

Abordaje integral de los Trastornos de Adaptación en situaciones vitales complejas

APOYANDO EL BIENESTAR MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CURSO ONLINE



Módulo 1: SITUACIONES VITALES DE CAMBIO

Capítulo 1: El Duelo

Capítulo 1: El duelo

Dra. Rosario Gutiérrez Labrador.

Jefe de Sección de los Servicios de Salud Mental de Alcobendas (HUIS). Madrid.

¿Qué es el duelo?

El duelo es un concepto amplio que abarca cualquier proceso normal y adaptativo a una pérdida. Nosotros, por su especial intensidad vamos a **centrarnos en el duelo cuando la pérdida es una muerte**. En este caso existe mayor malestar por la constatación de la **irreversibilidad** de la ruptura del vínculo afectivo. Es una vivencia que **afecta** globalmente a la persona que lo sufre, **física, emocional, cognitiva y comportamentalmente**, suponiendo una **situación profunda de crisis vital**.

Es importante destacar que **es un proceso**, en el sentido de ser algo dinámico, en el que la persona que lo sufre pasa a través de varias etapas, aunque estas no siguen un orden fijo, sino que se superponen y fluyen, oscilando entre ellas, sin que el haber pasado por una etapa implique que nunca más se vaya a volver a ella. Este aspecto de proceso también incide en la necesidad de que el doliente este decidido, motivado y comprometido con el trabajo que ha de realizar para avanzar en la elaboración y la resolución del duelo.

Es un **proceso normal**, y por tanto universal, pero, más allá de las características generales del proceso, es crucial que se respete la individualidad y el ritmo con la que cada persona atraviesa estas etapas y realiza las tareas de una manera propia.

Es además **un proceso adaptativo**. Según Bowlby¹ la respuesta de duelo tras la muerte de un ser querido, sería un caso equivalente de ansiedad de separación, ante la ruptura del vínculo, en este caso irreversible. Por eso el proceso de duelo estaría programado biológicamente, como lo está la respuesta psicológica ante la separación, con una secuencia ordenada de reacciones. Este autor **propone 4 fases de duelo**, parecidas a las del niño ante la separación de la figura de referencia, que le proporciona seguridad:

1. En una primera fase, reacciona con señales de protesta emocional intensa y aturdimiento.
2. En una segunda fase responde con añoranza, búsqueda y enfado intentando restablecer el vínculo.
3. Si esta reacción no consigue atraer la atención del cuidador, como sucede en el duelo, en la siguiente fase aparecen la sensación de tristeza, apatía, aislamiento y desesperanza.
4. Si sigue sin restablecerse el vínculo, el niño se desvincula, y se propicia así la última fase de duelo descrita por este autor, que sería la reorganización.

Vamos a abordar este tema, desde la perspectiva de la crisis vital que supone, porque, aunque en sí mismo el duelo no es una patología, puede devenir en un duelo complicado con un importante sufrimiento para el paciente y repercusión funcional. Por otro lado **una mala evolución del duelo puede actuar como desencadenante de una patología psiquiátrica o empeorar un Trastorno ya existente**. Ayudar a nuestros pacientes apoyando un adecuado trabajo de duelo, puede prevenir la aparición de duelos complicados o patológicos, y si estos aparecen, la comprensión del proceso nos permitirá tener recursos para **detectarlo y tratarlo más precozmente**.

Las cifras de la **frecuencia de este problema**, que **muchas veces pasa desapercibido porque el paciente solo nos habla de los síntomas** que aparecen y no de la base de ellos, hablan por sí mismas de **la necesidad de tener herramientas** para un mejor y más integral manejo de esta situación.

El denominado **índice de duelo** aporta cifras en algunos estudios de hasta 6% en proceso de **duelo por cada muerte**². Un **10%** de los duelos **evolucionan a un duelo complicado**^{4,5}. Y en nuestras consultas se ha detectado que hasta un **30%** de los **pacientes de Salud Mental tienen un duelo complicado**³.

Duelo por muerte	6%
De ese 6% evolucionan a duelo complicado	10%
En Salud Mental tienen duelo complicado	30%

¿Cuándo se considera un duelo complicado?

Horowitz⁶, conceptualiza el duelo complicado como aquel en el que el proceso se intensifica tanto que **la persona se siente desbordada**, recurriendo a conductas desadaptativas, o permaneciendo sin avanzar en el proceso de duelo hacia la resolución, con síntomas intrusivos en forma de recuerdos o fantasías, accesos de emoción intensa, añoranza insoportable, evitación de lugares y personas que recuerdan al fallecido e incapacidad para adaptarse.

