otros profesionales.

Los equipos de cuidados paliativos afirman que aún falta sistematizar el trabajo de atención al duelo de los familiares y sugieren la necesidad de elaborar protocolos de intervención.

Las técnicas utilizadas durante el tratamiento del duelo se basan principalmente en entrevistas personales y en la impresión clínica. La utilización de cuestionarios y registros (estandarizados o de elaboración propia) es menos frecuente en general, pero el personal de enfermería y los trabajadores sociales son quienes más utilizan registros de elaboración propia. Existen algunas comunidades que emplean mayor variedad de técnicas pero sólo se emplean instrumentos estandarizados en la Comunidad Valenciana y Cataluña.

A diferencia de otros países, la intervención grupal en el duelo no es frecuente en España.

Los profesionales son conscientes de las carencias en torno a las técnicas empleadas, por ello, en sus proyectos de futuro se plantean solventar la falta de instrumentos de evaluación y de protocolos de intervención y elaborar material escrito de apoyo a la atención. También es cierto que existen escasos instrumentos estandarizados aplicables al duelo y, específicamente, al duelo complicado en lengua castellana o en alguna otra lengua de uso habitual en el territorio español (véase capítulo 2).

El personal sanitario es consciente de las necesidades diferenciales de ayuda de los familiares de pacientes al final de la vida. Éstas se relacionan con las características personales o situacionales y pueden convertirse en factores de riesgo de un duelo de difícil adaptación. Sin embargo, aún faltan las herramientas y criterios uniformes para discriminar los familiares con mayor, menor o ninguna dificultad. Se expresa la urgencia de un plan de actuación para la intervención en el duelo.

Los medios o instrumentos que ayudan a decidir acerca de las personas que podrían necesitar apoyo en su duelo son fundamentalmente la entrevista y la impresión clínica, apelándose a instrumentos estandarizados escasamente. El par entrevista-impresión clínica aparece como el favorito para médicos y psicólogos, más que para el resto de especialistas.

#### 4.7. Consideraciones sobre intervenciones farmacológicas

El uso de psicofármacos en el duelo es un tema controvertido, ya que puede producir complicaciones tales como adicciones a los mismos o represión de la expresión de emociones normales y necesarias para facilitar la resolución del proceso. Igual que ante otros procesos psicológicos, lo importante es individualizar y en todo caso utilizarlo de forma complementaria y no sustitutiva del tratamiento psicológico.

Martín y cols. (2004) sugieren unos objetivos que han de guiar la actuación y unas condiciones para el uso de psicofármacos en el proceso de duelo. En cuanto a objetivos, especifican los siguientes:

- Evitar formas límites de sufrimiento.
- Evitar la progresión de formas graves del abanico sintomático ansioso (por ejemplo, reacciones disociativas).
- Favorecer el descanso y los hábitos alimentarios.
- Favorecer el efecto del trabajo psicológico pudiendo ser un buen complemento del mismo.
- Disminuir el riesgo de complicaciones depresivas y estrés postraumático.

En cuanto a las condiciones:

- Debe realizarse una valoración médica general (teniendo en cuenta las enfermedades concomitantes, las alergias, otros tratamientos y el consumo de tóxicos).
- Hay que valorar el riesgo de infra o sobreutilización en términos de dosis y tiempo.
- Ha de asegurarse el seguimiento y la revisión frecuente de la indicación, el fármaco y la dosis.

Bien entendido entonces que la utilización de psicofármacos ha de ser cuidadosamente valorada, es especialmente importante su consideración cuando hay niveles altos de vulnerabilidad psiquiátrica con anterioridad a la pérdida del ser querido. En estas circunstancias puede precipitarse un trastorno bipolar o cualquier otro trastorno psiquiátrico. Convendrá adelantarse a ellos y monitorizar cuidadosamente la medicación en el período posterior a la pérdida incorporando al tratamiento farmacológico la intervención psicológica dirigida a favorecer la resolución adecuada del duelo.

En personas ancianas (especialmente institucionalizadas o con discapacidad neurológica) se enfatiza la importancia de combinar el tratamiento psicológico y farmacológico si se desea mejorar los resultados. Miller, Wolfson, Frank, Cornes y Silberman (1997) realizaron un estudio con 180 ancianos con depresión mayor tras la pérdida de un ser querido y tratados con nortriptilina y psicoterapia interpersonal. Encontraron una respuesta completa en el 81% de los sujetos. Pasternak, Reynolds, Schlernitzauer, Hoch, Buysse, Houck y Perel (1991) encontraron que la nortriptilina mejoraba significativamente, en todas las áreas, los síntomas de la depresión relacionada con el duelo pero no la intensidad de la aflicción.

Raphael y cols. (2001) señalan que los antidepresivos pueden usarse cuando existe depresión relacionada con el duelo y si es muy severa y no responde al tratamiento puede requerirse la terapia electroconvulsiva. Refiriéndose a los nuevos antidepresivos consideran que pueden ser útiles aunque son necesarios estudios que demuestren su utilidad en la depresión relacionada con el duelo. No deben utilizarse en el duelo sin depresión, de ahí que haya una recomendación generalizada de no pautar este tipo de medicación antes de los seis meses posteriores a la pérdida.

Martín y cols. (2004) señalan que los tratamientos más utilizados en situaciones adaptativas son las benzodiazepinas, relativamente seguras a dosis terapéuticas y en ausencia de enfermedad respiratoria obstructiva crónica, ya que resultan eficaces y rápidas en el inicio de su acción, al producir una reducción de la hiperactivación y ayudar a conciliar el sueño.

En el mismo trabajo citado, los autores ofrecen una guía útil para la utilización de otros fármacos en diferentes condiciones como previsión de complicaciones por presencia de factores de riesgo diferentes.

## Cuadro resumen

- Introducción:
  - Prevención primaria, secundaria y terciaria.
  - Intervención terapéutica y de mantenimiento.
- *Counselling* y duelo.
- Principios básicos de la intervención en el duelo.
- Objetivos:
  - Intervención preventiva cuando la muerte sobreviene por enfermedad progresiva y en las restantes circunstancias.
  - Intervención terapéutica especializada y de mantenimiento.
  - Intervención en el duelo en niños y adolescentes.
- Técnicas de intervención psicológica en el duelo y problemas relacionados con la pérdida:
  - Operantes.
  - De reestructuración cognitiva y ensayos conductuales.
  - De autocontrol.
  - Constructivistas.
  - De resolución de problema.
  - Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.
  - Exposición repetida y graduada a los estímulos evitados.
  - Tareas conductuales que ayuden a aumentar la realidad de la pérdida.
  - Rituales de despedida terapéuticos.
  - Otras estrategias útiles.
  - Intervención en crisis.
  - Modelo integrador de Nolen-Hoeksema (2001).
  - Modalidades de intervención.
- Intervención en el duelo en las unidades de cuidados paliativos españolas.
- Consideraciones sobre intervenciones farmacológicas.

## Exposición de un caso clínico

## • Datos generales:

Como se comentó en el tercer capítulo, 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 resultar terapéutica al favorecer la expresión de emociones y la búsqueda de significados. Hecha esta consideración, se presentan los pasos seguidos en el tratamiento propiamente dicho.

## 1. Hipótesis explicativa

La intervención comenzó con la hipótesis explicativa, es decir, la devolución de la información recogida en la fase de evaluación con la finalidad de que la doliente comprendiera lo que le pasaba y, por tanto, la forma de solucionarlo. Se insistió en la importancia de comentar las dudas o discrepancias que pudieran aparecer a lo largo de toda la explicación ya que iba a ser la guía del tratamiento. Asimismo, se evidenció la relación de cooperación consensuando las técnicas y metas del tratamiento con el objetivo de favorecer la adherencia al mismo, garantizar la motivación y potenciar la sensación de control y competencia sobre la propia vida.

La hipótesis se organizó de una determinada manera, en primer lugar, se presentaron las conductas problemáticas más relevantes así como su funcionamiento (por qué aparecen y cómo se mantienen). Se empezó por el miedo excesivo a que sucediera una nueva desgracia y a olvidar al hijo muerto y se terminó con la alteración del estado de ánimo. Se eligió este orden porque la depresión estaba influida por las pérdidas de la madre e hijo mayor, la anticipación de la del menor y también por las experiencias aversivas derivadas de los problemas de ansiedad. En la explicación se utilizaron ejemplos distintos a los que le resultaban problemáticos para favorecer la comprensión al permitir tomar distancia de las propias emociones. Para la ansiedad se empleó como ejemplo el miedo a subir en ascensor y la importancia de las conductas de búsqueda de seguridad en el mantenimiento del temor excesivo. En el estado de ánimo se subrayó la importancia del círculo vicioso de la inercia en el mantenimiento de la depresión y la visión "pesimista" del yo, los otros, el mundo y el futuro.

En segundo lugar, se presentaron las técnicas terapéuticas consideradas más adecuadas para el abordaje de las conductas problemáticas: res-

piración profunda, relajación progresiva, control de estímulos para los problemas de sueño, programa de actividades, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y enfrentamiento de los estímulos evitados con prevención de respuesta.

