

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN DUELO

Vicente Alberola Candel¹, Lina Adsuara Vicent² y Nuria Reina López³

¹Servicio de Oncología Médica.

²Psicóloga Clínica.

³Psicóloga Interna.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN DUELO

El duelo es considerado por la mayoría de los autores como un proceso por el que la persona ha de pasar tras la muerte de un ser querido, sin embargo, la intensidad de las emociones, la duración del proceso y la resolución normal o no del mismo va a depender de múltiples factores. En opinión de Ramón Bayés "en función de la importancia de la valoración que haga el individuo de las amenazas y privaciones que le supongan la pérdida, y de los recursos -propios, ambientales y de apoyo psicosocial- que posea para afrontarla, así será la evolución del proceso, el cual aún cuando pueda seguir, en muchos casos, unas pautas más o menos previsibles, será siempre idiosincrático y personal"⁽¹⁾. A pesar de ser un proceso que entra dentro de la normalidad, éste resulta casi siempre muy doloroso y a veces realmente incapacitante, al menos temporalmente. Según Horowitz el duelo puede suponer una regresión intensa en la que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, inadecuadas, incapaces, infantiles o personalmente en quiebra (Horowitz y otros, 1980)⁽²⁾.

Por otra parte, aunque generalmente el proceso se resuelve sin excesivas dificultades, es importante tener en cuenta la posibilidad de que aparezcan complicaciones en el duelo con el objetivo de tratarlas lo más precozmente posible, ya que se ha visto que las personas en duelo tienen mayor probabilidad de padecer trastornos físicos e incluso aumenta la probabilidad de suicidio.

El desarrollo del duelo ha sido descrito en etapas por algunos autores como Parkes o bien como una serie de tareas (Worden) o desafíos (Neimeyer)⁽³⁻⁵⁾.

Según Parkes, las etapas por la que pasa la persona en duelo serían, de modo esquemático:

1. "Entumecimiento y embotamiento" (Shock): en esta fase aparece fundamentalmente embotamiento afectivo, sentimientos de irrealidad ("no puede ser verdad"), incredulidad...
2. Anhelo y languidez: largos períodos de pena y anhelo intercalados con otros de ansiedad y tensión. Se pueden añadir a esta confusión emocional sentimientos de ira, autoreproches, baja autoestima y aturdimiento. La persona se puede sentir insegura y con la sensación de estar esperando cualquier desastre de un momento a otro.
3. Desorganización y desesperación: disminuye la intensidad emocional y aparecen amplios períodos de apatía y de desesperación. Todos los deseos se ven disminuidos y se prefiere no mirar al futuro. Puede aparecer aislamiento social y el doliente puede comportarse como si hubiese sido mutilado físicamente.
4. Reorganización y Recuperación: Primero se recupera el apetito por la comida. Los aniversarios suelen ser momentos de revivir el duelo, pero una vez pasan puede haber una mejora del humor y la energía. Las vacaciones pueden ser un momento de escape de todo lo que recuerda al fallecido. Aparecen otra vez, paulatinamente, las motivaciones.

Estas fases no siguen un orden temporal fijo y hay que tener en cuenta además la variabilidad interpersonal que hará que la duración y el orden de las mismas sea diferente. Por otra parte también hay que señalar que es difícil concretar un punto final del duelo ya que incluso años después pueden aparecer recuerdos tan vívidos como los experimentados inmediatamente después de la pérdida.

Para Worden, W. el duelo no se trata únicamente de un estado en el que se sumerge una persona tras la pérdida, sino que implica un proceso activo. Se trata de un tiempo en el que la persona ha de realizar diferentes tareas a través de las cuales poder ir elaborando la pérdida. Para este autor pues, existen cuatro tareas básicas que la persona en duelo ha de realizar tras la pérdida.

Estas tareas, al igual que las etapas propuestas por Parkes, no necesariamente siguen un orden específico, aunque sí es cierto que se sugiere un cierto orden ya que hay determinadas tareas que resulta difícil incluso plantearlas si antes no se han llevado a cabo otras más elementales.

Las cuatro tareas propuestas son:

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida.

Esta primera tarea es básica para poder seguir haciendo el trabajo del duelo. Aunque parezca algo evidente, incluso si la muerte es esperada, como sucede en los casos de enfermedad terminal, en los primeros momentos casi siempre existe la sensación de que no es verdad, una sensación de incredulidad que generalmente se resuelve en poco tiempo.

Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Aquí Worden hace referencia tanto al dolor emocional como al dolor físico que muchas personas sienten tras una pérdida significativa. Es importante reconocer los sentimientos que ésta despierta y no intentar evitarlos, sentir el dolor plenamente y saber que algún día pasará.

Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

La realización de esta tarea implica cosas muy diferentes en función del rol del fallecido y del doliente y de la relación que existiese entre ambos, pues no es lo mismo el que el fallecido sea el padre, la pareja o un hijo.

Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Básicamente se trata de poder continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros.

Neimeyer considera también el duelo como un proceso activo y aunque su planteamiento es muy similar al de Worden reformula las “tareas” de éste como “desafíos”, añadiendo algunos elementos que lo diferencian del anterior. Estos desafíos que la persona ha de superar, los superará de forma diferente en función de los recursos de que disponga y de la naturaleza de la pérdida. Según Neimeyer estos desafíos no se superan en un orden determinado ni se resuelven todos totalmente para el resto de la vida.

Los desafíos a los que ha de enfrentarse el deudo serían:

1. Reconocer la realidad de la pérdida.

Además de lo comentado anteriormente al hablar de las tareas propuestas por Worden, Neimeyer añade una segunda dimensión ya que considera que la pérdida se sufre no sólo como individuos sino también como miembros de sistemas familiares, de forma que habría

que reconocer y hablar de la pérdida con todos los afectados incluyendo niños, personas enfermas o mayores en un equivocado intento de “protegerlos”.

2. Abrirse al dolor.

Hace referencia también, al igual que Worden, a la necesidad de reconocer y darse tiempo para sentir el dolor y la pena por la muerte; sin embargo añade también un nuevo matiz ya que Neimeyer se hace eco de las nuevas teorías acerca del duelo que hablan de la necesidad de alternar entre la atención a los sentimientos y la atención a tareas más prácticas.

3. Revisar nuestro mundo de significados.

Tras una pérdida importante es probable que no sólo cambie nuestra vida a un nivel práctico, sino que este hecho nos haga replantearnos todo nuestro sistema de creencias y valores que había sustentado hasta el momento nuestra vida.

4. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido.

Para el autor la muerte no acaba con las relaciones sino que las transforma, de manera que hay que reconvertir la relación, la cual pasa a estar basada en una conexión simbólica en lugar de en la presencia física.

5 Reinventarnos a nosotros mismos.

Tras una muerte importante podemos recuperarnos y llevar una vida totalmente satisfactoria, pero es seguro que no volvemos a ser igual que antes, es pues una ardua labor el encontrar una nueva identidad que encaje con el nuevo rol. Este último desafío está ligado a la concepción de la identidad como algo no únicamente personal sino también social.

Con independencia de cómo se considere, el proceso de duelo debería permitirnos, tanto en los casos de pérdida imprevista como en los que puede anticiparse, adaptarnos gradualmente a la nueva realidad hasta el momento en que podamos aceptarla e integrarla en una nueva identidad. Y este proceso puede ser largo, complejo y difícil ⁽¹⁾. Respecto a cuándo se considera que el duelo ha terminado, al igual que hacía referencia Parkes, no existe un momento determinado que implique la finalización del mismo, ni puede hablarse tampoco en términos de tiempo, 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. A este respecto un punto importante a tener en cuenta es que hay que dar y darse tiempo para recuperarse de una pérdida. En muchas, demasiadas ocasiones a la persona en duelo se le transmite la idea de que

“tiene” que estar bien, que ha de estar ya recuperada de la pérdida, en un periodo relativamente breve de tiempo. Generalmente eso ocurre porque los demás no saben como relacionarse con quien no está bien. Hay que tener muy presente pues que normalmente, el proceso de recuperación es largo y con altibajos, tanto a nivel sentimental como de funcionamiento y va a depender de múltiples factores (relación con el fallecido, edad del fallecido y del doliente).

ACOMPAÑAMIENTO, ASESORAMIENTO, Y TERAPIA

Existen diferencias a la hora de abordar el tratamiento de la persona en duelo, tanto respecto al cómo hacerlo, ya que no existe un tratamiento validado y consensuado, como respecto al cuando es aconsejable iniciar un tratamiento. Algunos autores opinan que lo mejor es comenzar haciendo prevención, en los casos en que esto sea posible, antes de que la muerte ocurra argumentando que introducir a alguien desconocido tras la pérdida puede ser visto como un intruso, mientras que si la familia ya le conoce resulta más aceptable. Por el contrario otros opinan que es mejor no intervenir antes de la muerte por que creen que es mejor que sea una persona nueva ya que una de las cosas que harán los dolientes es contar cómo sucedió todo de forma que esta rememoración no sólo proporciona información al acompañante, sino que también clarifica en sus mentes la realidad de la pérdida. Parece que sí existe cierto consenso, entre los que opinan que es mejor esperar a que la pérdida ocurra, en que el tiempo de inicio del asesoramiento se sitúa entre las tres y ocho semanas tras la pérdida⁽³⁾.