Los criterios diagnósticos propuestos para el diagnóstico del Duelo complicado son⁷:

- ▶ **Criterio A:** Estrés por la **separación afectiva** que implica la muerte: Presentar, cada día o de forma acusada, **3 de los 4 síntomas siguientes**:
 1. Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.
 2. Añoranza del fallecido (recuerdo de su ausencia con enorme y profunda tristeza).
 3. Conductas de búsqueda del fallecido, aun sabiendo que está muerto.
 4. Sentimientos de soledad como consecuencia del fallecimiento.

► **Criterio B: Estrés por el trauma psíquico** que supone la muerte. Presentar, cada día o de forma acusada, y como consecuencia del fallecimiento, **4 de los 8 síntomas siguientes**:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de uno mismo.
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.
7. Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con el fallecimiento.
8. Tener alterada la manera de ver o interpretar el mundo.

► **Criterio C: Criterio Cronológico**

La duración de los síntomas mencionados debe ser de al menos 6 meses.

► **Criterio D: Criterio Funcional**

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

¿Qué factores de vulnerabilidad previa, predisponen a un duelo complicado?^{8,10}

En nuestra primera labor, de prevención de una mala evolución del duelo, es importante tener en cuenta aquellos factores que favorecen que ésta se produzca. Entre ellos están en primer lugar los **factores de vulnerabilidad personal**, que son, para estos autores, los más importantes a la hora de predecir la evolución. Entre ellos destacan:

- La **edad** del doliente (si son niños, adolescentes o muy ancianos)
- La existencia de **antecedentes de patología psiquiátrica** personal y familiar (Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, y Abuso de Alcohol o Tóxicos).
- Los **rasgos de personalidad** como baja autoestima y vinculación insegura y dependiente
- La existencia en su **patobiografía** de **pérdidas previas** no resueltas
- Historia personal de **traumas previos** (malos tratos en la infancia, violencia de género, acoso laboral, bullying...).

¿Qué circunstancias de cómo se ha producido la muerte pueden aumentar el riesgo de duelo complicado?⁹

Hay algunas circunstancias en torno a la muerte de un ser querido que suponen más riesgo de que el duelo se complique porque dificultan el proceso del duelo y agravan las dificultades para elaborar las tareas que el duelo nos exige.

En estos casos el profesional debe extremar el apoyo y los cuidados:

- ▶ Muertes **a destiempo** (aquellas en las que el fallecido es un niño o personas jóvenes).
- ▶ Muertes **inesperadas** (como son las de enfermedades de muy rápida evolución, o muertes repentinas IAM...).
- ▶ Muertes **traumáticas** (principalmente las debidas a accidentes de tráfico, domésticos o laborales, y homicidios...).
- ▶ Muertes **estigmatizadas** en las que el doliente se siente sin apoyo en el proceso de duelo (suicidio, VIH...).
- ▶ Muertes **múltiples**
- ▶ Muertes **ambiguas** (como son las desapariciones, o cuando no se haya el cuerpo del fallecido. En este sentido es por lo que es importante permitir la despedida y la visión del cadáver, para favorecer el proceso posterior de duelo).
- ▶ Duelos **desautorizados** (relaciones no reconocidas, dolientes excluidos -como pueden ser los discapacitados o los niños-, pérdidas perinatales...).

¿Qué características de la relación con el fallecido son importantes valorar como factores de riesgo de desarrollar un duelo complicado?¹⁰

Cuando hacemos la historia de una persona que está en proceso de duelo, es necesario valorar la relación con el fallecido porque determinados aspectos de la misma nos deben alertar del riesgo de evolucionar a un duelo complicado. Entre otras cosas incidiremos en:

- ▶ La dependencia económica del fallecido
- ▶ La relación difícil o ambivalente con el mismo (infidelidades, malos tratos, ...)

¿Qué factores sociales conviene tener en cuenta porque favorecen la aparición de duelos complicados?¹⁰

Hay determinados aspectos de las relaciones sociales y familiares que dificultan el proceso y por ello hemos de tenerlas en cuenta:

- ▶ La presencia de **disfunciones familiares**: mala cohesión entre los familiares, relaciones conflictivas, mala comunicación o tendencia a silenciar sentimientos.
- ▶ **Precariedad económica**.
- ▶ **Ausencia de un entramado social o familiar** de soporte adecuado, que daría lugar a lo que se denomina trauma acumulativo, en que la situación se agrava por el sentimiento de desprotección y soledad del doliente¹¹.

¿Cuál es la evolución normal de un proceso de duelo?^{10,15}

Es importante recalcar que cada persona tiene una forma de vivir el duelo, aunque es posible diferenciar determinadas etapas que nos permiten comprender mejor a la persona que lo está sufriendo, y apoyar la tarea a realizar en ese momento. En el proceso de duelo se han descrito **distintas etapas** por algunos autores como *Parkes*¹² y una serie de **tareas a realizar en cada una de ellas** (*Worden*)¹³ o los denominados desafíos que amplían la comprensión más integral de las distintas fases (*Neimeyer*)¹⁴.