En tercer lugar, se acordaron las metas terapéuticas y la forma de evaluar su consecución. En este caso se decidió mejorar el descanso nocturno (evaluado con una escala analógica visual de 0 a 10), enfrentar los estímulos evitados y normalizar el estado de ánimo (medido con el inventario de depresión de Beck).

## 2. Entrenamiento en respiración profunda y relajación progresiva

Los objetivos con el empleo de ambas técnicas fueron los siguientes:

- Favorecer el enfrentamiento de las situaciones evitadas.
- Incrementar la sensación de control.
- Mejorar el descanso nocturno por la importancia que éste tiene en el estado de ánimo y en la predisposición a cambiar los pensamientos y conductas.

Se inició con el entrenamiento en respiración profunda por ser un método de autocontrol potente con la ventaja de resultar rápido y fácil de aprender. La práctica recomendada fue de tres veces al día con dos ciclos de cinco inspiraciones-expiraciones. El entrenamiento se acompañó de un autorregistro en el cual se incluía el día, la hora, la evaluación subjetiva del nivel de tensión antes de realizar la práctica y después de la misma (donde 0 sería nada y 10 la máxima tensión experimentada por el sujeto) y, por último, un espacio para anotar las observaciones que considerara oportuno. Con ello se intentó monitorizar la realización de las prácticas y demostrar la eficacia de la técnica.

Como conducta incompatible con los pensamientos ansiógenos que dificultaban la conciliación del sueño, se enseñó la técnica de relajación progresiva de Jacobson siguiendo el protocolo de 16 grupos musculares. El entrenamiento realizado en la consulta, se grabó en una cinta para favorecer el aprendizaje en el domicilio. En el momento en que el procedimiento se recordaba completamente y se mantenía un ritmo adecuado en los ciclos tensión-distensión, se aconsejó la supresión del casete para que la persona fuera asumiendo el control de la propia relajación. La práctica recomendada fue de una vez al día. Para el segui-

miento, se empleó el mismo autorregistro que para la respiración profunda.

## 3. Control de estímulos para los problemas de sueño

En primer lugar, se comentaron en la consulta unas medidas generales de higiene del sueño y que preparan a la persona y el ambiente de forma que se esté en las mejores condiciones posibles para dormir. A continuación, se enumeran las que se ofrecieron acompañadas de un documento escrito donde se comentaba cada una de ellas:

- Evitar las bebidas, comidas o medicaciones excitantes (al menos seis horas antes de acostarse).
- Evitar el alcohol desde primeras horas de la tarde ya que éste a la larga altera el patrón y el ritmo del sueño.
- Evitar el tabaco dos horas antes de ir a la cama.
- Evitar las siestas y cabezadas durante el día.
- Intentar hacer ejercicio moderado de forma regular pero evitar el intenso antes de dormir.
- Cenar moderadamente y por lo menos dos horas antes de ir a la cama.
- Acondicionar el dormitorio de forma que no hayan ruidos, la temperatura sea adecuada, poca luz y una cama amplia y confortable.
- Realizar actividades relajantes y que no conlleven desgaste intelectual o tensión emocional en las dos horas previas a acostarse (por ejemplo, leer, escuchar música o ver la televisión).
- Utilizar el dormitorio sólo para dormir o la actividad sexual. Se desaconsejó su uso para ver la televisión, comer, oír música o discutir.

Como en el caso ilustrativo existía insomnio de conciliación, se completó el abordaje del problema de sueño utilizando el control de estímulos. Esta intervención estaba encaminada a romper el condicionamiento de "la cama como lugar para dar vueltas y desesperarse" y reducir la autovigilancia de las sensaciones corporales en el intento de forzar la aparición del sueño. Los pasos a seguir fueron los siguientes:

- Acostarse aproximadamente a la misma hora que cuando no se tenía problemas de sueño. Si se tiene ganas de dormir antes conviene resistir hasta la hora acordada. Si, por el contrario, no se siente deseo de dormir igualmente conviene acostarse a la hora estipulada.

- Meterse en la cama, apagar la luz e intentar dormir. Puede realizarse la relajación progresiva como forma de introducir pensamientos incompatibles con la ansiedad, visualizar una escena relajante extraída del recuerdo, una escena o algo imaginario y repetirla como las "cintas sin fin".
- En caso de no dormirse en los primeros veinte minutos (o el tiempo aproximado que le costaba antes de tener problemas de insomnio), hay que salir de la habitación para romper el condicionamiento.
- Realizar una actividad aburrida (por ejemplo, ver programas pregrabados o leer un tipo de lectura que resulten monótonos o sin interés pero nunca agradables o desagradables) sentado/a en el sofá en posición semitumbada.
- Acostarse nuevamente al empezar a notar signos claros de somnolencia, dificultad para concentrarse o gran relajación.
- Acostarse nuevamente y repetir el proceso tantas veces como resulte necesario si no se consigue conciliar el sueño en los veinte minutos recomendados.
- Levantarse a la hora prevista aunque se haya dormido poco o nada porque si no se empeora el problema desplazando el horario.

Se le planteó mantener esta forma de actuación hasta normalizar el patrón del sueño. Como es habitual que reaparezcan problemas posteriormente, se recomendó aplicar nuevamente el control de estímulos para evitar la reaparición del condicionamiento.

Se reconoció lo tedioso de la técnica (al resultar necesario levantarse de la cama si no se consigue conciliar el sueño y hacerlo a la hora prevista aunque no se haya dormido) pero se subrayó también la eficacia de la misma.

Evidentemente, la práctica diaria consistía en tratar de aplicar las medidas higiénicas y el control de estímulos. Para el seguimiento, se empleó un autorregistro en el que aparecía el día, la hora de acostarse, la de levantarse, la evaluación subjetiva del descanso nocturno (con una puntuación de 0 a 10) y un espacio para observaciones donde se debía anotar la hora a la que se levantaba en cada ocasión y la de acostarse nuevamente.

La primera semana fue la peor, produciéndose una mejoría posterior con momentos puntuales de dificultad para conciliar el sueño. Al final, se alcanzó una mejoría global del descanso nocturno.

La valoración subjetiva del descanso en la semana de línea base fue: 3, 4, 3, 5, 4, 4, 3.

La correspondiente a las dos primeras semanas de tratamiento: 3, 2, 3, 5, 5, 4, 6, 5, 5, 5, 6, 5, 4, 6.

La valoración de la semana anterior a proceder al alta: 6, 7, 5, 6, 7, 6, 7.

#### 4. Programa de actividades

Esta parte del tratamiento se inició realizando un listado con todas las actividades que resultaban agradables en el pasado y que se habían dejado de hacer; las que todavía se hacían y aquellas que nunca se habían realizado pero que pensaba que le iban a agradar (cuadro 4.1). También se pidió la valoración de cada una de ellas en función del esfuerzo y el agrado producido (cuadro 4.2).

**Cuadro 4.1. Actividades agradables que se han dejado de hacer, que se han conservado y otras que podrían gustar**

Actividades pasadas	Actividades actuales	Posibles actividades
Vestirme de fallera.	Limpieza de la cara.	Trabajar fuera de casa.
Ir de viaje con mi marido.	Jugar al parchís.	
Disfrazarme.	Ir al casal fallero.	
Ir a cenar los cuatro.	Reír.	
Ir al cine los cuatro.	Quemar la falla.	
Contar chistes.	Oír la misa del gallo.	
Cantar.	Cocinar torrijas, paella, coca, macedonia.	
Bailar.	Tomar zumo, café con leche o flan.	
Chillar.	Hablar con la gente.	
Salir a cenar con amigos.	Coser y cortar.	
Andar viendo naturaleza.	Ir a la compra.	
Ir a la playa y tomar el sol.	Ir al cementerio a visitar un trozo de mi vida.	
	Limpiar la lápida, hablar mentalmente con él y ponerle flores.	
	Oír la radio.	