Respecto a quién ofrecer la ayuda también existen diferentes posturas. Por una parte están los que opinan que debería ofrecerse el asesoramiento a todas las personas en duelo; una segunda opción sería la que defiende que es mejor esperar a que la persona en duelo o la familia tenga dificultades o bien desarrolle un duelo patológico y por último una tercera postura sería la que defiende un modelo preventivo que intente predecir el riesgo de duelo complicado o patológico y así poner en marcha estrategias preventivas, de manera que pudieran beneficiarse del asesoramiento o la terapia aquellos que realmente lo necesitan lo antes posible.

Siguiendo a Worden podemos hacer una distinción entre asesoramiento psicológico y terapia en el duelo, definiendo el asesoramiento como una ayuda a la hora de resolver el duelo normal o no complicado, mientras que reservan la llamada terapia en el duelo para las técnicas específicas utilizadas en la ayuda a las personas con un duelo anormal o complicado. Tizón añade al asesoramiento y la terapia, el acompañamiento que define como la ayuda no profesional proporcionada por amigos y familiares, allegados, voluntarios o grupos naturales de una

población, señalando también que la asesoría implica formación especializada en el tema aunque pueda ser proporcionada por ONG o por grupos de voluntarios.

Será también una importante tarea de prevención ya que ayudaría a que pudiera realizarse un mejor y más efectivo acompañamiento, el poder difundir y que se conozcan a nivel general en que consiste el duelo y las tareas a llevar a cabo por el doliente, ya que es importante darle su tiempo a la persona que ha sufrido una pérdida importante y no presionar para que recupere la "normalidad" en un periodo excesivamente breve de tiempo, recordando también que cada persona así como cada duelo tiene sus propias características y su propio tiempo.

ACOMPañAMIENTO

De acuerdo con Tizón, lo más adecuado para la persona en duelo es poder recibir un acompañamiento, de forma que el proceso de duelo ocurra de una manera natural, dejando el tratamiento para aquellas personas que presenten un duelo muy complicado o patológico. Este acompañamiento es mucho mejor que pueda realizarlo alguna persona querida, familiares o allegados, ya que en los duelos se necesita sobretodo al inicio sentirse apoyado, querido, comprendido.... En los primeros momentos tras la pérdida la tarea más básica es la contención y fundamentalmente la autocontención; se trata de poder acompañar interviniendo lo menos posible. Conforme va pasando el tiempo, cuando la persona en duelo ha de readaptarse al mundo, es cuando las intervenciones prácticas adquieren mayor peso.

Una de las características básicas para poder hacer de acompañante, asesor o clínico es poder tolerar los afectos como la tristeza o la nostalgia cada vez menos tolerados y más medicalizados en nuestra sociedad. Una de las principales quejas de las personas en duelo es la dificultad para compartir, pasado un tiempo mínimo, estos afectos, sintiendo muy intensamente la presión de los que están alrededor para que recupere lo antes posible su estado de ánimo previo y retome su actividad habitual.

Como principios generales para realizar un buen acompañamiento Tizón propone entre otros:

1. Ser prudentes y evitar el sentimiento de que sus soluciones, normas o perspectivas son las que mejor le van a la persona en duelo.
2. Recomendar que no se tomen decisiones irreversibles o que impliquen grandes cambios en el estilo de vida o el lugar de residencia ya que hay que tener en cuenta que la distancia casi nunca resuelve los duelos sino más bien al contrario puede empeorarlos.

3. Disponibilidad del acompañante. Es importante poder proporcionar un apoyo lo más continuado posible, prestando especial atención en las fechas señaladas, "crisis de aniversario" u otras crisis

ASESORAMIENTO

Como ya se ha comentado anteriormente el asesoramiento ha de ser realizado por una persona con conocimientos específicos sobre el tema. Uno de los aspectos básicos del asesoramiento es hacer saber a las personas que el duelo es un proceso largo y que su culminación no será un estado como el que tenían antes. Así como también que, durante ese tiempo, habrá malos momentos aunque el proceso sea bueno ya que no se trata de un proceso lineal.

A pesar de las limitaciones tanto teóricas como metodológicas, algunos estudios han identificado diferentes variables predictivas del estado psicológico a corto plazo, tras la muerte de un familiar enfermo de cáncer, que pueden ayudar a la hora de concretar objetivos para un soporte temprano del cuidador. Se han encontrado un conjunto de factores relacionados con el entorno social, factores individuales y de la propia enfermedad. De los factores estudiados, los más significativos fueron: un número elevado de sucesos vitales estresantes, la relación entre el cuidador y el paciente, el grado de severidad de la enfermedad, pérdidas pasadas incluyendo la experiencia de separación de los padres o el estilo de afrontamiento⁽⁶⁾.