Pero el duelo **no es una simple sucesión de fases**. Es importante comprender que en cada momento, el doliente puede estar en una fase o en otra de forma dinámica y flexible, de manera que aparecen y desaparecen las distintas etapas, se superponen y fluyen. Por ello es muy importante respetar los tiempos, el ritmo y la sucesión de etapas del doliente, y normalizar que esto es así autorizando la sucesión de emociones que la persona en duelo presenta. Acompañar, asesorar y tratar que van a ser nuestras tareas, nunca es precipitar el paso de una fase a la siguiente.

*Payas*¹⁰ nos propone un modelo integrativo, que añade a la descripción de las etapas, la concepción de estas con una función adaptativa que responde a unas necesidades. Nos permite plantear así las **tareas que el doliente tiene que elaborar en cada etapa**, los **síntomas** que aparecen con más frecuencia en cada fase, y el tipo de duelo complicado que se desarrollaría, si la persona en duelo no es capaz de superarla:

1. Entumecimiento y embotamiento (reacción postrauma de *Raphael*⁹):

La persona en proceso de duelo presenta sentimientos de incredulidad y sensación de confusión. Le resulta difícil modular emociones por la intensidad de las mismas y aparecen episodios de ansiedad intensa, crisis de llanto, sentimientos de indefensión, de desesperación, con momentos en los que la persona se siente aturdida. Son frecuentes episodios de agresividad e ira. Puede también afrontarse esta etapa con hiperactividad importante en la que se centra solo en resolver todas las exigencias externas (los pacientes son conscientes y expresan que todo lo que han de hacer no les permite sentirse en duelo) o con una adaptación y una frialdad emocional que resulta sorprendente. Todas estas reacciones son normales y en este momento hay muchas oscilaciones entre ellas, lo que responde a la resistencia del yo a la pérdida. Esta primera fase tiene una función adaptativa, de anestesia, que gradúa el impacto del shock, y así la persona puede adaptarse a la pérdida de forma progresiva. También facilita que pueda responder a las demandas externas, que en este primer momento es importante que se atiendan.

En esta etapa las personas en duelo pueden venir a nuestra consulta con síntomas psicósomáticos, tensión muscular, taquicardia, astenia, gastralgias, insomnio e hiporexia. También con síntomas de Trastorno de estrés postraumático de reviviscencias de lo sucedido, evitación de situaciones que lo evoquen, embotamiento afectivo y aumento del arousal.

Suele remitir en un periodo máximo de 6 meses.

Es importante apoyar esta etapa, especialmente en casos de accidentes en los que el doliente piensa que podría haberlos evitado, y cuando existe en el doliente la percepción de negligencia médica, ya que en estos casos el bloqueo en esta fase es más frecuente, cronificándose el cuadro clínico.

2. Evitación y negación:

Después de unas semanas o meses, **la sensación de apoyo inicial que dan la familia y amigos va disminuyendo**, y las exigencias de resolución de tramites es menor. La persona en duelo entra entonces en una etapa de evitación y de negación de la pérdida.

Con estas defensas, se intenta eludir el contacto con la muerte del fallecido, lo que tiene la función de graduar el impacto del trauma, al aliviar el sufrimiento psicológico y emocional, y relegar a afrontar aspectos más complicados relacionados con la muerte.

Estas defensas solo son adaptativas si esta etapa es transitoria, si no, a menudo conlleva la aparición de los llamados *duelos pospuestos*.

Cuando el paciente viene a nuestra consulta constataremos que le cuesta hablar del fallecido, y se centra en hablar de lo mal que está él/ella. Presenta alternancia entre periodos de **tristeza** con otros de **ansiedad**. Con frecuencia se siente abrumado por sentimientos de ira o culpa.

- ▶ Podemos detectar en esta etapa afrontamientos cognitivos característicos que son normales, siempre que no se cronifiquen en el tiempo, como:
 - la momificación (manteniendo sin cambios objetos o espacios del fallecido),
 - la sublimación (sensaciones de sentir la presencia del fallecido o los sentimientos de esperanza en el reencuentro),
 - la negación (imaginando otra realidad, buscarlo entre la muchedumbre, imaginar que todo es un sueño...),
 - el pensamiento rumiativo (en torno a lo sucedido, a que podría haber hecho por él/ella, como se vengaría, o que podría haber hecho para evitarlo...),

- ▶ También son característicos y normales **afrontamientos conductuales** como:
 - la **sustitución** (iniciando rápidamente otra relación, o tendiendo a la hipersexualidad...)
 - la **hiperactividad** (incluyendo en esta etapa actividades de alto riesgo, abuso de alcohol o tóxicos o conducción temeraria....)
 - el **aislamiento**.