Cuadro 4.2. Valoración de las actividades agradables en función del esfuerzo y el agrado que suponen para la persona

Pasado	Esfuerzo	Agrado
Vestirme de fallera	9	8
Ir de viaje con mi marido	8	6
Disfrazarme	10	8
Ir a cenar los tres (se cambió por no ser posible los 4)	8	10
Ir al cine los tres (se cambió por no ser posible los 4)	9	8
Contar chistes	10	6
Cantar	9	9
Bailar	10	10
Chillar	5	5
Salir a cenar con amigos	7	6
Andar viendo la naturaleza	4	8
Ir a la playa y tomar el sol	5	8
Presente	Esfuerzo	Agrado
Hacerme la cara	2	9
Jugar al parchís	3	7
Ir al casal fallero	4	8
Reír	10	8
Oír la radio	10	8
Quemar la falla	2	9
Oír la misa del gallo	1	8
Cocinar torrijas, paella, coca, macedonia	6	7
Tomar zumo, café con leche o flan	1	7
Hablar con la gente	5	9
Coser y cortar	7	8
Ir a la compra	2	6
Ir al cementerio a visitar un trozo de mi vida	0	9
Limpiar la lápida, hablar con él y ponerle flores	1	10
Futuro	Esfuerzo	Agrado
Trabajar fuera de casa	10	9

Cuadro 4.3. Actividades para la primera semana

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
11-12	Coser	Coser	Coser	Coser	Coser	Cemento	Playa
12-13	Coser	Coser	Coser	Coser	Coser		
13-14							Flan
14-15							
15-16							
16-17							
17-18	Coser	Coser	Coser	Coser	Coser	Parchís	Hablar
18-19	Coser	Coser	Coser	Coser	Coser		
19-20	Paseo	Radio	Paseo	Compra	Paseo		
20-21	Radio	Torrijas	Macedonia	Hablar	Radio		
21-22						Casal	
22-23							Casal
23-24							
00-10							

Simultáneamente, se le pidió que anotara cada día todas las actividades agradables que realizaba y, cada noche antes de acostarse, la valoración del estado de ánimo tal y como se muestra en la figura 3.2 del capítulo tercero. Esta tarea la realizó durante tres semanas y se resumió de la forma que se muestra en la figura 3.3 con el objetivo de demostrar la relación que hay entre el nivel de actividades agradables y el estado de ánimo. Todo ello facilitaba sugerir posteriormente el incremento de las mismas.

A continuación, se recomendó programar la semana siguiente manteniendo las actividades agradables que estaba realizando y empezar con dos de las que resultaban muy placenteras en el pasado y que costaban poco esfuerzo en la actualidad, en este caso, andar viendo naturaleza e ir a la playa y tomar el sol (véase cuadro 4.3). En realidad coser resultaba agradable pero era la actividad a la que se dedicaba en el domicilio, por este motivo, se consideró necesario incluir otras acciones placenteras pero no "obligatorias".

Tras la realización de la actividad agradable se le sugirió que con bolígrafo de otro color anotara lo que más le gustó. También continuó puntuando el estado de ánimo al final del día.

Las semanas siguientes se aumentaron la cantidad y variedad de actividades agradables siendo importante la realización del ejercicio físico para favorecer la segregación de neurotransmisores y contrarrestar el sedentarismo impuesto por el trabajo y la situación emocional.

### 5. Reestructuración cognitiva

Con la relación bien establecida y tras subrayar la normalidad de los pensamientos y emociones experimentados se inició esta parte del tratamiento, con el autorregistro de los pensamientos en los momentos en que se sentía mal (el orden empleado fue la situación, la emoción puntuada de 0 a 10 y la conducta y, por último, los pensamientos tal y como se puede ver en cuadro 3.2). A continuación, se explicó la forma en que los pensamientos provocan las emociones y las características de aquellos que causaban emociones negativas, excesivamente intensas y/o duraderas. Desde este momento, cambió el orden de los elementos del autorregistro apareciendo en primer lugar la situación, a continuación los pensamientos y finalmente la emoción y la conducta. Seguidamente, se enseñó la forma de buscar los pensamientos automáticos que no aparecían en el registro pero deducibles por la inten-

sidad de las emociones con el objetivo de identificarlos y aplicar la reestructuración cognitiva. Se introdujo la discusión mediante los criterios de racionalidad de Ellis (objetividad, utilidad, intensidad y lenguaje) para llegar a plantear alternativas más realistas.

La discusión de los pensamientos catastróficos relativos a que sufrirían un accidente el hijo o el marido cuando viajaban (como "seguro que le va a pasar algo malo en la carretera", "tendrá un accidente", "ahora que empieza la mili se repetirá la historia", "se desmayará conduciendo", "le dará un infarto" o "se dormirá conduciendo") se centró en la diferenciación entre "ser posible" y "ser probable" pero, sobre todo, en el enfrentamiento de los estímulos evitados con prevención de respuesta como se verá más adelante.

Las creencias erróneas respecto a la influencia de la talasemia en el accidente se corrigieron mediante una entrevista con el hematólogo que la trataba para aclarar sus errores de información.

El pensamiento contra los hechos "si no le hubiéramos comprado la moto entonces seguiría vivo" se trabajó mediante la explicación de este tipo de pensamientos y de la forma que se muestra en la guía para el doliente.

La discusión del pensamiento "no es justo que se haya muerto tan lleno de vida como estaba" se centró sobre las variables que explican objetivamente el accidente y la universalidad de las leyes de la naturaleza. Aunque resulte enormemente doloroso, cualquier persona puede morir en cualquier instante. El hecho de estar vivo lleva aparejado el de morir.

El "¿por qué ya no está con lo sensato que era y lo que le gustaba la vida?" está muy relacionado con el anterior en el sentido de experimentar el acontecimiento como injusto. Además, nadie por sensato y amante de la vida que sea podrá librarse de la muerte. Puede ayudar y proteger de accidentes el ser cuidadosos pero nunca podrá impedir el accidente al 100% puesto que hay otras circunstancias que escapan a la voluntad (por ejemplo, la oscuridad, la lluvia, una mancha de aceite en la calzada, un conductor que se salta un stop, etc.) y pueden causarlo. Otras formas de abordar la injusticia pueden verse en la guía para el doliente.

El pensamiento "me voy a olvidar de él" realmente hace referencia a una reducción en la frecuencia de pensar en el ser querido. Esto ocurrirá inevitablemente a lo largo del tiempo entre otras cosas porque no se puede estar mirando fijamente al sol sin quemarse los ojos, es necesario descansar. Ahora bien, se bajó a un segundo nivel en la dis-

cusión y se le propuso a la persona que se imaginara que esto ocurriera y se le preguntó por lo que esto significaría para ella y su respuesta fue que eso indicaría que había dejado de querer al hijo muerto. A partir de este momento, se actuó tal y como se comenta en la guía para el doliente.

Respecto al "debería haber entrado a la cámara" y "allí lo dejé como a un perro" se le ayudó a buscar la explicación a que se comportara de la forma en que lo hizo en lugar de la que ahora le hubiera gustado tener. Su conducta se debió, principalmente, a los consejos bien intencionados pero inadecuados de los profesionales y el marido en un momento en que su capacidad de decisión estaba muy disminuida por el fuerte impacto emocional. Resulta más fácil decidir cuando uno está tranquilo que cuando está afectado emocionalmente, por eso, es poco realista exigirse a uno mismo la capacidad y habilidad propia de un momento de equilibrio emocional cuando no se está en esa situación. De todos modos, se le sugirió que escribiera una carta a su madre y al hijo muerto aprovechando para decirles todo aquello que no les había podido decir y pedirles perdón por aquellas cosas de las que se sentía responsable. Posteriormente, se enviaron ambas cartas simbólicamente quemándolas en la consulta. Éste es un recurso que resulta muy útil para este tipo de situaciones y suele producir una mejoría rápida muy importante.

El negarse el derecho a seguir viviendo por el hecho de que haya fallecido el hijo (expresado en pensamientos como "no debería haber salido tan pronto" o en no darse permiso para disfrutar en determinadas situaciones sociales) se abordó de la forma que se hace en la guía para el doliente. Para Navidad le sugirió recuperar las costumbres familiares que se habían abandonado desde la muerte del hijo.

Respecto a los pensamientos relativos a "en el pueblo pensarán que soy una mala madre y que no he querido suficientemente a mi hijo" se abordó como lectura de pensamiento y, bajando al nivel de suponer que fuera así, explorar el significado que tenía para ella. No era otro que pensar que realmente tenían razón y que no lo había querido suficiente. Se le pidió que observara la forma en que en su entorno los padres mostraban el amor a los hijos y que anotara indicadores del suyo hacia su hijo.

De acuerdo con sus creencias y al ser una persona que le gustaba mucho leer libros de autoayuda se le sugirió la muerte un amanecer como forma de ayudar en el proceso de reconstrucción de significados y de búsqueda de sentido y explicación a lo sucedido. Esta lectura sólo es reco-

mendable cuando la persona cree en la existencia de otra forma de vida tras la muerte.

## 6. Autoinstrucciones

Para ayudar al enfrentamiento de los estímulos evitados, se seleccionaron los pensamientos resultantes de la discusión (por ejemplo, "es posible que vuelva a haber otro accidente grave en mi familia pero realmente no es probable"), otros dirigidos a ayudar a centrarse en la actividad desarrollada (como "voy a centrarme en la costura en lugar de sacar la bola negra de mirar el futuro") o a manejar la situación (por ejemplo, "me resulta difícil pero puedo hacerlo").

## 7. Enfrentamiento de los estímulos evitados con prevención de respuesta

Inicialmente se elaboró una jerarquía con las situaciones temidas y el nivel de ansiedad que le generaba cada una de ellas (véase cuadro 4.4) y a continuación se le pidió que señalara lo que temía en cada una de esas situaciones y lo que hacía para reducir su ansiedad (cuadro 4.5).