Existen algunos principios generales que pueden ayudar a la resolución del duelo evitando que éste se convierta en un duelo complicado o patológico. Siguiendo a Worden, estos pueden resumirse en:

1. Ayudar al superviviente a hacer real la pérdida. Para ello es importante poder hablar de la pérdida, explicando cómo sucedió, cómo fue el funeral ... de forma que a través del relato la persona va adquiriendo mayor conciencia de lo sucedido.
2. Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos. Algunos de los sentimientos que mayor dificultad presentan a la hora de reconocerlos e incluso poder sentirlos son:
 - El enfado. Probablemente el enfado proviene de la frustración y de la impotencia. Si este enfado que normalmente va dirigido al fallecido no se expresa ni se desplaza hacia otra persona se puede volver hacia uno mismo convirtiéndose en los casos más extremos en ideación suicida.

- La culpa. Es frecuente experimentar culpa tras un fallecimiento, por no haber cuidado suficiente al fallecido, por no haberse dado cuenta antes de la enfermedad... e incluso por no sentir la pena suficiente tras la pérdida; esto último, junto con cierto sentimiento de alivio o liberación puede ocurrir tras el fallecimiento por una enfermedad especialmente si ésta a sido larga y penosa obligando a la persona en duelo a dispensar cuidados continuos. Si la culpa es irracional es relativamente sencillo confrontarla con la realidad, pero puede complicarse si existe una culpa real la cual es más difícil de trabajar.
 - La ansiedad y la impotencia. La ansiedad puede derivar de la sensación de impotencia ante la expectativa de vivir si el fallecido. También es una fuente de ansiedad importante la derivada de la toma de conciencia de la propia muerte que suele producirse tras la pérdida de alguien allegado o muy querido.
 - La tristeza. Hay ocasiones en que es necesario estimular la tristeza y el llanto, pues la persona en duelo no se atreve a hacerlo, considera que ya lo ha hecho lo suficiente o bien cree que puede incomodar a los demás si lo hace frecuentemente. Es importante poder llorar por la pérdida y fundamentalmente hacerlo en compañía, sintiéndose comprendido y apoyado. Hay que tener en cuenta que la simple expresión de los sentimientos no es suficiente sino que hay que ayudar a la persona a identificar el significado de las lágrimas.
3. Ayudar a vivir sin el fallecido.
- Implica poderse adaptar a una nueva vida sin la persona fallecida. En función del rol que desempeñase tanto el fallecido como la persona en duelo las tareas a desempeñar serán diferentes, aunque suele resultar útil ayudar en la resolución de problemas para los que anteriormente se contaba con la ayuda del fallecido. Por otra parte también es importante ayudar a que no se tomen decisiones importantes en la fase aguda del duelo ya que las posibilidades de hacerlo de forma desadaptada son mayores.
4. Facilitar la recolocación emocional del fallecido.
- Se trata de colaborar en la búsqueda de un nuevo lugar en la vida del superviviente de su ser querido fallecido. Ayudar a que la persona entienda que el fallecido será importante para él probablemente toda la vida, pero ahora como recuerdo y no como realidad. Pueden darse los dos extremos y encontrar personas incapaces de seguir con su vida por la creencia de que rehacer su vida implica de algún modo deslealtad hacia el fallecido o bien personas que rápidamente sustituyen al fallecido en sus vidas en un intento desesperado de

llenar el vacío que les ha dejado. Ambas formas han de ser reconducidas de manera que el duelo pueda ser vivido por completo y de algún modo terminado.

5. Dar tiempo para elaborar el duelo.

Como indicábamos anteriormente el duelo es un proceso largo, gradual y con momentos en los que parece que no hemos avanzado nada, pues se vuelve una y otra vez a experimentar el dolor y la pena de forma más o menos intensa. Estos momentos suelen coincidir con los aniversarios, vacaciones, fechas señaladas... en las que el dolor por la ausencia se hace más evidente. Con el tiempo, si la evolución es normal, también en estos momentos la intensidad de los sentimientos va disminuyendo y pueden vivirse con normalidad.

6. Interpretar la conducta "normal".

En muchas ocasiones las personas tras una pérdida importante refieren tener la sensación de estar volviéndose locas ya que sienten y experimentan cosas que normalmente no sentían, como puede ser alucinaciones visuales o auditivas en relación con la persona fallecida, intensa rabia u hostilidad entre otros. Resulta muy tranquilizador que alguien pueda transmitirle la normalidad de todo lo que le está pasando.

7. Permitir las diferencias individuales.

Cada persona elabora el duelo de forma diferente en función múltiples factores (relación con el fallecido, edad, pérdidas anteriores...) siendo muy importante aclarar que, mientras el proceso siga su curso, hemos de respetar las diferencias individuales en cuanto a las formas de actuar o de sentir.

8. Dar apoyo continuado.

A diferencia de la terapia, durante el asesoramiento se ha procurado estar disponible durante un tiempo más largo y fundamentalmente en los momentos más críticos. Sin embargo si no puede mantenerse la frecuencia durante un largo periodo de tiempo, es mejor comenzar también con menor frecuencia en lugar de realizar inicialmente un acompañamiento intensivo y al poco tiempo no poder responder a las demandas de la persona en duelo.

9. Examinar defensas y estilos de afrontamiento.

Generalmente las defensas o estilos de afrontamiento se intensifican tras la pérdida de un ser querido, de forma que si éstas no son adaptativas puede suponer complicaciones a la hora de elaborar la pérdida. Es importante tener en cuenta que algunos estilos de afronta-

miento como pueden ser la negación bien de la realidad o bien de los sentimientos que esa realidad despierta pueden resultar útiles al inicio pero convertirse en desadaptativos si se mantienen de forma inflexible durante un tiempo, sería aconsejable explorar formas alternativas de afrontamiento que ayuden a la resolución del duelo de forma satisfactoria. Otras formas de afrontamiento como puede ser el consumo abusivo de alcohol o drogas suele resultar desadaptativo ya desde el inicio teniendo que iniciar un tratamiento activo del problema desde el primer momento.

Según Neimeyer ⁽⁵⁾ hay estudios que demuestran la existencia de diferencias de género en la elaboración del duelo, lo que implicaría también diferencias tanto en el asesoramiento como en el tratamiento del mismo si éste presenta complicaciones. Sin embargo añade que algunos autores consideran que más que diferencias de género puede considerarse que son diferencias en el estilo de afrontamiento, por lo que lo importante sería reconocer el estilo de la persona en duelo independientemente del género. El llamado el "estilo femenino" de afrontamiento, se centraría mayoritariamente en los sentimientos, presentando una mayor facilidad para dar y pedir apoyo y mostrar públicamente sus sentimientos. Los hombres, o las personas con el "estilo masculino" de afrontamiento sin embargo, se centrarían más en las actividades y menos en los sentimientos. Por lo que considera importante averiguar el estilo de afrontamiento de la persona en duelo para personalizar al máximo las intervenciones.

10. Identificar patologías y derivar.

Hay que tener en cuenta que no todas las personas van a poder realizar el trabajo del duelo de forma satisfactoria aunque dispongan de un buen asesoramiento tras la pérdida. En estos casos es importante reconocer los límites y derivar para un tratamiento específico o terapia.

Técnicas útiles en el asesoramiento

Existen diferentes técnicas que pueden resultar útiles a la hora de realizar el asesoramiento del duelo, como son ^(2,4):

1. Escuchar y contener
2. El lenguaje evocador
3. El uso de símbolos
4. El libro de recuerdos
5. Escribir
6. Dibujar
7. Role-playing

8. Reestructuración cognitiva
9. El libro de recuerdos
10. Imaginación guiada

La utilización de estas técnicas tiene como objetivo la expresión de sentimientos de todo tipo, tanto los considerados adecuados a la situación de pérdida como aquellos que a la persona le resulta difícil aceptar, como pueden ser la rabia o la culpa.

TERAPIA

Como se ha dicho anteriormente la terapia hace referencia al uso de técnicas específicas que ayudan en la resolución del duelo complicado o patológico. Ambos términos han sido utilizados indistintamente en la literatura para hacer referencia a la dificultad o imposibilidad de resolución de forma adaptativa de un proceso de duelo, aunque en la mayor parte de los estudios se utiliza el término duelo complicado ⁽⁷⁾.

Actualmente no existe un consenso claro en la definición del duelo complicado; sin embargo sí parece existir evidencia de que se trata de una entidad clínica diferente de otros trastornos psiquiátricos recogidos en el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado de la Asociación Americana de Psiquiatría) ⁽⁸⁾. En el mismo manual diagnóstico se recoge el duelo dentro del apartado de los "problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica" indicando algunos síntomas que no son característicos del duelo normal y que pueden ser útiles para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Por otra parte existen diferentes estudios que apoyan también la idea de que el duelo complicado es un trastorno que se diferencia del duelo normal así como del trastorno depresivo mayor o del trastorno por estrés postraumático, aunque pueda compartir con ellos algunas características ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Tanto Prigerson como Horowitz han propuesto unos criterios que definen el duelo complicado o patológico diferenciándolo de otros síndromes ^(7,10). Sin entrar a detallar los criterios propuestos por ambos, podemos decir que las características más importantes del duelo complicado incluyen:

1. Sensación de incredulidad respecto a la realidad de la muerte.
2. Enfado y amargura
3. Emociones dolorosas recurrentes con un intenso deseo y anhelo en relación con el fallecido.
4. Preocupación por pensamientos acerca del fallecido incluyendo a menudo pensamientos intrusivos estresantes relacionados con la muerte.

Son también frecuentes las conductas de evitación ante diferentes actividades o situaciones que evocan sentimientos dolorosos.

Para el tratamiento del duelo complicado se han propuesto diferentes procedimientos terapéuticos y una amplia gama de técnicas psicológicas específicas a utilizar en función del objetivo propuesto para cada persona en cada uno de los momentos por los que ésta va pasando o se ha detenido en su proceso de duelo^(2,4,10-13); sin embargo existen pocos estudios dirigidos al tratamiento del duelo complicado ya que la gran mayoría se han centrado en validar la eficacia del tratamiento en el duelo normal. Basándonos en algunos estudios de revisión⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ se ha comprobado que los resultados en duelo normal son bastante pobres, no viéndose mejoras significativas en los pacientes, al menos en las variables medidas (aunque sí posibilitan un mayor bienestar a la persona, no logran moderar el impacto psicológico ni tampoco aceleran el proceso de duelo). La explicación a esto se repite: el duelo no es en sí una patología, y es imposible tomar un “atajo” para evitar el malestar, el sufrimiento y el impacto emocional que produce la pérdida.

Además de resaltar la existencia de limitaciones (heterogeneidad teórica, no explicación clara de los procedimientos, características de la muestra, medidas de evaluación de resultados...), se añade la escasez de estudios publicados y defectos metodológicos del diseño.

Estos trabajos de revisión concluyen que los esfuerzos de los terapeutas deberían ir dirigidos a desarrollar terapias bien estructuradas para el tratamiento del Duelo Complicado, ya que, a pesar de ser pocos los estudios publicados, estas intervenciones sí han podido demostrar su eficacia.

Con posterioridad a estas revisiones Catherine Shear, MD; Ellen Frank, PhD et al. proponen un tratamiento estructurado específico para el Duelo Complicado.

Tratamiento del duelo complicado. Propuesta de Catherine Shear, MD; Ellen Frank, PhD et al.^(12,13)

Los autores, partiendo de la consideración del duelo complicado como una entidad clínica específica y ante la evidencia de la falta de resultados en el tratamiento del mismo cuando se utilizan únicamente tratamientos para la depresión diseñan un tratamiento específico uniendo diferentes técnicas que han resultado eficaces en el tratamiento de otros trastornos con los que el duelo complicado comparte algunas características. Este tratamiento llamado por los autores Tratamiento del Duelo Complicado (CGT, Complicated Grief Treatment) se inscribe

dentro del marco teórico proporcionado por el modelo dual de afrontamiento de la pérdida⁽¹⁷⁾. Este modelo, inicialmente desarrollado para entender el afrontamiento tras la muerte de la pareja, es potencialmente aplicable a otras pérdidas, aunque todavía no ha sido sistemáticamente investigado. Resumidamente puede decirse que en este modelo se incluyen los estresores asociados a la pérdida, como pueden ser el tener que realizar las tareas que hasta entonces hacía la persona fallecida (p.ej. aprender a cocinar o dirigir una empresa familiar), realizar cambios importantes por necesidad (p.ej. vender la propia casa, empezar o volver a trabajar) o el desarrollo de una nueva identidad (como el tener que pasar desde esposa/o a viuda/o o de padre/madre con hijo/a a padre/madre sin hijo/a), además de una multitud de sentimientos asociados con el afrontamiento de estas tareas, junto con las estrategias cognitivas involucradas en la aceptación de este evento vital como pueden ser rumiaciones acerca de las circunstancias de la muerte, mirar fotos del fallecido o imaginar cómo reaccionaría ante determinadas situaciones y, lo que claramente lo distingue de otros modelos, que es el proceso dinámico de oscilación entre ambos. Esta oscilación hace referencia a la alternancia entre el afrontamiento orientado a la pérdida y el orientado a la restauración. En palabras de Neimeyer “un proceso que fluctua entre el sentir y el hacer, en proporciones que dependen de cada persona y de la relación que se pierde⁽⁵⁾”.

En el modelo de tratamiento propuesto se han incluido técnicas de la terapia interpersonal que han demostrado ser de utilidad en el tratamiento de la depresión, ya que ambos trastornos comparten síntomas como la tristeza, reducción de la actividad social o la culpa. También se han incluido técnicas de la terapia cognitivo-conductual para la elaboración del trauma dada la existencia de síntomas similares a los aparecidos en el trastorno por estrés postraumático como la incredulidad, imágenes intrusivas y conductas de evitación, así como diferentes estrategias cognitivas para trabajar el estrés específico producido por la pérdida.

En un primer estudio y para valorar la eficacia del tratamiento, los autores se proponen los siguientes objetivos:

- reducir la intensidad del duelo, es decir, del sufrimiento asociado a la pérdida.
- facilitar y promover la capacidad de disfrutar de los buenos recuerdos del fallecido.
- Promover la recuperación y/o instauración de las relaciones con los otros.
- Apoyo para la reincorporación a la vida diaria.

El tratamiento propuesto para el duelo complicado se realiza en aproximadamente 16 sesiones que se reparten entre 16 y 20 semanas y está estructurado en tres fases:

1. Una primera fase de introducción en la cual el terapeuta proporciona información acerca del duelo "normal" y el complicado y describe el modelo del procesamiento dual de afrontamiento de la pérdida que como se ha visto implica ambos procesos, el restablecimiento de una vida satisfactoria y la adaptación a la pérdida. Además de esto esta primera fase se centra también en las metas u objetivos vitales del paciente.
2. Una fase intermedia en la que el terapeuta incide en los procesos explicados en la primera fase.
3. Una fase de terminación que se centra en la revisión del progreso experimentado, planes de futuro y los sentimientos que despierta la finalización del tratamiento.

Las técnicas utilizadas para el cumplimiento de los objetivos en las diferentes fases fueron, entre otras:

1. Exposición en imaginación y en vivo. En imaginación esta técnica permite reexperimentar el momento de la muerte, cómo sucedió todo, ayudando a afrontar pensamientos o vivencias que el paciente evita. La relación de los acontecimientos alrededor de la muerte se pedía que fuese narrado en presente, con los ojos cerrados y prestando atención a los sentimientos que ello evocaba, durante la narración el terapeuta ayuda al paciente a identificar los momentos de mayor impacto emocional. Este relato fue grabado, e incluía la escucha del mismo como forma de exposición en imaginación en el trabajo para casa. La exposición en vivo hace referencia a situaciones o conductas que también está evitando y que previamente a la exposición han sido también jerarquizadas en función de la ansiedad que producen en el paciente.
2. Conversación imaginaria con el fallecido. Se pedía a las personas que hablaran con el fallecido imaginando también la respuesta que este daría a sus palabras.
3. Completar unos cuestionarios de recuerdos. Primero focalizados en los recuerdos positivos y más tarde ir incluyendo también los negativos.
4. Definición de metas personales. Esta técnica, derivada de la terapia motivacional, consiste en animar al paciente a relatar cómo se vería o que haría si la pena y el dolor no fuesen tan intensos. Ayudar a identificar metas personales y discusión de planes concretos para conseguirlos.

5. Procedimientos de la terapia interpersonal utilizados básicamente para potenciar el establecimiento de una buena relación y proporcionar asistencia en la restauración de un funcionamiento interpersonal efectivo. Para ello la terapia interpersonal utiliza técnicas de resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales fundamentalmente.

Como conclusiones de este estudio encontraron grandes diferencias, entre el pre y post tratamiento, lo que sugiere que el tratamiento es eficaz.

Posteriormente realizaron un segundo estudio en el que compararon el Tratamiento del Duelo Complicado (CGT.) desarrollado inicialmente, con la Terapia Interpersonal standart. Los autores concluyen que los resultados obtenidos son mejores con el CGT, en comparación con la Terapia Interpersonal, sin embargo también resaltan que la respuesta no es excesivamente alentadora (sólo responden al tratamiento el 51% de los casos) por lo que es necesario seguir investigando al respecto. Otro aspecto importante a destacar es que, este resultado sugiere, en consonancia con otros trabajos ^(9,10) que el duelo complicado es un trastorno específico y necesita un tratamiento específico.

Además de este tratamiento que se presenta más estructurado existen diversas técnicas, desarrolladas dentro de diferentes marcos teóricos, que se utilizan en el tratamiento del duelo complicado en función del objetivo que nos planteemos en cada momento.

Como objetivos generales en el tratamiento del duelo podemos resaltar ^(2,4,11):

1. Descartar enfermedades físicas. Este punto es especialmente importante si la persona en duelo presenta el síntoma físico como queja principal.
2. Establecer el contrato y la alianza terapéutica. El paciente debe mostrar su acuerdo para revisar nuevamente su relación con el fallecido.
3. Ayudar a que la persona exprese sus sentimientos. Es importante poder expresar y reconocer por parte de la persona en duelo, la gran cantidad de sentimientos, tanto positivos como negativos, que una pérdida importante despierta.
4. Revivir recuerdos del fallecido y afrontar el afecto o la ausencia del mismo que éstos provocan.

5. Aumentar y reforzar las conductas adecuadas existentes, promover nuevas conductas adaptativas y reducir las no adecuadas que puedan interferir en la resolución del duelo.
6. Evaluar en que momento del proceso de duelo se encuentra detenido o presenta mayores dificultades, ya que en función del momento la tareas a realizar y los objetivos a cubrir por la terapia serán diferentes.
7. Explorar y desactivar objetos de vinculación. En ocasiones un recuerdo del fallecido adquiere tintes casi mágicos haciéndose indispensable en la vida del paciente. Es importante distinguir cuando se trata de un simple recuerdo y cuando se trata de un objeto del que se hace necesario desvincularse para poder continuar el proceso.
8. Reconocer la finalidad de la pérdida. Se trata de ayudar a reconocer que la muerte supone un fin en la relación que se mantenía; que la persona que se fue no va a volver.
9. Tratar la fantasía de acabar el duelo y ayudar al paciente a decir un adiós final. Facilitar a que la persona pueda despedirse del fallecido, ayudando a entender al doliente que decir adiós no supone olvidar al fallecido sino redituarlo; de modo que la persona pueda continuar con su vida

De las técnicas utilizadas para el tratamiento del duelo podemos destacar ^(2,4,11-13):

- a) Herramientas útiles para cualquier ayuda psicológica aplicables también al duelo complicado.
 1. Actitud no verbal (la mirada, los gestos..)
 2. Facilitaciones como pueden ser el silencio empático, preguntas facilitadoras, parafrasear...
 3. Preguntas abiertas, cerradas, menú de sugerencias
 4. Señalamientos de cogniciones, de esquemas cognitivos, de sentimientos
 5. Resúmenes o síntesis
 6. Interpretaciones de los sentimientos e ideas del consultante, de la relación...
 7. Trabajo para casa
- b) Técnicas específicas dirigidas a objetivos más concretos en el tratamiento del duelo complicado.
 1. Técnicas de reestructuración cognitiva. Estas técnicas son de gran en el tratamiento de diversas distorsiones cognitivas relativamente frecuentes en algunos tipos de duelos com-

plicados como son: el principio del todo o nada, la generalización excesiva, la abstracción selectiva o la personalización entre otros.

2. La técnica gúestáltica de "la silla vacía" (contraindicada en pacientes esquizofrénicos o con trastorno límite de la personalidad). Es útil para explorar los sentimientos hacia el fallecido y la relación mantenida con el mismo.
3. Psicodrama. El paciente es estimulado a representar su rol y el del fallecido.
4. Técnicas de resolución de problemas. Especialmente útiles cuando la persona en tratamiento no está acostumbrado a tomar decisiones en solitario.
5. Conversación con fotos. Generalmente se utilizan las fotografías para estimular recuerdos y emociones. Inicialmente conviene estimular los recuerdos positivos, para más adelante poder ir introduciendo los más ambivalentes o directamente negativos.
6. Conversación dirigida. Es el terapeuta el que propone los aspectos a introducir en la conversación con el fallecido, de forma que puedan explorarse aspectos importantes a juicio del terapeuta y que el paciente no afronta de manera más espontánea.
7. Cartas dirigidas al fallecido. La persona en duelo se dirige al fallecido con el fin de poder resolver temas que quedaron pendientes.
8. Exposición en imaginación y en vivo. Esta técnica resulta útil para afrontar determinados sentimientos o situaciones que se han estado evitando, lo cual dificulta o impiden la elaboración del duelo.
9. Técnicas de autocontrol como la realización de programas de actividades agradables o la planificación de la reintegración a las actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bayés, R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial S.A., 2006.
2. Tizón, J.L. Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Ediciones Paidós, 2004. 3- Maddocks, I. Grief and Bereavement. M.J.A. 2003; 179: S6-S7.
3. Parkes, C.M. Bereavement. En: Doyle, D., Hanks, G.W.C., Macdonald, N., Eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford: Oxford University Press, 1993.

4. Worden, J.W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.
5. Neimeyer, R.A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: ediciones Paidós Ibérica, S.A., 2002.
6. Kelly, B., Edwards, P., Synott, R., Neil, C., Baillie, R., Battistutta, D. Predictors of bereavement outcome for family carers of cancer patients. *Psycho-oncology*, 1999; 8: 237-49.
7. Gibson, L.E. Complicated Grief: a review of current issues. *Research Education Disaster Mental Health*. Disponible en <http://www.redmh.org/research/specialized/grief.html>.
8. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001.
9. Boelen, P.A., van den Bout, J. Complicated grief, depresión, and anxiety as distinct postloss síndromes: a confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162: 2175-7.
10. Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonano, G.A., Milbrath, C., Stinson, C.H. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 1997; 154: 904-10.
11. Lacasta Reverte, M.A., Soler Sáiz, M.C. 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. Dispublic, S.L. 2004; 713-30.
12. Shear, K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C., Vander Bilt, J., Masters, S. Traumatic Grief Treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 2001; 158: 1506-8.
13. Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., Reynolds, C. Treatment of complicated Grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2005; 293 (21), 2601-8.
14. Kato, P.M & Mann, T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 1999; 19 (8): 275-96.
15. Forte, A.L., Hill, M., Pazder, R., Feudtner, C. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 2004; 3 (3).
16. Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M.S. Grief work, disclosure and counselling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychological Review*, 2005; 25: 395-414.
17. Stroebe, M.S., Schut, H., The Dual Process Model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 1999; 23: 197-224.