- ▶ Es frecuente también que podamos detectar de forma predominante **afrontamientos emocionales de rechazo** y evitación en forma de respuestas de:
 - **Ira**: con irritabilidad, agresividad o deseo de venganza, a veces canalizada a través del sistema judicial. Una versión de esta ira es la llamada "*culpa del superviviente*" en aquellas personas que se sienten impotentes por no haber podido hacer nada por los demás en situaciones de muertes múltiples o en las muertes a destiempo en forma de deseo de haber muerto en lugar del fallecido.
 - **Bloqueo emocional**. La persona en duelo se presenta como si no hubiera pasado nada, a menudo no habla del hecho, o se refiere a él minimizando su importancia, racionalizándolo, como algo esperable o natural, o nos niega el impacto emocional que ha supuesto para él. **Es necesario diferenciarlo de una respuesta resiliente** en que la aceptación de la pérdida es más rápida y con menor impacto en la vida del doliente. A veces es la familia quien impone la denominada "*conspiración de silencio*", sin hablar de lo sucedido, desautorizando la expresión emocional, lo que hace que el duelo deba hacerse en soledad y contribuya al aislamiento y falta de apoyo entre sus miembros, propiciando

el denominado “*duelo acumulativo*” porque a la pérdida del fallecido se añade la pérdida del apoyo emocional esperado de su entorno cercano.

En esta etapa el paciente viene a nuestra consulta con frecuencia con somatizaciones, hiperactividad y estrés, contracturas musculares, ansiedad, aumento o disminución de peso, y conductas adictivas o de riesgo.

Es importante apoyar esta etapa en duelos con muerte a destiempo, y cuando la familia necesita que el doliente resuelva pronto el duelo y lo presiona para ello, desautorizando cualquier manifestación de sufrimiento. Esta actitud favorece que se ancle en esta etapa dando lugar a los denominados “duelos postpuestos”. Las dificultades para superar esta etapa son también más frecuentes en personalidades inmaduras, como niños y adolescentes, en las que se puede desautorizar el duelo por parte de la familia, por lo que tienen más riesgo, si se anclan en esta etapa, de no terminar nunca de superar el duelo.

3. Conexión e integración:

En esta etapa va disminuyendo la intensidad de las emociones, lo que permite **aceptar el dolor**. Cuando un paciente acude a nuestra consulta en esta etapa podemos observar que tiene la necesidad de retomar los recuerdos, de hablar del fallecido, e incluso de hablar con él con conversaciones internas. El doliente se vuelve hacia el pasado y hacia la relación con el fallecido, para permitir que se integre en el presente. Para ello va tomando conciencia de lo que supone la muerte de esa persona en su vida, ya que con ella se han ido una parte de sí, de sus actividades y de su entorno.

Esta etapa es el momento de favorecer que se resuelvan temas que quedaron pendientes con el fallecido, temas de enfado, o expresiones de agradecimiento que nunca se hicieron o de amor no dichas.

La persona en proceso de duelo toma conciencia de las necesidades que la relación atendía, de lo que el fallecido le hacía sentir sobre sí mismo, y todo el futuro que el fallecido ya no podrá vivir. Al tomar conciencia de la realidad de la ausencia y de la pérdida, comienza a reconstruir su mundo interno sin la persona pérdida.

El tipo de afrontamiento cognitivo en esta etapa es un intento de recuperar recuerdos.

El afrontamiento conductual que vamos a observar le lleva a volver a los sitios que le recuerdan al fallecido.

Su afrontamiento emocional le permite ser consciente y tolerar el impacto emocional que ésta confrontación con la pérdida conlleva.

El **síntoma predominante en esta etapa es la tristeza** y cuando la persona en duelo **se bloquea en esta etapa** da lugar al denominado **“duelo crónico”**.

Hemos de tener una especial sensibilidad en esta etapa con pacientes con patrones de apego inseguro y dependiente, y cuando existía una relación conflictiva con el fallecido.

4. Crecimiento y transformación:

Esta etapa responde al denominado por *Tedeschi y Calhoun*, **“Crecimiento postraumático”**¹⁷. Este concepto propone que después de un hecho traumático, como es un duelo, **la persona no puede volver a ser la misma que era antes, y es necesario para superarlo encontrar la manera de canalizar el dolor y dar un nuevo sentido a nuestra vida**. Esto se consigue cuando es capaz de sentir gratitud por las vivencias que el fallecido ha aportado a su vida, sentirse empoderado al haber sido capaz de superar el duelo, sentir que sus prioridades han cambiado y que es mayor la calidad en sus relaciones interpersonales.