**Cuadro 4.4. Jerarquía de situaciones temidas y nivel de ansiedad producido**

Situaciones	Ansiedad
Saber cuándo empieza la mili	2
Acostarse tarde mi marido	2
Cenar o comer mucho mi marido antes de un viaje	3
Noticias de tráfico o accidentes	4
Viaje de mi marido	6
Viaje de mi marido en invierno	6,5
Hacer ruido por la noche mi marido cuando mi hijo está acostado	7
Desplazamiento en coche de mi hijo pequeño	8
Me voy a olvidar de mi hijo	9

Cuadro 4.5. Jerarquía de situaciones temidas y conductas de seguridad

Situaciones graduadas	Temores	Conductas de seguridad
Saber cuándo empieza la mili mi hijo pequeño.	A que se repita la historia.	No preguntar la fecha de inicio de la mili.
Acostarse tarde mi marido.	A que se duerma conduciendo.	Decirle que no haga ruido y pedirle que se acueste pronto.
Cenar o comer mucho mi marido antes de un viaje.	A que se duerma conduciendo o le dé un infarto.	Ponerle poca comida en el plato, decirle que no coma tanto y evitar cocinar comidas pesadas antes de un viaje.
Escuchar noticias de tráfico o accidentes.	A que se repita la historia y pase algo malo.	No hacer las cosas que hacía con el mayor, apagar el radio e intentar distraerme.
Viajar mi marido.	A que tenga un accidente, se duerma conduciendo, le pase algo malo, se repita la historia.	Decirle que no corra y se lave la cara para despejarse.
Viajar mi marido en invierno.	A que tenga un accidente, se duerma, le pase algo malo, se repita la historia.	Decirle que no corra y se lave la cara para despejarse.
Hacer ruido mi marido por la noche cuando mi hijo ya está acostado.	A que no deje dormir a mi hijo y al día siguiente se duerma conduciendo.	Decirle que no haga ruido y pedirle que se acueste pronto.
Desplazamiento en coche de mi hijo pequeño.	A que tenga un accidente, se duerma, pase algo malo, se repita la historia.	Decirle que coja el metro, no corra y se lave la cara para despejarse.
Olvidarme de mi hijo.	A ser una mala madre.	Rezar, coger su foto o gorra y mantener igual la habitación.

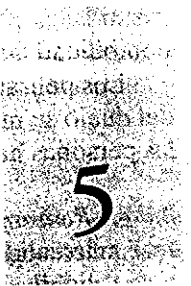
Se le explicó la técnica de enfrentamiento con prevención de respuesta y el siguiente paso fue pedirle que empezara preguntando la fecha de inicio del servicio militar del hijo menor. Se continuó con el resto de situaciones sin realizar las conductas de seguridad y dejando para el final desmontar la habitación.

### Preguntas de autoevaluación

- El duelo es un proceso en el que la intervención psicológica:
  - Debe pautarse siempre como herramienta preventiva de patología posterior.
  - Es útil cuando además de la pérdida existen factores de riesgo asociados.
  - En todos los casos está contraindicada.
  - Es irrelevante y se recomienda en su caso intervención psiquiátrica.
- Ventilar emociones tras la pérdida de un ser querido:
  - Es imprescindible en los primeros días tras la pérdida.
  - Es imprescindible en el segundo período o fase del duelo.
  - Es recomendable en diferentes momentos según las necesidades específicas de cada doliente.
  - Está contraindicado en todo momento ya que fomenta la intensidad del descontrol afectivo del doliente.
- La intervención farmacológica en el duelo conlleva el riesgo de:
  - Adicciones y represión de emociones.
  - Obsesiones y compulsiones.
  - Reacciones psicóticas breves.
  - Cronificación de trastornos de ansiedad.
- Las intervenciones con objetivos de prevención en los niños han resultado útiles. Así de cara a futuras crisis, sería interesante como educación para la salud:
  - Desarrollar la capacidad de autonomía y solidaridad.
  - Promover hábitos de cooperación.

- c) Facilitar el desarrollo de conductas y hábitos que favorezcan la autoprotección y seguridad.
  - d) Las tres anteriores son correctas.
- 

## Tratamiento II: guía para el doliente



Aunque la pérdida de un ser querido es un acontecimiento que no puede escogerse, la elaboración del duelo es un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades.

*Thomas Attig*

### 5.1. Exposición resumida del problema

#### 5.1.1. Qué ocurre en la situación de duelo

El duelo es el proceso psicológico que vivimos las personas cuando se muere alguien significativo en nuestras vidas y, aunque también se puede referir a otras pérdidas, a continuación se va a hablar de la de un ser querido.

Es un proceso doloroso, quizá de los más intensos que se pueden sentir. Las personas lo describen como una gran pena, pesar o aflicción. Algunos autores consideran que la palabra "desgarro" es la que mejor puede definir lo que siente la persona que se encuentra en esta situación. Se viven sentimientos como la tristeza, el enfado, la culpa, la ansiedad y la impotencia.

Como todo fenómeno humano, el duelo es un proceso complejo con distintas dimensiones (pensamientos, sentimientos y conductas) y está influido por factores físicos (estado de salud de la persona en duelo), psicológicos (recursos para afrontar situacio-

nes difíciles, personalidad y vulnerabilidad psíquica), sociales (disponibilidad de apoyo) y culturales.

Los pensamientos, sentimientos y conductas más habituales del duelo se muestran a continuación, entendiendo que no todas las personas han de mostrar todas estas reacciones:

- *Pensamientos.* Los contenidos suelen ser de: incredulidad, irrealidad, desinterés, extrañeza ante el mundo, insensibilidad, confusión, preocupaciones, imágenes y pensamientos repetitivos, obsesión por recuperar la pérdida, ideas de culpa, autorreproche, soledad, abandono, impotencia, anhelo, alivio, temor de que sucedan otras desgracias, dificultades de atención, concentración y memoria, alucinaciones breves (creer que se ha visto u oído al fallecido), sensación de presencia (notar como si la persona estuviera aún en el lugar) y búsqueda de sentido.
- *Sentimientos.* Suelen ser de diferente tipo y están relacionados con los pensamientos anteriores. Los más frecuentes son la tristeza, el enfado, el bloqueo y la ansiedad.
- *Conductas.* Aislarse socialmente, distraerse fácilmente, evitar las situaciones relacionadas con el fallecido o mantenerle continuamente presente mediante la colección de objetos que le pertenecían o visitando lugares que le recuerden especialmente, usar sus ropas, hiperactividad o hipoactividad, desasosiego, llorar, suspirar, llamar a o hablar con el fallecido y realizar conductas impulsivas y dañinas.
- *Sensaciones corporales.* Dolor de cabeza, ahogo, debilidad, sequedad de boca, opresión en pecho y/o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, palpitaciones, alteraciones del sueño (despertarse pronto y no volverse a dormir, dificultad para conciliar el sueño, soñar con el fallecido o tener pesadillas) y la alimentación (aumentando o disminuyendo el apetito).

El duelo es un proceso "normal", no constituye una enfermedad en sí misma. Al contrario, su adecuado desarrollo puede implicar un mayor grado de madurez y crecimiento personal. Supone un desequilibrio importante en la vida de una persona y se requiere de un tiempo para su recuperación. Habitualmente, su evolución es favorable pero en algunas personas este proceso se puede

complicar, haciendo necesaria la ayuda de un especialista en salud mental.

### 5.1.2. Por qué es tan grande el dolor

La forma de amar y ser amado respecto a la persona fallecida cambia, ha de ser diferente. El vínculo (la unión) que se ha establecido a lo largo del tiempo se quiebra. La ausencia obliga a plantearse otra forma de relación nueva y difícil de asumir. El contacto físico, la conversación y la compañía han de dar paso al recuerdo sereno y a la consciencia de las aportaciones de la otra persona a nuestra vida y de la nuestra a la suya.

También cambia la posición que se mantiene respecto a la vida. La persona fallecida era un referente clave que formaba parte de la imagen del mundo. Tras la pérdida, se ha de reconstruir ésta sin él/ella. Uno de los grandes estudiosos del duelo, Robert Neimeyer, habla de la necesidad de reescribir la propia historia. En un momento dado, el argumento cambia porque uno de sus personajes fundamentales desaparece de la escena.

Además, todo aquello que se realizaba junto a la persona fallecida se ha de replantear para llevarlo a cabo solos o con otras personas del entorno.

Como se ve, el cambio es muy drástico y afecta en todas las áreas de la vida, desde las más íntimas hasta las más cotidianas. Las pérdidas importantes desestructuran todo el funcionamiento habitual y por eso son tan dolorosas.

A lo anteriormente comentado, se une todo un conjunto de preguntas que surgen a partir de lo que ha sucedido. Muchas de ellas no tienen una respuesta clara y no satisfacen las necesidades respecto a la persona desaparecida. Suelen tener carácter existencial y se formulan buscando un sentido que permita entender lo sucedido.