Detectaremos que el paciente muestra un **aumento de la autoconfianza** ante la capacidad de superar adversidades, y un cambio en su escala de valores y en su percepción de los demás y de la vida.

En ésta etapa debemos favorecer que salga al exterior, la búsqueda de conexión con otro ser humano como mediador, y de reconstruir nuevos vínculos.

El crecimiento postraumático no anula el sufrimiento, no es la desaparición del dolor lo que perseguimos con el trabajo de duelo, **nuestro objetivo es conseguir que a pesar del dolor sea capaz de reconocer sus emociones, afrontar la soledad, abrirse a los demás y tener ilusión por el futuro**.

¿Cuáles son las tareas que favorecen una evolución normal del duelo?¹⁰

Las tareas que *Worden*¹³ plantea son:

1. Reconocer la realidad de la pérdida
2. Aceptar el dolor
3. Replantear el sistema de valores del doliente, aprendiendo a vivir en un mundo donde el fallecido ya no está
4. Reconstruir la relación con el fallecido y seguir viviendo

*Neimeyer*¹⁴ amplía el concepto, considerando que más que tareas son desafíos, y añadiendo más elementos como son que la pérdida se sufre a nivel individual y familiar, y que los desafíos no se abordan en un orden ni de una manera definitiva. Además incluye el desafío de Reinventarse a uno mismo, considerando que no volvemos a ser igual que antes.

¿Qué patologías son más frecuentes que aparezcan en los duelos complicados?^{15,19}

Los pacientes con duelos complicados presentan:

1. Más patología física y psíquica, y peor evolución de la misma.
2. Más riesgo de hospitalizaciones, bajas laborales y consumo de fármacos.
3. También tiene mayor frecuencia de somatizaciones, procesos infecciosos e incluso mayor riesgo de *rip*¹⁹.

Según la etapa en la que la persona se quede bloqueada, es más frecuente que aparezcan determinadas patologías:

- ▶ El estancamiento en la fase 1 puede derivar en un duelo similar al **Trastorno de Estrés Postraumático**. También son más frecuentes en esta etapa los **Trastornos psicósomáticos**.
- ▶ En la fase 2 una mala evolución puede hacer que se cronifique un nivel de **actividad frenético, consumo excesivo de tóxicos, alcohol o fármacos**, o involucrarse en conductas de riesgo. El doliente puede desarrollar un duelo pospuesto, en el que no se termina nunca de aceptar la pérdida.
- ▶ En la fase 3 el estancamiento puede llevar a la aparición **de cuadros depresivos**. Puede dar lugar a un **duelo crónico**.

La sospecha de **duelo complicado** debe hacerse **cuando se cronifica en alguna etapa**, cuando acontecimientos menores desencadenan sentimientos de duelo intensos, presenta síntomas físicos similares a los que padecía la persona que falleció, hace cambios radicales en su vida, hay compulsión a imitar al fallecido, presenta comportamientos autodestructivos, ideas obsesivas crónicas en torno a la enfermedad y la muerte.

¿Es necesario un tratamiento farmacológico específico en el duelo?

- ▶ En un **duelo normal** en general, **no está indicado**. Se deben usar con moderación BZD, para aliviar ansiedad y/o insomnio, especialmente en fases agudas.
- ▶ El tratamiento farmacológico del **duelo complicado** es sintomático y se utiliza como apoyo para desbloquear al paciente en su proceso terapéutico.

Es necesario en **primer lugar descartar patología somática**. Este punto es especialmente importante porque a veces la persona en duelo presenta el síntoma físico como queja principal.

En las fases agudas, mantener fuera del alcance del paciente medicamentos potencialmente letales.

Los **antidepresivos (ISRS, IRSN, NaSSa)** sólo se deben usar cuando se cumplan:

1. los criterios diagnósticos de un **trastorno de adaptación**,
2. o si se diagnostica una **depresión asociada (16% de los casos)**.
3. Se priorizaran los ISRS si hay predominio de rumiaciones obsesivas.

¿Cómo podemos ayudar a nuestros pacientes en la elaboración de un proceso de duelo?^{10,15}

Siguiendo a Tizón¹⁸, cuando se trata de un duelo no complicado, se apoyaría con acompañamiento y asesoramiento, reservando la terapia para ayuda a las personas con un duelo complicado.

La base es la de toda relación terapéutica, *confianza, seguridad y respeto*, ajustada a la fase de duelo en que se encuentre, que contenga el dolor del paciente, y que ayude y acompañe en su sufrimiento.

1. Acompañamiento:

Requiere para poder realizarlo que el profesional pueda tolerar que el paciente comparta con él su dolor y su sufrimiento, sin presionar al doliente para que se recupere lo antes posible.

Es una manera de acercarte a las personas que están en duelo.

Requiere una actitud de escucha: no podemos aliviar el dolor ni quitárselo, pero podemos compartirlo y ayudarles a sentir que no están solos.

Es necesario darles tiempo para llegar a sus propias conclusiones. Hablaremos sobre la situación actual, sin decirles qué deben hacer o sentir, ni juzgar. Apóyales en sus decisiones con respeto aunque no estés de acuerdo.

Es necesario mantener una actitud calmada, cuidando el lenguaje corporal, no cruzarnos de brazos, mirarle a los ojos, ser comprensivo. A veces vale más algo de contacto físico que palabras, como una mano en el hombro.

La comunicación ha de ser honesta.

Como principios generales **para realizar un buen acompañamiento**¹⁸ propone:

- ▶ Evitar plantear a la persona en duelo las soluciones, normas o perspectivas propias.
- ▶ Recomendar que no se tomen decisiones irreversibles o que impliquen grandes cambios en el estilo de vida o el lugar de residencia
- ▶ Tener disponibilidad y facilitar la accesibilidad del acompañante, que permita un apoyo lo más continuado posible
- ▶ Prestar atención a las fechas señaladas.

Frases para usar¹⁰:

*Siento lo que le ha pasado. La verdad es que no sé muy bien qué decirle.
Hubiera deseado que las cosas acabaran de forma diferente...*

Frasas a evitar, sobre todo aquellas que desautorizan las emociones o marcan como deberían ser los sentimientos:

Debes de ser fuerte por tus hijos, esposo/familia, etc. El tiempo lo cura todo, Es mejor que haya sido así, Ya deberías sentirte mejor, Llorar no te hace bien, Piensa en otras cosas, distráete, debes sentirte aliviado,...

2. Asesoramiento.

Es necesario en un duelo normal siempre, máxime en grupos de riesgo. Siguiendo a Worden¹³ hay una serie de principios generales, que apoyan al doliente en las tareas del proceso de duelo, desde la base de que cada persona realiza el duelo de una manera particular, y a un ritmo distinto:

- ▶ En el asesoramiento vamos a ayudar a reconocer la realidad de la pérdida. En la primera tarea que va a realizar el doliente en su proceso de duelo, es importante generar un clima de confianza, y respeto que le permita hablar de sus emociones sin sentirse juzgado. **Es útil que favorezcamos desde el profesional que el paciente hable de la muerte**, de cómo sucedió, las circunstancias en torno a la misma, del funeral. ... al hablar de la muerte de la persona fallecida, toma conciencia de ella.
- ▶ Debemos favorecer un mayor **autocuidado**, tanto respecto al sueño, la alimentación, el descanso, como aconsejándole que se permita pedir lo que necesite pedir ayuda, dejarse querer.
- ▶ Vamos a ayudar a aceptar el dolor, y para ello es importante que el paciente identifique, y pongas nombre a sus emociones, y **exprese sus sentimientos**^{10, 15}.

Algunos de los sentimientos más frecuentes que aparecen en esta fase son:

- a) **La rabia y el enfado**, que derivan del sentimiento de impotencia, por no haber podido evitarlo, de abandono, ante la soledad sentida, o de injusticia, cuando toma conciencia de la realidad de la pérdida.

A veces va dirigido al fallecido, o hacia sí mismo.

Es importante que el profesional además de recoger esos sentimientos, vaya trabajando una reestructuración cognitiva que transforme esas ideas irracionales, en cogniciones más positivas, con planteamientos como "*que podría haber hecho o dicho, que no hubiese hecho o dicho antes?*"

Es también una buena etapa para introducir **técnicas de relajación o mindfulness** para gestionar los momentos de mayor malestar.

- b) La **culpa**, que aparece ante la idea de si hubiera sido posible haber hecho algo más, o tomado alguna decisión distinta que evitase la muerte.

Podemos plantear al doliente por un lado, **qué querría** haber hecho para cambiar la situación, y, por otro, **qué podría** haber hecho realmente, lo que facilita el procesamiento de la culpa.

También hay culpa por la sensación de embotamiento afectivo que provoca el que el doliente a veces **no pueda llorar** o piense que no siente el dolor que debería, esta sensación se calma cuando aclaramos, a la persona en duelo, que es una fase normal del proceso, lo que autoriza este sentimiento sin sentirse culpable.

La culpa es más difícil de abordar si existe una base real.

- c) La **ansiedad** ante la idea de vivir si el fallecido o la toma de conciencia de la certeza de la muerte, se acompaña a veces con **miedo a la propia muerte o la de otros seres queridos**. Requiere un proceso de apoyo en cada tarea y de nuevos recursos de afrontamiento que van a reforzar el empoderamiento del paciente ante la adversidad.