### 5.1.3. Qué preguntas se suscitan cuando se pierde a una persona querida

Son muchos los interrogantes que se abren tras la muerte de alguien a quien se está unido. Algunos tienen una respuesta profesional

clara y otros van más allá de lo que la ciencia puede descubrir. Así, es normal que aparezcan preguntas como las que se presentan a continuación:

- *¿Cómo puede haberme pasado esto a mí?*

R: Es una pregunta muy habitual, responde a la necesidad de entender qué tienen las personas y suele estar relacionada con la creencia de ser víctima de un ataque injustificado. Es duro aceptar que las cosas hayan sucedido cuando realmente se desearía que hubieran sido diferentes. Reflexionando se pueden descubrir algunas variables que han influido en el desenlace negativo (por ejemplo, genéticas, biológicas, históricas, culturales, sociales, económicas y/o climatológicas).

- *¿Podré soportar tanto dolor?*

R: Aunque parezca imposible, en circunstancias normales, el tiempo va "haciendo su labor", los afectos se van resituando y la serenidad va ocupando lugar al dolor. Ahora bien, para que las cosas sucedan de esta forma es necesario hacer pequeñas elecciones que ayuden a aprender a vivir sin el ser querido. Gran parte de ellas se van comentando a lo largo de esta guía.

- *¿Por qué no puedo reaccionar? ¿No le querré lo suficiente?*

R: Muchas veces, "no reaccionar" es un mecanismo de protección que evita el desbordamiento emocional. Es tanto lo que se pierde y la relación es tan intensa que si se experimentara de golpe resultaría muy doloroso. Si todo va sucediendo gradualmente, poco a poco se irá respondiendo según los propios recursos y posibilidades de cada momento y situación.

- *Si siento alivio pensando que ya ha descansado, ¿significa que no le quiero?*

R: En absoluto. La ambivalencia (tener sentimientos contrarios) en la vida es normal. Por ejemplo, cuando un hijo funda una nueva familia está la pena de que se vaya del hogar y la felicidad de que haya logrado su independencia.

Así, el sentimiento de cansancio físico y emocional que se experimenta cuando se está cuidando a una persona querida es natural y puede hacer que se sienta simultáneamente el dolor por la pérdida y el deseo de que acabe el sufrimiento para todos, especialmente cuando se sabe que el final es ineludiblemente la muerte.

- *¿Cuánto tiempo dura este dolor tan grande? ¿Se me pasará algún día?*

R: Si las cosas discurren normalmente, será así. Los primeros meses resultan muy duros, están teñidos de gran angustia y añoranza. Tras ellos, el malestar va disminuyendo y aun con el ánimo triste y apático cada vez los períodos de serenidad son más amplios y la vida se va normalizando progresivamente. En torno a los seis meses, el cambio es más llamativo; parece como si de "rodar por la pista de la vida" se pasara al "despegue", momento en que realmente empieza la reconstrucción de la nueva etapa vital. Al terminar el primer año, suele haber un pequeño empeoramiento al que sigue una progresiva recuperación.

- *¿Podría haber hecho yo algo para que esto no pasara?*

R: Esta pregunta puede conducirnos a dos situaciones diferentes aunque relacionadas. La primera de ellas se refiere a la duda. Las posibilidades que se tienen de actuar con las personas que se quieren son tantas que siempre queda la duda de si se podría haber optado por otra diferente a la que en su momento se eligió y la respuesta siempre será incierta. Además lleva a "ninguna parte", quizá resulte mucho más útil pensar que, dentro de las propias posibilidades, se hizo lo mejor que se supo.

La segunda está directamente relacionada con la culpabilidad que surge en el caso de que la persona concluya que ha sido realmente el/la causante del desenlace negativo. Efectivamente suele ser una larga sucesión de circunstancias la que conduce al suceso no deseado (en el caso de un accidente de motocicleta el padre puede sentirse culpable por haber comprado el vehículo

ignorando otras circunstancias como la insistencia del hijo en que se comprara, sacarse el carné de conducir, conducir con lluvia, no llevar el casco, pasar por un lugar donde un conductor borracho se ha saltado un semáforo, etc.). El error es considerar un aspecto de la larga secuencia de acontecimientos como la causa fundamental del resultado final al haber otras muchas variables que han influido en él incluso en mayor medida.

Además, es imposible conocer el futuro y, por tanto, no es realista evaluar una conducta pasada con los datos de que se dispone en el presente. Puede ocurrir que tras un análisis objetivo del grado de participación en un acontecimiento negativo se concluya que la responsabilidad ha sido grande o importante. En tal caso, quizá resulte mucho más útil de nuevo pensar que, dentro de las propias posibilidades, se hizo lo mejor que se supo de acuerdo con la información que se tenía, la propia habilidad, la perturbación emocional, la presión, la prisa o incluso el azar.

– *¿Seré capaz de vivir sin él/ella?*

R: Es importante diferenciar lo que significa “no poder vivir sin él/ella” con “es difícil, duro o incómodo vivir sin él/ella”. La capacidad de adaptación del ser humano es muy grande y normalmente las personas se recuperan de las pérdidas. Evidentemente, será una vida con matices diferentes en la que existirán aspectos positivos que se ha de ser capaz de descubrir. Habrá elementos de la identidad personal que se mantendrán prácticamente intactos, pero otros revestirán cambios importantes. Lo realmente útil será reorganizar la vida recuperando y creando fuentes de satisfacción.

Cuando una persona pierde uno de los pilares sobre los que se sustentaba su bienestar puede creer que nunca volverá a ser feliz. En tal caso, puede ayudar el darse cuenta de momentos del pasado en los que aún no estaba la persona en la vida y que, a pesar de ello, se sentía bien. Tampoco se puede asegurar que nunca se vaya a conseguir en el futuro una felicidad tan satisfactoria como la pérdida aunque sea diferente.

A primera vista resulta difícil, pero el sufrimiento además de producir un gran dolor también puede ayudar a crecer y aprender diferentes aspectos de la vida. Si se es capaz de aceptarlo, también permite apreciar el amor de quien conforta y ayuda a atravesar este tramo vital tan difícil.

– *¿Podré hacer las cosas sin él/ella?*

R: Ésta es una variante de la pregunta anterior. Algunas cosas sí, otras se harán de modo diferente y otras sencillamente no se harán. Es imposible replicar todos los actos de otro ser humano (en algunos casos además pueden parecer grotescas caricaturas). Explorar nuevas posibilidades ante los retos que plantea la vida puede ser también una forma positiva y enriquecedora de andar hacia delante.

– *Todo este dolor ¿tiene algún sentido?*

R: La respuesta a esta pregunta variará en función de las creencias espirituales y/o existenciales de cada persona. Aunque a veces resulta difícil de aceptar, el sentido más universal es el del crecimiento personal.

– *Si dejo de pensar en él/ella durante períodos de tiempo prolongados, ¿es que ya no le quiero?*

R: De ningún modo. La ausencia del ser querido en la conciencia durante períodos prolongados nada tiene que ver con falta de amor. Las aportaciones de las personas que se van forman ya parte indudable de la propia vida, independientemente de que estén o no presentes en el pensamiento. El amor, las enseñanzas, la ayuda física y espiritual que las personas dan y que damos durante la relación con ellas forma parte de los nutrientes (alimentos) imprescindibles para el crecimiento personal e irán siempre con nosotros. El dejar de pensar en el ser querido muerto permite aliviar el dolor por la pérdida y retomar la vida desde una posición realista y esperanzadora, no anclada en el pasado.

También puede ayudar darse cuenta de la falsedad de la asociación “pensar en” con “amar”. Seguramente cuando la persona estaba viva había muchos momentos

en que no pensaba en él/ella y a pesar de ello le amaba. A la inversa, habrá momentos en que ha pensado intensamente en alguien y por el contrario sentir odio hacia él/ella.

- *Si soy capaz de reírme, disfrutar o distraerme con algunas cosas, ¿he dejado de quererle? ¿Estoy faltando a su memoria?*  
R: De nuevo es importante recordar que los sentimientos positivos no son vergonzosos ni indican falta de amor. Sencillamente suponen la expresión de aquellos aspectos de la vida afectiva que también forman parte de nosotros mismos. Además, el que está vivo tiene derecho y le toca vivir. El no recuperarse más que ser una prueba del amor que se tenía al ser querido puede ser un indicador de que no puede hacer frente de modo competente a esta adversidad inevitable de la vida.
- *¿Podré volver a verle algún día? ¿Nos volveremos a encontrar?*  
R: Se trata también en este caso de una pregunta que depende de las creencias de cada persona y para ella no existe ninguna respuesta objetiva. La convicción respecto a una nueva vida después de ésta es una cuestión de fe individual, es decir, una respuesta de tipo religioso.
- *¿Es normal que a veces le hable como si no se hubiera ido?*  
R: Claro que sí. Cuando ha habido una relación importante entre dos personas quedan muchas cosas por comentar y preguntar. Se hace difícil cambiar de la noche a la mañana hábitos arraigados durante mucho tiempo. Por otra parte, las pérdidas siempre tienen un componente de incompreensión que lleva a realizar preguntas y a quién mejor que a quien se ha ido, aunque no fuera su voluntad y no nos pueda responder. Ese comportamiento forma parte de nuestra necesidad de poder controlar y es una manera de conservar el vínculo con el fallecido. En ningún caso, indica falta de cordura.
- *¿Es posible que me parezca haberle visto u oído en el lugar de la casa en que solía estar? ¿Me estaré volviendo loco/a?*  
R: Es una de las reacciones normales que se experimentan después de haber perdido a una persona querida.

A veces se tiene la sensación de haberla visto u oído en los lugares donde era habitual verle u oírle. En otras ocasiones se produce el sentimiento de que la otra persona puede estar presente. Ambas reacciones son normales y desaparecen con el tiempo. No tienen absolutamente nada que ver con la locura, son más bien una expresión de la dificultad de asumir que la persona se ha ido "para siempre".

- *Todos irán con sus parejas o hijos/as y yo solo/a. ¿Resultará alguien extraño en la reunión?*  
R: Al principio es normal que cuando surge la posibilidad de salir con los amigos se tema molestar a los otros o se piense que se está fuera de lugar por acudir solo/a. Incluso, se pueden evitar las reuniones por el dolor tan grande que supone la ausencia de su ser querido. Efectivamente, las primeras veces resulta difícil y se echa mucho de menos a la otra persona, pero posteriormente servirá de respiro y proporcionará apoyo, distracción y sentimientos de ser querido. Todo ello ayuda a seguir viviendo y a no incrementar las pérdidas experimentadas en este momento vital.  
Dejar a los amigos, las aficiones, el trabajo, etc. no consigue devolver a su lado al ser querido muerto y empeora las condiciones de su propia vida hasta el punto de que ésta deja de tener alicientes y experiencias positivas. Aunque cueste y resulte difícil, es muy importante no abandonar todo aquello que proporciona satisfacción.

#### 5.1.4. Cuándo algo es normal y cuándo puede ser un problema

En términos generales, podríamos aceptar que en un proceso de duelo adecuado:

- La pena se expresa normalmente.
- Tiene una duración limitada en el tiempo (aproximadamente entre uno y dos años).

- Pasados los primeros días, el doliente realiza las actividades de la vida cotidiana con "normalidad" aunque con ánimo apático y ansiedad.
- Tras los primeros meses (este período varía mucho dependiendo de las personas) la angustia disminuye sustancialmente y la persona inicia un proceso de reconstrucción vital. Aunque en muchos momentos del proceso la afectividad no funciona a los mismos niveles que lo hacía antes de la pérdida, sí que se restauran las funciones básicas (apetito, sueño, deseo sexual...), se realizan las actividades habituales y se van recuperando los estados de ánimo positivos que cada vez tienen una mayor presencia.
- No hay un momento final establecido, pero se puede decir que el proceso tiene una resolución positiva cuando desaparece la amargura y el doliente es capaz de pensar en la persona que ha perdido con afecto y serenidad.

También en términos generales, cuando hay complicaciones sucede que:

- La pena no se expresa en absoluto ni siquiera pasados los primeros días o aparece con la misma intensidad durante un largo período de tiempo, semanas o incluso meses.
- Se muestra incapacidad para desvincularse del fallecido. Este fenómeno se suele expresar mediante culpa excesiva o autorreproches.
- Se es incapaz de recomenzar la vida en un nuevo marco en el que no está el fallecido. Sucede cuando las personas no pueden volver al trabajo, realizar actividades sociales, etc.
- A partir de los seis meses del fallecimiento, aparece cualquier alteración mental (fundamentalmente depresión, trastornos de ansiedad y adicciones). Ésta debe ser explorada por su posible conexión con la pérdida.

#### 5.1.5. Indicadores de necesidad de ayuda profesional

Tal como se indica en la *Guía para familiares en duelo* recomendada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2005) existe una serie de indicadores ante los cuales es conveniente

solicitar ayuda profesional. Lo que determinará la existencia de problemas no son los propios indicadores sino más bien su frecuencia, intensidad y/o duración y el hecho de que interfieran en el funcionamiento habitual.

- Pensar tanto en la persona querida que incluso resulta difícil hacer las tareas que habitualmente realiza.
- Recordar su ausencia con una enorme y profunda tristeza o consumirse pensando en la posibilidad de que vuelva.
- Buscarle por todas partes y a casi todas las horas.
- Sentir soledad intensa.
- Carecer de planes y metas.
- Sentirse insensible e indiferente, sin ningún tipo de respuesta emocional.
- Experimentar incredulidad respecto a la muerte cierta y querer pensar que todo es un mal sueño.
- Sentir la vida vacía y sin sentido.
- Experimentar que se ha muerto una parte de sí mismo.
- Presentar los mismos síntomas o adoptar alguno de los hábitos perjudiciales del fallecido.
- Estar amargado y siempre enfadado/a.
- Pensar que el mundo ya no es como antes, que ha perdido la confianza en los demás y que no es un lugar seguro ni controlable.
- Tener verdaderas dificultades para aceptar la muerte.
- Sentirse mal por seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos o interesarse por cosas diferentes).
- Sentirse culpable por estar vivo o creer que es injusto seguir vivo estando la persona querida muerta.
- Sentirse inútil.
- Sentirse morir acompañado de malestar físico.
- Aumentar el consumo de alcohol, tabaco o pastillas.
- Notar síntomas físicos inusuales como adelgazamiento excesivo, aumento de la tensión, etc.
- Dudar si existen ideas de suicidio.

Es preciso subrayar que todas estas reacciones son normales si se dan sólo en cierta medida. El problema se produce cuando acontecen a diario con intensidad y afecta al funcionamiento habitual.

## 5.2. Objetivos

Como en todo proceso que sucede a partir de un cambio muy importante y doloroso en nuestra vida, el objetivo fundamental es adaptarse intentando normalizar al máximo el funcionamiento y extrayendo los mayores aprendizajes posibles. Por tanto, los objetivos generales serían:

- Poder adaptarse a la vida sin la persona querida que ha fallecido.
- Poder recordar al fallecido con afecto sereno, sin desesperación.

Evidentemente estos objetivos generales para poder ser cubiertos necesitan de algunos específicos que van cambiando según el tiempo transcurrido. Así, resultan de utilidad los siguientes:

- Poder expresar los sentimientos experimentados en un entorno seguro, tanto si son negativos como positivos.
- Permitirse el retorno gradual a la vida normal dándose tiempo para asimilar lo sucedido y las emociones que se sienten. Las rutinas sirven habitualmente como elementos de contención y permiten la reorganización de la vida.
- Poder hablar de la muerte de modo sereno.

## 5.3. Técnicas para conseguir los objetivos

Se debe tener en cuenta que todas las personas tienen sus formas peculiares de hacer frente a las dificultades, que no existen mecanismos universalmente válidos y el duelo no es una excepción en este sentido. Así, cada persona tendrá unos tiempos en los que irá elaborando las distintas situaciones en que se va encontrando y también unas estrategias que le resultarán más útiles que otras. Por eso, quizá la primera sugerencia que hay que hacer es que la persona en duelo se escuche a sí misma en la respuesta a la pregunta sobre "¿qué creo que me ayudará a sentirme mejor en esta situación?".

Permitir la escucha y aceptación de las propias necesidades supone un gran paso para poder satisfacerlas. Además, es intere-

sante conocer otras estrategias que ayudan a un gran número de personas en la situación de duelo, sin presuponer que todas ellas van a ser extraordinariamente útiles, pero considerando que algunas de las mismas pueden adecuarse a las propias necesidades.

### 5.3.1. Sugerencias previas al fallecimiento por enfermedad grave

- Aceptar que es normal el pensamiento: "ya es hora de que descanse". Ver sufrir durante mucho tiempo a una persona que se ama lleva de modo natural a pensar que ese sufrimiento ha de tener un final y no por eso se es un desalmado. Además, las personas tienen derecho a pensar que sus fuerzas están agotándose y que no pueden con tanto dolor y cansancio.
- Resulta beneficioso conservar otros roles diferentes al de cuidador aunque sea por pequeños espacios de tiempo sin por ello sentirse "traidores respecto al familiar enfermo". Por ejemplo, seguir siendo madre además de esposa, respetando algunas tareas con los hijos, o profesional aunque sólo sea en algunos momentos y permitirse llamar al trabajo si se está preocupado por el desarrollo de algún tema en el que se considera importante el papel personal.
- Resulta también positivo para todos (paciente y familiar) asumir que cuidar bien no necesariamente implica dedicar las veinticuatro horas del día y que permitirse descansos o respiros resulta positivo para sí mismo y también para la persona a quien se cuida, pues ellos hacen posible reponer fuerzas para estar en mejores condiciones durante los tiempos que se dedican al cuidado del enfermo.
- Puede resultar muy útil resolver asuntos pendientes, tanto de índole emocional como prácticos. Algunos ejemplos serían hablar de un tema que se sabe es espinoso pero que tratarlo proporcionará serenidad a todos, por ejemplo, algo que sucedió hace tiempo y que aunque dejó con mal sabor de boca nunca fue posible comentar después. En la misma línea podría ayudar expresar un sentimiento de forma más o menos explícita, mostrar por ejemplo cariño o disponibilidad para cubrir necesidades del paciente.

- Ser conscientes de la utilidad de los cuidados que se están dispensando ya que, además de constituir un acto de amor, proporcionan satisfacción por el sentimiento de deber cumplido y de haber hecho todo lo que se podía por el ser querido.
- Muy relacionado con lo anterior está la planificación de rituales y actos funerarios que acompañan la despedida personal del fallecido.
- Participar en los cuidados post mórtem, además de una forma de expresar el amor sentido al ser querido, ayuda a potenciar la realidad de la pérdida.

### 5.3.2. El primer período tras la muerte de la persona querida

- Resulta útil entender que los sentimientos, pensamientos y conductas que se experimentan tras la pérdida son normales y variados, abarcando un amplio abanico de posibilidades, desde el embotamiento o aturdimiento inicial hasta la pena inmensa cargada de impotencia. Por ejemplo, son normales en muchas personas las conductas de búsqueda, las sensaciones de haber visto u oído al fallecido o la creencia de estar teniendo sus mismos síntomas.
- A algunas personas con dificultad para aceptar lo que ha sucedido les puede ayudar el esfuerzo por reafirmar la realidad de la pérdida, por ejemplo, recordando lo que sucedió en los últimos tiempos, cómo fue la despedida, los rituales que se realizaron, acudir al cementerio, etc.

### 5.3.3. Una segunda fase del proceso

- Conviene permitirse la expresión de la tristeza y otras emociones entendiéndolas como la respuesta natural que se deriva de la situación vivida.
- También es importante dar cabida a las emociones positivas. Como se ha comentado anteriormente, forman igualmente parte del funcionamiento de la persona y no implican falta de amor.

- Muy posiblemente también aparezcan pensamientos relativos a temas que quedaron pendientes. Si esto es así, algunas actividades simbólicas pueden resultar de mucha ayuda, como escribir una carta al fallecido en la que se expresen esos temas y se le "envíe" simbólicamente (por ejemplo, quemándola).
- Intentar utilizar el pensamiento flexible y no extremo también puede favorecer la serenidad en la medida en que ayuda a comprender que "la perfección no existe" y que si se ha hecho lo que se ha podido por la persona fallecida eso ya es muy valioso en sí.
- Es importante tener cuidado con no mirar con lupa los errores que puedan haberse dado en la relación e ignorar los aspectos positivos que seguramente habrán existido en mayor medida.
- Conviene mantener los contactos y relaciones sociales ya que facilita recibir apoyo y cariño de las personas afectivamente importantes.
- Resulta necesario continuar con actividades que supongan entrada de satisfacción en su vida.

### 5.3.4. La continuidad de la vida sin el fallecido

La dificultad para vivir sin el ser querido muerto es un reto difícil para la persona en duelo se deberá algunas veces a que resulta impensable verse en el papel que el otro desempeñaba y ahora es necesario sustituir y otras a que se carece de las habilidades para realizar las tareas que esa persona hacía. Es importante, pues, discriminar dónde radica el problema para poder poner remedio y evitar la sensación de fracaso que añade aún más dolor a la situación difícil. Un ejemplo sería intentar realizar tareas de casa que nunca se han hecho y que requieren una cierta práctica.

### 5.3.5. La necesidad de recolocar emocionalmente al fallecido

Como se decía anteriormente, desde la serenidad y no desde la desesperación, asumiendo que no está físicamente pero recordan-

do y valorando también todo aquello que nos dio durante su vida y que ha pasado a formar parte de la nuestra.

### 5.3.6. Las dificultades durante el proceso de recuperación

También resulta muy útil saber que habrá fechas con un significado especial y recuerdos particularmente dolorosos que generarán emociones muy intensas. Conviene no asustarse ante ellas ni pensar que nunca se va a conseguir la recuperación plena. Al contrario, son normales cuando se ha compartido tanto con una persona de la que se ha estado tan cerca. Es inevitable que esto suceda, sabemos que son estados transitorios y que la serenidad volverá.

## Clave de respuestas

### Capítulo 1

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### Capítulo 3

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Capítulo 2

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### Capítulo 4

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Lecturas recomendadas y bibliografía

### Lecturas recomendadas

Neimeyer, R. A. (2002): *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós. Barcelona.

En este libro el autor se dirige tanto a los dolientes como a los terapeutas en las tres partes que comprende la obra. La primera está dirigida a las personas que han sufrido una pérdida, la segunda a los profesionales que realizan la ayuda y la tercera consta de una serie de ejercicios de autoayuda para el doliente y tareas que el terapeuta puede utilizar durante las sesiones.

Un elemento nuclear para el autor es lo que denomina "reconstrucción del significado", como base teórica explicativa del proceso del duelo otorgando un papel activo a la persona en su proceso.

Worden, J. W. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. Barcelona.

Esta obra también pretende ser útil para dolientes y profesionales e introduce su teoría sobre las tareas en el proceso del duelo aportando información sobre las manifestaciones normales, la forma de facilitar el duelo no complicado, las reacciones anormales, la forma de resolver la patología, determinadas pérdidas con especial dificultad (abortos espontáneos o provocados, muertes estigmatizadas socialmente, muerte súbita infantil, etc.), el duelo del propio terapeuta y la formación necesaria para asesorar a las personas en este proceso.

Incluimos esta referencia por su importancia histórica, aunque algunas de sus afirmaciones han sido recientemente cuestionadas por

las investigaciones (el modelo de tareas y el énfasis en el trabajo de las emociones negativas considerando contraproducente la expresión de las positivas).

James, J. W. y Friedman, R. (2001): *Manual para superar pérdidas emocionales*. Los libros del comienzo. Madrid.

Estos autores se basan en sus experiencias personales y presentan un libro práctico con ejercicios que ayudan a las personas a elaborar el duelo. Consta de tres grandes apartados. El primero se refiere al reconocimiento del problema subrayando la especial dificultad que existe para aceptar las pérdidas y proporcionar ayuda a los que las sufren. El segundo está dedicado a la preparación para el cambio dando un papel activo a la persona ante la dificultad, destacando como tarea la elaboración de la historia gráfica de pérdidas. Finalmente, el tercero habla de las soluciones mediante la gráfica de la relación para convertirla en una relación de elementos de recuperación como son las enmiendas, elementos de perdón y declaraciones emocionales importantes a través de una carta.

Kübler-Ross, E. (1992): *Los niños y la muerte*. Luciérnaga. Barcelona.

La gran riqueza de este libro es que pone en contacto a los dolientes con otras experiencias incluso peores que las propias, al tiempo que proporciona esperanza respecto de la recuperación.

Puede resultar valioso como forma de preparación para la muerte de un niño porque proporciona estrategias útiles (como sugerencias en relación con los ritos funerarios) que facilitarán una recuperación menos dolorosa.

En palabras de una persona a la que le resultó reconfortante, "Compartir (el dolor, la tristeza, la desesperación...) es una buena experiencia para enfrentarse a la muerte de un ser querido. Es una valentía escribir un libro como éste. Ya desde el título, los niños y la muerte, algo absolutamente contrapuesto en nuestra sociedad. Te acerca a lo que han vivido otras familias. La autora hizo el esfuerzo de aglutinar cientos de vidas para poder escuchar y abrazar, traspasando el tiempo y las fronteras".

## Bibliografía

Agrafogo, E. y Manrique de Lara, B. (2000): "El duelo. Modelos teóricos. Reacciones normales y patológicas del duelo", en M. Die Trill y E. López Imedio: *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Ades Ediciones. Madrid, pp. 475-490.

- Aries, P. (1984): *El hombre ante la muerte*. Taurus Ediciones. Madrid.
- Arranz, P. et al. (2003): *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Ariel. Barcelona.
- American Psychiatric Association (2001): *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Masson. Barcelona.
- Barreto, M. P.; Molero, M. y Pérez, M. A. (2000): "Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos", en F. Gil (ed.), *Manual de psico-oncología*. Nova Sidonia Oncología. Madrid, pp. 137-171.
- Barreto, M. P. y Soler, M. C. (2003): "Psicología y fin de vida". *Psicooncología*, 0(1): 135-146.
- (2004): "Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo". *Humanitas*, 2: 139-150.
- Barrett, T. W. y Scott, T. B. (1989): "Development of the Grief Experience Questionnaire". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19: 201-215.
- Bayés, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Martínez Roca. Barcelona.
- Benight, C.; Flores, J. y Tashiro, T. (2001): "Bereavement coping self-efficacy in cancer widows". *Death Studies*, 25(2): 97-125.
- Bleda, M. et al. (2005): *Guía para familiares en duelo. Recomendado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Hostench. Barcelona.
- Bonanno, G. A. (2001): "Grief and emotion: A social-functional perspective", en M. S. Stroebe et al. (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 493-515.
- Bonanno, G. A. y Keltner, D. (1997): "Facial expressions of emotion and the course of bereavement". *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 126-137.
- Brom, D.; Kleber, R. J. y Defares, P. B. (1986): Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 607-612.
- Bunch, J. (1972): "Recent bereavement in relation to suicide". *Journal of Psychosomatic Research*, 16: 361-366.
- Caballo, V. y Buela, G. (1991): "Técnicas diversas en terapia de conducta", en V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI. Madrid, pp. 777-816.
- Caserta, M. S. y Lund, D. A. (1992): "Bereaved older adults who seek early professional help". *Death Studies*, 16: 17-30.
- Centeno, C. et al. (2000): *Directorio de Cuidados paliativos 2000*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid.
- Faschingbauer, T. R.; Zisook, S. y DeVaul, R. (1987): "The Texas revised inventory of grief", en S. Zisook (ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement*. American Psychiatric Press. Washington, DC, pp. 111-124.

- Fleming, S. y Robinson, P. (2001): "Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 647-669.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1997): *Treating the trauma of rape*. Guilford Press. Nueva York.
- García-García, J. A. y Landa V. (2001): "¿Es posible medir el duelo?: adaptación al castellano y validación del Inventario de Experiencias en Duelo y del Inventario Texas Revisado del Duelo".  
<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2180>
- García-García, J. A. *et al.* (2002): "Adaptación al español del Cuestionario de Duelo Complicado (CRDC)". *Medicina Paliativa*, 9(2): 11.
- García-García, J. A. *et al.* (2002): "Adaptación al español del 'Inventario de Duelo Complicado' (IDC)". *Comunicación presentada en el IV Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Granada*.
- García-García, J. A. *et al.* (1995): "Adaptación a nuestro medio del Inventario Texas Revisado de Duelo". *Medicina Paliativa*, 2: 197-198.
- García-García, J. A. *et al.* (2001): "Inventario de Experiencias en Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez". *Atención Primaria*, 27: 86-93.
- García Renedo, M.; Valero, M. y Gil Beltrán, J. (2005): "Análisis de un programa de intervención en desastres dirigido a estudiantes de educación primaria".  
<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi7/analisis.pdf>
- Hall, M. e Irwin, M. (2001): "Physiological indices of functioning in bereavement", en M.S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 473-492.
- Hogan, N. S. y Greenfield, D. B. (1991): "Adolescent sibling bereavement symptomatology in a large community sample". *Journal of Adolescent Research*, 6: 97-112.
- Kaltman, S. y Bonanno, G. A. (2003): "Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths". *Anxiety Disorders*, 17: 131-147.
- Kato, P. M. y Mann, T. (1999): "A synthesis of psychological interventions for the bereaved". *Clinical Psychology Review*, 19: 275-296.
- Kleber, R. J. y Brom, D. (1992): *Doping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Swets & Zeitlinger. Amsterdam.
- Kubany, E. S. (1998): "Cognitive therapy for trauma-related guilt", en V. M. Follette, J. I. Ruzek y F. R. Abueg (eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. Guilford Press. Nueva York, pp. 124-161.
- Lacasta, M. A. y Soler, M. C. (2004): "El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte", en C. Camps

- et al.* (ed.), *Manual SEOM de cuidados continuos*. Dispublic. Madrid, pp. 713-730.
- López Narbona, L. (2005): "Muerte súbita del lactante. Abordaje por parte de los profesionales sanitarios".  
[http://www.aeped.es/gepmsl/protocolos/libro\\_blanco/16.pdf](http://www.aeped.es/gepmsl/protocolos/libro_blanco/16.pdf)
- Martín, L. M.; García-Ribera, C. y Bulbena, A. (2004): "Abordaje del duelo y la situación de crisis".  
[http://www.cuadernosdecrisis.com/PDF/cdc\\_004.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/PDF/cdc_004.pdf)
- Miller, M. D. *et al.* (1997): "Using interpersonal psychotherapy (IPT) in a combined psychotherapy/medication research protocol with depressed elders. A descriptive report with case vignettes". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7: 47-55.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991): *Autoestima. Evaluación y mejora*. Martínez Roca. Barcelona.
- McMullin, R. (1986): *Handbook of cognitive therapy techniques*. Norton. Nueva York.
- Neimeyer, R. A. (2002): *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós. Barcelona.
- Neimeyer, R. A. y Hogan, N. S. (2001): "Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 89-118.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001): "Ruminate coping and adjustment", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 545-562.
- Parkes, C. M. (1970): "'Seeking' and 'Finding' a lost object: Evidence of recent studies of the reaction to bereavement". *Social Science & Medicine*, 4(2): 187-201.
- Parkes, C. M. (2001): "A historical overview of the scientific study of bereavement", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 25-45.
- Parkes, C. M.; Laungani, P. y Young, B. (1997): *Death and bereavement across cultures*. Routledge. Londres.
- Parkes, C. M. y Weiss, R. S. (1983): *Recovery from bereavement*. Basic Books. Nueva York.
- Pasternak, R. E. *et al.* (1991): "Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in later life". *Journal of Clinical Psychiatry*, 52: 307-310.
- Potvin, L.; Lasker, J. y Toedter, L. (1989): "Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11: 29-45.

- Prigerson, H. G. *et al.* (1995): "Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss". *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Prigerson, H. G. *et al.* (1999): "Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test". *British Journal of Psychiatry*, 174: 67-73.
- Prigerson, H. G. y Jacobs, S. (2001): "Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test", en M.S. Stroebe *et al.* (ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 613-645.
- Raffo, S. (2005): "Intervención en Crisis".  
<http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf>
- Ramsay, R. N. (1979): "Bereavement: A behavioural treatment of pathological grief", en P. O. Sjodan, S. Bales y W. S. Dochens (eds.), *Trends in behavior therapy*. Academic Press. Nueva York, pp. 217-248.
- Rando, T. A. (1983): "An investigation of grief adaptation in parents whose children have died from cancer". *Journal of Pediatric Psychology*, 8: 3-20.
- Raphael, B. (1977): "Preventive intervention with the recently bereaved". *Archives of General Psychiatry*, 34: 1450-1454.
- Raphael, B. (1983): *The anatomy of bereavement*. Basic Books..Nueva York.
- Raphael, B.; Minkov, C. y Dobson, M. (2001): "Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons", en: M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 587-612.
- Remondet, J. H. y Hansson, R. O. (1987): "Assessing a Widow's grief: A short index". *Journal of Gerontological Nursing*, 13: 31-34.
- Rosenblat, P. C. (2001): "A social constructionist perspective on cultural differences in grief", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 285-300.
- Rosenblat, P. C.; Walsh, R. P. y Jackson, D. A. (1976): *Grief and mourning in cross-cultural perspective*. Human Relation Area Files Press. New Haven, CT.
- Rynearson, E. K. (1995): "Bereavement alter homicida: A comparison of treatment seekers and refusers". *British Journal of Psychiatry*, 166: 507-510.
- Sanders, C. (1993): "Foreword", en D. Doyle, G. Hanks y N. Macdonald (eds.), *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford University Press. Oxford.
- Schut, H. A. W. *et al.* (1996): "Crossmodality grief therapy: Description and assessment of a new program". *Journal of Clinical Psychology*, 52: 357-365.

- Schut, H. *et al.* (2001): "The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 705-737.
- Sireling, L.; Cohen, D. y Marks, I. (1988): "Guided mourning for morbid grief: A controlled replication". *Behavior Therapy*, 19: 121-132.
- Soler, M. C. (2003): "Intervención en el duelo complicado". *Medicina Paliativa*, 10(1): 69-71.
- Soler, M. C. y Barreto, P. (2003): "Intervención psicológica en el duelo". *Revista de Psicología Universitat Tarraconensis*, 25(1-2): 218-233.
- Soler, M. C. *et al.* (2002): *Estudio sobre la implantación de la atención al duelo en el estado español. Construcción de un instrumento de evaluación y programa de intervención*. Memoria de Investigación de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- Spivack, G.; Platt, J. J. y Shure, M. D. (1976): *The problem solving approach to adjustment*. Jossey Bass. San Francisco.
- Stroebe, M. y Schut, H. (1999): "The dual process model of coping with bereavement: rationale and description". *Death Studies*, 23: 197-224.
- (2001a): "Models of coping with bereavement: A review", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 375-403.
- (2001b): "Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review", en M. S. Stroebe *et al.* (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 349-371.
- Toedter, L. J.; Lasker, J. N. y Alhadeff, J. M. (1988): "The perinatal Grief Scale: Development and initial validation". *American Journal of Orthopsychiatry*, 58: 435-449.
- Videka-Sherman, L. y Lieberman, M. (1985): "The effects of self-help and psychotherapy intervention on child loss: The limits of recovery". *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 70-82.
- Worden, J. W. (1991/1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. Barcelona.
- Woodfield, R. y Viney, L. (1984): "A personal construct approach to the conjugally bereaved woman". *Omega: Journal of Death and Dying*, 15: 1-13.