- d) La **tristeza**, que aparece cuando ha asumido la pérdida, pero no ha podido adaptarse a la ausencia.

Es importante alentarle al paciente a **hablar del dolor que siente**, a expresar ese sentimiento de dolor, sintiéndose acompañado y comprendido, valorando la tristeza y el llanto como algo natural y sano. Porque a veces el doliente siente que cansa a los demás con la expresión de su sufrimiento. También hay que ayudar a que comprenda porque tiene esa tristeza y que le ponga palabras a las emociones. **Se puede trabajar con álbumes de fotos, describiendo recuerdos positivos.**

Cuando el paciente va avanzando en su proceso de duelo es importante ayudarlo a vivir en un mundo en el que la persona fallecida no está.

Esto supone que tiene que hacer las tareas, tomar las decisiones o asumir roles que antes realizaba la persona fallecida. También es importante asumir que con la pérdida una parte de lo que era, de los amigos que tenía, de las actividades que realizaba también se ha ido.

Hay **tres áreas de adaptación**:

1. en primer **lugar a los quehaceres del día a día**, al tener que realizar roles que desempeñaba el fallecido. Es importante **ayudarle a aprender, y desarrollar habilidades que no tiene.**

2. En segundo lugar se pierde la imagen que nos daba de nosotros mismos, por ello es beneficioso **hacerle recordar todo lo que el fallecido le ha aportado**.

Podemos apoyar la tarea de esta etapa promoviéndole a definir metas personales, animándole a relatar cómo se vería, o que haría, si la pena y el dolor no fuesen tan intensos. Discutir planes concretos para conseguir metas concretas.

3. También le ayuda que recree la idea de **lo que el fallecido habría deseado para él/ella** (como se sentiría si viese lo mucho que has avanzado hasta ahora?)
 - ▶ Debemos favorecer la reconstrucción de una **nueva vinculación afectiva con la persona fallecida**. Es importante ayudar a **superar el sentimiento de traición al fallecido, que aparece en esta etapa, si recupera su vida**. Porque recuperar su vida **no implica olvidar** a la persona fallecida. Se favorece esta tarea si le animamos a recuperar recuerdos de la persona fallecida y poder hablar de ellos.
 - ▶ Le ayudaremos a comprender y aceptar que **el proceso de duelo requiere un tiempo distinto para cada persona**, y que en la evolución existen síntomas y recaídas que son normales.
 - ▶ Mantendremos el respeto y le haremos tener ese **respeto hacia sí mismo** al paciente, respecto a las diferencias individuales en cuanto a las formas de actuar o de sentir que se producen en el proceso del duelo y que entran dentro de la normalidad.
 - ▶ **Nuestro apoyo debe ser continuado**, estando disponibles sobre todo en los momentos críticos. Aunque la frecuencia sea menor es mejor si se mantiene igual en el tiempo.
 - ▶ Valorar en el doliente las defensas y estilos de afrontamiento, porque ya hemos visto su importancia para avanzar en el proceso de duelo o trabajarlo.

¿Qué objetivos tiene la psicoterapia de duelo?

- ▶ Ayudar a manejar emociones muy intensas.
- ▶ Mantener empatía, incondicionalidad, respeto, honestidad,
- ▶ Garantizar un espacio de seguridad donde las personas pueden expresar su dolor y sus pérdidas y ser responsables de los cambios y el crecimiento interno que necesitan para poder manejar su sufrimiento.

¿Cuándo se considera que un duelo ha terminado?^{10,15}

No existe un momento determinado que implique la finalización del mismo, ni en términos de tiempo, ni de finalización de tareas, ya que en su elaboración intervienen múltiples factores que harán que las tareas se puedan realizar en mayor o menor tiempo, o bien que alguna o algunas de las tareas no puedan realizarse de un modo satisfactorio.

Es importante tener en cuenta que **hay que dar y darse tiempo** para recuperarse de una pérdida. No transmitir nunca la idea de que “tiene” que estar bien, que tiene que recuperarse ya de la pérdida, en un periodo relativamente breve de tiempo. Generalmente eso ocurre en su entorno cuando no se saben cómo relacionarse con quien no está bien. Por ello **trasladar a su entorno que es normal que el proceso de recuperación es largo y con altibajos**, tanto a nivel sentimental como de funcionamiento hará que vuelva a contar con el apoyo de familiares y amigos.

Es importante, para finalizar el proceso de duelo, que resignifique las denominadas «**creencias nucleares**»²⁰ la **capacidad que tiene la persona de dar significado a su experiencia de vida**. Define como tales las creencias básicas fundamentales —sobre el mundo, sobre nosotros mismos y sobre la interacción entre ambos—, a partir de las cuales construimos un edificio de esquemas mentales. Estas creencias básicas son que el mundo es amable, justo y predecible, que la vida tiene un sentido, y que las personas somos valiosas. Cada persona tiene sobre estas creencias su certeza de que tiene control sobre lo que pasa y confianza en el futuro. Las situaciones traumáticas como el duelo tambalean las creencias fundamentales. En una primera etapa las negamos, pero para finalizar el duelo es necesario dotarlas de significados más amplios, veraces, maduros y profundos.

En palabras de R. Janoff, “en el proceso de recuperación de esta fragmentación «la persona se vuelve más triste, pero mucho más sabia”¹⁰.

El duelo se considera finalizado cuando se alcanza un crecimiento postraumático:

En cuanto se produce un reajuste de los valores vitales, de las cosas que son importantes en mi vida y las que no lo eran, el planteamiento de cómo quiero vivir mi vida a partir de ahora.

En cuanto se pone en su justo valor las cosas que antes nos preocupaban, a relativizar los problemas, ajustando su importancia y el tiempo que les dedicamos.

En cuanto encontramos un equilibrio entre la necesidad de planificar el futuro para tener seguridad y la intensidad y presencia con la que vivimos el día a día.

Mantenemos el vínculo afectivo con la persona fallecida pero de un modo diferente, por los recuerdos, lo vivido, pero pudiendo permitirse una vida plena sin él/ella. Nunca perdemos a los que han estado con nosotros y forman parte de nuestra propia historia.

BIBLIOGRAFIA

1. Bowlby, J.(1995) "Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego". Barcelona, Paidós,
2. Latham AE, Prigerson HG (2004). Suicidaty and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidal. *Suicide Life Threat Behavior*, 34, 350-362.
3. Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie JS, Ogrodniczuk JS (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Internacional Journal of Group Psychotherapy*, 51, 4, 525-552.
4. Weiss, D. S. y C. R. Marmar, (1977)«The impact of event Scale-Revised», en J. P. Wilson y T. M. Keanne (comps.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, Nueva York, Guildford Press, 399-411.
5. Weiss, R., (1993) «Loos and recovery», en M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (comps.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 271-284.
6. Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonano, G.A., Milbrath, C., Stinson, C.H. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*; 154: 904-10.
7. Lacasta Reverte, M.A., Soler Sáiz, M.C. (2004) El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Camps, C., Carulla, J., Casas A.M., González, M., Sanz-Ortiz, J., Valentín, V. Eds. *Manual SEOM de cuidados continuos*. Dispúblic, S.L.; 713-30.
8. Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M.S. (2005) Grief work, disclosure and counselling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychological Review*; 25: 395-414.
9. Raphael B., Minkov C., Dobson M. "Psychotherapeutic and Pharmacological intervention for Bereaved Persons". *Handbook of Bereavement research: consequences, Coping and care*, Washington D.C., APA 2001.
10. Payas A., "Las Tareas del Duelo", Paidós, 2012
11. Znoj, H., (2006) «Bereavement and posttraumatic growth», en R. G. Tedeschi y L. G. Calhoun (comps.), *Handbook of posttraumatic growth*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, págs. 176-196.
12. Parkes, C.M. (1993) Bereavement. En: Doyle, D., Hanks, G.W.C., Macdonald, N., Eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford: Oxford University Press,
13. Worden, J.W. (1997) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós,
14. Neimeyer, R.A. (2002) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
15. Alverola V, (2007) "Tratamiento individualizado del duelo" en: *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Camps-Herrero C, Carulla Torrent J, Casas Fdez. de Tejerina A, González Barón M, Sanz Ortiz J, Valentín V (eds.). Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2004.
16. Stroebe, M., Schut H, Boerner K., (2017) "Modelos de afrontamiento en duelo", en *Estudios de psicología, Duelo y Procesos de fin de vida*, Vol 38, Nº 3: 593-607
17. Tedeschi, Ry Calhoun L, (2006) *Handbook of posttraumatic growth*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 176-196.
18. Tizón, J.L. (2003) *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Ediciones Paidós, 2004. 3- Maddocks, I. *Grief and Bereavement*. M.J.A. 179: S6-S7.
19. Lacasta Reverte MA, Soler Sáiz MA. (2004) El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. CampsHerrero C, Carulla Torrent J, Casas Fdez. de Tejerina A, González Barón M, Sanz Ortiz J, Valentín V (eds.). Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
20. Janoff-Bulman, R (1989), "Assumptive worlds and the strees postraumatics events:applications of the squema construct" *Social Cognition*, 7, 2:113-136.



Patrocinado por:

