

J William Worden

**EL TRATAMIENTO  
DEL DUELO.  
ASESORAMIENTO  
PSICOLÓGICO  
Y TERAPIA**

**4<sup>a</sup> edición revisada y ampliada**

**Traducción de Genís Sánchez Barberán**



Título original: *Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition*, de J. William Worden  
Publicado en inglés por Springer Publishing Company, Inc.

Traducción de Genís Sánchez Barberán

Cubierta de Diego Feijoo

I<sup>a</sup> edición, marzo 2013

© 2008 by Springer Publishing Company, LLC, Nueva York 10036  
© 2013 de la traducción, Genís Sánchez Barberán  
© 2008 de todas las ediciones en castellano,  
Espasa Libros, S. L. U.,  
Avda. Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona, España  
Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.  
[www.paidos.com](http://www.paidos.com)  
[www.espacioculturalyacademico.com](http://www.espacioculturalyacademico.com)  
[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

ISBN: 978-84-493-2609-7  
Depósito legal: B.2369-2013

Impreso en Book Print  
Botànica, 176-178 – 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro  
y está calificado como papel ecológico

Impreso en España Printed in Spain

*A mis hijos, Michael y Karin,  
y a mis nietos, Abigail Ann y Andrew William.  
Que estos pensamientos os puedan ser de ayuda algún día.*

## SUMARIO

Prólogo	15
<b>Introducción</b>	17
¿Cuál es la naturaleza del duelo complicado?	17
Privación del duelo.	18
Vínculos continuos	19
Búsqueda de significado	20
Entereza	21
Trauma y duelo	23
<b>1. El apego, la pérdida y la experiencia del duelo.</b>	29
La teoría del apego	29
¿Es el duelo una enfermedad?	32
El duelo normal	33
Duelo y depresión	48
<b>2. Comprender el proceso del duelo</b>	55
Tareas del duelo	57
Modelo del duelo como proceso dual	71
<b>3. El proceso del duelo: mediadores del duelo</b>	77
Mediador 1: cómo era la persona fallecida	77
Mediador 2: la naturaleza del apego	78
Mediador 3: cómo ha fallecido la persona	79
Mediador 4: antecedentes históricos	83
Mediador 5: variables de la personalidad	84
Mediador 6: variables sociales	94
Mediador 7: tensiones concurrentes.	96

Advertencia	96
¿Cuándo finaliza el duelo?	97
<b>4. Asesoramiento psicológico en el duelo: facilitar el duelo no complicado</b>	105
Metas del asesoramiento en el duelo	106
Identificar a personas en duelo con riesgo	109
Principios y procedimientos del asesoramiento	112
Técnicas útiles	128
Medicación.	132
Asesoramiento para grupos	132
Facilitar el duelo mediante el ritual funerario.	142
¿Es útil el asesoramiento en el duelo?	144
<b>5. Reacciones anormales en el duelo: el duelo complicado</b>	151
Por qué hay personas que no pueden elaborar el duelo	151
Cómo se complica el duelo	158
Desarrollo de un diagnóstico del duelo complicado	159
Modelo existente del duelo complicado	162
Diagnóstico del duelo complicado	171
<b>6. Terapia del duelo: cómo resolver un duelo complicado</b>	179
Marco y objetivos de la terapia del duelo	181
Procedimientos para la terapia del duelo	182
Consideraciones especiales para la terapia del duelo	193
Técnicas	195
Los sueños en el asesoramiento y la terapia del duelo	197
Algunas consideraciones .	198
Evaluación de resultados	200
<b>7. Duelo por pérdidas especiales</b>	205
Suicidio	205
Asesoramiento a supervivientes de personas fallecidas por suicidio	210
Muerte repentina	214
Síndrome de la muerte infantil súbita (SMIS)	219
Abortos espontáneos	222

Muerte perinatal	224
Aborto provocado	226
Duelo anticipado	228
Sida.	233
<b>8. Duelo y sistemas familiares</b>	<b>245</b>
La muerte de un niño	251
Niños que pierden a sus padres	258
Métodos de intervención familiar	265
El duelo y la tercera edad	268
Necesidades familiares frente a necesidades individuales	274
<b>9. El duelo del asesor</b>	<b>281</b>
Historia de pérdidas	284
Estrés y <i>burnout</i>	285
<b>10. Formación para asesorar en los procesos del duelo</b>	<b>291</b>
Casos 1-18	293
Apéndice	311
Bibliografía	313
Índice analítico y de nombres	339

El duelo nos permite sanar, recordar con amor y no con dolor.  
Es un proceso de clasificación.  
Una por una, nos desprendemos de las cosas que se han ido  
y las lloramos.  
Una por una, tomamos las cosas que han pasado a formar  
parte de quienes somos  
y seguimos adelante.

RACHEL NAOMI REMEN

Cesó el gozo de nuestro corazón;  
nuestra danza se tornó en luto.

LAMENTACIONES, 5

## PRÓLOGO

Ya han pasado veinticinco años desde que se publicó la primera edición de *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Desde entonces se han dado varios cambios y desafíos en este campo. Se ha puesto en duda la eficacia del asesoramiento en el duelo y se ha dicho que puede tener efectos negativos en algunas personas. ¿El asesoramiento en los procesos del duelo es innecesario, ineficaz o pernicioso? En la presente edición del libro deseo abordar estas cuestiones.

También se ha cuestionado la validez de las tareas del duelo aduciendo que son simples etapas del duelo y que la teoría de las etapas está pasada de moda. Esta creencia se basa en una comprensión limitada del modelo de tareas y en no haber seguido su evolución en las ediciones anteriores del libro.

Otros apoyan la noción de las tareas del duelo pero interpretan a su manera cómo y cuándo se deben realizar. Por ejemplo, el modelo del duelo como proceso dual de Schut y Stroebe incluye las tareas pero les añade una dimensión oscilante. Doka, Corr y Rando han aumentado el número de tareas y proponen modelos alternativos.

Sigo creyendo que el modelo de tareas es muy útil para concebir el proceso del duelo, pero en esta edición lo he modificado y he hecho algunos cambios. El lector observará que he dedicado un capítulo a los mediadores del duelo. Estos mediadores influyen en la adaptación a las tareas. Aunque el duelo es un fenómeno universal, la experiencia del duelo no lo es. Los mediadores explican gran parte de estas diferencias individuales.

La tarea III ha sido reformulada como «adaptarse a un mundo sin el fallecido» y se ha dividido en tres subtareas: externas, internas y espirituales. Aunque estas subtareas ya aparecían en la tercera edición, parece que algunas personas las pasaron por alto y he intentado des-

tacarlas con más claridad y relacionarlas con datos de estudios actuales, incluyendo los centrados en la búsqueda de significado.

El lector de ediciones anteriores podrá ver cómo ha evolucionado la tarea IV desde su formulación original de «retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otras relaciones». Esta antigua noción freudiana dio paso a las relaciones de objeto y la tarea pasó a ser «hallar un lugar para el difunto que permitiera al superviviente seguir vinculado con él pero de un modo que no le impidiera seguir con su vida». Hoy en día, una buena definición de la tarea IV que está apoyada por los estudios de los vínculos continuos sería: «Hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva». Que el lector elija la definición que le permita entender mejor sus experiencias personales de pérdida y las experiencias de sus clientes. Considero que la tarea IV es necesaria para culminar la adaptación general a una pérdida. Por cierto, prefiero el término «adaptación» a otros como «resolución» o «recuperación».

Deseo expresar mi agradecimiento a varias personas que me han ayudado en este proyecto. Quiero agradecer a Robert Cochran su ayuda para hacer frente a la inmensa cantidad de literatura reciente. Gracias también a Karin Worden, Jim Monahan, Carlos Canales, Sharon Hsu y Jason Smith por su ayuda y a Sheri W Sussman, vicepresidenta editorial de Springer Publishing Company, por haber contribuido con su saber y su ánimo a las cuatro ediciones de este libro.

Los profesionales del grupo Worden, que se reúnen una vez al mes para supervisar y dar apoyo, me han ofrecido inspiración y han aclarado mis ideas. Son Dennis Bull, Ann Goldman, Linda Grant, Bill Hoy Annette Iverson, Michael Meador Ron Ritter, Barbara Smith y Stephanie Thal. Y como siempre, gracias a mi familia y a mis amigos por haberme dado tanto apoyo.

## INTRODUCCIÓN

Durante los veinticinco años transcurridos desde que se publicó la primera edición de este libro han surgido varios conceptos nuevos en el campo de la pérdida y el duelo. Antes de abordar el contenido de esta cuarta edición, me gustaría destacar algunos que creo dignos de mención. Muchos de ellos han surgido durante los últimos diez años; en el libro se examinan algunos de ellos más a fondo. Aunque me siento tentado de presentarlos por orden de importancia haciendo una especie de lista *top 10*, me limitaré a presentarlos sin un orden concreto porque todos son muy importantes.

### ¿CUÁL ES LA NATURALEZA DEL DUELO COMPLICADO?

La mayoría de los profesionales que trabajan con duelos complicados llevan años hablando de «duelo crónico», «duelo retrasado» y «duelo exagerado» para delinear el diagnóstico de quienes presentan esta clase de duelo. De hecho, algunos de esos conceptos se definieron por consenso cuando Beverley Raphael y Warwick Middleton (1990) hicieron un estudio para determinar cuáles eran los términos más empleados por los principales terapeutas de este campo. Aunque hubo un grado de consenso sorprendente, el problema es que el duelo complicado es un código V del *DSM* y que los diagnósticos con este código no entran en el seguro médico. Otro problema ha sido la falta de definiciones precisas de estos términos, lo que dificulta su investigación rigurosa. La solución más sencilla ha sido investigar usando entidades patológicas bien definidas para las que hay buenas medidas estandarizadas como la depresión, la somatización y la ansiedad. Aunque estas entidades clínicas pueden formar parte de la experiencia de

la persona en duelo, está claro que no son medidas del duelo. Aunque hay algunas medidas del duelo como el Texas Revised Grief Inventory y la Hogan Grief Reaction Checklist, la mayoría de ellas se han normalizado para poblaciones clínicas.

Durante más de diez años, y a partir del trabajo de Holly Prigerson y Mardi Horowitz, se ha intentado proponer un diagnóstico del duelo complicado que fuera aceptable para su inclusión en el *DSM-V* cuya publicación está prevista para 2015. Esto haría que el tratamiento de pacientes con este diagnóstico pudiera entrar en el seguro médico y que se destinaran más fondos al estudio de esta entidad clínica. En el capítulo 5 se presentan más detalles de este diagnóstico y de su desarrollo.

## PRIVACIÓN DEL DUELO

Este término, acuñado por Ken Doka y desarrollado más tarde por Attig (2004), ha constituido una importante adición a este campo. Aunque el primer volumen de Doka se publicó en 1989, el concepto fue actualizado en otro volumen publicado en 2002. La privación del duelo se refiere a la pérdida de una persona con la que se mantenía una relación que la sociedad no aprueba. Un ejemplo clásico es la muerte de alguien con quien se ha mantenido una aventura amorosa. Si esta aventura no es de dominio público, la persona en duelo no será invitada a participar en los ritos funerarios y puede no recibir el apoyo social que necesita tras el fallecimiento. La sociedad o la familia del fallecido pueden estar en contra de esta relación y hacer el vacío al amigo o amante. Hay muchos ejemplos de privación del duelo y en este libro se ofrecen propuestas para que las personas afectadas por esta clase de pérdidas las puedan superar y adaptarse a ellas.

Aaron Lazare (1979), un antiguo colega del Massachusetts General Hospital, hablaba de dos tipos de pérdidas que están relacionadas directamente con este concepto de la privación del duelo. Por un lado están las *pérdidas negadas socialmente*, que la sociedad suele tratar como si no fueran pérdidas. Un buen ejemplo serían los abortos espontáneos o inducidos. Por otro lado están las *pérdidas de las que no se habla*. Son pérdidas de las que la persona en duelo no quiere ha-

blar Un ejemplo son las muertes por suicidio o por sida. Las pérdidas de esta clase suelen conllevar algún estigma a los ojos de la sociedad. Una intervención que puede ayudar a quienes sufren estas pérdidas es animarles a hablar de ellas y a examinar sus pensamientos y sentimientos al respecto. En el capítulo 7 se ofrecen propuestas para superar esta clase de pérdidas.

### VÍNCULOS CONTINUOS

Cuando los vínculos con el fallecido se mantienen en lugar de perderse, se habla de vínculos continuos. No es un concepto totalmente nuevo. Shuchter y Zisook (1988) vieron que las viudas de sus estudios originales de San Diego seguían sintiendo la presencia del ser querido varios años después de su muerte. En el Harvard Child Bereavement Study, Silverman, Nickman y yo observamos que muchos niños seguían vinculados con su progenitor fallecido. Para la mayoría de ellos era una experiencia positiva; para algunos, no. El libro de Klass, Silverman y Nickman titulado *Continuing bonds: New understandings of grief* (1996) reunía información de nuestro estudio y de varios otros para proponer que las personas en duelo siguen vinculadas con los fallecidos en lugar de alejarse emocionalmente de ellos, que era lo que había propuesto Freud.

Este concepto nuevo no fue aceptado totalmente y pronto se plantearon varios interrogantes: ¿Los vínculos continuos son adaptativos para unas personas y no para otras? ¿Los vínculos continuos están realmente asociados a una manera sana de vivir? Gran parte de esta controversia se basa en la falta de pruebas sólidas de la eficacia de estos vínculos. Cuando se lleven a cabo más investigaciones será posible responder a algunas de estas preguntas. En esencia, las preguntas se centran en cinco cuestiones fundamentales: 1) ¿qué clase de vínculos son más útiles para adaptarse a una pérdida? Esto incluiría objetos del fallecido (objetos vinculadores y transicionales, recuerdos), sentir la presencia de la persona fallecida, hablar con ella, introyectar sus creencias y valores, adoptar características suyas, etcétera; 2) ¿a quién ayudan los vínculos continuos y a quién no? Hace falta identificar subgrupos de personas en duelo porque este concepto no se debería

aplicar a todo el mundo. Un enfoque prometedor es considerar el estilo del apego entre la persona en duelo y el fallecido. En el caso de un apego ansioso que pueda conducir a un duelo crónico, puede que aferrarse al fallecido no sea adaptativo. Algunas personas en duelo necesitan dejar atrás al fallecido y seguir adelante (Stroebe y Schut, 2005); 3) ¿en qué marco temporal son más adaptativos los vínculos continuos y cuándo lo son menos: más cerca de la pérdida o más lejos de ella? (Field, Gao y Paderna, 2005); 4) ¿cuál es el impacto de las diferencias religiosas y culturales en el mantenimiento de unos vínculos sanos? Esto incluiría las creencias y los rituales que alimentan en distintas sociedades la conexión con el fallecido y su recuerdo; 5) ¿cuál es la relación entre mantener un vínculo continuo con el fallecido y recolocarlo, que es una parte importante de la tarea IV del duelo? En el capítulo 2 se ofrece más información sobre los vínculos.

#### BÚSQUEDA DE SIGNIFICADO

La reconstrucción y la búsqueda de significado, conceptos introducidos y promovidos por Robert Neimeyer, han destacado mucho en este campo durante los últimos diez años. Según Neimeyer, la reconstrucción de significado es el principal proceso que afrontan quienes han sufrido una pérdida. Esta reconstrucción se lleva a cabo, básicamente, mediante el empleo de narraciones o de historias personales. Cuando se producen sucesos imprevistos o incongruentes como la muerte de un ser querido, el superviviente necesita redefinirse a sí mismo y reaprender maneras de participar en el mundo sin el fallecido. La persona no puede volver a la vida que tenía antes de la pérdida y aprende a llevar otra vida sin el fallecido. Esto es esencial para la tarea III del duelo, donde la persona debe aprender a adaptarse a un mundo donde el fallecido ya no está. La muerte puede hacer tambalear la noción que se tiene del mundo (adaptaciones espirituales) y la identidad personal (adaptaciones internas). Las personas que han sufrido una pérdida se plantean preguntas vitales como: «¿Cómo será mi vida a partir de ahora?», «¿Qué significado tenía su vida para mí?», «¿Cómo me puedo sentir seguro en un mundo como éste?», «¿Quién soy yo ahora que ha muerto?» (Neimeyer, Prigerson y Davies, 2002).

Con todo, creo importante destacar que algunas muertes *no* ponen en entredicho de una manera radical la búsqueda personal de significado. Davis y otros (2000) estudiaron dos poblaciones diferentes de personas que habían sufrido una pérdida y hallaron que entre el 20 y el 30 por ciento de ellas parecían haberse adaptado bien sin necesidad de buscar un significado. De las que buscaban significado, menos de la mitad lo habían hallado más de un año después de la pérdida. Por otro lado, las que lo habían encontrado estaban mejor adaptadas que las que lo buscaban y no lo hallaban, aunque cabe destacar que algunas seguían intentando entender la pérdida aun después de haberle hallado un significado.

Al comentar el estudio de Davis, Neimeyer (2000) destaca que a la mayoría de las personas estudiadas les costaba mucho hallar un significado y que se las debería ayudar en este proceso. Pero advierte al asesor que él *no* debe iniciar este proceso si no surge de una manera espontánea. Concluye sus comentarios con una distinción importante: la búsqueda de significado es un proceso, no un resultado o un logro. Los significados asociados a una pérdida se replantean sin cesar. Lo vemos claramente en nuestro trabajo con niños que han perdido a uno de sus padres y que, a medida que crecen y pasan por nuevas etapas de desarrollo, se preguntan: «¿Cómo sería mi padre ahora?», «¿Cómo sería nuestra relación ahora que he terminado la carrera, me he casado, etcétera?» (Worden, 1996). En el capítulo 2 se aborda más a fondo la búsqueda de significado como una tarea del duelo.

#### ENTEREZA

Cuando Phyllis Silverman y yo estudiamos durante un período de dos años después de la pérdida a 125 niños que habían perdido a uno de sus progenitores, observamos que los niños se podían clasificar en tres grupos. El primero estaba formado por los niños que no estaban bien durante esos dos años tras la muerte (cerca de un 20 por ciento). Puesto que nuestra investigación estaba sufragada por el NIMH con el objetivo de identificar a los niños en situación de riesgo tras haber perdido a uno de sus progenitores y prevenir complicaciones, este grupo se convirtió en uno de los principales focos de nuestro estudio.

¿Podríamos identificar a los niños en riesgo poco después de la pérdida para ofrecerles una intervención precoz que previniera posteriores secuelas negativas? Por otro lado, observamos otro grupo más pequeño de niños que parecían estar bien y a los que llamamos «niños enteros». Su rendimiento escolar, su vida social, sus comentarios sobre el fallecido, su autoestima, su sensación de control y su identificación sana con el padre fallecido eran positivos. El tercer grupo, que era el más grande, «fue tirando» durante los primeros dos años de duelo (Silverman, 2000; Worden, 1996).

Gracias a los trabajos de George Bonanno (2004) hemos empezado a estudiar a las personas que dan muestras de entereza ante una muerte. Son personas que se adaptan bien a la pérdida y no necesitan asesoramiento ni psicoterapia. Creo que ya hace tiempo que estos casos merecían atención.

En Arizona, Irwin Sandler, Sharlene Wolchik y Tim Ayers (2008) han ampliado nuestras ideas sobre la entereza. Al igual que yo, ellos también prefieren emplear el término «adaptación» en lugar de «recuperación». Las personas que se adaptan a una pérdida de una manera buena o eficaz han llevado a cabo una «adaptación con entereza». En su estudio de niños que han perdido a uno de sus progenitores y de sus familias, el grupo de Sandler ha identificado los factores de riesgo y de protección que conducen a una adaptación a la pérdida buena (con entereza) o menos buena. Al centrarse en los resultados positivos además de los negativos, el enfoque basado en la entereza va más allá del enfoque más estrecho basado en los resultados patológicos. Es interesante que los factores de riesgo y de protección hallados en familias de Arizona sean similares a los que hallamos Silverman y yo en el estudio de Harvard. Puesto que aquí actúan múltiples factores tanto en el plano individual como en el social, el grupo de Sandler llama a su teoría *marco contextual de la adaptación*. Se considera que las personas se inscriben en familias y que éstas, a su vez, se inscriben en comunidades y culturas. Este estudio y estas ideas tan recientes sobre la entereza prometen mejorar nuestra comprensión del duelo. Este tema se examina más a fondo en el capítulo 3.

## TRAUMA Y DUELO

Como ocurre con el duelo y la depresión, el trauma y el duelo comparten características conductuales. Hay diversos artículos que examinan sus similitudes y sus diferencias. En una postura que yo encuentro exagerada, hay autores como Rando, Horowitz y Figley para los que todo duelo es un trauma. Prefiero el modelo de Stroebe, Schut y Finkenauer (2001), que plantea tres distinciones. La primera es el *trauma sin duelo*. En este caso, la persona vive un suceso traumático que da origen a unos síntomas que conducen a diagnosticar un trastorno por estrés postraumático o un trastorno de estrés agudo, casi siempre en función del marco temporal. Otros síntomas de depresión y de ansiedad pueden conducir a un diagnóstico comórbido. En esta distinción, el suceso traumático no ha causado ninguna muerte y la persona sufre uno o más síntomas clásicos de trauma (intrusión, evitación, aumento de la activación) sin estar en duelo. La segunda distinción es el *duelo sin trauma*. En este caso, la persona ha sufrido la muerte de un ser querido sin sufrir síntomas de trauma asociados al suceso. Si se presentaran complicaciones tras la pérdida, se aplicaría alguna de las categorías de duelo complicado. La tercera distinción es el *duelo traumático*. En este caso, la persona sufre la muerte de un ser querido pero hay algo en la muerte misma (suele ser una muerte violenta) o en la experiencia de la muerte que ha tenido la persona (con frecuencia relacionada con un apego inseguro o una relación conflictiva con el fallecido), que origina los síntomas asociados a un trauma. Siempre que se habla del duelo traumático surgen dos preguntas. En primer lugar ¿qué es lo más importante para definir un duelo traumático, las circunstancias de la muerte o la reacción de la persona en duelo? En segundo lugar, en el tratamiento del duelo traumático, ¿qué síntomas se deben abordar primero, los síntomas de trauma o los síntomas de duelo? El estrés traumático interfiere con el duelo por una pérdida y el duelo interfiere con el control del trauma (Rando, 2003). Muchos creen que los síntomas del trauma se deben tratar primero, antes de abordar el duelo.

Siempre ha habido personas que han presenciado muertes violentas, pero el número de sucesos violentos parece haber aumentado durante los últimos diez años. Los tiroteos, cada vez más frecuentes en

centros de enseñanza, y sucesos como el 11 de septiembre de 2001 ejemplifican la omnipresencia de la violencia en nuestra sociedad actual. Los sucesos violentos seguirán exponiendo a más personas al trauma y al duelo. Necesitamos más estudios del duelo y del trauma, incluyendo el estudio de las intervenciones más eficaces. Debemos concienciar a los medios de comunicación de que las intervenciones hechas en los días que siguen a un tiroteo en un instituto *no* son casos de asesoramiento en el duelo, sino de intervención en crisis. Las dos clases de intervenciones presentan diferencias muy importantes en cuanto a objetivos y técnicas.

Finalizaré esta introducción con algo que me preocupa. hay muchos profesionales de la salud y muchos investigadores que no reconocen el carácter singular de la experiencia del duelo. Aunque las tareas del duelo se aplican a todas las pérdidas debidas a la muerte, cada persona puede afrontar estas tareas y adaptarse a ellas de una manera diferente. Adoptar un enfoque único para el asesoramiento o la terapia en los procesos del duelo supone una postura muy restrictiva.

Cuando era un estudiante de posgrado en Harvard, el profesor Gordon Allport tuvo una profunda influencia en mi forma de ver las cosas. Allport (septiembre de 1957 apuntes de clase) decía a sus estudiantes que, *Todos los hombres son como los demás; algunos son como otros; y cada uno es diferente*. Allport expresaba con estas palabras su interés profesional de tantos años en las diferencias individuales, un interés que le llevó a colaborar con Robert White en unos estudios longitudinales de varones reunidos en la obra *Lives in progress* (1952). Estos estudios afirmaban al mismo tiempo la semejanza y la singularidad de cada persona.

Si tradujéramos la máxima de Allport al campo del duelo, diríamos: *Todos los duelos son como los demás, algunos son como otros, y cada uno es diferente*. Durante los últimos veinticinco años hemos tendido a perder de vista la singularidad de la experiencia del duelo en nuestra actividad clínica y de investigación. Siempre me ha gustado la idea de Alan Wolfelt de *acompañar* a la persona en duelo. En este enfoque, el asesor se sitúa al lado de la persona en duelo y los dos comparten sus experiencias de una forma que les puede ayudar mutuamente. Me preocupa que en nuestra prisa por formular un diagnóstico *DSM* para el duelo complicado (o traumático) podamos cen-

trarnos demasiado en que *«algunos* duelos son como otros» y perdemos de vista la singularidad del duelo, del hecho de que el duelo de *cada* persona es diferente. En todas las ediciones de este libro he afirmado que cada persona vive el duelo a su manera y que las experiencias de duelo de muchas personas no se deberían calificar de «anormales». Yo prefiero llamarlas «complicadas» porque así se denota la existencia de un problema en el proceso del duelo que hace venir a la persona en busca de ayuda profesional.

La reivindicación de la singularidad del duelo no es una novedad en este campo. Según Colin Parkes (2002), «Desde el principio Bowlby y yo fuimos conscientes de que la respuesta al duelo presentaba una gran variación individual y de que no todo el mundo pasaba por estas fases de la misma manera o a la misma velocidad» (pág. 380).

Una confirmación muy interesante de la singularidad del duelo y de su calidad subjetiva la ofrece un estudio fMRI del duelo hecho por Gundel, O'Connor Littrell, Fort y Lane (2003). Tras estudiar la vivencia del duelo en el cerebro de ocho mujeres, los autores llegaron a la conclusión de que el duelo está mediado por una red neural distribuida que está al servicio de varios procesos neurales que actúan sobre diversas partes del cerebro y sus funciones incluyendo el procesamiento de emociones, la mentalización, la imaginación visual, la recuperación de recuerdos y la regulación del sistema autónomo. Esta red neural puede explicar la calidad personal y subjetiva del duelo y su descubrimiento ofrece nuevas vías a nuestro intento de entender las consecuencias del duelo en la salud y la neurobiología del apego.

Creo que los mediadores del duelo que se exponen en el capítulo 3 ofrecen la clave para entender las diferencias individuales en la experiencia del duelo como adaptación a una pérdida debida a la muerte.

Hace veinticinco años, en la primera edición de este libro decía que no creía que hiciera falta crear una profesión nueva dedicada al asesoramiento en los procesos del duelo. Todavía lo creo. Según D. M. Reilly (1978), un asistente social, «No necesitamos una profesión nueva de... asesores para el duelo. Lo que necesitamos es más reflexión, más sensibilidad y más actividad en relación con este campo por parte de los grupos profesionales ya existentes, es decir, por parte del clero, de los directores de funerarias, de los terapeutas familiares, las enfermeras, los asistentes sociales y los médicos» (pág. 49). A esto,

Lloyd (1992) añade: **Las técnicas para trabajar con la pérdida y el duelo siguen siendo instrumentos esenciales para los profesionales que no son especialistas del asesoramiento psicológico.** (pág. 151). Estoy de acuerdo. Mi objetivo en este libro es dirigirme a los lectores que se dedican a estas profesiones y se hallan en la posición de ampliar su actividad profesional a quienes han sufrido una pérdida, y que poseen los conocimientos y las técnicas necesarias para hacer una intervención eficaz y en algunos casos, una labor preventiva en el campo de la salud mental.

## REFERENCIAS

- Attig, T., *•Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love•*, *Omega*, 49, 2004, págs. 197-215.
- Bonanno, G. A., *•Loss, trauma, and human resilience•*, *American Psychologist*, 59, 2004, págs. 20-28.
- Davis, C., C. Wortman, D. Lehman, y R. Silver *•Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct?•*, *Death Studies*, 24, 2000, págs. 497-540.
- Doka, K. (comp.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*, Lexington, MA, Lexington Books, 1989.
- Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*, Champaign, IL, Research Press, 2002.
- Field, N. P., B. I. Gao, y L. Paderna, *•Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective•*, *Death Studies*, 29, 2005, págs. 277-299.
- Gundel, H., M. F. O'Connor, L. Littrell, C. Fort, y R. D. Lane, *•Functional neuroanatomy of grief: An fMRI study•*, *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, págs. 1946-1953.
- Klass, D., P. Silverman, y S. Nickman (comps.), *Continuing bonds: New understandings of grief*, Washington, DC, Taylor and Francis, 1996.
- Lazare, A., *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1979.
- Lloyd, M., *Tools for many trades: Reaffirming the use of grief counseling by health, welfare and pastoral workers•*, *British Journal of Guidance and Counselling*, 20, 1992, págs. 150-163.
- Neimeyer R., *•Searching for the searching of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction•*, *Death Studies*, 24, 2000, págs. 541-558.
- H. G. Prigerson, y B. Davies, *•Mourning and meaning•*, *American Behavioral Scientist*, 46, 2002, págs. 235-251.

- Parkes, C. M., «Grief: Lessons from the past, visions for the future», *Death Studies*, 26, 2002, págs. 367-385.
- Rando, T A., «Public tragedy and complicated mourning», en Lattanzi-Licht, M., y K. Doka (comps.), *Living with grief: Coping with public tragedy*, Nueva York, Brunner-Routledge, 2003, págs. 263-274.
- Raphael, B., y W Middleton, «What is pathologic grief?», *Psychiatric Annals*, 20, 1990, págs. 304-307
- Reilly D. M., «Death propensity dying, and bereavement: A family systems perspective», *Family Therapy*, 5, 1978, págs. 35-55.
- Sandler, I., S. Wolchik, y T Ayers, «Resilience rather than recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement», *Death Studies*, 32, 2008, págs. 59-73.
- Shuchter, S. R., y S. Zisook, «Widowhood: The continuing relationship with the dead spouse», *Bulletin Menninger Clinic*, 52, 1988, págs. 269-279.
- Silverman, P. R., *Never too young to know: Death in children's lives*, Nueva York, Oxford University Press, 2000.
- Stroebe, M. S., y H. Schut, To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved», *Death Studies*, 29, 2005, págs. 477-494.
- H. Schut, y C. Finkenauer, The traumatization of grief: A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface», *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 2001, págs. 185-201
- White, R. W., *Lives in progress*, Nueva York, Holt, Rinehart, and Winston, 1952.
- Worden, J. W., *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.

## CAPÍTULO 1

### EL APEGO, LA PÉRDIDA Y LA EXPERIENCIA DEL DUELO

#### LA TEORÍA DEL APEGO

Para poder entender plenamente el impacto de una pérdida y la conducta humana a la que está asociada hace falta cierta comprensión del significado del apego. En la literatura psicológica y psiquiátrica hay muchos escritos sobre la naturaleza del apego, sobre qué es y cómo se desarrolla. Una de las figuras clave y uno de los principales pensadores de este campo ha sido el psiquiatra británico John Bowlby que dedicó gran parte de su carrera profesional al estudio del apego y de la pérdida y que escribió varios libros y artículos importantes sobre el tema.

La teoría del apego de Bowlby nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia del ser humano a establecer fuertes vínculos afectivos y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando estos vínculos se ven amenazados o se rompen. Para desarrollar sus teorías, Bowlby reunió datos de la etología, la teoría de control, la psicología cognitiva, la neurofisiología y la biología del desarrollo. Se oponía a quienes creen que los vínculos de apego entre individuos sólo se desarrollan para satisfacer ciertos impulsos biológicos como comer o copular. Citando el trabajo de Lorenz con animales y el de Harlow con crías de monos, Bowlby (1977a) señala que el apego se produce en ausencia de un refuerzo de estas necesidades biológicas.

Según Bowlby (1977b), estos vínculos de apego surgen de la necesidad de seguridad. Se desarrollan a corta edad, suelen dirigirse a unos pocos individuos concretos y tienden a perdurar durante gran parte de la vida. Establecer vínculos de apego no sólo se considera normal en los niños, sino también en los adultos. Bowlby creía que la

conducta de apego tiene un valor de supervivencia y citaba su presencia en las crías de casi todas las especies de mamíferos. Pero consideraba que la conducta de apego es distinta de la conducta de alimentación y la conducta sexual.

La conducta de apego la ilustran muy bien las crías de animales y los niños pequeños que, a medida que crecen, se alejan de la figura primaria de apego durante períodos de tiempo cada vez más largos con el objetivo de explorar su entorno en un radio cada vez mayor. Pero siempre vuelven a la figura de apego en busca de seguridad y apoyo. Cuando la figura del apego desaparece o es amenazada, la respuesta es de ansiedad intensa y de fuerte protesta emocional. Según Bowlby, los padres proporcionan al niño una base de operaciones segura desde la que explorar. Esta relación determina la capacidad del niño para establecer vínculos afectivos en etapas posteriores de la vida. Es algo similar al concepto de confianza básica de Erik Erikson (1950): mediante una buena crianza, la persona se ve capaz de ayudarse a sí misma y merecedora de ser ayudada si se presentan dificultades. En esta pauta se pueden desarrollar aberraciones patológicas manifiestas. Una crianza inadecuada puede hacer que la persona establezca vínculos de apego ansiosos o muy tenues, si es que los llega a establecer (Winnicott, 1953). En el capítulo 3 se examinarán varios estilos de apego.

Si el objetivo de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo, las situaciones que ponen en peligro este vínculo dan lugar a unas reacciones muy concretas. Cuanto mayor es la posibilidad de pérdida, más intensas y variadas son estas reacciones. En estas circunstancias se activan las conductas de apego más fuertes: aferrarse, llorar y quizás coaccionar con ira [...]. Cuando estas acciones tienen éxito, se restablece el vínculo y se calman las actividades y los estados de estrés y de aflicción. (Bowlby, 1977a, pág. 429). Si el peligro no desaparece, originará retramiento, apatía y desesperación.

Los animales también manifiestan esta conducta. En *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, escrito hacia finales del siglo XIX, Charles Darwin (1872) afirmaba que los animales expresan la tristeza igual que los niños y adultos humanos. El etólogo Konrad Lorenz (1963) ha descrito una conducta similar al duelo en la separación de una oca gris de su pareja:

La primera respuesta a la separación del compañero consiste en un intento ansioso de volver a encontrado. La oca se mueve sin cesar, inquieta, de día y de noche, volando a grandes distancias y visitando lugares donde pueda hallar a su pareja, emitiendo sin cesar su penetrante llamada trisilábica de larga distancia [...]. Las expediciones de búsqueda se extienden cada vez más y, en ocasiones, la oca que busca llega a perderse o muere en un accidente [...]. Todas las características objetivas y observables de la conducta de la oca que ha perdido a su compañero son prácticamente idénticas a las del duelo humano (Lorenz, 1963, citado en Parkes, 2001, pág. 44).

Existen muchos otros ejemplos de duelo en el mundo animal. Hace varios años, unos delfines del zoo de Montreal protagonizaron un caso interesante. Tras la muerte de uno de ellos, su compañero se negó a comer y los cuidadores del zoo se enfrentaron a la tarea difícil, si no imposible, de mantener con vida al delfín superviviente. El delfín, que había dejado de comer, manifestaba unas reacciones de duelo y depresión semejantes a las de una pérdida humana.

En una sesión clínica de psiquiatría del Massachusetts General Hospital, el psiquiatra George Engel empezó a describir con todo detalle un caso de duelo. El caso mostraba las reacciones típicas que se pueden hallar en un superviviente que ha perdido a su pareja. Más adelante, tras haber leído un largo reportaje de un periódico sobre aquella pérdida, el doctor Engel reveló que estaba describiendo la conducta de un aveSTRUZ que había perdido a su pareja.

De la gran cantidad de ejemplos que se pueden hallar en el mundo animal, Bowlby deduce que existen buenas razones biológicas para responder a una separación de una manera automática e instintiva, con una conducta agresiva. También sugiere que no se tiene en cuenta el carácter irreversible de la pérdida y que, en el curso de la evolución, la capacidad instintiva desarrollada en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales que forman parte del proceso del duelo se orientan a restablecer la relación con el objeto perdido (Bowlby, 1980). Esta teoría biológica del duelo ha tenido mucha influencia en el pensamiento de muchos autores como el psiquiatra británico Colin Murray Parkes (Parkes, 1972; Parkes y Stevenson-Hinde, 1982; Parkes y Weiss, 1983). Otros teóricos destacados del apego son Mary Ainsworth (1978) y Mary Main (Main

y Hesse, 1990). Las respuestas de duelo de los animales señalan los procesos biológicos primitivos que actúan en el ser humano. Con todo, el duelo normal del ser humano presenta unas características propias que se van a examinar en este capítulo.

Hay pruebas de que todos los seres humanos presentan en mayor o menor medida una reacción de duelo tras una pérdida. Los antropólogos que han estudiado otras sociedades, sus culturas y sus reacciones ante la pérdida de seres queridos dicen que en cualquier sociedad estudiada de cualquier parte del mundo se produce un intento prácticamente universal de recuperar al ser perdido y/o existe la creencia en una vida después de la muerte donde uno se podrá reunir otra vez con él. Con todo, la patología del duelo parece ser menos frecuente en las sociedades prealfabetizadas que en las más civilizadas (Parkes, Laungani y Young, 1997· Rosenblatt, Walsh y Jackson, 1976).

#### ¿ES EL DUELO UNA ENFERMEDAD?

El psiquiatra George Engel (1961) planteó esta interesante pregunta en un ensayo publicado en *Psychosomatic Medicine*. Su tesis era que la pérdida de un ser querido es tan traumática en el plano psicológico como lo es el hecho de herirse o quemarse de gravedad en el plano fisiológico. Argumentaba que el duelo representa una desviación del estado de salud y de bienestar y que, del mismo modo que es necesario curarse en el ámbito de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, hace falta tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio psicológico. Por esta razón, Engel ve el proceso del duelo similar al proceso de curación. Al igual que en la curación física, se puede recuperar un nivel de actuación total o casi total, pero también hay casos de actuación y de curación inadecuados. De la misma manera que los términos sano y patológico se aplican al curso que siguen los procesos de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que sigue un proceso del duelo. Para Engel, restablecer el nivel de actuación es un proceso que necesita tiempo. El deterioro de la actuación puede darse en mayor o menor grado (Engel, 1961). En lugar de usar términos como «restablecimiento» o «recuperación», yo prefiero usar «adaptación»: algunas per-

Personas se adaptan mejor a la pérdida y otras se adaptan peor. En el capítulo 5 examinaremos el duelo complicado, donde la persona no se adapta a la pérdida de una manera adecuada.

Antes de examinar las características del duelo normal, será útil estudiar diversos significados posibles de la palabra duelo. En este libro empleo la palabra duelo para indicar la *experiencia* de la persona que ha perdido a un ser querido. El término duelo se puede aplicar a otros tipos de pérdida, pero este libro trata principalmente de las pérdidas debidas a fallecimiento. Otro significado hace referencia al *proceso* por el que pasa una persona al adaptarse a la pérdida de un ser querido.

#### EL DUELO NORMAL

El duelo normal, también llamado duelo no complicado, abarca un amplio abanico de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida.<sup>1</sup> Uno de los primeros intentos de estudiar las reacciones normales del duelo de manera sistemática lo realizó Erich Lindemann (1944) cuando era jefe de psiquiatría del Massachusetts General Hospital.

En el área de Boston hay dos universidades católicas bien conocidas por su rivalidad en el fútbol americano. En el otoño de 1942 jugaron uno de sus tradicionales encuentros de los sábados. Holy Cross ganó a Boston College y, después del partido, muchas personas fueron a celebrarlo a un club nocturno local llamado Coconut Grove. Durante la juerga, un ayudante de camarero encendió una cerilla para alumbrarse mientras intentaba cambiar una bombilla y, accidentalmente, prendió fuego a una palmera decorativa. Casi de inmediato, todo el club nocturno, que estaba más lleno de lo que permitía su aforo legal, fue devorado por las llamas. Casi quinientas personas perdieron la vida en aquella tragedia.

Lindemann y sus colaboradores trabajaron con personas que habían perdido a algún miembro de su familia en aquella tragedia y a partir de aquellos y otros datos, Lindemann escribió el artículo, hoy clásico, *'The symptomatology and management of acute grief'* (1944). En sus observaciones de 101 pacientes con un duelo reciente, Lindemann identificó las características patológicas del duelo normal o agudo:

1. **Alguna forma de malestar somático o corporal.**
2. **Preocupación por la imagen del fallecido.**
3. **Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte.**
4. **Reacciones hostiles.**
5. **Incapacidad para actuar como antes de la pérdida.**

Además de estas cinco características observó que muchos pacientes manifestaban otra: parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta.

El estudio de Lindemann tiene muchas limitaciones. Algunas han sido señaladas por Parkes (2001), quien cita el hecho de que Lindemann no presenta cifras que indiquen la frecuencia relativa de los síndromes descritos. Tampoco dice cuántas entrevistas tuvo con los pacientes y cuánto tiempo había pasado entre las entrevistas y la pérdida. Con todo, el estudio de Lindemann sigue siendo importante y es muy citado.

Lo que tiene un interés especial para mí es que las personas en duelo que vemos hoy en día en el Massachusetts General Hospital tienen una conducta muy similar a la de las personas que describió Lindemann hace más de sesenta años. En un gran número de personas que sufren una reacción aguda de duelo, encontraremos algunos o todos los fenómenos que se examinan a continuación. Puesto que la lista de conductas normales en un duelo es tan extensa y variada, estas conductas se pueden agrupar en cuatro categorías generales: sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas. Quien asesore a una persona en duelo deberá conocer el amplio abanico de conductas que conforman la descripción del duelo normal.

### *Sentimientos*

#### *Tristeza*

La tristeza, que es el sentimiento más frecuente en las personas en duelo, no precisa muchos comentarios. Aunque este sentimiento no se expresa necesariamente mediante el llanto, casi siempre se exterioriza

riza así. Para Parkes y Weiss (1983), llorar es una señal que suscita en los demás una reacción de comprensión y protección y establece una situación social en la que se suspenden las leyes normales de conducta competitiva. Algunas personas que han sufrido la pérdida de un ser querido temen la tristeza, sobre todo su intensidad (Taylor y Rachman, 1991). Es frecuente oír decir a alguien: «Durante el funeral me he venido abajo». Otras personas tratan de bloquear la tristeza mediante un exceso de actividad pero descubren que la tristeza las embarga por la noche. Impedir que la tristeza se pueda expresar, con lágrimas o sin ellas, puede conducir a un duelo complicado (véase el capítulo 5).

### Ira

Después de una pérdida es frecuente sentir ira. Puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el superviviente y como tal, se encuentra en la base de muchos problemas del proceso del duelo. Una mujer cuyo marido murió de cáncer me dijo: «¿Cómo puedo estar enfadada con él? No quería morir». La verdad es que sentía ira hacia él por haber muerto y haberla dejado. Si la ira no se reconoce de una manera adecuada, puede dar lugar a un duelo complicado.

La ira surge de dos fuentes: de una sensación de frustración por el hecho de no haber podido hacer nada para evitar la muerte, y de una especie de experiencia regresiva que se produce tras la pérdida de alguien cercano. Podemos haber tenido una de estas experiencias regresivas de niños, al ir de compras a unos grandes almacenes con nuestra madre. De repente, alzamos la vista y descubrimos que nuestra madre había desaparecido. Sentimos pánico y ansiedad hasta que volvió, pero después, en lugar de expresar una reacción afectuosa, la empujamos y le dimos patadas en la espina. Esta conducta, que para Bowlby forma parte de nuestra herencia genética, simboliza el mensaje: «¡No me vuelvas a dejar!».

Ante la pérdida de alguien importante se da una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a sentir la ira que acompaña a esa sensación de ansiedad. La ira que siente la persona en duelo se debe identificar y dirigir de una manera adecuada al fallecido para que la adaptación a la pérdida sea sana.

Sin embargo, muchas veces se controla de maneras menos eficaces como en el caso del desplazamiento, donde la ira se dirige a otra persona a la que se suele culpar de la muerte. La lógica de esta actitud es que si se puede culpar de una muerte a alguien, ese alguien es responsable de ella y en consecuencia, la muerte se podría haber evitado. La culpa puede recaer en el médico, en el director de la funeraria, en otros miembros de la familia, en un amigo insensible o, con frecuencia, en Dios. «Me siento engañada, pero no sé bien por quién. Dios me había dado algo precioso y ahora me lo ha quitado. No hay derecho», se lamentaba una viuda.

Una de las inadaptaciones más peligrosas en el caso de la ira es dirigirla hacia uno mismo. En casos graves de retroflexión, la persona con ira siente tal aversión a sí misma que puede desarrollar una depresión grave o conductas suicidas. Melanie Klein (1940) propuso una interpretación más psicodinámica de esta respuesta de retroflexión según la cual el «triunfo» sobre el fallecido es la causa de que la persona en duelo dirija su ira contra sí misma o hacia otras personas que tenga cerca.

### Culpa y remordimiento

La culpa y el remordimiento —por no haber sido lo bastante amable, por no haber llevado antes a la persona al hospital, etcétera— son frecuentes en los supervivientes. Normalmente, la culpa se manifiesta respecto a algo que ha sucedido o algo que se ha pasado por alto cerca del momento de la muerte. La mayoría de las veces esta sensación de culpa es irracional y se alivia mediante una comprobación de la realidad. Naturalmente, existe la posibilidad de que la culpa esté fundada, como cuando la persona ha hecho algo que ha causado la muerte. En estos casos estarían indicadas unas intervenciones distintas de la comprobación de la realidad.

### Ansiedad

La ansiedad en el superviviente puede ir desde una leve sensación de inseguridad hasta fuertes ataques de pánico, y cuanto más intensa y

persistente es la ansiedad más indicativa es de una reacción patológica de duelo. La ansiedad suele obedecer a dos causas. La primera es que los supervivientes temen no poder cuidar de sí mismos por sí solos (suelen decir cosas como: «No podré sobrevivir sin él»). La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la propia muerte (Worden, 1976). Llevada al extremo, esta ansiedad puede transformarse en una verdadera fobia. El conocido escritor C. S. Lewis (1961) sintió esta ansiedad tras perder a su esposa. «Nadie me había dicho que el duelo se parece tanto al miedo. Miedo no tengo, pero la sensación es como de tener miedo. El mismo vacío en el estómago, la misma inquietud, los bostezos. La constante necesidad de tragarse saliva» (pág. 38).

### Soledad

La soledad es un sentimiento del que hablan con mucha frecuencia los supervivientes, sobre todo si han perdido al cónyuge y mantenían con él una relación cotidiana muy estrecha. Aunque están muy solas, muchas viudas no salen porque se sienten más seguras en casa. «Ahora me siento tan sola...», dijo una viuda que había estado casada durante cincuenta y dos años. «Es como si el mundo se hubiera acabado», me dijo diez meses después de la muerte de su marido. Stroebe, Stroebe, Abakoumkin y Schut (1996) distinguen entre la soledad emocional y la soledad social. El apoyo social puede ser útil para la soledad social, pero no alivia la soledad emocional que provoca la ruptura de un vínculo. Ésta sólo se puede remediar mediante la integración de otro vínculo (Stroebe, Schut y Stroebe, 2005). A veces, la necesidad de ser tocado es un correlato de la soledad, sobre todo en el duelo conyugal (Van Baarsen, Van Duijn, Smit, Snijders y Knipscheer 2001).

### Fatiga

Los pacientes de Lindemann presentaban fatiga, algo que nosotros vemos con frecuencia en los supervivientes. A veces, esta fatiga se expresa en forma de indiferencia o apatía. Esta sensación de fatiga tan profunda puede ser sorprendente y angustiosa para las per-

sonas que son muy activas. «Por la mañana soy incapaz de salir de la cama —decía una viuda—. Tengo la casa abandonada porque me siento cansada todo el día.» La fatiga suele ser autolimitadora. Por otro lado, puede ser un síntoma clínico de depresión.

### Desamparo

Un factor que hace que una muerte sea muy estresante es la sensación de desamparo que puede generar. Este correlato cercano de la ansiedad suele presentarse en las primeras fases de la pérdida. Las viudas en particular suelen sentirse muy desamparadas. Una viuda joven con un hijo de siete semanas de edad dijo: «Mi familia vino a vivir conmigo los primeros cinco meses. Tenía miedo de perder la cabeza y no poder cuidar de mi hijo».

### Shock

El shock aparece, sobre todo, en el caso de las muertes repentina. Por ejemplo, alguien coge el teléfono y se entera de que ha muerto un ser querido o un amigo. A veces, aunque la muerte se espere como consecuencia de una enfermedad progresiva y deteriorante, el superviviente puede sufrir el shock al recibir la llamada telefónica.

### Añoranza

Parkes (2001) ha observado que la añoranza es una sensación frecuente en los supervivientes, sobre todo en las viudas que examinó en su estudio. Es una respuesta normal a la pérdida. Cuando se reduce puede ser señal de que el duelo se acerca a su fin. Si no es así, puede ser un síntoma clínico que indica un duelo traumático (Jacobs, 1999). El duelo traumático como una de las complicaciones del duelo y el papel de la añoranza en su diagnóstico se examinan en el capítulo 5.

### Emancipación

La emancipación puede ser una sensación positiva tras una muerte. En una ocasión trabajé con una joven cuyo padre, un verdadero potentado, la había tratado con la dureza y el carácter inflexible de un dictador. Despues de la muerte repentina del padre a causa de un ataque al corazón, la joven experimentó los sentimientos normales de un duelo, pero también se sintió liberada porque ya no tenía que vivir bajo aquella tiranía. Al principio estaba incómoda con esa sensación, pero más tarde fue capaz de aceptarla como una respuesta normal al cambio que se había producido en su vida.

### Alivio

Muchas personas sienten alivio tras la muerte de un ser querido, sobre todo si la muerte se ha producido tras una enfermedad larga o especialmente dolorosa. «Saber que ha dejado de sufrir física y mentalmente me ayuda a superar su pérdida», dijo una viuda de edad ya avanzada. El alivio también puede aparecer cuando el superviviente ha mantenido una relación especialmente difícil y prolongada con el fallecido. Sin embargo, esta sensación de alivio suele ir acompañada de un sentimiento de culpa.

### Insensibilidad

También es importante mencionar que algunas personas dicen no sentir nada. Despues de una pérdida caen en un estado de embotamiento. Esta insensibilidad suele aparecer al principio del proceso del duelo, justo después de tener noticia de la pérdida. Es probable que aparezca porque hay muchos sentimientos que afrontar y sería abrumador dejar que todos se hicieran conscientes; así pues, esta insensibilidad es como una protección ante la avalancha de sentimientos. Según Parkes y Weiss (1983): «No hemos encontrado *ninguna* prueba de que [la insensibilidad] no sea una reacción sana. El bloqueo de las sensaciones como defensa ante lo que sería un dolor abrumador parece ser totalmente "normal"» (pág. 55).

Al revisar esta lista deberemos recordar que todos estos sentimientos son normales en un duelo y que no hay nada patológico en ninguno de ellos. Con todo, los sentimientos que duran un tiempo anormalmente largo y con una intensidad excesiva pueden indicar una reacción de duelo complicado. Esta cuestión se examinará más a fondo en el capítulo 5.

### *Sensaciones físicas*

Uno de los aspectos interesantes del influyente artículo de Lindemann es que no sólo describía los sentimientos de las personas, sino también las sensaciones físicas asociadas a sus reacciones agudas de duelo. Estas sensaciones se suelen pasar por alto pero desempeñan un papel importante en el proceso del duelo. A continuación se presenta una lista de las sensaciones que han comunicado con más frecuencia las personas en duelo a las que hemos asesorado:

1. Vacío en el estómago.
2. Opresión en el pecho.
3. Opresión en la garganta.
4. Hipersensibilidad al ruido.
5. Sensación de despersonalización: «Camino por la calle y nada parece real, ni siquiera yo».
6. Falta de aire o de aliento.
7. Debilidad muscular
8. Falta de energía.
9. Sequedad de boca.

En muchas ocasiones, estas sensaciones físicas preocupan tanto a los supervivientes que acaban acudiendo al médico. Los médicos deben investigar si estas personas han sufrido alguna pérdida.

### *Cogniciones*

Existen muchas pautas diferentes de pensamiento que marcan la experiencia del duelo. Ciertos pensamientos son normales en las pri-

meras fases del duelo y suelen desaparecer tras un breve espacio de tiempo. Pero a veces los pensamientos persisten y desencadenan sentimientos que pueden provocar depresión o ansiedad.

### Incredulidad

«No puede ser debe ser un error. No puedo creer que haya pasado, no quiero creer que haya pasado.» Éstos suelen ser los primeros pensamientos que surgen cuando se tiene noticia de una muerte, sobre todo si ha sido repentina. Una joven viuda me dijo: «Aún espero que alguien me despierte y me diga que ha sido un sueño». Otra dijo: «La muerte de mi marido me causó una gran impresión aunque ya llevaba tiempo enfermo. Nunca llegas a estar preparada para algo así».

### Confusión

Muchas personas que acaban de perder a alguien dicen que su pensamiento es muy confuso, que no pueden ordenar sus pensamientos, que les cuesta concentrarse o se olvidan de cosas. Una vez, tras salir de una reunión en Boston, tomé un taxi para volver a casa. Le dije la dirección al taxista y me recosté en el asiento mientras se ponía en marcha. Un poco más tarde me volvió a preguntar por el destino. Pensé que quizás era un taxista sin experiencia que no conocía la ciudad, pero me dijo que tenía muchas cosas en la cabeza. Un poco más tarde me lo preguntó otra vez y entonces se disculpó y me dijo que se sentía muy confuso. Como esto ocurrió varias veces más, decidí que no pasaría nada si le preguntaba por qué se sentía así. Me dijo que su hijo había muerto hacía una semana en un accidente de tráfico.

### Preocupación

La preocupación puede adoptar la forma de pensamientos obsesivos sobre el fallecido. Con frecuencia incluyen ideas obsesivas centradas en recuperar a la persona perdida. La preocupación también

puede adoptar la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo. En el Harvard Child Bereavement Study los padres supervivientes con unos niveles más elevados de pensamientos intrusivos habían perdido de manera inesperada a un cónyuge con el que habían mantenido una relación muy conflictiva (Worden, 1996). La rumiación es otra forma de preocupación donde la persona piensa de una manera persistente y repetitiva sobre lo mal que se siente y sobre las circunstancias que han dado origen a esos sentimientos (Nolen-Hoeksema, 2001).

### Sensación de presencia

Se trata del equivalente cognitivo de la añoranza. La persona en duelo puede pensar que el fallecido, de alguna manera, aún se encuentra en el marco espaciotemporal actual, sobre todo en los momentos posteriores a la muerte. En nuestro estudio del duelo infantil, el 81 por ciento de los niños se sentían observados por sus padres fallecidos cuatro meses después de la muerte, y muchos de los niños (el 66 por ciento) seguían teniendo esta sensación dos años después. Algunos hallaban consuelo en esta sensación de presencia, mientras que a otros les daba miedo (Worden, 1996).

### Alucinaciones

Las alucinaciones visuales y auditivas se incluyen en esta lista de conductas normales porque son frecuentes en las personas en duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras que se dan durante las semanas posteriores a la pérdida y que, en general, no presagian un duelo más difícil o complicado. Aunque estas experiencias pueden desconcertar a algunas personas, muchas las encuentran positivas. Dado el interés que despiertan últimamente la espiritualidad y el misticismo, es interesante especular con la posibilidad de que no sean verdaderas alucinaciones, sino alguna otra clase de fenómeno metafísico.

Existe una relación manifiesta entre los pensamientos y los sentimientos y el interés actual en la psicología y la terapia cognitivas es

**una buena muestra de ello.** Aaron Beck y sus colaboradores (1979) de la Universidad de Pennsylvania hallaron que las pautas de pensamiento depresivas suelen desencadenar experiencias de depresión. En la cabeza de las personas en duelo surgen pensamientos como «No puedo vivir sin ella» o «Nunca volveré a sentir amor». Estos pensamientos pueden desencadenar sentimientos de tristeza y/o ansiedad muy intensos, pero normales.

### *Conductas*

Existen varias conductas concretas que suelen asociarse al duelo normal. Pueden variar desde trastornos del sueño o del apetito a distracción o retraimiento. Las siguientes conductas se presentan normalmente después de una pérdida y generalmente se corrigen solas con el paso del tiempo.

### Trastornos del sueño

No es extraño que las personas que se hallan en las primeras fases de la pérdida sufran trastornos del sueño. Estos trastornos pueden incluir dificultades para dormir o despertarse de madrugada. En ocasiones, los trastornos del sueño requieren intervención médica, pero en los duelos normales se corrigen solos. En el Harvard Child Bereavement Study una quinta parte de los niños manifestaron alguna alteración del sueño durante los cuatro meses posteriores a la muerte de uno de sus padres. Entre uno y dos años después de la muerte, y sin ninguna intervención especial, esta proporción disminuía hasta un nivel que no difería significativamente del de los niños que no habían sufrido esta pérdida (Worden, 1996).

Después de que Bill hubiera perdido a su mujer empezó a despertarse cada noche a las 5 de la madrugada preso de una profunda tristeza, y se ponía a pensar una y otra vez en las circunstancias que habían rodeado la muerte y en cómo se podría haber evitado, incluyendo lo que él mismo podría haber hecho de otra manera. Esto le pasaba cada noche y pronto le empezó a causar problemas porque

no rendía bien en el trabajo. Tras unas seis semanas, el trastorno empezó a corregirse solo y acabó desapareciendo. Se trata de una experiencia bastante frecuente. Sin embargo, si el trastorno del sueño persiste, puede indicar un trastorno depresivo más grave que se debería tratar. A veces, los trastornos del sueño pueden simbolizar miedos como el miedo a soñar, el miedo a estar solo en la cama o el miedo a no despertar. Después de que su marido falleciera, una mujer superó el miedo a estar sola en la cama con la compañía de su perro. El sonido de su respiración la reconfortaba y siguió durmiendo en compañía del perro durante casi un año, hasta que fue capaz de dormir sola.

### Trastornos de la alimentación

Los animales en el proceso del duelo sufren trastornos de la alimentación que también son muy comunes en el duelo humano. Estos trastornos se pueden manifestar comiendo demasiado o demasiado poco, aunque la conducta que se describe con más frecuencia es comer poco. Cualquier cambio de importancia en el peso puede deberse a cambios en los hábitos alimentarios.

### Conducta distraída

Las personas que han sufrido una pérdida reciente se pueden encontrar actuando sin prestar atención y haciendo cosas que les acaban causando incomodidad o daño. Una clienta estaba preocupada porque en tres ocasiones distintas había ido al centro de la ciudad en su coche y tras resolver sus asuntos, se había olvidado del coche y había vuelto a casa usando el transporte público. Esta conducta se dio después de una pérdida importante y se acabó corrigiendo por sí sola.

### Retraimiento

No es extraño que las personas que han sufrido una pérdida quieran aislar de los demás. Este fenómeno también suele ser efímero y

se corrige por sí solo. Una vez vi a una joven poco después de que su madre hubiera fallecido. La joven estaba soltera y era una persona muy sociable a la que le encantaba salir de fiesta. Tras la muerte de su madre, rechazó durante varios meses las invitaciones que recibía porque no parecían cuadrar con su estado de ánimo en las primeras fases del duelo. Puede que el lector encuentre que esta reacción es evidente y adecuada, pero la joven veía su retraimiento como algo anómalo. Hay personas que evitan a los amigos a los que consideran demasiado solícitos. «Mis amistades insistían tanto que no las quería ni ver. ¿Cuántas veces puede una escuchar “lo siento”?». El retraimiento social también puede suponer una pérdida del interés por el mundo exterior que se puede plasmar en no leer periódicos o en dejar de ver la televisión.

### Soñar con el fallecido

Es muy habitual que la persona fallecida aparezca en sueños, con independencia de que sean sueños normales o pesadillas. Muchas veces esos sueños sirven a diversos fines y pueden dar alguna clave diagnóstica sobre el momento del duelo en el que se encuentra la persona.

Por ejemplo, durante varios años Esther se había sentido muy culpable por las circunstancias que habían rodeado la muerte de su madre. Su sensación de culpa se manifestaba en forma de una autoestima muy baja que iba acompañada de una fuerte ansiedad. En una de sus visitas diarias a su madre, Esther salió a por café y un poco de comida. Mientras estaba fuera, su madre falleció.

Esther estaba llena de remordimientos, y aunque en la terapia usamos las técnicas de comprobación de la realidad su sensación de culpa persistía. Mientras estaba en terapia soñó con su madre. En aquel sueño se vio ayudándola a bajar por un camino resbaladizo para que no cayera. Pero su madre acabó cayendo sin que Esther pudiera hacer nada en el sueño para salvarla. Le era imposible. Aquel sueño marcó un momento decisivo en su terapia porque le hizo ver que no podía hacer nada para evitar que su madre falleciera. Esta importante revelación le permitió desprenderse de aquella culpa que llevaba años

arrastrando. En el capítulo 6 se identifican algunas maneras de utilizar los sueños en el asesoramiento del duelo.

### Evitar recordar al fallecido

Algunas personas evitan los lugares o las cosas que les provocan sentimientos dolorosos. Pueden evitar el lugar donde murió el fallecido, el cementerio u objetos que les recuerdan a la persona que han perdido. Una mujer de mediana edad vino pidiendo asesoramiento cuando su marido murió tras una serie de ataques al corazón y la dejó con dos hijos. Durante un tiempo guardó todas las fotos de su marido en un armario junto con otros recuerdos de él. Naturalmente, sólo se trataba de una solución a corto plazo y hacia el final del duelo sacó del armario los recuerdos que deseaba mantener en su vida.

Deshacerse enseguida de las cosas asociadas al fallecido —regalándolas o desprendiéndose de ellas de cualquier manera posible hasta el punto de deshacerse enseguida del cuerpo— puede dar origen a un duelo complicado. Esta conducta no suele ser sana y muchas veces es señal de una relación muy ambivalente con el fallecido. Las relaciones ambivalentes son uno de los mediadores del duelo que se describen en el capítulo 3.

### Buscar y llamar en voz alta

Tanto Bowlby como Parkes han escrito mucho sobre la conducta de búsqueda. «Llamar en voz alta» está relacionado con esta conducta. Es frecuente que quien ha sufrido una pérdida llame al fallecido por su nombre: «John, John. Por favor vuelve conmigo». Cuando esto no se hace verbalmente puede que se haga internamente.

### Suspirar

Suspirar es una **conducta que se observa** con frecuencia en las personas en duelo y que **está muy relacionada** con la sensación física de

falta de aliento. Unos colegas del Massachusetts General Hospital estudiaron la respiración de un grupo pequeño de padres en duelo y vieron que sus niveles de oxígeno y dióxido de carbono eran similares a los de pacientes deprimidos (Jellinek, Goldenheim y Jenike, 1985).

### Hiperactividad y agitación

Varias viudas de nuestros estudios de Harvard sobre el duelo cayeron en un estado de hiperactividad y agitación tras la muerte de sus maridos. La mujer mencionada más arriba y cuyo marido la había dejado con dos hijos adolescentes no podía soportar estar en casa. Salía a recorrer la ciudad en coche intentando hallar algún alivio a su estado de agitación. Otra viuda era capaz de estar en casa durante el día porque tenía cosas que hacer, pero en cuanto llegaba la noche se marchaba.

### Llorar

Ha habido especulaciones interesantes sobre el posible valor curativo del llanto. El estrés provoca en el cuerpo un desequilibrio químico y algunos investigadores creen que las lágrimas eliminan sustancias tóxicas y ayudan a restablecer la homeostasis. Plantean la hipótesis de que el contenido químico de las lágrimas causadas por el estrés emocional es diferente del de las lágrimas secretadas por la irritación de los ojos. Se están realizando pruebas para ver qué clase de catecolaminas (sustancias producidas por el cerebro que alteran el estado de ánimo) están presentes en las lágrimas provocadas por emociones (Frey 1980). Las lágrimas alivian el estrés emocional, pero aún no se sabe cómo. Hacen falta más estudios de los efectos nocivos de reprimir el llanto, si es que los hay.

### Visitar lugares o llevar objetos que recuerden al fallecido

**Esto es lo contrario de evitar recordar al fallecido. En muchas ocasiones, esta conducta refleja el temor a olvidar los recuerdos que se**

tienen de él. •Durante dos semanas llevaba siempre su foto ~~conmigo~~ por miedo a olvidarme de su cara•, me dijo una viuda.

### Atesorar objetos que pertenecían al fallecido

Una joven se puso a revolver el armario de su madre poco después de que ésta falleciera y se llevó la mayor parte de la ropa a casa. Esto se podría atribuir a un espíritu ahorrativo porque las dos tenían la misma talla, pero el hecho era que la joven no se sentía cómoda si no llevaba puesto algo que hubiera sido de su madre. Esta conducta duró varios meses. A medida que el duelo progresaba la joven fue encontrando cada vez menos necesario ponerse ropa de su madre. Al final acabó donando la mayor parte de las prendas a entidades benéficas.

El objetivo de exponer con tanto detalle las características del duelo normal es poner de manifiesto la amplia variedad de conductas y experiencias asociadas a una pérdida. Naturalmente, una persona dada no manifestará todas las reacciones. Pero es importante que los asesores de personas en duelo entiendan el amplio abanico de conductas propias de un duelo normal y no patologicen conductas que se deberían considerar normales. Entender esto también permite tranquilizar a las personas que viven estas conductas con preocupación, sobre todo en el caso de personas que hayan sufrido la primera pérdida importante de su vida. Con todo, el hecho de que estas conductas persistan en fases avanzadas del duelo puede ser señal de un duelo complicado (Demi y Miles, 1987).

### DUELO Y DEPRESIÓN

Muchas conductas normales del duelo pueden parecer manifestaciones de una depresión. Para arrojar cierta luz sobre esta cuestión examinaremos el debate en torno a las similitudes y las diferencias entre depresión y duelo.

Freud abordó esta cuestión en su artículo •Duelo y melancolía•. Señalaba que la depresión, o melancolía como él la llamaba, era una forma patológica de duelo muy parecida al duelo normal pero con

unas características propias, como dirigir hacia uno mismo la ira sentida hacia una persona fallecida que era querida «de una manera ambivalente». Es indudable que el duelo se parece mucho a una depresión y que el duelo se puede transformar en una depresión verdadera. Según Gerald Kleiman (1977), un destacado investigador de la depresión, muchas depresiones están provocadas por pérdidas y se manifiestan inmediatamente después de las mismas o un tiempo después, cuando el paciente las recuerda. Por otro lado, la depresión puede actuar como defensa frente al duelo. Cuando el superviviente dirige su ira hacia sí mismo la desvía del fallecido, evitando así hacer frente a sus sentimientos ambivalentes hacia él (Dorpat, 1973).

La principal diferencia entre el duelo y la depresión es que, si bien en los dos se pueden manifestar síntomas clásicos como trastornos del sueño, trastornos del apetito o tristeza profunda, en la reacción de duelo no se da la pérdida de autoestima que se suele dar en la mayoría de las depresiones clínicas. Es decir las personas que han perdido a alguien no se tienen en menos a causa de la pérdida o, si lo hacen, sólo tienden a hacerlo durante un breve período de tiempo. Y si los supervivientes sienten culpa, suele ser una culpa asociada a algún aspecto concreto de la pérdida, no un sentimiento general de culpabilidad.

En un apartado del *Manual diagnóstico y estadístico (DSM IV)* de la American Psychiatric Association (2000) se lee:

Como parte de su reacción a la pérdida algunas personas afectadas presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia o pérdida de peso). La persona en el proceso del duelo valora el estado de ánimo depresivo como «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar síntomas asociados como el insomnio y la anorexia (pág. 299).

Aunque el duelo y la depresión comparten ciertos rasgos objetivos y subjetivos, en realidad parecen ser estados diferentes. La depresión suele ir asociada al duelo, pero no son lo mismo (Robinson y Fleming, 1992; Wakefield, 2007 Worden y Silverman, 1993; Zisook y Kendler, 2007). Para Freud, en el duelo el mundo se ve pobre y vacío, mientras que en la depresión es la persona la que se siente pobre y vacía. Estas diferencias en el estilo cognitivo han sido identificadas

por Beck y otros (1979) y por otros psicoterapeutas cognitivos, que han propuesto que las personas que padecen depresión tienen una imagen negativa de sí mismas, del mundo y del futuro. Estas evaluaciones o imágenes negativas también pueden hallarse en las personas que pasan por el proceso del duelo, pero tienden a ser más pasajeras.

Con todo, hay personas que sufren episodios depresivos mayores tras una pérdida (Zisook y Shuchter, 1993). La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico* de la APA (American Psychiatric Association) lo tiene en cuenta y establece unos síntomas asociados a la depresión en lugar de al duelo: sensación de culpabilidad por cosas distintas de lo que la persona superviviente ha hecho o ha dejado de hacer en el momento de la muerte; pensamientos de muerte en el superviviente distintos de pensar que estaría mejor muerto o que debería haber muerto junto con la persona fallecida; preocupación morbosa con sentimientos de inutilidad; acusada lentificación psicomotriz; deterioro funcional acusado y prolongado; y experiencias alucinatorias (que no incluyen oír la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida). Si se desarrolla un episodio depresivo mayor durante el duelo, se debería considerar una clase de duelo complicado llamada *duelo exagerado* (véase el capítulo 5).

Según Jacobs y sus colaboradores de Yale (1987 1989, 1990), que estudiaron la depresión en el contexto del duelo, «Aunque la mayoría de las depresiones debidas al duelo son transitorias y no necesitan atención profesional, cada vez se reconoce más que algunas depresiones, sobre todo las que persisten durante el primer año de duelo, son clínicamente significativas» (1987 pág. 501). El equipo de Jacobs empleó medicación antidepresiva para tratar a pacientes graves cuya depresión persistía hasta fases avanzadas del duelo y no remitía espontáneamente ni respondía a intervenciones interpersonales. Normalmente se trataba de personas que tenían una historia de depresión o de otro trastorno mental. Observaron mejoras en los trastornos del sueño y de la alimentación, así como una mejoría en el estado de ánimo y en la cognición. Estas respuestas indican la existencia de una dimensión biológica en la depresión.

Una de las funciones del asesor que está en contacto con personas en duelo durante los momentos de duelo agudo es evaluar qué pacientes pueden sufrir una depresión mayor según los criterios diag-

nósticos habituales. Estos pacientes pueden recibir otra clase de ayuda, como un examen médico y, posiblemente, medicación antidepresiva. Cuando la depresión empieza a remitir gracias a la medicación, el tratamiento pasa a centrarse en los conflictos subyacentes al apego. Estos conflictos no se pueden abordar únicamente por medio de la medicación (Miller y otros, 1994).

Aunque el duelo se puede definir como la experiencia de una persona tras una pérdida, en este libro se define como el proceso de adaptación a esa pérdida. En los dos capítulos siguientes examinaremos este proceso con detalle.

#### NOTA

1. Empleo la palabra *normal* tanto en un sentido clínico como en un sentido estadístico. En el sentido *clínico* se refiere a lo que los médicos consideran una conducta de duelo normal, mientras que en el sentido *estadístico* se refiere a la frecuencia de aparición de una conducta en una población aleatoria de personas en duelo. Cuanto más frecuente es una conducta, más se define como normal.

#### REFERENCIAS

- Ainsworth, M., M. Blehar, E. Waters, y S. Wall, *Patterns of attachment*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.), Washington, DC, Author, 2000 (trad. cast.: *DSM-IV. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2009).
- Beck, A. T. y otros, *Cognitive therapy of depression*, Nueva York, Guilford Press, 1979 (trad. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1984).
- Bowlby, J., «The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory», *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977a, págs. 201-210.
- , «The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy», *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977b, págs. 421-431.

- , *Attachment and loss: vol. 3. Loss, sadness, and depression*, Nueva York, Basic Books, 1980 (trad. cast.: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 2009).
- Darwin, C., *The expression of emotions in man and animals*, Londres, Murray, 1872 (trad. cast.: *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Madrid, Alianza, 1998).
- Demi, A. S., y M. S. Miles, «Parameters of normal grief: A Delphi study», *Death Studies*, 11, 1987, págs. 397-412.
- Dorpat, T. L., «Suicide, loss, and mourning», *Suicide & Life-Threatening Behavior* 3, 1973, págs. 213-224.
- Engel, G. L., «Is grief a disease? A challenge for medical research», *Psychosomatic Medicine*, 23, 1961, págs. 18-22.
- Erikson, E. H., *Childhood and society*, Nueva York, Norton, 1950 (trad. cast. *Infancia y sociedad*, Barcelona, Paidós, 1983).
- Freud, S., «Mourning and melancholia», en J. Strachey (comp. y trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth, 1957 vol. 14, págs. 237-260 (publicado originalmente en 1917).
- Frey W. H., «Not-so-idle-tears», *Psychology Today*, 13, 1980, págs. 91-92.
- Jacobs, S., *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1999.
- F. Hansen, L. Berkman, S. Kasl, y A. Ostfeld, «Depressions of bereavement», *Comprehensive Psychiatry*, 30, 1989, págs. 218-224.
- y K. Kim, «Psychiatric complications of bereavement», *Psychiatric Annals*, 20, 1990, págs. 314-317
- , J. Nelson, y S. Zisook, «Treating depression of bereavement with antidepressants: A pilot study», *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 1987 págs. 501-510.
- Jellinek, M., Goldenheim, P., y Jenike, M., «The impact of grief on ventilatory control», *American Journal of Psychiatry*, 142, 1985, págs. 121-123.
- Klein, M., «Mourning and its relationship to manic-depressive states», *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 1940, págs. 125-153.
- Klerman, G., y M. Weissman, «The interpersonal approach to understanding depression», en T. Millon y G. Klerman (comps.), *Contemporary directions in psycho-pathology: Toward the DSM IV* Nueva York, Guilford, 1986.
- Lewis, C. S., *A grief observed*, Londres, Faber and Faber, 1961 (trad. cast.. *Una pena en observación*, Barcelona, Anagrama, 2007).
- Lindemann, E., «The Symptomatology and management of acute grief», *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944, págs. 141-148.

- Lorenz, K., *On aggression*, Londres, Methuen, 1963 (trad. cast.. *Sobre la agresión: el pretendido mal*, Madrid, Siglo XXI, 1992).
- Main, M., y E. Hesse, «Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?», en M. T. Greenberg, D. Cicchetti, y E. M. Cummings (comps.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, Chicago, University of Chicago Press, 1990, págs. 161-182.
- Miller, M., E. Frank, C. Cornes, S. Imber, B. Anderson, L. Ehrenpreis y otros, «Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression following loss of a spouse in late life», *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994, págs. 149-162.
- Nolen-Hoeksema, S., «Ruminative coping and adjustment to bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 545-562.
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, 1972.
- «A historical overview of the scientific study of bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Press, 2001, págs. 25-45.
- P. Laungani, y B. Young, *Death and bereavement across cultures*, Londres, Routledge, 1997
- y J Stevenson-Hinde (comps.), *The place of attachment in human behavior* Nueva York, Basic Books, 1982.
- y R. Weiss, *Recovery from bereavement*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- Robinson, P., y S. Fleming, «Depressotypic cognitive patterns in major depression and conjugal bereavement», *Omega*, 25, 1992, págs. 291-305.
- Rosenblatt, P. C., R. P. Walsh, y D. A. Jackson, *Grief and mourning in cross-cultural perspective*, New Haven, CT HRAF Press, 1976.
- Stroebe, W., H. Schut, H., y M. S. Stroebe, «Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved?», *Clinical Psychology Review*, 25, 2005, págs. 395-414.
- M. S. Stroebe, G. Abakoumkin, y H. Schut, The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1996, págs. 1241-1249.
- Taylor, S., y S. J. Rachman, «Fear of sadness», *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 1991, págs. 375-381

- Van Bearsen, B., M. Van Duijn, J. Smit, T. Snijders, y K. Knipscheer, *Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study*, *Omega*, 44, 2001, págs. 5-36.
- Wakefield, J. C., *Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: Evidence from the National Comorbidity Study*, *Archives of General Psychiatry*, 64, 2007, págs. 433-440.
- Winnicott, D., *Transitional objects and transitional phenomena*, *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 1953, págs. 89-97.
- Worden, J. W., *Personal death awareness*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.
- , *Children and grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- y P. R. Silverman, *Grief and depression in newly widowed parents with school-age children*, *Omega*, 27, 1993, págs. 251-260.
- Zisook, S., y K. S. Kendler, *Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression?*, *Psychological Medicine*, 37, 2007, págs. 779-794.
- y S. R. Shuchter, *Uncomplicated bereavement*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 1993, págs. 365-372.

## CAPÍTULO 2

### COMPRENDER EL PROCESO DEL DUELO

Aunque la palabra «duelo» tiene varias acepciones, en este libro se emplea para definir el proceso de adaptación por el que pasa una persona que ha sufrido una pérdida. Este proceso ha sido contemplado de varias formas por distintos autores, casi siempre en función de etapas, fases y tareas.

**Etapas.** Una manera de abordar el proceso del duelo es contemplarlo en función de etapas. Muchos autores que han escrito sobre el duelo han enumerado hasta nueve etapas y, por lo menos hay uno que ha propuesto doce. Una de las dificultades de contemplar el duelo en función de etapas es que las personas no pasan por todas las etapas una tras otra. Además, los principiantes tienden a tomarse las etapas en un sentido demasiado literal. Un ejemplo de ello es la manera en que la gente respondía a las etapas del proceso de morir de la doctora Elisabeth Kübler-Ross. Después de su primer libro, *Sobre la muerte y los moribundos* (1969), muchas personas esperaban que los pacientes moribundos pasaran por todas las etapas que había enumerado siguiendo un orden riguroso. Las etapas de Kübler-Ross también se han empleado para describir el proceso del duelo, aunque con las mismas limitaciones (Maciejewski, Zhang, Block y Prigerson, 2007).

Un enfoque alternativo a las etapas es el concepto de fases utilizado por Parkes, Bowlby, Sanders y otros. Parkes define cuatro fases en el duelo. La fase I es el período de insensibilidad que se da en los momentos próximos a la pérdida. Esta insensibilidad afecta a muchos supervivientes y les ayuda a no centrar la atención en la realidad de la pérdida, al menos durante un breve período de tiempo. Luego, la persona pasa a la fase II o fase de añoranza, donde tiende a negar el carácter irreversible de la pérdida y ansía que el fallecido vuelva. La ira desempeña un papel importante en esta fase. En la fase III, la fase

de desorganización y ~~desesperación~~, a la persona en duelo le cuesta actuar en su entorno. Por último está la fase IV, la fase de conducta reorganizada, donde la persona empieza a retomar su vida (Parkes, 1972, 2001, 2006). Bowlby (1980), cuya obra y cuyos intereses han coincidido en gran medida con los de Parkes, ha reforzado la idea de las fases y postula que la persona debe pasar por una serie de fases antes de resolver el duelo. Como en el caso de las etapas, las distintas fases se superponen y están poco definidas.

Sanders (1989, 1999) también ha usado esta noción para describir el proceso del duelo y propone cinco fases: 1) shock; 2) conciencia de la pérdida; 3) retraimiento y conservación; 4) sanación, y 5) renovación.

*Tareas.* Aunque no tengo nada en contra de Bowlby, Parkes, Sanders y sus modelos de fases, creo que el concepto de tareas del duelo que presento en este libro es igual de válido para entender el proceso del duelo y mucho más útil para los profesionales. Las fases suponen cierta pasividad, algo por lo que pasa la persona en duelo. Las tareas, por otra parte, son más acordes con el concepto del trabajo del duelo de Freud e implican que la persona debe ser activa y que puede hacer algo. Además, este enfoque contempla las influencias en el duelo que proceden de intervenciones externas. En otras palabras, el concepto de fases supone algo por lo que hay que pasar, mientras que el enfoque basado en tareas da a la persona cierta sensación de influencia y la esperanza de que puede hacer algo para adaptarse a la pérdida de un ser querido.

Los dos enfoques tienen una validez evidente. Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo; la frase que se cita con frecuencia, «el tiempo lo cura todo», es cierta. También es cierta la noción de que el duelo genera unas tareas que se deben llevar a cabo y, aunque esto quizás sea abrumador para la persona que sufre un duelo agudo, con la ayuda de un asesor también puede ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que el duelo se puede superar. Puede ser un antídoto poderoso para los sentimientos de desamparo que sufren muchas personas en duelo.

Podríamos decir que todos los aspectos del crecimiento y el desarrollo del ser humano están influidos por diversas tareas. Estas tareas son más manifiestas durante el crecimiento y el desarrollo de los niños.

Según el conocido psicólogo del desarrollo Robert Havighurst (1953), a medida que el niño crece se le presentan determinadas tareas evolutivas (emocionales, físicas y sociales). Si el niño no finaliza una tarea de un nivel dado, su adaptación se verá menoscabada cuando intente realizar las tareas de niveles más avanzados.

Del mismo modo, el duelo —como adaptación a la pérdida— se puede ver como un proceso que implica las cuatro tareas básicas que se exponen a continuación. Es esencial que la persona las realice para que pueda adaptarse a la pérdida. Las personas en duelo se adaptan de diversas maneras a la pérdida de un ser querido. Aunque no es necesario abordar estas tareas siguiendo un orden concreto, sus definiciones dan a entender un cierto orden. Por ejemplo, no se puede controlar el impacto emocional de la pérdida hasta que no se acepta el hecho de que la pérdida es real e irreversible, por lo menos en esta vida. Puesto que el duelo es un proceso y no un estado, estas tareas exigen esfuerzo. Con todo, no todas las pérdidas que sufrimos suponen abordar estas tareas de la misma manera. El duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo diferente en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido esa pérdida (Stroebe, 1992). Algunos autores llamarían a esto trabajo de duelo.

## TAREAS DEL DUELO

### *Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida*

Cuando alguien muere, aunque sea de una muerte esperada, siempre hay cierta sensación de que su muerte no es real. La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona ha muerto, de que se ha marchado y no va a volver. Parte de la aceptación de esta realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida. La conducta de búsqueda, sobre la que Bowlby y Parkes han escrito mucho, se relaciona directamente con el cumplimiento de esta tarea. Mucha gente que ha sufrido una pérdida se encuentra llamando en voz alta a la persona perdida y, a veces, la confunde con otras personas de su entorno. Puede andar por la calle y

vislumbrar a alguien que le recuerda al fallecido y entonces tiene que recordarse: «No, no es mi amigo. Mi amigo está muerto». Joan Didion (2005), que vivió esta experiencia tras la muerte de su marido, escribió sobre ella en su libro *El año del pensamiento mágico*.

Lo contrario de aceptar la realidad de la pérdida es *no creérsela* mediante alguna clase de negación. Hay personas que se niegan a creer que una muerte sea real y se quedan encalladas en la primera tarea. Esta negación se puede realizar a varios niveles y puede adoptar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida (Dorpat, 1973).

La negación de la realidad de la pérdida puede ir desde una leve distorsión a un engaño total. Los casos extremos de negación por delirio, como cuando una persona guarda el cuerpo del fallecido en casa durante varios días antes de notificar la muerte a alguien, son poco frecuentes. Gardiner y Pritchard (1977) describen seis casos de esta conducta tan insólita y yo mismo he visto dos. Las personas implicadas eran claramente psicóticas o excéntricas y solitarias.

Es más probable que la persona lleve a cabo lo que el psiquiatra Geoffrey Gorer (1965) llama «momificación», es decir, que guarde posesiones del fallecido en un estado «momificado», preparadas para que el fallecido las utilice cuando regrese. Un ejemplo clásico es el caso de la reina Victoria: tras la muerte de su consorte, el príncipe Alberto, hacía preparar cada día su ropa y sus instrumentos de afeitado y solía pasearse por palacio hablando con él. Los padres que pierden a un hijo suelen conservar su habitación tal como estaba antes de su muerte. No es raro ver esta actitud a corto plazo, pero si sigue durante años se convierte en negación. Un ejemplo de distorsión que no es delirio sería la persona que ve al fallecido reencarnado en uno de sus hijos. Este pensamiento distorsionado puede aliviar la intensidad de la pérdida pero raramente es satisfactorio y dificulta la aceptación de su realidad.

Otra manera que tiene la gente de protegerse de la realidad es negar el significado de la pérdida. De este modo, la pérdida se puede ver como menos importante de lo que en realidad es. Es normal oír expresiones como: «No era buen padre», «No estábamos unidos» o «No le echo de menos». Hay personas que se deshacen enseguida de la ropa y otros objetos que les recuerdan al fallecido. Desprenderse de

todos los recuerdos del fallecido es lo opuesto a la «momificación» y minimiza la pérdida. Es como si los supervivientes se vieran protegidos por la ausencia de objetos que les hagan afrontar la realidad de esa pérdida. Este fenómeno no es raro después de una muerte traumática. Una mujer a la que entrevisté había perdido de manera inesperada a su marido en el hospital: había ingresado por una afección de poca importancia pero el hombre sufrió un paro cardíaco y falleció. La mujer se negaba a volver a su casa hasta que no se hubieran llevado todas las pertenencias de su marido y esperaba con impaciencia la llegada de la primavera para que desaparecieran las pisadas de su esposo en la nieve. Esta conducta no es frecuente y suele surgir de una relación conflictiva con la persona fallecida (para más información sobre el duelo en relaciones conflictivas véanse las intervenciones de terapia del capítulo 6).

Otra manera más de negar el significado de la pérdida es practicar un «olvido selectivo». Por ejemplo, Gary perdió a su padre a los doce años de edad. Con los años había borrado de su mente todo lo relacionado con su padre, incluida su imagen visual. Cuando vino por primera vez a psicoterapia siendo estudiante universitario, ni siquiera podía recordar su cara. Después de seguir la terapia no sólo fue capaz de recordar cómo era, sino que también pudo sentir su presencia en su ceremonia de graduación.

Algunas personas no pueden realizar la tarea I porque niegan que la muerte sea irreversible. Un buen ejemplo de esto lo ilustraba un reportaje del programa de TV «60 Minutes» emitido hace varios años. Hablaba de un ama de casa de mediana edad que había perdido a su madre y a su hija de doce años en un incendio. Durante los primeros dos años no cesaba de decirse en voz alta: «No quiero que estéis muertas, no quiero que estéis muertas, no quiero que muráis». Parte de su terapia exigía que afrontara el hecho de que estaban muertas y nunca volverían.

Otra estrategia usada para negar la irreversibilidad de la muerte es el espiritismo. La esperanza de reunirse con la persona muerta es un sentimiento normal, sobre todo en los primeros días o semanas después de la pérdida. Sin embargo, la esperanza crónica de dicha reunión no es normal. Según Parkes (2001):

El espiritismo dice ayudar a la gente en su búsqueda del fallecido y siete de las personas que participaron en mis estudios dijeron haber acudido a sesiones de espiritismo o a iglesias espiritistas. Sus reacciones variaban: algunas sintieron haber tenido alguna clase de contacto con el muerto y otras se asustaron. En general no se sentían satisfechas con la experiencia y ninguna asistía con asiduidad a sesiones espiritistas (págs. 55-56).

Hace poco se publicó un artículo interesante sobre la historia y la situación actual del espiritismo en Estados Unidos y en el Reino Unido. El autor entrevistó a varios asistentes a sesiones espiritistas. Aunque muchos al principio asistían para saber si la persona que habían perdido estaba en paz o para recibir consejos del otro mundo, la mayoría de ellos seguían asistiendo a estas sesiones porque les gustaban los valores y el compañerismo que hallaban en el grupo (Wallis, 2001).

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida exige tiempo porque no sólo supone una aceptación *intelectual*, sino también una aceptación *emocional*. Muchos asesores con poca experiencia no se dan cuenta de esto y se centran demasiado en la aceptación intelectual en perjuicio de la emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la irreversibilidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la realidad. Una mujer que asistía a uno de mis grupos de duelo se despertaba cada mañana y palpaba el lado de la cama donde había dormido su marido en vida para ver si estaba. Sabía que no estaría, pero mantenía la esperanza de encontrarlo allí aunque había fallecido seis meses atrás.

Es fácil creer que la persona amada se encuentra de viaje o ha vuelto a ingresar en el hospital. Una enfermera había ingresado en el hospital a su anciana madre para que le hicieran un *bypass* y la había visto postrada en la cama con sondas y otros aparatos médicos. Tras la muerte de su madre se pasó varios meses creyendo que aún seguía en el hospital preparándose para la operación y que por esta razón no la había llamado por su cumpleaños. Así se lo decía a los demás cuando le preguntaban por su madre. Una mujer cuyo hijo había fallecido en un accidente se negaba a creer que su hijo estuviera muerto y prefería pensar que se encontraba en Europa, donde había estado el año anterior.

La realidad golpea con toda su crudeza cuando tomamos el teléfono para explicar algo a la persona amada y entonces nos acordamos de que no está al otro lado de la línea. A muchos padres les cuesta meses decir: «Mi hijo está muerto y nunca lo volveré a ver». Pueden ver a otros niños jugar en la calle o ver pasar el autobús escolar y decirse: «¿Cómo puedo haber olvidado que mi hijo está muerto?».

La creencia y la incredulidad se alternan mientras se intenta resolver esta tarea. Krupp, Genovese y Krupp (1986) lo explicaron muy bien cuando escribieron:

A veces las personas en duelo parecen estar bajo la influencia de la realidad y se comportan como si aceptaran plenamente que el fallecido se ha ido; otras veces se comportan de una manera irracional, bajo el influjo de la fantasía de un reencuentro futuro. Una característica omnipresente es la ira dirigida por la persona en duelo al objeto de amor perdido, a sí misma, a otras personas a las que considera culpables de la pérdida, e incluso a personas que, con buena intención, le recuerdan la realidad de esa pérdida (pág. 345).

Otra forma de incredulidad es lo que Avery Weisman (1972) llama «conocimiento intermedio», un término tomado de la filosofía existencial. El conocimiento intermedio es saber y no saber al mismo tiempo. Podemos ver este fenómeno en algunos enfermos terminales que al mismo tiempo saben y no saben que se están muriendo. Del mismo modo, una persona en duelo puede creer y no creer a la vez.

Aunque realizar la primera tarea lleva tiempo, rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a acercarse a la aceptación. Quienes no están presentes en el entierro pueden necesitar otras formas externas de validar la realidad de la muerte. La irreabilidad plantea un problema especialmente difícil en el caso de la muerte repentina, sobre todo si el superviviente no puede ver el cuerpo del fallecido. En nuestro Harvard Child Bereavement Study encontramos una fuerte relación entre la pérdida repentina del cónyuge y los sueños del superviviente en los primeros meses posteriores a la pérdida. Puede que soñar que el fallecido está vivo no sólo satisfaga un deseo, sino que sea el modo por el que la mente valide la realidad de la muerte mediante el contraste claro que se produce al despertar de ese sueño (Worden, 1996).

*Tarea II: elaborar el dolor de la pérdida*

La palabra alemana *Schmerz* es muy adecuada para hablar del dolor porque su definición más amplia incluye el dolor literalmente físico y el dolor emocional y conductual que sufren muchas personas tras una pérdida. Si este dolor no se reconoce y no se resuelve, se manifestará con síntomas físicos o mediante alguna forma de conducta anormal. Según Parkes (1972), «Si es necesario que la persona sufra el dolor de la pérdida para realizar el trabajo del duelo, cabe esperar que cualquier cosa que le permita evitar o suprimir ese dolor prolongue el curso del duelo» (pág. 173).

No todo el mundo vive el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien con quien se haya estado muy unido sin sufrir cierto dolor. Las personas que acaban de perder a un ser querido no suelen estar preparadas para afrontar la intensidad y la naturaleza de las emociones que surgen tras la pérdida (Rubin, 1990). La clase de dolor y su intensidad están mediadas por diversos factores que se identifican en el capítulo 3. Por otro lado, estudios recientes sobre los estilos de apego indican que hay personas que sufren poco o nada tras una pérdida. Una razón para ello es que no se permiten sentir apego por nadie y manifiestan un estilo de apego de evitación-rechazo (Bonanno, 2004).

Entre la sociedad y las personas en duelo puede darse una interacción sutil que hace más difícil la tarea II. La sociedad puede sentirse incómoda ante los sentimientos de estas personas y a causa de ello, transmitirles un mensaje sutil: «No tienes por qué estar de duelo, te compadeces de ti mismo». En sus intentos de ayudar, los demás suelen recurrir a muchos tópicos: «Eres joven y puedes tener más hijos», «Hay que seguir adelante y a él no le gustaría verte así». Los comentarios de esta clase refuerzan las defensas de la persona, provocándole una negación de la necesidad del duelo que se expresa en afirmaciones como: «No debería sentirme así» o «No tengo por qué pasar el duelo» (Pincus, 1974). Según Geoffrey Gorer (1965), «Abandonarse al dolor se estigmatiza como algo morboso, enfermizo y desmoralizador. Lo que se considera apropiado en un amigo que quiere bien a la persona en duelo es que la distraiga de su dolor» (pág. 130).

La negación de la segunda tarea tiene como consecuencia *no sentir*. Las personas pueden evitar la tarea II de muchas maneras: la más evidente es bloquear los sentimientos y negar el dolor. A veces obstaculizan el proceso evitando pensamientos dolorosos. Emplean métodos para dejar de pensar y no sentir la disforia asociada a la pérdida. Algunas personas lo controlan estimulando sólo pensamientos agradables del fallecido, lo que las protege del malestar que provocan los pensamientos desagradables. Idealizar al muerto, evitar las cosas que lo recuerdan o consumir alcohol u otras drogas son otras maneras de evitar la tarea II.

Algunas personas que no quieren sufrir el dolor de la pérdida intentan encontrar una cura «geográfica». Viajan de un lugar a otro buscando un poco de alivio a sus emociones en lugar de elaborar el dolor, de sentirlo sabiendo que un día pasará.

Una joven quitaba importancia al suicidio de su hermano creyendo que se había liberado de la oscuridad en la que había vivido para ir a un lugar mejor. Puede que fuera así, pero esto le impedía sentir la profunda ira que le causaba el hecho de que la hubiera abandonado. Cuando se permitió por primera vez sentir esta ira durante el tratamiento, dijo: «Lo que me enfurece no es él, sino lo que ha hecho». Al final fue capaz de dirigir esta ira a su hermano mediante el empleo de una silla vacía.

En algunos casos, el superviviente tiene una respuesta eufórica ante la muerte, aunque esta respuesta suele estar asociada a un rechazo empático a creer que la muerte se haya producido. Esto suele ir acompañado de una sensación vívida de la presencia continua del fallecido. En general, estas respuestas eufóricas son muy frágiles y efímeras (Parkes, 1972).

Según John Bowlby (1980), «Tarde o temprano, algunos de los que evitan todo duelo consciente se vienen abajo, casi siempre con alguna forma de depresión» (pág. 158). Uno de los objetivos del asesoramiento psicológico del duelo es ayudar a facilitar la tarea II para que la gente no arrastre su dolor toda la vida. Si la tarea II no se aborda de una manera adecuada puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento en que a la persona le sea más difícil retroceder y deba afrontar el dolor que ha estado evitando. Esta experiencia suele ser más compleja y difícil de tratar que en el momento de la

pérdida. Además, se puede complicar porque la persona puede tener menos apoyo social que en el momento de la pérdida.

Tendemos a concebir el dolor del duelo en función de la tristeza y la disforia. Y es indudable que mucho dolor es de esta clase. Pero también hay otros sentimientos asociados a la pérdida que se deben elaborar. La angustia, la ira, la culpa y la soledad son sentimientos comunes que aparecen durante el duelo. En el capítulo 4 se presentan varias maneras de trabajar con estos sentimientos en el asesoramiento.

### *Tarea III: adaptarse a un mundo sin el fallecido*

Hay tres áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida de un ser querido: las *adaptaciones externas*, es decir, cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona; las *adaptaciones internas*, es decir, cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma; y las *adaptaciones espirituales*, es decir, cómo influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que abriga la persona. A continuación examinaremos estas áreas una por una.

#### **Adaptaciones externas**

Adaptarse a un entorno nuevo sin el fallecido supone cosas diferentes para distintas personas en función de cómo era la relación con él y de los distintos roles que el fallecido desempeñaba. A muchas viudas les hace falta mucho tiempo para comprender qué supone vivir sin sus maridos. Esta comprensión suele empezar tres o cuatro meses después de la pérdida y supone asumir el hecho de vivir en soledad, de educar sola a los hijos, de enfrentarse a una casa vacía y de llevar sola la economía familiar. Según Parkes (1972):

En un duelo casi nunca está claro qué es lo que se ha perdido. Por ejemplo, la pérdida del cónyuge puede suponer o no la pérdida de la pareja sexual, del compañero, del contable, del jardinero, del niñero, de quien escucha, de quien calienta la cama, etcétera, en función de los roles concretos que ese cónyuge solía desempeñar (pág. 7).

El superviviente no suele ser consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta un tiempo después de la pérdida.

A muchos supervivientes les disgusta tener que aprender nuevas habilidades y adoptar roles que antes desempeñaban sus cónyuges. Un ejemplo es el caso de Margot, una madre joven cuyo marido había fallecido. El marido era una persona eficiente que se encargaba de todo y resolvía los problemas que se presentaban. Después de su muerte, uno de los hijos se metió en un lío en la escuela y tuvo que ver varias veces al orientador escolar. Antes, el marido se habría puesto en contacto con la escuela y lo habría solucionado todo, pero después de su muerte Margot se vio forzada a desarrollar esta capacidad. Aunque lo hizo de mala gana y con resentimiento, acabó por darse cuenta de que le gustaba tener la capacidad de controlar aquella situación de una manera competente y que nunca lo hubiera hecho si su marido aún estuviera vivo. La estrategia de afrontamiento consistente en redefinir la pérdida de modo que pueda redundar en beneficio del superviviente suele suponer haber realizado con éxito la tarea III. Hallar sentido a una pérdida y ver un beneficio en ella son dos dimensiones de dotar de significado a una pérdida, algo que está claramente relacionado con la cuestión de encontrar algo positivo en la muerte.

Una teoría actual defendida por Neimeyer (1999) y muchos otros autores plantea la necesidad de dotar de significado a las pérdidas. Se trata de un proceso importante para las muertes dolorosas que tienden a hacer que el superviviente albergue dudas sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo. La muerte puede hacer añicos la base de las metas que el superviviente tiene para su vida y cuando alguien hace frente a una pérdida es importante que descubra y cree nuevos significados (Attig, 1996).

### Adaptaciones internas

Las personas en duelo no sólo se deben adaptar a la pérdida de los roles que desempeñaba el fallecido: la muerte también les plantea el reto de adaptar su propia identidad personal. Esto no sólo se refiere a que se vean como viudas o como padres que han perdido a un

hijo: en un plano más fundamental, se refiere a cómo influye la muerte en la definición que hacen de sí mismas, en su amor propio y en su sensación de eficacia personal. Algunos estudios señalan que, para las mujeres que definen su identidad a través de sus relaciones y de los cuidados a otros, el duelo no sólo supone la pérdida de otra persona importante, sino también una sensación de pérdida de sí mismas (Zaiger 1985-1986). Para estas mujeres, uno de los objetivos del duelo es que se vean como personas «independientes», no como la mitad de una pareja. Durante un año, una viuda a la que asesoraba solía pasearse por toda la casa diciendo: «¿Qué haría Jack?». Tras el primer aniversario de la muerte de su marido se dijo que Jack ya no estaba con ella y que ahora podría decir: «¿Qué es lo que quiero hacer yo?».

Existen algunas relaciones donde el amor propio de una persona depende de la persona a la que está apegada. Hay quien considera que estas relaciones son una forma de apego seguro. Cuando existe un apego de esta clase y la persona muere, el amor propio del superviviente puede verse muy dañado, sobre todo si el fallecido compensaba algún déficit grave en el desarrollo del superviviente. Esther había tenido un matrimonio muy breve y luego se casó con Ernie. Los antecedentes familiares de Esther estaban llenos de maltratos físicos y emocionales. Nunca se había sentido aceptada. Ernie le ofrecía un lugar en el que se sentía querida. Tras la repentina muerte de Ernie, Esther cayó en una profunda depresión que alimentaba pensando: «Nadie me volverá a querer como me quería Ernie y nunca volveré a hallar un lugar donde me sienta aceptada».

El duelo también puede menoscabar la sensación de *eficacia personal* de una persona, es decir, la medida en que siente que tiene algún control sobre lo que le sucede. El duelo puede suponer una regresión intensa donde la persona se ve a sí misma como alguien impotente, inepto, incapaz, infantil o empobrecido en lo personal (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980). Los intentos de desempeñar los roles del fallecido pueden fracasar y esto, a su vez, puede reducir más la autoestima. Cuando sucede esto, la persona pone en duda su eficacia personal y puede atribuir cualquier cambio al azar o al destino en lugar de a sus propias aptitudes y capacidades (Goalder, 1985).

Attig (1996) destaca la necesidad de reaprender el mundo tras una pérdida y se centra especialmente en el impacto de la muerte

en la sensación de identidad del superviviente. La tarea interna de la persona en duelo es responder a las preguntas: «¿Quién soy ahora?», «¿En qué soy diferente de cuando le quería?». Con el tiempo, las imágenes negativas acaban dando paso a otras más positivas y los supervivientes son capaces de continuar con sus tareas y aprender nuevas formas de enfrentarse al mundo (Shuchter y Zisook, 1986).

### Adaptaciones espirituales

La tercera área de adaptación se refiere al sentido que uno tiene del mundo. Según Neimeyer (2000, 2001), la muerte puede sacudir los cimientos de la visión del mundo que tiene la persona. Una pérdida puede poner en entredicho los valores básicos de la vida de una persona y sus creencias filosóficas, unas creencias influidas por familiares y compañeros, por la educación y la religión, y por las vivencias personales. Es frecuente que la persona en duelo sienta que ha perdido el rumbo en la vida. Busca significado y su vida cambia para dotar de sentido a esta pérdida y recuperar cierto control. Janoff-Bulman (1992) ha identificado tres supuestos básicos que la muerte de un ser querido suele poner en entredicho: que el mundo es un lugar benévolos, que el mundo tiene sentido, y que la persona misma es importante. Los sucesos del 11 de septiembre de 2001 pusieron en entredicho estos tres supuestos básicos y muchos más.

Es probable que esta situación también se plantee en el caso de muertes repentinamente y prematuras. Las madres de niños muy pequeños que han muerto en tiroteos callejeros suelen preguntarse por qué Dios permite que suceda algo así. Una me dijo: «Debo de ser muy mala para que me haya pasado algo así».

Pero no todas las muertes ponen en entredicho nuestras creencias básicas. Algunas se ajustan a lo que esperamos y confirmán nuestros supuestos. Un ejemplo de ello sería la muerte de una persona de edad avanzada que ha vivido su vida plenamente.

Para muchas personas no hay una respuesta clara. Una madre cuyo hijo murió en el accidente del vuelo 103 de la PanAm en 1988 dijo: «Con el tiempo se pueden adoptar nuevas creencias o reafirmar

o modificar las antiguas para reflejar la fragilidad de la vida y los límites del control» (Shuchter y Zisook, 1986).

El hecho de no llevar a cabo la tarea III tiene como consecuencia la *incapacidad de adaptarse a la pérdida*. La persona lucha consigo misma alimentando su propio desamparo, sin desarrollar las capacidades necesarias para afrontar la pérdida o aislando del mundo sin afrontar las exigencias del entorno. Con todo, la mayoría de las personas no siguen este curso negativo. Normalmente deciden que tienen que asumir roles a los que no están acostumbradas, que deben desarrollar capacidades que nunca han tenido y que deben seguir adelante con una nueva imagen de sí mismas y del mundo. Bowlby (1980) lo resume así:

El resultado del duelo depende de cómo se lleve a cabo [la tarea III]: o bien se avanza en el reconocimiento de que las circunstancias personales han cambiado y se hace una revisión de los modelos de representación y una redefinición de las metas en la vida, o bien se entra en un estado de crecimiento suspendido donde uno se encuentra aprisionado por un dilema que no puede resolver (pág. 139).

#### *Tarea IV: hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva*

Cuando escribí la primera edición de este libro definí la cuarta tarea del duelo como «retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otras relaciones». Este concepto lo planteó Freud (1917/1957) cuando dijo: «En el duelo hay que realizar una tarea psíquica muy precisa. Su función es que el superviviente desvincule del fallecido sus esperanzas y sus recuerdos» (pág. 268). Ahora sabemos que las personas no se desvinculan de los difuntos, sino que hallan maneras de establecer unos *vínculos continuos* con ellos (Klass, Silverman y Nickman, 1996). En las ediciones segunda y tercera de este libro proponía que la cuarta tarea del duelo era hallar un lugar para el difunto que permitiera al superviviente seguir vinculado con él, pero de un modo que no le impidiera seguir con su vida. Tenemos que encontrar maneras de recordar a los seres queridos que han fallecido, llevándolos

con nosotros pero siguiendo con nuestra vida. En esta edición he redefinido de este modo la cuarta tarea: hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva (Field, Gal-Oz y Bonanno, 2003). Esta definición de la tarea IV es más precisa que las definiciones de las ediciones segunda y tercera del libro.

En el Harvard Child Bereavement Study nos sorprendió observar la gran cantidad de niños que seguían vinculados con su progenitor fallecido hablándole, pensando en él, soñando con él o sintiéndose observados por él. Dos años después del fallecimiento, dos terceras partes de los niños seguían sintiéndose observados por su progenitor muerto (Silverman, Nickman y Worden, 1992). Klass (1999), que ha trabajado muchos años con padres que han perdido a un hijo, también documenta la necesidad que tienen estos padres de seguir vinculados de algún modo con sus hijos fallecidos.

Según Volkan (1985):

Una persona en duelo nunca olvida por completo al fallecido si lo valoraba mucho en vida y nunca retira totalmente lo que ha invertido en su representación. No podemos eliminar de nuestra historia a quienes han estado cerca de nosotros salvo mediante actos psíquicos que menoscaban nuestra propia identidad (pág. 326).

Volkan prosigue diciendo que el duelo finaliza cuando la persona ya no necesita reactivar la representación del fallecido con una intensidad exagerada en el curso de la vida diaria.

Según Shuchter y Zisook (1986):

La capacidad del superviviente para formar relaciones nuevas no depende de que «renuncie» al cónyuge muerto, sino de que le encuentre un lugar apropiado en su vida psicológica, un lugar importante pero que deje espacio para otros (pág. 117).

Así pues, la tarea del asesor no consiste en ayudar al superviviente a romper la relación con el fallecido, sino en ayudarle a hallar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita seguir viviendo en el mundo de una manera eficaz. Marris (1974) expone así esta idea:

Al principio, una viuda no puede separar sus objetivos y su comprensión de un marido que desempeñaba en ellos un papel central: para sentirse viva debe revivir la relación, continuarla mediante símbolos y fantasías. Con el paso del tiempo, empieza a replantearse la vida en unos términos que asimilan la realidad de su muerte. Pasa gradualmente de hablar de él «como si estuviera sentado a mi lado» a pensar lo que él habría dicho y hecho, y de ahí a planear su propio futuro y el de sus hijos en función de lo que él habría deseado. Al final, sin embargo, sus deseos ya son de ella y deja de relacionarlos conscientemente con él (págs. 37-38).

Los padres que han perdido a un hijo suelen tener dificultades para entender la noción de retirada emocional. Desde el punto de vista de la recolocación, la tarea de los padres en duelo supone cierta relación continuada con los pensamientos y los recuerdos que asocian a su hijo, pero de una forma que les permita seguir con su vida después de la pérdida. Una madre que finalmente pudo hallar un lugar adecuado para los pensamientos y los recuerdos de su hijo muerto con el fin de poder rehacer su vida, escribió:

Hasta hace poco no me había dado cuenta de las muchas cosas que aún puedo hacer en la vida. Cosas de las que puedo disfrutar. Sé que seguiré llorando a Robbie el resto de mi vida y que mantendré vivo su amado recuerdo. Pero la vida sigue y me guste o no, formo parte de ella. Últimamente ha habido momentos en los que me he dado cuenta de lo bien que parezco estar al hacer algún proyecto en casa o incluso participando con amistades en alguna actividad (Alexy, 1982, pág. 503).

Para mí, esto supone un avance en la realización de la tarea IV Según Attig (1996):

Podemos seguir «poseyendo» lo que hemos «perdido», es decir, sintiendo un amor continuo, aunque transformado, por la persona fallecida. En el fondo no hemos perdido los años que hemos vivido con la persona fallecida ni hemos perdido nuestros recuerdos. Tampoco hemos perdido su influencia o su inspiración, ni los valores y los significados encarnados en su vida. Podemos incorporar estas influencias a nuevas pautas de vida que incluyan las relaciones transformadas, pero

duraderas, con las personas que nos han importado y a las que hemos amado (pág. 189).

Es difícil encontrar una frase que defina adecuadamente lo que supone no llevar a cabo la tarea IV pero creo que la mejor podría ser *no vivir*. La vida del superviviente se ha detenido con la pérdida y no se reanuda. La cuarta tarea se ve obstaculizada cuando la persona se aferra tanto al apego pasado que no puede establecer otras relaciones. Algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que se prometen no volver a amar nunca más. Las canciones populares abundan en este tema, otorgándole una validez que no merece.

Para muchas personas, la tarea IV es la más difícil. Se quedan encalladas en este punto del duelo y más adelante se dan cuenta de que su vida, de algún modo, se ha detenido en el momento de la pérdida. Pero la tarea IV se puede llevar a cabo. A una adolescente le costó mucho adaptarse a la muerte de su padre. Dos años más tarde, cuando empezaba a afrontar la cuarta tarea, escribió una carta a su madre desde la universidad en la que expresaba lo que muchas personas acaban descubriendo al abordar la retirada de las emociones y su reinversión: «Hay otras personas a las que amar —escribió—, y eso no quiere decir que quiera menos a papá».

Muchos asesores han hallado útiles estas tareas para entender el proceso del duelo. Pero me preocupa que algunos asesores inexpertos tiendan a ver las tareas como una progresión fija y caigan en la trampa de las etapas. Las tareas se pueden revisar y adaptar con el tiempo. También se pueden abordar varias tareas *al mismo tiempo*. El duelo es un proceso fluido y está influenciado por los mediadores del duelo que se examinan en el capítulo siguiente.

#### MODELO DEL DUELO COMO PROCESO DUAL

Stroebe y Schut (1999, 2001a, 2005) han propuesto un modelo del duelo como proceso dual cuyo objetivo es explicar mejor la diversidad de las experiencias del duelo que provocan estrés. (Stroebe y Schut, 1999, pág. 197). Dicen que su modelo es diferente del modelo de tareas, pero yo no veo unas diferencias muy grandes. Los autores

definen unos estresores orientados a la pérdida y otros orientados al restablecimiento. Los estresores orientados a la pérdida se centran en la persona fallecida y suponen trabajar el duelo en cuestiones como la angustia de la separación, la evaluación del significado de la pérdida y la recolocación del fallecido en un mundo sin su presencia. Los estresores orientados al restablecimiento se centran en el desarrollo de aptitudes, el cambio de identidad y otras transiciones y cambios psicosociales. Esto incluye la reconstrucción de los supuestos sobre uno mismo y sobre el mundo que la pérdida ha hecho añicos. Su orientación a la pérdida incluye lo mismo que he detallado para las tareas I, II y IV. Su orientación al restablecimiento es prácticamente idéntica a mi tarea III.

Stroebe y Schut (1999) parten del supuesto de que no es posible atender al mismo tiempo a las dimensiones de la pérdida y del restablecimiento. Las personas oscilan entre las dos dimensiones, afrontando la una y evitando la otra y viceversa. Postulan que esta oscilación tiene una función reguladora adaptativa. Recuerdo al lector que las tareas no son lineales y que las personas van abordando unas u otras de acuerdo con sus necesidades. Las tareas se pueden abordar —y se abordan— simultáneamente, por lo que quizás sea mejor decir que se trata de un enfoque basado en niveles. La persona puede abordar ciertas tareas o dejarlas. Un buen ejemplo es la noción de «dosificación». La persona en duelo suele dosificar la cantidad de dolor que está dispuesta a sufrir en cualquier momento dado. Dependiendo del estilo de afrontamiento, una cuestión que se examinará en el capítulo siguiente, hay formas de negar la pérdida y de desviar la atención del dolor (Hogan y Schmidt, 2002). El estilo de afrontamiento es un mediador importante de la forma en que cada persona aborda las diversas tareas del duelo.

Creo que afirmar que «no es posible atender a las dos dimensiones al mismo tiempo» aprisiona a la persona en una pauta demasiado fija, y las penúltimas pautas fijas son las teorías basadas en fases o estadios que se remontan a los años sesenta. Lo que hace falta es una teoría que hable de flexibilidad. No todas las personas afrontan el duelo de la misma manera y destacar las diferencias individuales tiene una importancia fundamental. Creo que el modelo basado en tareas ofrece esta flexibilidad. Está fuera de toda duda que la gente a veces afronta y a

veces evita. El mejor modelo es el que no aprisiona a la persona en la realización de una sola tarea en perjuicio de las demás.

## REFERENCIAS

- Alexy, W. D., «Dimensions of psychological counseling that facilitate the growing process of bereaved parents», *Journal of Counseling Psychology*, 29, 1982, págs. 498-507.
- Attig, T., *How we grieve: Relearning the world*, Nueva York, Oxford University Press, 1996.
- Bonanno, G. A., «Loss, trauma, and human resilience», *American Psychologist*, 59, 2004, págs. 20-28.
- Bowlby, J., *Attachment and loss: vol. 3. Loss, sadness, and depression*, Nueva York, Basic Books, 1980 (trad. cast.: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 2009).
- Didion, J., *The year of magical thinking*, Nueva York, Knopf, 2005 (trad. cast.: *El año del pensamiento mágico*, Barcelona, Global Rhythm Press, 2006).
- Dorpat, T. L., «Suicide, loss, and mourning», *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 3, 1973, págs. 213-224.
- Field, N. P., E. Gal-Oz, y G. A. Bonanno, «Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 2003, págs. 110-117.
- Freud, S., «Mourning and melancholia», en J. Strachey (comp. y trad.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Nueva York, Basic Books, 1957, vol. 14, págs. 237-260 (publicado originalmente en 1917).
- Gardiner, A., y M. Pritchard, «Mourning, mummification, and living with the dead», *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977 págs. 23-28.
- Goalder, J. S., «Morbid grief reaction: A social systems perspective», *Professional Psychology: Research & Practice*, 16, 1985, págs. 833-842.
- Gorer, G. D., *Death, grief, and mourning*, Nueva York, Doubleday 1965.
- Havighurst, R. J., *Developmental tasks and education*, Nueva York, Longmans, 1953.
- Hogan, N., y L. A. Schmidt, «Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling», *Death Studies*, 26, 2002, págs. 615-634.
- Horowitz, M. J., N. Wilner, C. Marmar, y J. Krupnick, «Pathological grief and the activation of latent self images», *American Journal of Psychiatry*, 137 1980, págs. 1157-1162.

- Janoff-Bulman, R., *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, Nueva York, Free Press, 1992.
- Klass, D., *The spiritual lives of bereaved parents*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1999.
- , P. R. Silverman, y S. Nickman (comps.), *Continuing bonds: New understandings of grief*, Washington, DC, Taylor & Francis, 1996.
- Krupp, G., F. Genovese, y T. Krupp, •To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement•, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14, 1986, págs. 337-348.
- Kübler-Ross, E., *On death and dying*, Nueva York, Macmillan, 1969 (trad. cast.: *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo Mondadori, 2000).
- Maciejewski, P. K., B. Zhang, S. D. Block, y H. Prigerson, •An empirical examination of the stage theory of grief•, *Journal of the American Medical Association*, 297, 2007, págs. 716-723.
- Marris, P., *Loss and change*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1974.
- Neimeyer, R., •Narrative strategies in grief therapy•, *Journal of Constructive Psychology*, 12, 1999, págs. 65-85.
- , •Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction•, *Death Studies*, 24, 2000, págs. 541-558.
- (comp.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001.
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, 1972.
- , *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3<sup>a</sup> ed.), Filadelfia, Taylor & Francis, 2001.
- , *Love and loss: The roots of grief and its complications*, Nueva York, Routledge, 2006.
- Pincus, L., *Death and the family: The importance of mourning*, Nueva York, Pantheon, 1974.
- Rubin, S. S., •Treating the bereaved spouse: A focus on the loss process, the self and the other•, *Psychotherapy Patient*, 6, 1990, págs. 189-205.
- Sanders, C., *Grief: The mourning after*, Nueva York, John Wiley, 1989.
- , *Grief, the mourning after: Dealing with adult bereavement* (2<sup>a</sup> ed.), Nueva York, John Wiley, 1999.
- Shuchter, S. R., y S. Zisook, •Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach•, *Psychiatric Annals*, 16, 1986, págs. 295-305.
- Silverman, P. R., S. Nickman, y J. W. Worden, •Detachment revisited: The child's reconstruction of a dead parent•, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1992, págs. 494-503.

- Stroebe, M. S., «Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis», *Omega*, 26, 1992, págs. 19-42.
- y H. Schut, «The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description», *Death Studies*, 23, 1999, págs. 197-224.
- y H. Schut, «Meaning making in the dual process model of coping with bereavement», en R. A. Neimeyer (comp.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001a, págs. 55-73.
- y H. Schut, «Models of coping with bereavement: A review», en M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001b, págs. 375-403.
- y H. Schut, «Complicated grief: A conceptual analysis of the field», *Omega*, 52, 2005, págs. 53-70.
- Volkan, V. D., «Complicated mourning», *Annual of Psychoanalysis*, 12, 1985, págs. 323-348.
- Wallis, J., «Continuing bonds: Relationship between the living and the dead within contemporary Spiritualism», *Mortality*, 6, 2001, págs. 127-145.
- Weisman, A. D., *On dying and denying*, Nueva York, Aronson, 1972.
- Worden, J. W., *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- Zaiger, N., «Women and bereavement», *Women and Therapy*, 4, 1985-1986, págs. 33-43.

## CAPÍTULO 3

### EL PROCESO DEL DUELO: MEDIADORES DEL DUELO

No basta sólo con conocer las tareas del duelo. También es importante que el asesor entienda la segunda parte del proceso: los *mediadores del duelo*. Si examinamos a muchas personas que han perdido a un ser querido, veremos una amplia gama de conductas, y, aunque esas conductas pueden reflejar las de la lista de reacciones de duelo normales, se dan grandes diferencias individuales. Para algunas personas, el duelo empieza en el momento en el que tienen noticia del fallecimiento, mientras que para otras es una experiencia que se retrasa. En algunos casos el duelo dura un breve período de tiempo, mientras que en otros no parece tener fin. Para comprender por qué cada persona afronta las tareas del duelo de una manera diferente, debemos entender cómo están mediadas estas tareas por diversos factores. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con casos de duelo complicado (que se describen en el capítulo 5).

#### MEDIADOR 1. CÓMO ERA LA PERSONA FALLECIDA

Empezaremos por lo más evidente: si queremos entender cómo responderá una persona a una pérdida, deberemos saber algo del fallecido. El parentesco identifica la relación del superviviente con la persona fallecida. puede ser cónyuge, hijo, padre, hermano, pariente más o menos lejano, amigo o amante. Es probable que un abuelo que haya muerto por causas naturales origine un duelo diferente del causado por la muerte de un hermano en un accidente de tráfico. El duelo por la pérdida de un primo lejano será diferente que el duelo por un hijo. El duelo por la muerte del cónyuge será diferente del causado por la muerte de un progenitor. Cuando son dos niños los que han

perdido a un progenitor, sus reacciones de duelo pueden presentar unas diferencias individuales importantes. La idea que puede tener de su padre una niña de trece años puede ser totalmente diferente de la que tiene su hermano de nueve. Los dos niños han perdido a su padre, pero cada uno mantenía con él una relación diferente y abrigaba distintas esperanzas y expectativas en relación con él.

#### MEDIADOR 2: LA NATURALEZA DEL APEGO

Las tareas del duelo no sólo están mediadas por quién era la persona fallecida, sino también por la naturaleza de la relación de apego entre ella y la persona superviviente. Deberíamos averiguar algo sobre los siguientes aspectos:

1. *Fuerza del apego.* Es casi axiomático que la intensidad del duelo está determinada por la intensidad del amor. La gravedad de la reacción de duelo suele aumentar en proporción a la intensidad de la relación afectiva.

2. *Seguridad del apego.* ¿En qué medida era necesario el fallecido para la sensación de bienestar de la persona superviviente? El hecho de que el superviviente haya necesitado al fallecido para mantener su autoestima —para sentirse bien consigo mismo— pronostica una reacción de duelo más difícil. Para muchas personas, las necesidades de seguridad y de estima las satisface su cónyuge y cuando éste fallece, los recursos desaparecen aunque las necesidades siguen siendo las mismas.

3. *Ambivalencia de la relación.* En toda relación íntima siempre hay cierta medida de ambivalencia. Básicamente se ama a la persona, pero también coexisten sentimientos negativos. Los sentimientos positivos suelen superar con creces a los negativos, pero en el caso de una relación muy ambivalente donde los sentimientos positivos y negativos coexisten en una proporción casi igual, habrá una reacción de duelo más difícil. En una relación muy ambivalente la muerte suele generar un fuerte sentimiento de culpa que se suele expresar con frases como «Hice lo suficiente por él?»; el superviviente también suele sentir una ira intensa hacia el fallecido por haberlo dejado solo.

4. *Conflictos con el fallecido.* Esto no sólo se refiere a los conflictos cercanos al momento de la muerte, sino también a una historia de conflictos. Merecen mención especial los conflictos resultantes de haber sufrido abusos sexuales y/o físicos a una edad temprana (Krupp, Genovese y Krupp, 1986). En las relaciones conflictivas existe la posibilidad de que haya cuestiones pendientes de resolver antes del fallecimiento, sobre todo en el caso de una muerte repentina. Sarah, su esposo y su madre vivían juntos en la misma casa. Una mañana, Sarah y su madre tuvieron una fuerte discusión antes de que la madre saliera a trabajar. Mientras iba al trabajo, el coche de la madre fue arrollado por un tráiler y la madre falleció. Sarah se sentía muy culpable por haber discutido con su madre el día de su muerte y también por la relación conflictiva que mantenía con ella desde hacía tiempo. Buscó ayuda profesional para resolver esa culpa y los temas que tenía pendientes con su madre.

5. *Relaciones de dependencia.* Estas relaciones pueden influir en la adaptación de la persona a la pérdida, sobre todo en cuestiones relacionadas con la tarea III. Si una persona dependía del difunto para la realización de diversas tareas cotidianas como pagar facturas, conducir, preparar las comidas, etcétera, sus adaptaciones externas tendrán más envergadura que las de una persona menos dependiente del fallecido para estas actividades cotidianas.

### MEDIADOR 3: CÓMO HA FALLECIDO LA PERSONA

La manera en que ha muerto una persona influye en la forma en que el superviviente afronta las diversas tareas del duelo. Tradicionalmente, las muertes se clasifican según las llamadas «categorías NASH»: natural, accidente, suicidio y homicidio. La muerte por accidente de un niño se afrontará de manera diferente a la muerte natural de una persona anciana, que parece darse a una edad más adecuada. El suicidio de un parente se afrontará de manera diferente que la muerte esperada de una madre joven que deja hijos pequeños. Hay pruebas de que los supervivientes de muertes por suicidio atraviesan momentos muy difíciles al afrontar el duelo (véase el capítulo 7). Las siguientes dimensiones asociadas a la muerte también pueden influir en el duelo:

### *Proximidad*

¿Dónde se ha producido la muerte desde el punto de vista geográfico, cerca o lejos de los supervivientes? Una muerte que haya sucedido lejos puede crear en el superviviente una sensación de irreabilidad. La persona puede suponer que el fallecido aún sigue allí, lo que influye negativamente en la tarea de duelo. Se han obtenido resultados diferentes sobre la cuestión de si el hecho de que una persona haya fallecido en casa es positivo o negativo para el duelo. Addington-Hall y Karlsen (2000) estudiaron muertes sucedidas en el hogar en el Reino Unido y hallaron que las personas en duelo que habían cuidado de una persona que había muerto en casa tenían más problemas psicológicos, añoraban más al fallecido y tenían más dificultades para aceptar la muerte. Como parte del Project Omega del Massachusetts General Hospital, Avery Weisman y yo entrevistamos a personas que habían cuidado a un ser querido que había muerto en casa. Les preguntamos si lo volverían a hacer. Las respuestas se repartieron al 50 por ciento. La mitad dijeron que lo volverían a hacer. Decían que así podrían dispensar al moribundo una atención especial y que sus hijos podrían ver la muerte como parte de la vida. La otra mitad dijeron: «Nunca más». Les había costado seguir algunos procedimientos médicos y siempre tenían la sensación de que podrían hacer algo más por el moribundo (Weisman y Worden, 1980). Desde que hicimos ese estudio la atención a domicilio ha avanzado y es probable que el segundo caso no se dé tanto.

### *Muertes repentinas o inesperadas*

¿El fallecimiento ya era esperado o ha sido repentino? Varios estudios indican que los supervivientes de muertes repentinas, especialmente si son jóvenes, pasan por momentos más difíciles que si la muerte se ha previsto con un año o dos de antelación (Parkes y Weiss, 1983). En el Harvard Child Bereavement Study la muerte repentina (40 por ciento, en contraste con el 60 por ciento de la muerte esperada) había influido negativamente en la adaptación de los niños y en la de la familia, sobre todo durante el primer año de duelo.

Cuando la familia se acercaba al segundo año, había otros mediadores que influían más en su adaptación. Aunque la mitad de los niños seguían temiendo por la seguridad del progenitor superviviente dos años después de la muerte, lo que creaba ese temor no era el carácter repentino de la muerte, sino el bajo nivel de actuación del progenitor superviviente. Las muertes repentina tienen muchos puntos de coincidencia con las muertes violentas y puede que las segundas sean las que tengan más impacto. En el caso de la muerte natural, cuanto más tiempo ha tenido el superviviente para prever la muerte, mejor es su adaptación. Sin embargo, en el estudio de Harvard, lo que marcaba la diferencia en la adaptación no era necesariamente el tiempo objetivo (es decir, las semanas o los meses), sino la percepción de esa expectativa. Por otro lado, Donnelly Field y Horowitz (2000) hallaron que la expectativa objetiva pronosticaba la aparición de síntomas mejor que la expectativa subjetiva, por lo que es necesario que se hagan más estudios sobre esta cuestión.

### *Muertes violentas/traumáticas*

El impacto de una muerte violenta o traumática puede ser duradero y suele desembocar en un duelo complicado (las secuelas de los homicidios y los suicidios se examinan en el capítulo 7). Hay varios aspectos de esta clase de muerte que obstaculizan las tareas del duelo. En primer lugar reduce la sensación de eficacia personal del superviviente y obstaculiza los ajustes internos de la tarea III; una de las principales preocupaciones suele ser: «Qué podría haber hecho yo para impedir que ocurriera?». En segundo lugar, es muy probable que una muerte violenta haga añicos la noción del mundo que tiene el superviviente y que dificulte el elemento de comprensión de la tarea III. En tercer lugar, las circunstancias que han rodeado la muerte pueden hacer que al superviviente le cueste expresar su ira y su culpa (tarea II), sobre todo en los casos donde ha sido el superviviente quien ha matado a la persona por accidente u homicidio (es evidente que la culpa será un factor clave al afrontar la pérdida). El trastorno por estrés postraumático (TEP) es otra secuela posible de las muertes traumáticas.

### *Pérdidas múltiples*

Algunas personas pierden a varios seres queridos en un solo suceso trágico o en un período de tiempo relativamente corto. Conozco a un hombre que vio morir a toda su familia cuando una grúa se desplomó sobre su coche, matando a su mujer y a sus dos hijos. Ante estas pérdidas múltiples existe la posibilidad de que se produzca una «sobrecarga de duelo» (Kastenbaum, 1969) porque hay demasiado sufrimiento y demasiado dolor y la persona es incapaz de afrontar los sentimientos asociados a la tarea II. La intervención exige examinar por separado cada pérdida empezando por la menos complicada, ver lo que se ha perdido, y hacer «arrancar» el duelo poco a poco. Para el hombre que había perdido a los dos hijos fue importante que examinara su relación con cada hijo por separado puesto que tenía unas expectativas y una relación diferente con cada uno.

### *Muertes evitables*

Cuando una muerte se considera evitable se plantean cuestiones relacionadas con la culpa. Estas cuestiones se deben abordar como parte de la tarea II. Las muertes evitables suelen estar asociadas a litigios prolongados y ello puede alargar el proceso del duelo de las personas implicadas (Gamino, Sewell y Easterling, 2000). Bugen (1977) destacó la importancia de esta dimensión demostrando su impacto en la adaptación global a una pérdida junto con la dimensión de la cercanía emocional. Más adelante, Guarnaccia, Hayslip y Landry (1999) probaron el modelo de Bugen en un grupo numeroso de adultos y hallaron que la posibilidad percibida de evitar la muerte es un mediador que influye mucho en las medidas del duelo.

### *Muertes ambiguas*

Hay casos en que el superviviente no sabe con seguridad si un ser querido está vivo o muerto. Esto se pudo ver durante la guerra de Vietnam, con el personal militar que constaba en las listas de desaparecidos

en combate. Sus familiares no sabían si estas personas estaban vivas o muertas. Esto coloca al superviviente en la incómoda situación de no saber si conservar la esperanza o ceder al duelo. Se puede dar una ambigüedad similar cuando un avión se estrella en el mar. Trabajé con algunas familias cuando el avión de la KAL fue abatido en 1983. No se recuperó el cuerpo de ningún pasajero. Aunque estas familias sabían que sus seres queridos habían muerto, algunas conservaban la esperanza. Para poner fin a esta situación fue muy útil que el gobierno surcoreano erigiera un monumento con los nombres de los pasajeros. Tras la tragedia del 11 de septiembre de 2001 no se encontraron los cuerpos de algunas víctimas, lo que dejó a sus familiares con la esperanza de que podrían aparecer en cualquier momento. Debemos entender mejor esta clase de pérdida y la mejor manera de conseguirlo es documentar las narraciones de las familias que logran cambiar y seguir adelante a pesar de haber sufrido una pérdida tan ambigua (Tubbs y Boss, 2000).

### *Muertes estigmatizadas*

Doka y otros han escrito sobre la privación del duelo. Las muertes por suicidio o debidas al sida suelen estar estigmatizadas. Cuando se da este estigma, el apoyo social a la persona que sufre el duelo puede ser insuficiente (Doka, 1989). Las muertes estigmatizadas están relacionadas con las pérdidas de las que no se habla o que son negadas por la sociedad, que se examinan en el capítulo 7.

### **MEDIADOR 4: ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Para prever cómo afrontará el duelo una persona debemos saber si ya ha sufrido otras pérdidas y cómo ha afrontado los duelos correspondientes. ¿Se han resuelto estos duelos de una manera adecuada o la persona aporta a la pérdida nueva un duelo anterior no resuelto?

También puede ser importante la historia de salud mental de la persona que ha sufrido la pérdida, sobre todo si presenta un historial de depresión. Según Zisook, Paulus, Shuchter y Judd (1997), si el superviviente ha sufrido una depresión mayor antes de la muerte del

cónyuge, el riesgo de que sufra otra depresión mayor es más elevado. Por otro lado, Byrne y Raphael (1999) no hallaron pruebas de que un historial previo de disforia en hombres de edad avanzada que habían enviudado pronosticara un episodio depresivo mayor. En parte, estas diferencias en los resultados se pueden explicar por diferencias en las poblaciones, en los marcos temporales y en las medidas empleadas.

Hay otro mediador histórico que está relacionado con aspectos familiares. Las pérdidas y los duelos sin resolver pueden abarcar varias generaciones e influir en el proceso del duelo actual (Paul y Grosser, 1965; Walsh y McGoldrick, 1991).

#### MEDIADOR 5: VARIABLES DE LA PERSONALIDAD

Bowlby (1980) recomendaba encarecidamente a los psicoterapeutas y otros asesores que tuvieran presente la estructura de la personalidad de la persona en duelo al intentar entender su respuesta ante una pérdida. Las variables de la personalidad a tener en cuenta son las siguientes:

##### *Edad y sexo*

Últimamente han despertado mucho interés las diferencias relacionadas con el sexo en la capacidad de afrontar el duelo, sobre todo en el caso de los varones (Martin y Doka, 1996). Es cierto que los niños y las niñas se socializan de una manera diferente y que muchas diferencias en la manera de abordar las tareas del duelo por parte de hombres y mujeres pueden deberse más a esta socialización que a unas diferencias genéticas intrínsecas. Se ha especulado que las mujeres pueden afrontar el duelo de una manera diferente y con diferentes resultados porque reciben más apoyo social que los varones. Un estudio modélico realizado por Stroebe, Stroebe y Abakoumkin (1999) indica que no es así. Por otro lado, Schut, Stroebe, De Keijser y Van den Bout (1997) hallaron grandes diferencias relacionadas con el sexo en la clase de intervención que resultaba eficaz. Los hombres respondían mejor a las intervenciones que estimulaban los sentimientos, y

las mujeres respondían mejor a intervenciones centradas en la resolución de problemas, lo que parece ser contrario a los estilos típicos de cada sexo. Lund (2001) estudió a varones que habían perdido a su cónyuge y halló que los de cincuenta a sesenta años de edad eran los que afrontaban el duelo con más eficacia.

### *Estilo de afrontamiento*

El duelo de una persona está mediado por su forma de afrontar los problemas en general: hasta qué punto inhibe los sentimientos, cómo sobrelleva la angustia o cómo afronta situaciones estresantes. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los cambios en la forma de pensar y actuar de una persona en respuesta a las demandas externas o internas de situaciones estresantes. Sin duda, la muerte de un ser querido plantea esta clase de demandas. Los estilos de afrontamiento varían de una persona a otra. El estudio del afrontamiento —ante el cáncer, el duelo o el trauma— ha ocupado una parte muy importante de mi vida profesional. Hay varios paradigmas diferentes para entender el afrontamiento, pero hay uno que encuentro especialmente útil para la investigación y la intervención clínica. Es un modelo basado en la resolución de problemas donde el afrontamiento se puede contemplar como lo que hacemos ante un problema para lograr su resolución y obtener alivio. Dado que la resolución y el alivio son medidas de intervalo, se pueden lograr en mayor o menor grado. Las funciones del afrontamiento se pueden agrupar en tres grandes categorías.

### Afrontamiento basado en la resolución de problemas

La capacidad para resolver problemas es diferente en cada persona. Las menos aptas se empeñan en usar estrategias ineficaces o prueban una cosa para resolver el problema y luego abandonan cuando ven que no funciona. Hay maneras de enseñar resolución de problemas a quienes carecen de estas aptitudes. Una es una intervención conductista-cognitiva creada por Sobel y por mí (Sobel y Worden, 1982).

### Afrontamiento emocional activo

El afrontamiento emocional activo es la estrategia más eficaz para abordar problemas y controlar el estrés. La redefinición ocupa el primer lugar en cuanto a eficacia y consiste en hallar algo positivo o redentor en una situación negativa. La noción misma de crecimiento a través del duelo se basa en el empleo eficaz de estas estrategias. En unos estudios con pacientes de cáncer y personas en duelo, quienes sentían menos angustia eran los que mejor podían replantear o redefinir su situación y hallar algo positivo en ella. El humor es otra estrategia de afrontamiento que puede ser eficaz. Hacer uso del humor exige distanciarse un poco del problema, algo que puede ser de ayuda a corto plazo. También puede ser útil desahogar las emociones en lugar de reprimirlas, aunque el desahogo es mejor cuando implica sentimientos positivos además de negativos y no es la clase de manifestación emocional que hace huir a los demás. La capacidad para aceptar apoyo es otra dimensión del afrontamiento emocional activo. El hecho de que una persona acepte el apoyo de los demás no hace necesariamente que se sienta menos eficaz. Al contrario, esta aceptación es una elección de la persona en duelo que puede aumentar su eficacia además de su autoestima.

### Afrontamiento emocional evitador

Las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación emocional quizá sean las menos eficaces. Pueden hacer que la persona se sienta mejor de momento, pero no son especialmente útiles para solucionar problemas. Esta clase de afrontamiento incluye la culpabilización de uno mismo o de otros; la distracción, que puede ser útil a corto plazo pero no si persiste; la negación, que como la distracción puede ser útil a corto plazo para amortiguar la crudeza de la realidad pero no es eficaz a largo plazo; y la retracción social, también útil a corto plazo pero no muy eficaz. El consumo o abuso de sustancias puede hacer que la persona se sienta mejor pero no resuelve los problemas y puede tener sus propios efectos iatrogénicos.

En el Harvard Child Bereavement Study los mejores resultados para los padres y para sus hijos se debieron al empleo de estrategias

de afrontamiento emocional activo y, sobre todo, de la capacidad de redefinir o replantear. Las estrategias pasivas (por ejemplo, «No puedo hacer nada al respecto») se encuentran entre las menos eficaces (Worden, 1996). Según Schnider, Elhai y Gray (2007), el afrontamiento activo estaba asociado a los mejores resultados tras una pérdida traumática y el afrontamiento emocional evitador estaba asociado a un duelo complicado y/o a la aparición de un TEP.

Cabe preguntarse si los estilos de afrontamiento de una persona son estables o se pueden modificar. Folkman (2001) cree que algunas estrategias de afrontamiento como la redefinición o la evitación cognitiva tienden a ser más estables y que otras como la capacidad para la resolución de problemas y el uso del apoyo social son más modificables. Mis estudios concuerdan con ello. Tuvimos mucho éxito usando un método conductista-cognitivo para enseñar la resolución de problemas a un grupo de personas poco aptas para ello (Sobel y Worden, 1982). Por otro lado, los grupos de duelo permiten aprender maneras más eficaces de usar el apoyo social.

### *Estilo de apego*

El estilo de apego es otro mediador importante que influye en la manera de abordar las diversas tareas del duelo. Los estilos de apego se establecen en las primeras etapas de la vida como resultado de los primeros vínculos entre el niño y sus padres. La meta de estas conductas es mantener o restablecer la proximidad con una figura de apego, normalmente la madre. La respuesta de la figura de apego a las necesidades emocionales del niño, sobre todo en casos de estrés, determina estas pautas. Para algunos autores los estilos de apego son como rasgos, unos rasgos un poco maleables en situaciones como sucesos traumáticos o psicoterapia pero que, básicamente, están establecidos con solidez (Fraley, 2002). La disponibilidad o la proximidad psicológica de la figura de apego es el factor que determina si la persona se siente segura o angustiada en ausencia de esa figura. En general, los estilos de apego se desarrollan como resultado de experiencias o relaciones con personas importantes al principio de la vida. Existen vínculos de apego entre adultos, aunque se considera que difieren en as-

pectos importantes del vínculo entre niños y padres porque cada parte puede actuar como figura de apego de la otra.

Cuando la muerte deshace la relación con una figura de apego, el superviviente siente la necesidad perentoria de mantener o restablecer la proximidad con ella. La angustia de la separación provoca una conducta de búsqueda cuyo fin es restablecer la relación perdida, aunque el superviviente acaba aceptando poco a poco el carácter irreversible de la pérdida. Una adaptación sana a esta nueva realidad es que el superviviente interiorice al fallecido y lo integre en su proyecto de vida de modo que la proximidad psicológica sustituya a la proximidad física anterior. El superviviente se puede sustentar emocionalmente con la representación mental del fallecido, con menos necesidad de una presencia física que ya no es posible. Las representaciones o modelos internos se han descrito en función de estilos de apego (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Main y Solomon, 1990; Mikulincer y Shaver, 2003).

### Estilo de apego seguro

Mediante el establecimiento de unas relaciones sanas con los padres y con otras personas en las primeras etapas de la vida, muchas personas desarrollan lo que se llama un estilo de apego seguro. Las personas con este estilo de apego tienen unos modelos mentales positivos de sí mismas que las hacen sentirse valoradas y merecedoras de apoyo, afecto e interés. Tras sufrir la pérdida de una figura de apego importante, las personas con este estilo de apego sienten el dolor de la pérdida, pero pueden procesar este dolor y seguir adelante formando unos vínculos continuos sanos con el ser querido que han perdido. El profundo dolor de los primeros momentos (búsqueda y añoranza) no impide que acepten la realidad de la pérdida (tarea I).

### Estilos de apego inseguros

El hecho de que las relaciones con los padres y con otras personas en las primeras etapas de la vida no sean buenas puede dar ori-

gen a cuatro estilos de apego inseguro. Son los estilos ansioso/preocupado, ansioso/ambivalente, de evitación/rechazo y de evitación/temor (Otros autores pueden usar otros términos para los mismos fenómenos.) Estos estilos de apego influyen en las relaciones que la persona establece a lo largo de la vida y son mediadores importantes del proceso del duelo cuando la figura de apego muere. Los estilos de apego inseguros son unos mediadores especialmente importantes porque pueden dificultar la adaptación a las tareas y contribuir a generar un duelo complicado (Stroebe, Schut y Stroebe, 2006). A continuación examinaremos con más detalle cada uno de estos estilos.

*Aapego ansioso/preocupado.* Caracterizado por relaciones que provocan una sensación de desasosiego en la persona, que suele ser hiper sensible a los deseos u otras carencias que perciba en la relación. Se trata de personas que tienen novios (o novias) de reserva por si la relación actual fracasara. Estas personas no se sienten bien consigo mismas y son propensas a que su pareja determine sus necesidades de autoestima. Cuando la muerte se lleva al ser querido, las personas con este estilo de apego suelen manifestar unos niveles de angustia elevados que duran bastante tiempo y que pueden desembocar en un duelo crónico o prolongado. Su capacidad para regular los sentimientos y emociones y para afrontar el estrés puede ser deficiente. La rumiación sobre la perdida puede ser elevada y el dolor excesivo se puede mitigar evitando todo lo que recuerde al fallecido. La poca eficacia personal se manifiesta en el hecho de que la persona se ve desamparada e incapaz de actuar sin el ser querido. Las características conductuales de este estilo son aferrarse a los demás y buscar ayuda. El objetivo de la terapia para estas personas es que dejen de intentar recuperar la proximidad física con el fallecido y mediante la interiorización, que se sientan seguras por medio de la proximidad psicológica (Field, Gao y Paderma, 2005).

*Aapego ansioso/ambivalente.* En una relación ambivalente, el amor y el odio coexisten a partes casi iguales. Las personas con esta clase de apego consideran que el otro es de poco fiar. Las relaciones pueden ser tormentosas y suele aparecer ira cuando la relación se ve amenazada. En mi trabajo clínico las suelo llamar relaciones airadas. He tratado a varias parejas donde uno de los miembros tiene que irse

varios días o semanas por motivos comerciales legítimos y su pareja se pone como loca con respuestas llenas de ira. En algún nivel de la conciencia, la ira se puede ver como un medio para impedir que la persona se vaya y no tener que sufrir la ansiedad que subyace a este estilo. Es una conducta similar a las protestas de un niño para restablecer la proximidad física con la figura de apego. Cuando el ser querido muere, la intensidad de la ira y la ansiedad es tan elevada que, para mantener la estabilidad, el superviviente puede centrar su atención en sentimientos positivos, los sentimientos totalmente opuestos a la ira. Son las personas en duelo que exageran las cualidades de sus seres queridos para no hacer frente a las profundidades de la ira que constituye la otra cara de su experiencia. Cuando hablan del ser querido, el asesor tiene la impresión de que nadie puede ser tan perfecto. La intervención se debería centrar en ayudar a la persona a reconocer y expresar las dos clases de sentimientos, los positivos y los negativos. Si la ira no se puede expresar e integrar en los sentimientos de ternura, la persona puede sufrir una depresión profunda o un duelo prolongado con un nivel elevado de rumiación.

*Aapego de evitación/rechazo.* En este caso, la persona puede haber tenido un parente insensible y haber desarrollado un estilo de falsa autosuficiencia. La conducta se organiza en torno al objetivo de la independencia y la confianza en uno mismo. Algunas de estas personas se consideran de poco fiar. La autonomía y la confianza en sí mismas tienen una importancia fundamental para ellas. Después de una pérdida, estas personas pueden manifestar pocos síntomas y unas reacciones emocionales mínimas, básicamente porque su apego es mínimo. Tienen una imagen de sí mismas excesivamente positiva y suelen tener una opinión negativa de los demás, a quienes es menos probable que recurran cuando sufren estrés. En este campo hay cierta polémica en torno a si las personas con este estilo, que inicialmente manifiestan una reacción emocional mínima ante una pérdida, acaban desarrollando una reacción de duelo retrasada. Autores como Fraley y Bonanno (2004) no lo creen así. Pero es posible que, inmediatamente después de una pérdida o más adelante, las personas con este estilo acaben sufriendo reacciones somáticas por un deseo inconsciente de separación (Stroebe y otros, 2006). Esta exclusión defensiva

hace que no puedan procesar las implicaciones de la pérdida y que les cueste mucho afrontar la tarea III.

*Apego de evitación/temor* Es muy probable que quienes tienen este estilo sean quienes peor se adaptan a una pérdida. A diferencia de las personas con un apego de evitación/rechazo, que valoran la independencia, las que tienen este estilo desean relaciones pero tienen una larga historia de apegos provisionales por temor a la ruptura de esos apegos. Cuando la muerte acaba con un apego, son muy propensas a caer en una depresión profunda. Esta depresión las protege de la ira que puedan sentir. El retramiento social es la conducta más frecuente en situaciones de duelo y sirve para proteger a la persona.

Los apegos sanos provocan sentimientos de dolor cuando se rompen. Los apegos menos sanos causan sentimientos de ira y de culpa cuando la muerte pone fin a la relación (Winnicott, 1953). Los problemas relacionados con el apego también son importantes para las personas muy dependientes y para las que tienen dificultades para establecer relaciones. Las personas diagnosticadas con determinados trastornos de la personalidad pueden tener dificultades para afrontar una pérdida, sobre todo si han sido diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad o con trastorno narcisista de la personalidad (véase American Psychiatric Association, 2000). Los apegos menos sanos pueden conducir a trastornos de separación, que son el objeto actual del duelo traumático (Jacobs, 1999).

### *Estilo cognitivo*

Distintas personas tienen estilos cognitivos diferentes. Algunas son más optimistas que otras y es más probable que vean el vaso medio lleno. El estilo optimista está asociado a la capacidad de encontrar algo positivo o redentor en una situación negativa. Un paciente de cáncer dijo: «Que me pase esto no me gusta nada, pero me ha dado la oportunidad de reconciliarme con mi madre». En el Harvard Child Bereavement Study hallamos que el optimismo y la capacidad de redefinir estaban asociados a unos niveles más reducidos de depresión en los padres supervivientes durante los primeros dos años posterio-

res a la pérdida (Worden, 1996). Boelen y Van den Bout (2002) hallaron que el pensamiento positivo está relacionado negativamente con medidas de ansiedad y con la sintomatología del duelo traumático, especialmente con la depresión. Esto no debe sorprender porque Beck y otros (1979) y otros estudiosos de la depresión han hallado que las personas depresivas tienen una imagen negativa de la vida, de sí mismas, del mundo y del futuro. Esta actitud suele conducir a un estilo cognitivo que supone una generalización excesiva. «Nunca lo voy a superar» y «Nadie me volverá a querer» son ejemplos de esta forma de pensar.

Otro estilo cognitivo importante es la rumiación. Las personas que rumian de una manera persistente y repetitiva centran la atención en sus emociones negativas sin actuar para aliviar esas emociones. En el contexto del duelo, esto supone centrar la atención de una manera crónica y pasiva en síntomas relacionados con el duelo.<sup>10</sup> Este estilo cognitivo hace que se sientan emociones negativas durante más tiempo, lo que impide abordar la tarea II de una manera eficaz y puede hacer que el estado de ánimo negativo acabe en un trastorno depresivo (Nolen-Hoeksema, 2001, Nolen-Hoeksema, McBride y Larson, 1997). Las personas que centran su atención en la pérdida lo hacen para entenderla y dotarla de significado, pero los estudios indican que es menos probable que lo consigan que las personas que no rumian. Una posible explicación de la perduración de este estilo cognitivo a pesar del dolor que conlleva es que este dolor representa el último vínculo —y quizás el final— de la persona con el fallecido. Sin embargo, este estilo tiene dos secuelas negativas importantes: en primer lugar, la persona en duelo no emprende una buena resolución de problemas; en segundo lugar, puede alejar a otras personas que podrían ofrecerle apoyo social. Hay varias intervenciones que pueden ser útiles para trabajar con personas en duelo que rumian mucho: ayudarles a centrarse en la resolución de problemas y enseñarles técnicas para ello; ayudarles a mantener más contactos sociales de una forma que no ahuyente a los demás; y ayudarles a encontrar maneras más adecuadas de afrontar la tarea IV, de seguir conectadas sin hacer del dolor su punto de conexión y de seguir con su vida sin el fallecido.

*Fuerza personal: autoestima y eficacia*

Cada persona afronta la muerte ajena con unas actitudes determinadas hacia su propio valor personal y su capacidad para influir en lo que le sucede en la vida. Hay muertes que hacen tambalear la autoestima y la eficacia personal y dificultan aún más las adaptaciones internas de la tarea III (Reich y Zautra, 1991), sobre todo cuando el cónyuge ha compensado una autoimagen negativa duradera. Cuando el cónyuge fallece, esta pérdida tan profunda puede reactivar en el superviviente unas imágenes negativas de sí mismo hasta entonces latentes (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980). La eficacia personal es otro componente de la fuerza de la persona. Es similar al lugar o locus de control de Rotter y se refiere a la medida en que una persona cree que tiene control sobre lo que le sucede en la vida. La muerte evitable como factor del duelo desempeña un papel fundamental en algunas personas cuando la muerte hace que se sientan impotentes y carentes de control. Benight, Flores y Tashiro (2001) hallaron que las viudas con una sensación más intensa de eficacia personal sentían más bienestar emocional y espiritual, además de encontrarse en mejor forma física. En el Harvard Child Bereavement Study la autoestima y la eficacia eran fuerzas personales importantes en la experiencia de los niños que se habían adaptado mejor a la muerte de un progenitor (Worden, 1996). El equipo de Haine (2003) también halló que el locus de control y la autoestima eran mediadores importantes del estrés en su estudio de niños que habían perdido a uno de sus progenitores (la autoestima más que la eficacia). Bauer y Bonanno (2001) hallaron una fuerte relación entre la eficacia personal y la salud psicológica y vieron que predecía menos dolor con el paso del tiempo en un grupo de personas de mediana edad que estaban en duelo por la muerte de sus cónyuges. La eficacia les era especialmente útil para dotar de significado a la pérdida y establecer una identidad nueva (tarea III).

*Mundo de supuestos (creencias y valores)*

Todos abrigamos ciertos supuestos sobre la benevolencia y el sentido del mundo (Schwartzberg y Janoff-Bulman, 1991). Algunas muer-

tes pueden hacer tambalear el mundo de supuestos de una persona más que otras, provocando en ella una crisis espiritual y haciendo que dude sobre lo que es verdadero y bueno. Cuando ocurre esto, las *adaptaciones espirituales* de la tarea III se hacen más difíciles. He trabajado con varias madres cuyos hijos se hallaban jugando en el jardín al morir de disparos desde un coche en marcha, casi siempre por miembros de bandas callejeras. Esta pérdida sin sentido de sus hijos les suponía una crisis de fe y ponía en cuestión su creencia en el carácter predecible del mundo y del lugar de Dios en Él. Sin embargo, ciertas nociones del mundo pueden desempeñar una función protectora permitiendo que la persona asimile una gran tragedia a su sistema de creencias. Una persona que crea firmemente que todas las cosas forman parte de un gran plan divino puede sufrir menos tras la pérdida de su cónyuge que otra persona que no tenga esta creencia (Wortman y Silver, 2001). La creencia en una reunión con el difunto para toda la eternidad también puede desempeñar una función protectora (Smith, Range y Ulmer, 1991-1992).

#### MEDIADOR 6: VARIABLES SOCIALES

El duelo es un fenómeno social y poder compartirlo con los demás suele ser importante. El grado de apoyo emocional y social que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia, influye en el proceso del duelo. Varios estudios han indicado que el apoyo social percibido alivia los efectos adversos del estrés, incluido el estrés propio del duelo (Schwartzberg y Janoff-Bulman, 1991, Sherkat y Reed, 1992; Stroebe y otros, 1999). Incluso las personas que tienen un animal de compañía manifiestan menos síntomas que las que no lo tienen (Akiyama, Holtzman y Britz, 1986). La mayoría de los estudios indican que quienes avanzan menos en el duelo tienen un apoyo social inadecuado o conflictivo. Un problema del apoyo social es que se suele recibir en el momento del fallecimiento y los instantes inmediatamente posteriores, pero de seis meses a un año después, cuando el superviviente ya es plenamente consciente de todo lo que ha perdido con la muerte del ser querido, es posible que las personas que fueron al funeral ya no estén cerca o que, en caso de estarlo, lo animen a dejar atrás la muerte y a seguir con su vida.

Stroebe, Schut y Stroebe (2005) examinaron cuatro estudios longitudinales de la relación entre el apoyo social y la depresión que abarcaban un período de dos años. Estos estudios eran el Tübingen Longitudinal Study of Bereavement (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin y Schut, 1996), el Changing Lives of Older Couples Study (Carr, House, Kessler, Nesse, Sonnega y Wortman, 2000), un estudio de padres que habían perdido a algún hijo por muerte violenta (Murphy, 2000) y un estudio del afrontamiento basado en la rumiación (Noleën-Hoeksema y Morrow, 1991). En estos cuatro estudios, quienes contaban con más apoyo social puntuaban menos en una escala de depresión en todos los puntos de tiempo evaluados. Sin embargo, el apoyo social no aceleró ni facilitó la adaptación a la pérdida en ninguno de los estudios. Saber que se puede recurrir al apoyo de familiares y amigos puede ayudar a atenuar el golpe de la pérdida, pero no acelera necesariamente el proceso del duelo. Veamos a continuación algunos mediadores sociales importantes.

1. *Apoyo satisfactorio*. Más importante que el apoyo social en sí es la percepción que tiene el superviviente de ese apoyo y su satisfacción con él. Los estudios revelan numerosos casos donde la persona recibe apoyo pero lo califica de poco satisfactorio. La integración social —el tiempo pasado con otras personas y el uso del apoyo social (confiarse a los demás)— son dos dimensiones que influyen en la satisfacción (Sherkat y Reed, 1992).

2. *Desempeño de roles sociales*. Se ha observado que el desempeño de múltiples roles influye en la adaptación a una pérdida. Quienes desempeñan más roles sociales y más variados parecen adaptarse mejor. Entre los roles estudiados se encuentran los de progenitor, empleado, amigo y pariente, además de la participación en grupos religiosos o políticos de la comunidad (Hershberger y Walsh, 1990).

3. *Recursos religiosos y expectativas étnicas*. Cada uno de nosotros pertenece a varias subculturas sociales, entre ellas la étnica y la religiosa, que nos ofrecen pautas generales y rituales de conducta. Los irlandeses, los italianos y los habitantes de Nueva Inglaterra elaboran el duelo de manera diferente. En la fe judía se suele respetar el *Shiva*, un período de siete días en los que la familia se queda en casa y los parientes y amigos acuden en su ayuda para facilitar el duelo. Tras

estos hay otros rituales como ir a la sinagoga y descubrir una lápida en el primer aniversario del fallecimiento. Los católicos también tienen sus propios rituales, al igual que los protestantes. Para predecir adecuadamente cómo será el duelo de una persona, deberemos conocer su perfil social, étnico y religioso. Aún no sabemos en qué medida influye participar en rituales en la adaptación al duelo. Es lógico suponer que sea útil, pero hacen falta más estudios.

Otra dimensión que se debería mencionar en este apartado de los mediadores sociales es el beneficio secundario que el superviviente puede obtener del duelo. Una persona en duelo puede obtener mucho apoyo de su red social y esto puede influir en la duración del duelo. Sin embargo, un duelo prolongado puede tener el efecto contrario y hacer que la persona acabe perdiendo ese apoyo social.

#### MEDIADOR 7· TENSIONES CONCURRENTES

Otros factores que influyen en el duelo son los cambios y las crisis que se pueden dar después de la muerte. Algunos cambios son inevitables, pero hay personas y familias que sufren unos niveles elevados de desorganización (pérdidas secundarias) después de una muerte, incluyendo graves crisis económicas. En el Harvard Child Bereavement Study los padres que habían vivido más sucesos que les habían cambiado la vida tras la muerte de su cónyuge (medidos con el Family Inventory of Life Events) presentaron unos niveles de depresión más elevados durante los dos años de seguimiento y la actuación de sus hijos también fue peor (Worden, 1996).

#### ADVERTENCIA

En este punto quisiera hacer una advertencia. Existe la tendencia a simplificar los factores determinantes del duelo y los mediadores del duelo, sobre todo en el campo de la investigación. Por ejemplo, se podría considerar el impacto de una muerte repentina y violenta en la de-

presión del superviviente y quizá examinar el apoyo social percibido y recibido como elemento mediador. Pero esta investigación pasaría por alto otros mediadores importantes de la relación como las sutilezas del apego, las aptitudes de afrontamiento de la persona, su capacidad para dotar de significado una tragedia y muchos otros mediadores. La conducta de duelo la determinan múltiples factores y tanto el profesional como el investigador harán bien en tenerlo muy presente.

Últimamente ha habido mucho interés en varios mitos asociados al afrontamiento y a la pérdida. Wortman y Silver (2001) ponen en duda el supuesto de que una pérdida provoque una angustia y una depresión intensas. Cualquier profesional experimentado sabe que esto les ocurre a algunas personas pero no a otras. Los niveles de angustia están claramente influenciados por los distintos mediadores del duelo. Wortman y Silver están de acuerdo en que se deben tener en cuenta los mediadores:

Es importante identificar los factores que pueden hacer que algunas personas expresen sentimientos negativos tras una pérdida. En primer lugar, una persona tenderá a expresar más sentimientos negativos cuantos más sean los sentimientos negativos que tenga. Una persona puede sufrir más después de una pérdida por muchas razones, como la fuerza de su apego al fallecido, la manera de morir y la medida en que la muerte hace tambalear sus creencias anteriores sobre sí misma y sobre el mundo. [...] Ciertas clases de pérdida, como la muerte de un niño atropellado por un conductor borracho, pueden ser más difíciles de elaborar que la muerte de un cónyuge amado pero de edad avanzada (pág. 423).

### **¿CUÁNDO FINALIZA EL DUELO?**

Para esta pregunta no existe una respuesta fácil. Según Bowlby (1980) y Parkes (1972), el duelo finaliza cuando la persona supera la última fase del duelo, la restitución. Mi opinión es que acaba cuando se han realizado las cuatro tareas. Es imposible establecer un plazo para ello, pero en la literatura sobre el duelo podemos hallar toda clase de intentos de establecerlo: cuatro meses, un año, dos años o nunca. Cuando se ha perdido a una persona querida, no me convencería

una resolución plena que tardara menos de un año y para muchas personas, dos años no es demasiado.

Un buen indicador de que un duelo se acerca a su fin es que el superviviente pueda pensar en el fallecido sin sentir dolor. Siempre hay una sensación de tristeza cuando pensamos en alguien a quien hemos amado y perdido, pero es una clase de tristeza diferente, carente de la cualidad desgarradora que tenía anteriormente. Se puede pensar en el fallecido sin manifestaciones físicas como llanto intenso o sensación de opresión en el pecho. El duelo también acaba cuando la persona puede volver a volcar sus emociones en la vida y en los vivos.

Con todo, hay personas que parecen no finalizar nunca el duelo. Bowlby (1980) habla de una viuda de sesenta y tantos años que decía: «El dolor nunca se va. Lo único es que, con el paso del tiempo, te asalta con menos frecuencia» (pág. 101). La mayoría de los estudios indican que, de las mujeres que pierden a su marido, menos de la mitad vuelven a ser como eran al final del primer año. Shuchter y Zisook (1986) vieron que, hacia los dos años, la gran mayoría de personas viudas encontraban un «poco de estabilidad [...] estableciendo una identidad nueva y dando un nuevo rumbo a su vida» (pág. 248). Los estudios de Parkes (2001) indican que las viudas pueden tardar tres o cuatro años en lograr la estabilidad. Una de las cosas básicas que puede hacer el asesor es hacer ver que el duelo es un proceso largo y que su resolución no supone que las cosas vuelvan a ser como eran. El asesor también puede hacer ver que, aunque el proceso del duelo avance, no lo hace de una manera lineal. Puede reaparecer y se tendrá que volver a afrontar. Una viuda que había perdido a un hijo adulto me dijo después de un duelo prolongado y doloroso: «Las expectativas te destrozan! Ahora me doy cuenta de que el dolor nunca se va del todo. Vuelve, pero puedo recordar mejor los momentos en los que no lo siento». Tengo un amigo que sufría un profundo dolor tras haber perdido a alguien querido. No tolera muy bien el dolor, sobre todo el dolor emocional, y poco después de la pérdida me dijo: «Estaré bien cuando hayan pasado cuatro semanas y lo haya superado». Parte de mi trabajo fue ayudarle a ver que el dolor no se iría en cuatro semanas y, probablemente, tampoco en cuatro meses. Algunas personas creen que deben pasar cuatro estaciones del año para que el dolor empiece a disminuir. Según Geoffrey Gorer (1965), la manera en que

responde una persona a las condolencias verbales da cierta indicación del momento del proceso del duelo en que se encuentra. Aceptar las condolencias con gratitud es uno de los indicadores más fiables de que la persona está superando el duelo de una manera satisfactoria.

En cierto sentido, el duelo finaliza cuando la persona recobra el interés por la vida, se siente más esperanzada, vuelve a hallar gratificaciones y se adapta a nuevos roles. Pero, en otro sentido, el duelo nunca se acaba. Quizá el lector encuentre útil esta cita de una carta que Freud escribió a su amigo Binswanger, cuyo hijo había fallecido:

Hallamos un lugar para lo que perdemos. Aunque sabemos que después de la pérdida la fase aguda del duelo se calmará, también sabemos que seguiremos inconsolables y que nunca habrá nada que la sustituya. Sea lo que sea lo que llene el vacío, y aunque lo llene por completo, siempre será otra cosa (Freud, 1961, pág. 386).

## REFERENCIAS

- Addington-Hall, J., y S. Karlsen, «Do home deaths increase distress in bereavement?», *Palliative Medicine*, 14, 2000, págs. 161-162.
- Ainsworth, M., M. Blehar, E. Waters, y S. Wall, *Patterns of attachment: A psychological study of strange situations*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978.
- Akivama, H., J. Holtzman, y W. Britz, «Pet ownership and health status during bereavement», *Omega*, 17, 1986, págs. 187-193.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.), Washington, DC, Author, 2000 (trad. cast.: *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2009).
- Attig, T., «Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love», *Omega*, 49, 2004, págs. 197-215.
- Bauer, J., y G. A. Bonanno, «I can, I do, I am: The narrative differentiation of self-efficacy and other self-evaluations while adapting to bereavement», *Journal of Research in Personality*, 35, 2001, págs. 424-448.
- Beck, A. T., J. Bush, B. Shaw G. Emery y otros, *Cognitive therapy of depression*, Nueva York, Guilford Press, 1979 (trad. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1986).
- Benight, C., J. Flores, y T. Tashiro, «Bereavement coping self-efficacy in cancer widows», *Death Studies*, 23, 2001, págs. 97-125.

- Boelen, P. A., y J. Van den Bout, «Positive thinking in bereavement: Is it related to depression, anxiety or grief symptomatology?», *Psychological Reports*, 91, 2002, págs. 857-863.
- Bowlby, J., *Attachment and loss: vol 3. Loss, sadness, and depression*, Nueva York, Basic Books, 1980 (trad. cast.: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 2009).
- Bugen, L. A., «Human grief: A model for prediction and intervention», *American Journal of Orthopsychiatry*, 47 1977 págs. 196-206.
- Byrne, G., y B. Raphael, «Depressive symptoms and depressive episodes in recently widowed older men», *International Psychogeriatrics*, 11, 1999, págs. 67-74.
- Carr D., J. S. House, R. Kessler, R. Nesse, J. Sonnega, y C. Wortman, «Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis», *Journals of Gerontology*, 55B, 2000, S197-S207
- Doka, K. (comp.), *Disenfranchised grief. Recognizing hidden sorrow*, Lexington, MA, Lexington Books, 1989.
- , *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*, Champaign, IL, Research Press, 2002.
- Donnelly, E. F., N. P. Field, y M. J. Horowitz, «Expectancy of spousal death and adjustment of conjugal bereavement», *Omega*, 42, 2000, págs. 195-208.
- Field, N. P., B. I. Gao, y L. Paderna, «Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective», *Death Studies*, 29, 2005, págs. 277-299.
- Folkman, S., «Revised coping theory and the process of bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 563-584.
- Fraley R. C., «Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms», *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2002, págs. 123-151.
- y G. A. Bonanno, «Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 2004, págs. 878-890.
- Freud, S., *Letters of Sigmund Freud* (E. L. Freud, comp.), Nueva York, Basic Books, 1961 (trad. cast.: *Epistolario: 1873-1939*, Barcelona, Plaza & Janés, 1984).
- Gamino, L. A., K. W. Sewell, y L. Easterling, «Scott and White grief study-phase 2: Toward an adaptive model of grief», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 633-660.

- Gorer, G. D., *Death, grief and mourning*, Nueva York, Doubleday, 1965.
- Guamaccia, C., B. Hayslip, y L. P. Landry, «Influence of perceived preventability of the death and emotional closeness to the deceased: A test of Bugen's model», *Omega*, 39, 1999, págs. 261-276.
- Haine, R. A., T. S. Ayers, I. N. Sandler, S. Wolchik, y J. Weyer, «Locus of control and self-esteem as stress-moderators or stress-mediators in parentally bereaved children», *Death Studies*, 27, 2003, págs. 619-640.
- Hershberger, P. J., y W. B. Walsh, «Multiple role involvements and the adjustment to conjugal bereavement: An exploratory study», *Omega*, 21, 1990, págs. 91-102.
- Horowitz, M. J., N. Wilner, C. Marmar, y J. Krupnick, «Pathological grief and the activation of latent self images», *American Journal of Psychiatry*, 137, 1980, págs. 1157-1162.
- Jacobs, S., *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1999.
- Kastenbaum, R., «Death and bereavement in later life», en A. H. Kutscher (comp.), *Death and bereavement*, Springfield, IL, Thomas, 1969, págs. 27-54.
- Krapp, G., F. Genovese, y T. Krapp, «To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement», *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14, 1986, págs. 337-348.
- Lazarus, R., y S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*, Nueva York, Springer Publishing, 1984.
- Lund, D. A., *Men coping with grief*, Amityville, NY Baywood, 2001.
- Main, M., y J. Solomon, «Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainesworth strange situation», en M. Greenberg, D. Cicchetti, y E. Cummings (comps.), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago Press, 1990, págs. 121-160.
- Martin, T., y K. Doka, «Masculine grief», en K. Doka (comp.), *Living with grief: After sudden loss*, Washington, DC, Taylor and Francis, 1996, págs. 161-171.
- Mikulincer, M., y P. Shaver, «The attachment behavioral system in adulthood», en M. Zanna (comp.), *Advances in experimental social psychology*, Washington, DC, American Psychological Association, 2003, págs. 53-152.
- Murphy, S., «The use of research findings in bereavement programs: A case study», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 585-602.
- Nolen-Hoeksema, S., «Ruminative coping and adjustment to bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 545-562.

- , McBride, A., y Larson, J., 1997). «Rumination and psychological distress among bereaved partners». *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, págs. 855-862.
- y Morrow, J., «A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake», *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1991, págs. 115-121.
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, 1972.
- , «A historical overview of the scientific study of bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Press, 2001, págs. 25-45.
- y R. Weiss, *Recovery from bereavement*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- Paul, N. L., y G. H. Grosser, «Operational mourning and its role in conjoint family therapy», *Community Mental Health Journal*, 1, 1965, págs. 339-345.
- Reich, J., y A. Zautra, «Experimental and measurement approaches to internal control in at-risk older adults», *Journal of Social Issues*, 47, 1991, págs. 143-158.
- Schnider, K. R., J. D. Elhai, y M. J. Gray, «Coping style use predicts post-traumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss», *Journal of Counseling Psychology*, 54, 2007 págs. 344-350.
- Schut, H., M. S. Stroebe, J. de Keijser, y J. Van den Bout, «Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of grief counseling», *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 1997 págs. 63-72.
- Schwartzberg, S. S., y R. Janoff-Bulman, «Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students», *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 1991, págs. 270-288.
- Sherkat, D. E., y M. D. Reed, «The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved», *Social Indicators Research*, 26, 1992, págs. 259-275.
- Shuchter, S. R., y S. Zisook, «Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach», *Psychiatric Annals*, 16, 1986, págs. 295-305.
- Smith, P. C., L. M. Range, y A. Ulmer, «Belief in afterlife as a buffer in suicidal and other bereavement», *Omega*, 24, 1991-1992, págs. 217-225.
- Sobel, H., y J. W. Worden, *Helping cancer patients cope*, Nueva York, Guilford Press, 1982.
- Stroebe, M. S., H. Schut, y W. Stroebe, «Attachment in coping with bereave-

- ment: A theoretical integration», *Review of General Psychology*, 9, 2005, págs. 48-66.
- , H. Schut, y W. Stroebe, «Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions», *Clinical Psychology Review*, 26, 2006, págs. 133-139.
- Stroebe, W., M. S. Stroebe, y G. Abakoumkin, «Does differential social support cause sex differences in bereavement outcome?», *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9, 1999, págs. 1-12.
- , M. S. Stroebe, G. Abakoumkin, y H. Schut, «The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory», *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1996, págs. 1241-1249.
- Tubbs, C., y P. Boss, «An essay for practitioners: Dealing with ambiguous loss», *Family Relations*, 49, 2000, págs. 285-286.
- Walsh, F., y M. McGoldrick, *Living beyond loss: Death in the family*, Nueva York, Norton, 1991.
- Weisman, A. D., y J. W. Worden, *Psychological screening and intervention with cancer patients*, Boston, Massachusetts General Hospital, 1980.
- Winnicott, D., «Transitional objects and transitional phenomena», *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 1953, págs. 89-97.
- Worden, J. W., *Children & grief When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- Wortman, C. B., y R. C. Silver, «The myths of coping with loss revisited», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 405-429.
- Zisook, S., M. Paulus, S. R. Shuchter, y L. L. Judd, «The many faces of depression following spousal bereavement», *Journal of Affective Disorders*, 45, 1997, págs. 85-94.

## CAPÍTULO 4

### ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DUELO: FACILITAR EL DUELO NO COMPLICADO

La pérdida de un ser querido genera una amplia gama de reacciones de duelo que, como acabamos de ver, son normales después de una experiencia como ésta. Muchas personas son capaces de afrontar estas reacciones y abordar las cuatro tareas del duelo por su cuenta, adaptándose de este modo a la pérdida. Sin embargo, otras sufren un dolor y una angustia tan profundas que acaban buscando ayuda. Puesto que un nivel inicial elevado de angustia y de dolor es uno de los mejores pronosticadores de la angustia y el dolor posteriores, puede indicar que la persona corre el riesgo de adaptarse mal a la pérdida. En estos casos, el asesoramiento puede ayudada a adaptarse de una manera más eficaz (Stroebe, Schut y Stroebe, 2005).

Yo hago una distinción entre el asesoramiento del duelo y la terapia del duelo. El asesoramiento supone ayudar en el duelo normal o no complicado, facilitando la realización de las tareas en un marco temporal razonable. Reservo el término *terapia del duelo* para las técnicas especializadas que se describen en el capítulo 6 y que se aplican para ayudar a las personas con reacciones de duelo anormales o complicadas.

Hay quien cree presuntuoso suponer que el asesoramiento es necesario para ayudar a una persona a superar el duelo agudo. Por ejemplo, Freud (1917/1957) veía en el duelo un proceso natural y en «Duelo y melancolía» escribió que no se debía interferir en él. Históricamente, el duelo ha sido facilitado por la familia, la religión, los ritos funerarios y otras costumbres sociales. Pero los tiempos cambian. Hoy en día vemos que algunas personas que tienen problemas para afrontar las tareas del duelo buscan asesoramiento profesional. Otras que no buscan directamente asesoramiento suelen aceptar la ayuda que se les ofrece, sobre todo si les cuesta resolver la pérdida por su cuenta.

Para mí, el asesoramiento en los procesos del duelo es un complemento válido de los facilitadores más tradicionales, que pueden no ser eficaces o no estar al alcance de algunas personas. Siempre se corre el riesgo de que la intervención formal de un profesional de la salud mental haga que el duelo parezca patológico, pero en un buen asesoramiento no tiene por qué ser así.

#### METAS DEL ASESORAMIENTO EN EL DUELO

El objetivo general del asesoramiento en el duelo es ayudar al superviviente a adaptarse a la pérdida del ser querido y a la nueva realidad sin esa presencia. Hay unas metas concretas que corresponden a las cuatro tareas del duelo: 1) aumentar la realidad de la pérdida, 2) ayudar al superviviente a afrontar el dolor emocional y conductual; 3) ayudarle a superar los diferentes obstáculos que le impidan adaptarse a la pérdida, y 4) ayudarle a hallar un modo de recordar a la persona fallecida y de sentirse cómodo al volcarse de nuevo en la vida.

#### *¿Quién realiza el asesoramiento?*

En el logro de estas metas pueden intervenir distintas clases de asesores. En su artículo *Bereavement Counseling: Does It Work?* publicado en 1980, Parkes plantea tres clases básicas de asesoramiento en los procesos del duelo. La primera incluye los servicios profesionales de médicos, enfermeras, psicólogos y asistentes sociales que han recibido una formación adecuada y prestan apoyo a quien ha sufrido una pérdida importante. Esta intervención se puede hacer individualmente o en grupo. La segunda clase de asesoramiento supone servicios donde se seleccionan y forman voluntarios que reciben el apoyo de profesionales. Un buen ejemplo son los programas de apoyo para viudas, una de las primeras iniciativas impulsadas por el Harvard Laboratory for Community Psychiatry (Silverman, 1986). La tercera clase de servicio incluye a los grupos de autoayuda donde personas en duelo ofrecen ayuda a otras personas que se hallan en la misma situación, con o sin el apoyo de profesionales. El programa Compassionate

Friends es un buen ejemplo. También estos servicios se pueden ofrecer a nivel individual o en el contexto de un grupo.

Un fenómeno interesante que se produjo con los inicios del movimiento de los centros *hospice* —centros de asistencia integral a enfermos terminales— en Estados Unidos es que se volvió a centrar la atención en el área del duelo. Si observamos las directrices que guían estos programas veremos que una recomendación importante para un programa completo es que ofrezca asesoramiento y apoyo a las familias que tienen a seres queridos en los centros y a otras personas de la comunidad que hayan perdido a un ser querido (Beresford, 1993). Aunque los programas de los centros *hospice* incluyen unidades de curas paliativas, instituciones independientes y programas de atención domiciliaria, sea cual sea el contexto básico de la asistencia existe el acuerdo general de que una atención global incluye trabajar con la familia el duelo antes y después de la muerte. La mayoría de los programas *hospice* usan una combinación de profesionales y voluntarios para realizar el asesoramiento.

### *Cuándo realizar el asesoramiento*

En la mayoría de los casos el asesoramiento en el duelo empieza, como muy pronto, alrededor de una semana después del funeral. En general, no se aconseja que el asesor actúe en las primeras veinticuatro horas a menos que haya habido un contacto previo al fallecimiento. La persona que ha sufrido la pérdida se encuentra en un estado de shock o embotamiento y no está preparada para afrontar su confusión. En algunas situaciones, cuando existe conciencia de una muerte inminente, el asesor puede contactar con los miembros de la familia antes del fallecimiento, volver a contactar con ellos brevemente en el momento de la pérdida y ofrecer un contacto más extenso alrededor de una semana después del funeral. Tampoco aquí hay una regla establecida y estas directrices temporales no se deberían tomar de una manera literal. Todo depende de las circunstancias de la muerte y del papel y el contexto del asesoramiento.

*Dónde realizar el asesoramiento*

El asesoramiento no se debe llevar a cabo necesariamente en la consulta profesional, aunque puede hacerse. Yo lo he realizado en varias zonas del hospital, incluido el jardín y otros contextos informales. Un lugar que se puede utilizar de forma efectiva es el hogar; los asesores que visitan a domicilio pueden descubrir que es el contexto más apropiado para sus intervenciones. Parkes (1980) está de acuerdo con esto y dice: «Los contactos telefónicos y las sesiones en la consulta no sustituyen las visitas a domicilio» (pág. 5). Aunque el asesor quiera clarificar el contrato con el cliente o las metas y los objetivos de su relación, no es necesario que los contactos tengan lugar en el contexto formal de la consulta. Por otro lado, la terapia del duelo sería más apropiada en un contexto profesional que en un contexto informal o en el hogar.

*Quién recibe el asesoramiento*

En el asesoramiento en los procesos del duelo se siguen tres enfoques o filosofías básicas. La primera dice que el asesoramiento se debe ofrecer a todas las personas que han sufrido la pérdida, sobre todo en el caso de familias donde la muerte se ha llevado a uno de los padres o a un hijo. El supuesto que subyace a esta filosofía es que la muerte es un suceso muy traumático para las personas implicadas y que todas necesitan ayuda. Sin embargo, aunque esta filosofía es comprensible, el coste y otros factores hacen que no sea posible ofrecer una ayuda tan universal. Además, nuestros estudios indican que no todo el mundo la necesita (Worden, 1996). La mayoría de las personas salen adelante sin nuestra ayuda. Según Parkes (1998), «No hay pruebas de que toda persona que haya sufrido una pérdida se beneficie de recibir asesoramiento; y los estudios *no* indican que sea beneficioso remitir de una manera rutinaria a personas para que reciban asesoramiento sólo porque hayan sufrido una pérdida» (pág. 18).

La segunda filosofía parte del supuesto de que algunas personas necesitan ayuda para afrontar el duelo pero esperan hasta que tienen problemas: entonces reconocen la necesidad de ayuda y buscan ase-

soramiento. Quizá esta filosofía sea más eficaz en cuanto a coste que la primera, pero exige que la persona sufra cierta medida de angustia antes de que busque ayuda. Con todo, hay pruebas de que las personas que buscan asesoramiento salen adelante mejor que las personas a las que se les ofrece asesoramiento sin que lo hayan pedido (Stroebe, Hansson, Stroebe y Schut, 2001).

La tercera filosofía se basa en un modelo preventivo de la salud mental. Si podemos predecir de antemano quién es probable que tenga problemas un año o dos después de la pérdida, podremos hacer algo a modo de intervención precoz para evitar una mala adaptación. Este enfoque fue utilizado por Parkes y Weiss (1983) junto con otros colegas en el Harvard Bereavement Study, donde unos predictores significativos permitieron identificar a viudas y viudos de menos de cuarenta y cinco años con un nivel elevado de riesgo.

En aquel estudio, los viudos y las viudas en duelo se examinaron descriptivamente a intervalos regulares durante un período de tres años después de la muerte del cónyuge. Se identificó un grupo de ellos que presentaban problemas trece y veinticuatro meses más tarde, y los datos recogidos al principio del duelo se usaron para definir los predictores significativos de la población de alto riesgo. Más adelante se presenta la descripción de una viuda de alto riesgo tal como se definió en este estudio. El interés se centra más en las viudas que en los viudos porque hay un número de viudas significativamente mayor, con una proporción de cinco a uno en Estados Unidos. Ninguna mujer del estudio cumplía todos los criterios de riesgo. La descripción es compuesta, pero da una idea de la clase de mujer que se encuentra en riesgo y que se puede identificar pronto para ofrecerle un asesoramiento que la ayude a resolver el duelo de una manera más adecuada.

#### IDENTIFICAR A PERSONAS EN DUELO CON RIESGO

La mujer que no afrontará bien el duelo tiende a ser joven, con hijos que viven en casa y sin familiares próximos que vivan cerca y que la ayuden a formar una red de apoyo. Es tímida y con tendencia a aferrarse a los demás, y ha sido demasiado dependiente de su ma-

rido o ha tenido sentimientos ambivalentes respecto a la relación, y su educación cultural y familiar le impiden expresar sus sentimientos. En el pasado ha reaccionado mal a la separación y puede tener una historia previa de depresiones. La muerte de su marido es causa de más problemas: pérdida de ingresos, un posible cambio de domicilio y dificultades con los hijos, que también intentan adaptarse a la pérdida. Al principio parece que afronta la pérdida bien, pero poco a poco va cayendo en una profunda añoranza con sentimientos de remordimiento y/o ira. Estos sentimientos persisten con el paso del tiempo en lugar de disminuir (Parkes y Weiss, 1983).

En otro estudio muy importante, Beverley Raphael también intentó identificar a viudos y viudas en situación de alto riesgo. Mientras estudiaba a unas personas viudas en Australia, Raphael (1977) descubrió que las características siguientes predecían significativamente a las personas que tendrían problemas un año y dos años después:

1. Un nivel elevado de falta percibida de apoyo en la respuesta de la red social de la persona durante la crisis.
2. Un nivel moderado de falta percibida de apoyo en la respuesta de la red social a la crisis del duelo que coincide con unas circunstancias «traumáticas» concretas de la muerte.
3. Una relación conyugal previa muy ambivalente con la persona fallecida, circunstancias traumáticas de la muerte y cualquier necesidad no satisfecha.
4. La presencia de una crisis vital concurrente.

En el Clark Institute de Toronto, Sheldon, Cochrane, Vachon, Lyall, Rogers y Freeman (1981) hallaron cuatro grupos principales de predictores que permitían explicar la adaptación al duelo de 80 viudas. Estos cuatro grupos eran: factores sociodemográficos, factores de personalidad, variables de apoyo social y significado del suceso de la muerte. De todos ellos, los factores sociodemográficos —ser más joven y de una clase socioeconómica baja— eran los que predecían mejor la angustia posterior.

En el Harvard Child Bereavement Study estudiamos los predictores de una angustia intensa en hombres y mujeres cuyos cónyuges habían muerto dejándolos con niños de edad escolar. Los que sufrían

unos niveles más elevados de angustia hacia el primer aniversario de la pérdida eran mujeres que no habían previsto la muerte y que también habían sufrido unos niveles elevados de angustia y estrés cuatro meses después de la muerte. Eran las mujeres que tenían más hijos menores de doce años de edad viviendo en casa y que habían afrontado un número mayor de estresores y de sucesos que habían cambiado su vida en los primeros meses posteriores a la pérdida (Wor-den, 1996).

También se puede adoptar un enfoque predictivo para otros *miembros de la familia* aparte del cónyuge. Parkes y sus colegas (1983) del Hospice St. Christopher en Inglaterra emplearon un índice de ocho variables del riesgo en el duelo para identificar a miembros de familias con una necesidad especial de apoyo. Si en la evaluación realizada a una persona cuatro semanas después de la muerte aparecían varias de estas variables, se identificaba a la persona como necesitada de intervención. Estas variables eran:

1. Más niños pequeños en casa.
2. Clase social baja.
3. Empleo precario o inexistente.
4. Mucha ira.
5. Mucha añoranza.
6. Mucho remordimiento.
7. Sin relaciones actuales.
8. Necesidad de ayuda según la evaluación del afrontamiento.

Beckwith, Beckwith, Gray, Micsko, Holm, Plummer y Flaa (1990) utilizaron estos mismos predictores en su *hospice* de Dakota del Norte y hallaron que las personas en riesgo el primer año después de la pérdida del cónyuge eran las más jóvenes, con hijos pequeños en casa, de clase socioeconómica baja, con menos relaciones cercanas y que habían sufrido una pérdida de ingresos.

Sería útil tener un grupo de predictores que se pudieran aplicar a todas las poblaciones en duelo, pero no lo hay. Aunque puede darse un solapamiento, lo que predice un duelo difícil en una población puede diferir de lo que lo predice en otra. Los profesionales que desean utilizar un enfoque predictivo deben realizar estudios descripti-

vos cuidadosos recogiendo medidas al principio del duelo y a intervalos de tiempo seleccionados, hacer un seguimiento sistemático de los sujetos que no reciben intervención para ver qué medidas iniciales predicen mejor los problemas posteriores. Los predictores se deberían seleccionar teniendo en cuenta los mediadores del duelo que se presentan en el capítulo 3. Usamos este método en nuestro estudio longitudinal de niños de edad escolar que habían perdido a un progenitor. En este estudio identificamos a los niños que no estaban bien dos años después de la muerte. Usando la información reunida sobre estos niños y sus familias poco después de la muerte, desarrollamos un instrumento muy preciso para identificar pronto a estos niños y ofrecerles una intervención precoz. Este instrumento y su desarrollo se pueden consultar en Worden (1996).

#### PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL ASESORAMIENTO

Con independencia de la filosofía de asesoramiento que se siga y del contexto de trabajo, hay ciertos principios y procedimientos que contribuyen a la eficacia del asesoramiento en el duelo. Los principios que se presentan a continuación servirán como directrices generales para que el asesor pueda ayudar al cliente a superar una situación de duelo agudo y logre una buena adaptación.

##### *Principio 1: ayudar a aceptar la realidad de la pérdida*

Cuando alguien pierde a un ser querido, incluso aunque esa muerte fuera esperada, siempre hay cierta sensación de irrealidad, de que la muerte no ha sucedido. Por lo tanto, la primera tarea del duelo es adquirir una conciencia más clara de que la pérdida ha sucedido de verdad: la persona está muerta y no volverá. Los supervivientes deben aceptar esta realidad para poder afrontar el impacto emocional de la pérdida.

¿Cómo ayudar al superviviente a aceptar la realidad de la pérdida? Una de las mejores maneras es hacer que hable de ella. Para facilitarlo, el asesor puede plantear preguntas como: ¿Dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió? ¿Quién la comunicó al superviviente? ¿Dó-

de se encontraba cuando se enteró? ¿Cómo fue el funeral? ¿Qué se dijo en el servicio religioso? El objetivo de estas preguntas es hacer que el superviviente hable de las circunstancias que rodearon la muerte. Mucha gente necesita repasar mentalmente varias veces las circunstancias de la pérdida para llegar a ser plenamente consciente de que ha sucedido. Esto puede exigir tiempo. Muchas de las viudas que hemos estudiado han dicho que necesitaron hasta tres meses para empezar a creer o entender plenamente que su marido estaba muerto y que no volvería. La importancia de hablar de la pérdida ya la reconoció Shakespeare cuando, por boca de Macbeth, aconsejó: «Dale a la aflicción palabras, que la pena que no habla susurra al afligido corazón y precipita su quebranto».

Visitar la tumba o el lugar donde reposan los restos también puede hacer que la persona sea consciente de la realidad de la pérdida. Preguntemos a los clientes si van alguna vez al cementerio y qué significa para ellos el hecho de ir. Si no van, preguntémosles cómo se imaginan que sería hacerlo. Las visitas al cementerio tienen sus raíces en las expectativas y prácticas culturales y pueden indicar cómo afronta la persona la tarea I. Algunas personas necesitan que se las anime a visitar la tumba como parte del trabajo del duelo. Esto se puede hacer con amabilidad y con tacto, eligiendo bien el momento de hacer la propuesta.

El asesor puede escuchar con paciencia y seguir animando a la persona a que hable de la pérdida. En muchas familias, cuando la viuda habla de la pérdida, la respuesta es: «No hace falta que me lo cuentes. Ya lo sé. ¿Por qué te torturas hablando de esto?». Los miembros de la familia no se dan cuenta de que necesita hablar de ello porque le ayuda a aceptar la realidad. El asesor tiene la paciencia que le falta a la familia y puede facilitar una conciencia cada vez más plena de la pérdida y de su impacto animando al paciente a verbalizar recuerdos del fallecido, tanto actuales como pasados.

#### *Principio 2: ayudar a identificar y a vivir los sentimientos*

En el capítulo 1 se han expuesto varios sentimientos que asaltan a las personas durante el duelo, muchos de los cuales se podrían calificar de disfóricos. Al ser causa de dolor y malestar, puede que el su-

perviviente no reconozca muchos de esos sentimientos o que no los viva en la medida necesaria para afrontar el duelo de una manera eficaz. Muchos clientes nos visitan porque desean un alivio inmediato a su dolor. Quieren una píldora que les ayude a mitigarlo. Ayudarles a aceptar y a vivir su dolor es una parte esencial de nuestra intervención. Algunos de los sentimientos más problemáticos para los supervivientes son la ira, la culpa, la ansiedad, el desamparo y la soledad.

### Ira

Cuando fallece un ser querido es muy normal sentir ira. «Me ayudó que hubiera personas que se interesaran por mí y escucharan mis explosiones de ira y de rabia», decía un hombre de unos veinticinco años cuya esposa había muerto. Antes he sugerido que la ira puede proceder de dos fuentes. Una es la frustración y la otra, una sensación de desamparo regresivo. Sea cual sea la fuente, el hecho es que muchas personas sienten una ira muy intensa aunque no siempre la dirigen al fallecido. La ira es real y se debe dirigir hacia algo, y si no se dirige al fallecido (el verdadero objetivo) se puede desviar hacia otras personas como el médico, el personal hospitalario, el director de la funeraria, el clero o un miembro de la familia.

Si la ira no se dirige al fallecido ni se desvía hacia otras personas se puede retroflexionar, es decir, dirigir hacia uno mismo. En este caso, adopta la forma de depresión, culpa o disminución de la autoestima. En casos extremos, la retroflexión de la ira puede desembocar en conducta suicida, ya sea de pensamiento o de acción. El asesor competente siempre pregunta por la ideación suicida. Es más probable que una pregunta tan simple como «Se ha sentido tan mal que ha pensado en hacerse daño?» obtenga resultados positivos que incitar a alguien a actuar de una manera autodestructiva. Los pensamientos suicidas no siempre representan una ira retroflexiva: también pueden deberse al deseo de reunirse con el fallecido.

Algunos sentimientos de ira son consecuencia del dolor tan intenso que se siente en esos momentos y el asesor puede ayudar al cliente a entrar en contacto con ellos. Pero la mayoría de las veces no es conveniente tratar directamente la cuestión de la ira. Por ejemplo, si

se pregunta: «¿Siente usted ira porque él ha muerto?», la persona puede responder: «Cómo voy a sentirla? Él no quería morir. Tuvo un ataque al corazón». O responderá como una viuda con la que trabajé hace poco: «¿Cómo puedo estar enfadada con él? Era cristiano practicante. Creía en la vida después de la muerte y ahora está mucho mejor. El hecho es que ella estaba mucho peor. La dejó con muchas preocupaciones, inquietudes y asuntos por resolver, y no tuvimos que indagar mucho para encontrar una ira muy fuerte hacia él por haber muerto y haberla dejado con todos aquellos problemas.

Algunas personas no admiten sentir ira si preguntamos directamente por ella. O bien no son plenamente conscientes de ella o se atienden a la norma cultural de no hablar mal del fallecido. Una técnica indirecta que a mí me ha resultado útil es una expresión discreta como «echar de menos». A veces le pregunto al superviviente: «Qué echas de menos de él?», y la persona responde con una lista que muchas veces le provoca tristeza y llanto. Un poco después le pregunto: «¿Qué es lo que no echas de menos?». Normalmente hay una pausa y una mirada de sorpresa, y la persona dice algo como: «Pues nunca lo había pensado, pero ahora que lo menciona no echo en falta que bebiera tanto, que no viniera a cenar a la hora» y muchas otras cosas. Entonces empieza a reconocer algunos de sus sentimientos más negativos. Es importante no dejar a los clientes con esos sentimientos y ayudarlos a equilibrar los sentimientos positivos y negativos que abrigan hacia el fallecido para que vean que los unos no excluyen a los otros y viceversa. Aquí el asesor desempeña un papel muy activo. Otra palabra útil es «decepción». Les pregunto: «En qué le ha decepcionado?». Es raro que en una relación estrecha no haya decepciones. La palabra «injusto» también puede ser útil.

Hay casos en que la persona sólo tiene sentimientos negativos y es importante ayudarla a entrar en contacto con los sentimientos positivos que, aunque sean pocos, sin duda también existen. Recordar sólo lo negativo puede ser una manera de evitar la tristeza que se siente cuando se admite que una pérdida es importante. Admitir los sentimientos positivos es una parte necesaria del proceso para resolver el duelo de una manera adecuada y sana. Aquí el problema no es la represión de un sentimiento disfórico como en el caso de la ira, sino la represión de los sentimientos de afecto.

Mike tenía veintitrés años cuando su padre alcohólico murió. Durante años se había sentido maltratado por él. «Había creado una dependencia en mí y yo seguía volviendo a él en busca de algo que nunca conseguía. Después de su muerte quería sentirme resentido con él.» Tres años después, Mike se hizo amigo de un hombre mayor. Una noche, mientras se estaba preparando para irse a dormir, el hombre le tocó de una manera similar a como lo hacía su padre al acostarlo, cuando era pequeño. Este contacto provocó en él una imagen muy vívida del funeral y de su padre en el ataúd. También apareció una profunda sensación de tristeza y la conciencia de cuánto echaba de menos el amor de su padre. Intentó apagar este sentimiento diciéndose que la imagen que surgía en su mente no era la de su padre yaciendo en el ataúd, pero no funcionó. La tristeza seguía allí. Cuando vino a terapia me preguntó: «¿Cómo puedo decir que echo de menos el amor de mi padre si nunca lo he tenido?». Mediante nuestro trabajo fue capaz de tener unos sentimientos más equilibrados. Poco a poco encontró resolución y alivio en el pensamiento: «Yo le quería, pero él fue incapaz de expresarme su amor a causa de su propia educación».

Para las personas en duelo, centrar mucho la atención en los aspectos negativos puede suponer un riesgo mayor de sufrir complicaciones en la adaptación al duelo y hacer aconsejable una intervención psicoterapéutica (Neimeyer, 2000). Es indudable que una visión equilibrada es más sana, y para conseguirla es necesaria la ayuda de un profesional experto. En la formación en terapia aprendemos que es esencial saber elegir el momento oportuno al hacer interpretaciones. Pedir a una persona en duelo que centra su atención en lo negativo que considere posibles sentimientos positivos o significados de la pérdida relacionados con su crecimiento personal, se debe hacer con cuidado. Si se hace antes de tiempo, la persona puede sentir que se le ha faltado al respeto y que no se valida su experiencia de la pérdida (Gamino y Sewell, 2004).

### Culpa

Hay varias cosas que pueden provocar sentimientos de culpa después de una pérdida. Por ejemplo, no haber ofrecido al fallecido una

atención médica mejor, haber permitido que le operaran, no haber consultado al médico antes o no haber elegido el mejor hospital. Los padres que pierden a un hijo son muy vulnerables a estos sentimientos, que se centran en que no pudieron evitar que su hijo sufriera o que muriera. Algunos se sienten culpables por no sentir tristeza en la medida que consideran apropiada. Sean cuales sean las razones, en su mayor parte este sentimiento es irracional y se centra en las circunstancias de la muerte. El asesor puede ayudar en estos casos porque la culpa irracional se desmorona ante la comprobación de la realidad. Si alguien dice: «No hice lo suficiente», yo pregunto: «¿Qué es lo que hizo?», y suele responder: «Hice A». Entonces pregunto: «¿Qué más hizo?». «Bueno, hice B.» «¿Y qué más?». «Pues hice C.» Luego recuerda más cosas y dice: «También hice D, E y F». Al final llega a la conclusión de que seguramente hizo todo lo que pudo dadas las circunstancias.

Con todo, hay casos mucho más difíciles de trabajar porque el sentimiento de culpabilidad está bien fundado. En ocasiones he utilizado técnicas de psicodrama en terapia de grupo para ayudar a superar esta clase de culpa. En uno de estos grupos, Vicky una mujer joven, confesó que la noche en que su padre murió no estaba en casa con su familia porque había decidido estar con su novio. Sentía que había fallado a su padre, a su madre, a su hermano y a sí misma. En el psicodrama hice que eligiera a distintos miembros del grupo para que representaran a los miembros de su familia, incluida ella misma. Luego hice que interactuara con cada una de estas personas, confesándole *su* sensación de culpa y escuchando su respuesta. La sesión fue muy emotiva, pero el momento más conmovedor llegó al final, cuando Vicky abrazó a la persona que la representaba a ella. En aquel momento tuvo la profunda sensación de haberse reconciliado consigo misma y curarse.

### Ansiedad y desamparo

Las personas que han perdido a un ser querido suelen sentirse ansiosas y temerosas. Gran parte de esta ansiedad surge de la sensación de desamparo que les provoca pensar que no pueden seguir adelante y sobrevivir por sí solas. Es una experiencia regresiva que mejora con

el tiempo, cuando se dan cuenta de que, aunque es difícil, son capaces de seguir adelante. El papel del asesor consiste en ayudarles, mediante una reestructuración cognitiva, a que reconozcan las estrategias que seguían para actuar solas antes de la pérdida. Esto les ayuda a contemplar esta sensación de ansiedad y desamparo con cierta perspectiva.

Otra causa de ansiedad es que se adquiere más conciencia de la muerte personal (Worden, 1976). No es la conciencia de la muerte en general o de la muerte de otra persona, sino de la muerte de uno mismo. Es algo que nos pasa a todos y que permanece en el fondo de nuestra conciencia. De vez en cuando se vuelve más real, como cuando perdemos a alguien de nuestra edad o hemos estado a punto de sufrir un accidente de tráfico.

En la mayoría de nosotros, la conciencia de la propia muerte existe a un nivel muy bajo. Sin embargo, con la pérdida de alguien importante, ya sea un amigo íntimo o un miembro de la familia, esta conciencia aumenta y produce una ansiedad existencial. El asesor puede optar entre varias direcciones dependiendo del cliente. Para algunos es mejor no tratar esta cuestión de una manera directa, sino dejarla pasar y suponer que se mitigará y se desvanecerá con el tiempo. Con otros es mejor tratarla directamente y hacer que hablen de sus miedos y temores en relación con su propia muerte. Hablar de ello con el asesor puede ayudarles a sentir alivio al expresar sus inquietudes y contemplar otras opciones. En cualquier caso, el asesor deberá guiarse por su criterio para decidir qué opción es la más adecuada.

### Tristeza

Hay ocasiones en que el asesor debe alentar la tristeza y el llanto. Es frecuente que las personas se nieguen a llorar delante de los amigos por miedo a abusar de su amistad o incluso perderla y sufrir así otra pérdida. Hay quien reprime el llanto en situaciones sociales para evitar críticas de los demás. Una viuda oyó decir por casualidad a un conocido: «Han pasado tres meses. Tendría que superarlo y dejar de compadecerse». No hace falta decir que esto no alivió su tristeza ni le dio el apoyo que necesitaba.

Algunas personas temen que llorar abiertamente no parezca dig-

no o que incomode a los demás. Stella perdió a su hija de cuatro años repentinamente y el funeral se llevó a cabo en casa de la familia de su marido, en el norte de Estados Unidos, a cierta distancia del lugar donde se había producido la muerte. Stella solía expresar abiertamente el dolor, pero su suegra la intimidaba tanto con su estoica presencia en el funeral que no sólo reprimió su tristeza, sino que ordenó a su anciana madre que hiciera lo mismo para no avergonzar a la familia de su marido. El asesoramiento le ayudó a contemplar esto con cierta perspectiva y a darse permiso para llorar, que era lo que necesitaba y lo que se estaba negando a sí misma.

Llorar a solas puede ser útil, pero no suele ser tan eficaz como llorar con alguien y recibir su apoyo. Sin embargo, simplemente llorar no es suficiente. Se necesita ayuda para identificar el significado de las lágrimas y este significado cambia [...] a medida que se avanza en el proceso del duelo (Simos, 1979, pág. 89).

Es importante que el asesor no se dé por satisfecho con la simple expresión de emociones vehementes. El objetivo de esta tarea es *experimentar* emociones, no sólo *expresarlas*. De hecho, algunas de las personas que expresan sus emociones con más vehemencia en los primeros meses posteriores a una pérdida tienden a expresarlas con mucha más vehemencia un año después (Parkes, 2001, Wortman y Silver, 1989). Es esencial centrarse. La tristeza debe ir acompañada de la conciencia de lo que se ha perdido, la ira se debe dirigir de manera apropiada y eficaz, la culpa se debe evaluar y resolver y la ansiedad se debe identificar y controlar. Si el asesor no consigue estos objetivos es que no actúa de una manera eficaz con independencia "de la cantidad o intensidad de los sentimientos que se susciten (Van der Hart, 1988).

La necesidad de lograr estos objetivos va unida a la necesidad de encontrar un equilibrio. Las personas en duelo deben lograr un equilibrio que les permita sentir dolor sensación de pérdida, soledad, miedo, ira, culpa y tristeza; ceder ante la angustia y expresarla; saber y sentir en el fondo de su alma lo que les ha pasado; y con todo, dosificar esos sentimientos para no verse abrumadas por ellos (Schwartz-Borden, 1986, pág. 500).

*Principio 3: ayudar a vivir sin el fallecido*

Este principio supone ayudar a la persona a adaptarse a la pérdida facilitando su capacidad para vivir sin el fallecido y para tomar decisiones por su cuenta. Para ello, el asesor puede emplear un método basado en la resolución de problemas, es decir, plantearse cuáles son los problemas que debe afrontar el superviviente y cómo se pueden resolver. La resolución de problemas es una de las técnicas de afrontamiento que se mencionan en el capítulo 3. Algunas personas están más preparadas que otras para resolver problemas. La persona fallecida desempeñaba diversos roles en la vida del superviviente y la capacidad de éste para adaptarse a la pérdida está determinada, en parte, por esos roles. Un rol importante en las familias es el de tomar decisiones y este rol suele ser causa de problemas tras la muerte del cónyuge. En muchas parejas, quien toma las decisiones suele ser uno de los dos, normalmente el varón. Cuando el varón muere, la esposa se puede sentir confundida si debe tomar decisiones sin él. El asesor puede ayudarla a aprender técnicas de afrontamiento y de toma de decisiones para que pueda desempeñar el papel que su marido desempeñaba antes y con ello, reducir su angustia.

Otro aspecto importante que se debe tratar cuando se trabaja con la muerte del cónyuge es la pérdida de la pareja sexual. Algunos asesores no se deciden a abordar esta cuestión tan importante; otros la destacan en exceso hasta el extremo de incomodar a la persona superviviente. A Rita, una ama de casa de sesenta años, se le pidió que se uniera a un grupo de viudas tras la muerte repentina de su marido. Un asesor bienintencionado pero inepto, le dijo que el grupo le ayudaría a encontrar otras relaciones y que también le ayudaría con sus necesidades sexuales. Esto no era lo que Rita, que era bastante reprimida, quería oír, y rechazó lo que podría haber sido una experiencia de apoyo si se le hubiera presentado de otra manera. Es importante poder comentar los sentimientos sexuales que surjan, incluyendo la necesidad de contacto físico y de ser abrazado. El asesor puede proponer varias maneras de tratar estas necesidades de acuerdo con la personalidad y el sistema de valores de cada cliente. Hay personas cuya experiencia sexual se ha limitado a su cónyuge fallecido, y es posible que el asesor deba tratar la ansiedad relacionada con experiencias sexuales nuevas.

Como principio general, a quien haya sufrido una pérdida reciente se le deberá aconsejar que, inmediatamente después de la muerte, no tome decisiones que acarreen unos cambios importantes en su vida (como vender propiedades, cambiar de trabajo o de carrera o adoptar hijos). Es difícil tener un buen criterio en la fase aguda del duelo, en la que existe un riesgo elevado de reaccionar de manera inadecuada. Una de las viudas de nuestro grupo aconsejaba. «No os mudéis ni vendáis nada, porque puede significar que huis. Pasad el duelo donde las cosas os sean familiares».

Otra viuda se mudó de Nueva York a Boston inmediatamente después del suicidio de su marido. Me dijo: «Pensaba que así no lo echaría tanto de menos». Después de un año en Boston vio que su decisión no funcionaba y buscó ayuda. Un área que no había evaluado adecuadamente era su sistema de apoyo, que era extenso en Nueva York y muy reducido en Boston. Al disuadir a las personas en duelo de que tomen decisiones precipitadas que provocarán cambios importantes en su vida hay que tener la precaución de no provocar una sensación de desamparo. Al contrario, hay que decirles que serán capaces de tomar decisiones y de actuar cuando estén preparadas, pero que no deben tomar decisiones sólo para reducir el dolor.

#### *Principio 4: ayudar a dotar de significado la pérdida*

Uno de los objetivos del asesoramiento en el duelo es ayudar a los clientes a hallar un significado en la muerte del ser querido. Los asesores pueden facilitar la búsqueda. El proceso puede ser tan importante como el significado que encuentre el cliente. Según Schwartzberg y Halgin (1991):

La manera concreta de hallar un significado —mediante estrategias como «Hay un orden espiritual que rige el universo», «Bebía demasiado» o «Yo necesitaba aprender algo»— puede ser menos importante que el proceso en sí. Dicho de otro modo, la capacidad de volver a atribuir significado a un mundo transformado puede ser más importante que el contenido concreto con el que se satisface esta necesidad (pág. 245).

Algunas personas que no hallan la respuesta al porqué de una muerte se dedican a actividades filantrópicas, políticas o asistenciales relacionadas con la forma en que ha muerto el ser querido. Los padres de un joven universitario que murió en el incendio de la residencia donde se alojaba han creado una página web en su memoria, han fundado una beca con su nombre y han presionado para cambiar la normativa municipal sobre la inspección de los sistemas antiincendios de la ciudad donde murió su hijo. En el contexto de lo que les parece una muerte «innecesaria y carente de sentido», estas actividades les han ayudado a creer —y a decir— que la muerte de su hijo no fue en vano.

Dotar de significado una pérdida no sólo supone hacer frente a la pregunta de por qué ha sucedido, sino también de por qué «me ha sucedido a mí». ¿En qué soy diferente a causa de esta pérdida? Algunas pérdidas hacen que la persona ponga en duda la imagen que tiene de sí misma y que cuestione su valía como persona. Esto puede parecer una ilusión causada por el impacto de la muerte, sobre todo si la muerte ha sido traumática. La pérdida de la autoestima suele ir acompañada de la pérdida de eficacia personal y la mejor intervención es ayudar a la persona a que recupere su sensación de control haciendo que tome conciencia de las áreas donde sus intentos de ejercer el control han tenido éxito.

#### *Principio 5: facilitar la recolocación emocional del fallecido*

Al facilitar la recolocación emocional, el asesor puede ayudar a los supervivientes a encontrar un lugar nuevo en su vida para el ser querido que ha muerto, lo que les permitirá seguir adelante con su vida y establecer nuevas relaciones. Rememorar es un modo de despojarse de la energía emocional relacionada con el fallecido. A algunas personas no hay que animarlas, pero a otras sí, sobre todo a las que han perdido al cónyuge. Algunas dudan a la hora de establecer relaciones nuevas porque creen que deshonrarán la memoria del difunto. Otras dudan porque sienten que nadie podrá ocupar el lugar de la persona que han perdido. Hasta cierto punto esto es verdad, pero el asesor puede ayudarles a darse cuenta de que, aunque nunca

podrán reemplazarla, no hay nada de malo en intentar llenar el vacío con una nueva relación.

También hay quien no vacila y enseguida forma nuevas relaciones. En este caso, el asesor le puede ayudar a interpretar hasta qué punto es apropiada esta postura. «Si puedo volver a casarme todo irá bien», dijo una viuda poco después de la muerte de su marido. Muchas veces esta acción no es adecuada porque entorpece la resolución del duelo y desemboca en un divorcio; lo que supone una pérdida más. Una vez conocí a un hombre que en el funeral de su esposa eligió a su siguiente mujer. Tuvo éxito en conquistarla y sustituyó muy pronto a la difunta. Aquello me pareció bastante raro e inopportuno. Precipitarse a sustituir a la persona fallecida puede sentar bien durante un tiempo, pero también puede que impida sentir la intensidad y la profundidad de la pérdida. Esta intensidad se debe vivir antes de acabar el duelo. Además, para que la relación funcione, a la nueva persona se la debe reconocer y apreciar por sí misma.

#### *Principio 6: dar tiempo para elaborar el duelo*

La elaboración del duelo exige tiempo. Es el proceso de adaptarse a un mundo sin la persona fallecida y se trata de un proceso gradual. Algunos miembros de la familia se pueden impacientar por superar la pérdida y el dolor y por volver a una rutina normal, y esto puede suponer un obstáculo. Los hijos dicen muchas veces a sus madres: «Vamos, tienes que volver a la vida. Papá no querría que estuvieras siempre deprimida». No se dan cuenta de que ella necesita tiempo para adaptarse a la pérdida y a todas sus consecuencias. El asesor puede ayudar a la familia a entender esto, algo que nos puede parecer evidente pero que, sorprendentemente, no siempre lo es para los miembros de la familia.

He observado que determinados momentos son especialmente difíciles y animo a los asesores que trabajan en situaciones de duelo a que descubran estos períodos críticos y a que contacten con la persona si no tienen con ella un contacto continuo y regular. El tercer mes es uno de estos períodos. Trabajé con una familia durante varios meses mientras su padre luchaba contra un cáncer. Después de su muerte

te asistí al funeral. El padre era el pastor de una iglesia y la viuda y sus tres hijos no podrían haber tenido más apoyo del que tuvieron durante el funeral y después de él. Pero cuando volví a contactar con la viuda a los tres meses vi que estaba furiosa porque nadie había vuelto a llamar y la gente la evitaba, y ella estaba desviando su ira hacia el sucesor de su marido, el nuevo pastor de su iglesia.

Otro momento crítico se produce en torno al primer aniversario de la muerte. Si el asesor no tiene contacto regular con el superviviente, le animo a volver a contactar con él durante ese período. En esos momentos empiezan a surgir toda clase de pensamientos y emociones y es probable que la persona necesite un apoyo extra. Se aconseja a los asesores que tomen nota de cuándo se produce una muerte y que organicen un nuevo contacto teniendo en cuenta esos momentos críticos. Para muchas personas, las vacaciones son lo más duro. Una intervención eficaz es ayudar a preverlas y prepararlas por adelantado. «La verdad es que me ayudó pensar en la Navidad antes de que llegara», dijo una joven madre viuda.

De nuevo, la frecuencia con que se entra en contacto con el superviviente depende de la relación que se tiene con él y del contrato de asesoramiento, ya sea formal o informal. Sin embargo, lo que quiero destacar es que la elaboración del duelo exige tiempo y que el asesor debe tener en cuenta que la intervención se puede alargar en caso de necesidad aunque los contactos en sí pueden no ser frecuentes.

#### *Principio 7: interpretar la conducta normal.*

El séptimo principio se refiere a entender e interpretar las conductas normales en un duelo. Después de una pérdida importante muchas personas tienen la sensación de que se están volviendo locas. Esta sensación se intensifica porque suelen estar distraídas y sienten cosas que normalmente no forman parte de su vida. Si el asesor tiene una idea clara de lo que es una conducta normal, puede tranquilizar a la persona y decirle que estas experiencias son normales. Es raro que alguien se desequilibre y acabe con una psicosis como resultado de una pérdida, pero hay excepciones. A veces se producen si la persona ya ha tenido episodios psicóticos anteriormente o si existe un diagnóstico de trastor-

no fronterizo de la personalidad. Con todo, es bastante normal que la persona sienta que se está volviendo loca, sobre todo si ya ha sufrido antes una pérdida importante. Y si el asesor sabe que las alucinaciones, la sensación intensa de embotamiento o la preocupación por el fallecido son conductas normales, puede tranquilizar bastante a la persona. En el capítulo 1 se ofrece una lista de conductas comunes en el duelo.

#### *Principio 8: tener en cuenta las diferencias individuales*

En el duelo se puede dar una gran variedad de reacciones conductuales. De la misma forma que es importante no esperar que todas las personas que se están muriendo mueran de una manera similar también es importante no esperar que todo el mundo viva el duelo de la misma manera. El duelo es un fenómeno que presenta una gran variabilidad interpersonal con grandes diferencias individuales en la intensidad de las reacciones afectivas, el grado de daño o perjuicio, y el tiempo que una persona experimenta el dolor de la pérdida (Schwartzberg y Halgin, 1991). Sin embargo, esto es difícil de entender para las familias. Se sienten incómodas cuando un miembro se desvía de la conducta del resto, o el miembro mismo que experimenta algo diferente se siente intranquilo respecto a su propia conducta. Los asesores pueden ayudar a explicar esta variabilidad a la familia, que espera que todo el mundo siga el proceso del duelo de la misma manera.

En una ocasión, cuando acababa de dar una conferencia se me acercó una joven que quería hablarme de su familia. Sus padres habían perdido hacia poco a un hijo pequeño. La joven y su madre vivían plenamente el duelo de la pérdida, pero tenían miedo de que su padre no lo estuviera haciendo. Les preocupaba que no lo pudiera elaborar adecuadamente y que, a causa de ello, su proceso del duelo se encallara. Al hablar con ella me enteré de que el padre había pedido llevar el minúsculo ataúd sobre su espalda todo el trayecto, desde la iglesia hasta el cementerio. La hija me explicó que, desde la muerte, su padre, que era granjero, había pasado muchas horas en su tractor, solo en el campo. Mi impresión era que su padre estaba elaborando el duelo pero lo hacía a su modo, y en una carta ella confirmó mi sospecha.

*Principio 9: examinar defensas y estilos de afrontamiento*

El noveno principio supone ayudar al cliente a examinar sus defensas y su estilo de afrontamiento porque después de una pérdida importante se intensificarán. (En el capítulo 3 se ofrece un paradigma para entender los estilos de afrontamiento.) Cuando se ha establecido un vínculo de confianza entre el cliente y el asesor, es más fácil que el cliente acepte comentar aspectos de su conducta. Algunas defensas y estilos de afrontamiento presagian una conducta competente y otras no. Por ejemplo, no es probable que una persona que afronte las situaciones recurriendo a un consumo excesivo de alcohol u otras sustancias se adapte a la pérdida de una manera eficaz:

Consumir cantidades pequeñas de alcohol para dormir, reducir la ansiedad y acabar con la rumiación puede llevar a una escalada gradual y, en última instancia, a un consumo incontrolado. El mayor riesgo lo corren los alcohólicos en proceso de recuperación o las personas con una historia familiar de alcoholismo (Shuchter y Zisook, 1987 pág. 184).

El asesor debe estar atento a esta cuestión e informarse sobre el consumo y/o abuso de alcohol u otras sustancias. El consumo desmedido de sustancias puede intensificar el dolor y la depresión y obstaculizar el proceso del duelo. Si hay un problema de esta clase o se sospecha que lo hay el asesor hará bien en aplicar un tratamiento agresivo que incluya recurrir a grupos como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.

En general, el afrontamiento emocional activo tiende a ser la forma más eficaz de abordar los problemas, incluyendo los problemas del duelo. Esto incluye el uso del humor, la capacidad de replantear o redefinir una situación difícil, la capacidad de regular las emociones y la capacidad de aceptar el apoyo social. El afrontamiento emocional evitador tiende a ser el menos eficaz, sobre todo cuando se trata de resolver un problema. La culpa, la distracción, la negación, el retraining social y el abuso de sustancias pueden hacer que la persona se sienta mejor a corto plazo, pero no son estrategias eficaces para la resolución de problemas.

Alguien que se retraiga y se niegue a ver las fotografías del fallecido o a tener cerca algo que lo recuerde puede tener un estilo de afrontamiento poco sano. El asesor puede poner de relieve estos estilos de afrontamiento y ayudar al cliente a valorar su eficacia. Luego pueden explorar juntos otras formas de afrontamiento más eficaces para reducir el malestar y resolver problemas.

#### *Principio 10: identificar patologías y derivar*

El décimo y último principio de esta lista es identificar a las personas que sufren problemas graves y saber cuándo se deben derivar a otro profesional. El asesor puede identificar la existencia de una patología provocada por la pérdida y el duelo posterior y, si lo cree necesario, derivar a la persona. Para algunas personas, la facilitación o el asesoramiento del duelo no son suficientes porque la pérdida (o la manera de afrontarla) da lugar a problemas más complejos. Un subconjunto pequeño (entre el 10 y el 15 por ciento) de las personas en duelo desarrollan alguna forma de duelo complicado, como reacciones de duelo prolongadas o crónicas. Algunos problemas pueden exigir intervenciones especiales como las que se examinan en el capítulo 5. Puesto que estos problemas exigen unas técnicas e intervenciones especiales y un conocimiento de la psicodinámica, su tratamiento puede sobrepasar la capacidad del asesor. Y aunque no sea así, las estrategias, técnicas y metas de la intervención pueden cambiar. Es importante que el asesor reconozca sus limitaciones y sepa cuándo tiene que derivar a una persona a una terapia para el duelo o a otra clase de psicoterapia.

Antes de dejar atrás los principios y las prácticas del asesoramiento en el duelo se deberían mencionar los tópicos a los que suelen recurrir muchas amistades bienintencionadas y de vez en cuando, también algún asesor. En la mayoría de los casos, estos tópicos no sirven para nada. Muchas de las mujeres de nuestros estudios dicen: «Cuando alguien se me acerca y me dice “Sé cómo te sientes”, me dan ganas de chillar y gritarle: “¡Qué vas a saber tú cómo me siento! No lo puedes saber, no has perdido a tu marido”. En general, comentarios como •Sé valiente•, •La vida hay que vivirla•, •Pronto pasará•, •Lo ha-

brás superado en un año», «Estarás bien» o «Al mal tiempo buena cara» no ayudan en nada. Hasta un simple «Te acompañó en el sentimiento» puede poner fin a la conversación. Y hay aquellos que, intentando que la persona se sienta mejor, empiezan a hablar de sus propias pérdidas y tragedias sin darse cuenta de que estas comparaciones tampoco ayudan. Las personas que sufren nos hacen sentir impotentes. Esta impotencia se puede reconocer con una expresión sencilla como «No sé qué decirte».

### TÉCNICAS ÚTILES

Cualquier asesoramiento o terapia se debería basar en un sólido conocimiento teórico de la personalidad y la conducta del ser humano y no limitarse a la aplicación de un conjunto de técnicas. Con todo, hay varias técnicas que he encontrado útiles para el asesoramiento en los procesos del duelo y deseo mencionarlas aquí.

#### *A. Lenguaje evocador*

El asesor puede hacer uso de palabras duras que susciten sentimientos, como decir «Su hijo ha muerto», en lugar de decir «Ha perdido a su hijo». Este lenguaje ayuda a aceptar la realidad de la pérdida y puede estimular sensaciones dolorosas que la persona necesita sentir. También puede ser útil hablar del fallecido en pasado: «Su marido era...».

#### *B. Empleo de símbolos*

Hacer que el cliente traiga fotos del fallecido a las sesiones. Esto no sólo ayuda al asesor a tener una idea más clara de quién era el fallecido sino que, además, crea una sensación de inmediatez y un enfoque concreto para hablar al fallecido en lugar de hablar de él. Otros símbolos que me han sido útiles son cartas, grabaciones de audio o vídeo, prendas de vestir o joyas de la persona fallecida.

### C. Escribir

Hacer que el superviviente escriba una o varias cartas al fallecido expresándole sus pensamientos y sentimientos. Esto puede ayudarle a solucionar las cuestiones pendientes expresando lo que necesite decirle. Aconsejo escribir muchas cartas, incluyendo una carta de despedida al fallecido. Poner las vivencias por escrito y construir una narración coherente del suceso permite integrar los pensamientos y los sentimientos y en ocasiones, puede provocar una sensación de resolución con menos sentimientos negativos asociados a la experiencia (O'Connor, Nikoletti, Kristjanson, Loh y Willcock, 2003). Llevar un diario explicando cómo se vive el duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dotar de un significado personal a la experiencia de la pérdida. Lattanzi y Hale (1984) han escrito un buen artículo sobre los diferentes usos de la escritura con personas en duelo.

### D. Dibujar

Como en el caso de la escritura, también puede ser útil hacer dibujos que reflejen los sentimientos y las vivencias relacionadas con el fallecido. Es una técnica muy buena para los niños que han perdido a un progenitor, pero también funciona con adultos. Los dibujos se prestan menos que el habla a las distorsiones defensivas. Irwin (1991) ha identificado cuatro ventajas del uso del dibujo en el asesoramiento del duelo. Ayuda a facilitar los sentimientos, permite identificar conflictos de los que la persona puede no ser consciente, aumenta la conciencia de lo que la persona ha perdido y permite precisar en qué punto del duelo se encuentra.

Schut y otros (1996) han empleado el dibujo como terapia para el duelo con grupos de pacientes hospitalizados en Holanda y han comprobado su eficacia. Usan visualizaciones guiadas con música para estimular los sentimientos y luego hacen que los pacientes dibujen o pinten lo que sienten. Esta actividad forma parte de múltiples modalidades usadas con pacientes de esta clase.

Turetsky y Hays (2003) han creado un modelo de terapia artística para la prevención y el tratamiento del duelo no resuelto durante la

madurez. Aunque básicamente es una intervención psicoterapéutica, ha demostrado ser útil para ayudar a identificar pérdidas anteriores no resueltas que inciden en el duelo actual y hacer que la persona se adapte mejor a la pérdida.

#### *E. Juego de roles*

Ayudar a la persona en duelo a representar situaciones que le causen temor o en las que se sienta incómoda es una forma de hacer que desarrolle sus aptitudes, algo muy útil para afrontar la tarea III. El asesor puede participar en el juego de roles como facilitador o para demostrar al cliente posibles conductas nuevas.

#### *F. Reestructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva puede ser necesaria porque nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todo los pensamientos ocultos y el habla interna que fluyen constantemente en nuestra mente. Al ayudar al paciente a identificar estos pensamientos y comprobar su realidad para ver si son precisos o generalizan en exceso, el asesor puede reducir la sensación disfórica que provoca pensamientos irracionales como «Nadie me volverá a querer», un pensamiento que, sin duda, no se puede comprobar en el presente. Véase más información sobre este enfoque en *El control de tu estado de ánimo: manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*, de Greenberger y Padesky (1995).

#### *G. Álbumes de recuerdos*

Una actividad que pueden llevar a cabo conjuntamente los miembros de una familia en duelo es confeccionar un álbum de recuerdos del fallecido. Este álbum puede incluir relatos de acontecimientos familiares, fotografías, poemas y dibujos hechos por distintos miembros de la familia, incluidos los niños. Esta actividad puede ayudar a la fa-

milia a recordar momentos pasados y con el tiempo, a elaborar el duelo con una imagen más realista de la persona fallecida. Además, los niños pueden repasarlo a medida que crecen y cambian para reintegrar la pérdida en su vida.

#### *H. Imaginación guiada*

Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que crea necesario decirle, es una técnica muy poderosa. Este poder no procede de las imágenes en sí, sino de estar en el presente y hablar a la persona en lugar de hablar de ella. Brown (1990) ofrece técnicas y una buena perspectiva general sobre el empleo de la imaginación guiada con personas que han perdido a un ser querido.

#### *I. Metáforas*

Otra técnica que puede ser útil en el asesoramiento del duelo es el uso de metáforas como ayuda visual. Schwartz-Borden (1992) habla de la metáfora como un instrumento útil para reducir la resistencia al dolor del duelo cuando los pacientes no pueden afrontar directamente los sentimientos asociados a la muerte. La metáfora ofrece una representación simbólica más aceptable para que la persona afectada exprese sus sentimientos y aborde la tarea II del duelo. El uso de metáforas permite que la persona que ha perdido a un ser querido se centre en una imagen gráfica que simbolice su experiencia de una forma más aceptable. Una imagen muy útil que utiliza Schwartz-Borden es la de la amputación y el dolor fantasma asociado a esa imagen de pérdida..

El propósito de estas técnicas es fomentar la expresión plena de los pensamientos y los sentimientos asociados a la pérdida, incluyendo los remordimientos y las decepciones. Un artículo de Castle y Phillips (2003) presenta otras técnicas y rituales para el duelo y examina su utilidad para las personas afectadas.

## MEDICACIÓN

Mucho se ha discutido sobre el uso de la medicación en el control del duelo normal. La postura más común es que la medicación se debe usar con moderación y sólo para aliviar la ansiedad o el insomnio, no para aliviar los síntomas de depresión. El difunto Thomas P Hackett, jefe de psiquiatría del Massachusetts General Hospital, tenía mucha experiencia en el tratamiento de personas en duelo y usaba ansiolíticos para tratar la ansiedad y el insomnio (Hackett, 1974). Sin embargo, cuando se administra algún fármaco a pacientes que se hallan en la fase aguda del duelo es muy importante que no tengan acceso a una dosis potencialmente letal.

En general no se aconseja dar medicación antidepresiva a personas que se encuentren en la fase aguda del duelo. Estos fármacos tardan mucho en hacer efecto, alivian en raras ocasiones los síntomas normales del duelo y pueden facilitar el desarrollo de un duelo anormal, aunque esto aún está por demostrar mediante estudios controlados. La excepción serían los casos de depresión profunda.

Según Raphael, Minkov y Dobson (2001), aunque nuestra comprensión psicológica del duelo ha mejorado, aún no existe una buena base para la intervención biológica. En general, los enfoques farmacológicos sólo se deberían adoptar cuando exista un trastorno establecido para el que estén indicados. Estoy de acuerdo. Los trastornos mentales causados por la muerte de un ser querido suelen exigir una intervención psicofarmacológica (véase más información en el apartado «Reacciones de duelo exageradas» del capítulo 5).

## ASESORAMIENTO PARA GRUPOS

El asesoramiento se puede realizar en el contexto de un grupo. Esto, además de ser muy eficaz, también puede ser una manera efectiva de ofrecer el apoyo emocional que la persona en duelo está buscando. A continuación se presentan algunas directrices para formar un grupo y hacer que funcione de una manera eficaz.

*Elegir un formato de grupo*

Cuando se crea un grupo se deben tomar varias decisiones sobre su propósito y su estructura. ¿Cuál es el objetivo del grupo? Los grupos de duelo suelen tener uno o más de estos objetivos: apoyo emocional, formación y fines sociales. A veces los grupos empiezan con un solo objetivo que luego evoluciona hacia otro. Los grupos que empiezan dando apoyo emocional pueden continuar con las mismas personas durante un tiempo y adoptar un objetivo más social aunque sigan ofreciendo apoyo. Aunque todos estos objetivos pueden ser valiosos, yo recomiendo que los grupos se centren en dar apoyo emocional.

¿Cómo se estructuran los grupos? Algunos son cerrados, es decir existen durante un período limitado de tiempo y todas las personas entran en el grupo y lo dejan al mismo tiempo. Otros grupos son abiertos y no tienen un final prefijado. Las personas vienen y van conforme el grupo satisface sus necesidades individuales. Las dos clases de estructura tienen ventajas e inconvenientes. En los grupos abiertos es más difícil que los miembros nuevos se adapten al ritmo, puesto que no conocen la historia de los actos y avances importantes que han ocurrido antes de su llegada. Además, cuando se incorpora gente nueva es necesario volver a generar confianza entre los miembros.

El número de reuniones, su duración, el lugar, el coste que suponen y el tamaño del grupo son cuestiones importantes que se deben decidir antes de empezar las sesiones. El *hospice* de Pasadena tiene grupos cerrados de ocho a diez personas con objetivos formativos y de apoyo emocional. Los grupos están facilitados por colíderes y se reúnen una vez por semana hasta totalizar ocho sesiones de noventa minutos cada una. Se pide a los miembros que contribuyan económicamente porque se cree que esto les animará a asistir y les motivará a sacar más provecho del grupo.

*Selección de los participantes*

Un factor fundamental al formar un grupo de duelo es la selección de sus miembros. Es importante tener en cuenta la homogeneidad, es

decir, agrupar a personas que hayan tenido pérdidas similares (por ejemplo, formar un grupo de personas viudas o de padres que han perdido a un hijo). Sin embargo, algunos programas de duelo no son lo bastante grandes o no cubren áreas con un número suficiente de personas con unas pérdidas similares para formar un grupo homogéneo. Si es así, intentaremos tener al menos dos personas con pérdidas similares en un mismo grupo. Si hay un viudo en un grupo de viudas, es conveniente que haya otro viudo para que el primero no se sienta desplazado. Lo mismo cabe decir en el caso de personas con otras clases de pérdidas.

Otro factor de la selección es el tiempo transcurrido desde la pérdida. Es importante no incluir a personas que hayan sufrido la pérdida seis semanas antes o menos. Cuando ha pasado tan poco tiempo, la mayoría de las personas no están preparadas para una experiencia en grupo. Algunos grupos de duelo hacen que sus posibles miembros esperen que hayan pasado hasta seis meses desde la pérdida para incorporarse. Sin embargo, cierta medida de flexibilidad puede ser útil. Una mujer que haya enviudado hace poco puede aprender de otra que haya enviudado hace más tiempo y ver en ella un modelo que le enseñe cómo avanzar en su adaptación a la pérdida.

Es esencial descartar las patologías graves al hacer la selección de los miembros. A quienes presenten problemas patológicos y emocionales graves les será mucho más útil un asesoramiento o una terapia de carácter individual.

Al hacer la selección se debe tener presente que hay dos clases de personas que han sufrido unas pérdidas especiales y es necesario pensárselo bien antes de integrarlas en un grupo. Unas son las que han sufrido pérdidas múltiples. Las personas que han perdido a varios seres queridos en un corto período de tiempo suelen estar tan abrumadas por su dolor que no pueden participar en un grupo de una manera eficaz. Pueden ser personas que han perdido súbitamente a muchos miembros de su familia en un accidente o un incendio, o personas que han sufrido varias pérdidas en un período corto de tiempo.

Las personas que han sufrido una pérdida de la que les cuesta hablar, como un suicidio, también pueden presentar problemas en los grupos de duelo. Incluir a una persona cuyo ser querido se haya sui-

cido puede generar mucha ansiedad a otros miembros del grupo y esto se deberá tener en cuenta en el proceso de selección. Sería mejor incluir por lo menos a dos supervivientes de una muerte por suicidio. La misma consideración se aplica a las pérdidas debidas al sida. Para estas dos clases de pérdidas pueden ser muy eficaces los grupos dedicados específicamente a ellas.

### *Definir las expectativas*

Distintas personas acuden a estos grupos con distintas expectativas y si el grupo no las satisface se sentirán decepcionadas y es posible que no vuelvan. Esto, además de ser negativo para estas personas, también desmoraliza al grupo. Antes de la primera reunión, el profesional que hace las entrevistas de selección puede exponer las expectativas a cada candidato y abordar los malentendidos o los temores poco realistas relacionados con el grupo. Hace poco, una mujer nos pidió unirse a nuestro grupo del *hospice* pero la derivamos a otro grupo porque estaba muy claro que deseaba mantener el anonimato. En nuestro grupo animamos a todos los participantes a abrirse a los demás y alguien que no esté dispuesto a hacerlo no encajará. La derivamos a un grupo más grande que tenía un objetivo más formativo que de apoyo y donde podía hallar el anonimato que buscaba. Al seleccionar personas para un grupo, procuraremos abordar con franqueza sus expectativas.

### *Establecer unas reglas básicas*

Las reglas básicas las establece inicialmente el líder del grupo y cumplen diversos fines. Ofrecen una estructura que puede ayudar a los miembros a sentirse seguros. Saber que existen ciertas reglas de conducta puede aumentar la sensación de apoyo. Las reglas básicas también ayudan al líder a mantener el control. Por ejemplo, si hay una regla básica que dice que todos los miembros deben tener tiempo para hablar de sus vivencias personales y un miembro del grupo se extiende demasiado, el líder puede recordar la regla para que las in-

tervenciones sean más equitativas. O si alguien incumple la regla básica de la confidencialidad, el líder puede abordar esta cuestión con toda franqueza. Se deben explicar siempre las reglas básicas en la primera sesión y repetirlas en las dos o tres sesiones siguientes.

A continuación se presentan algunas reglas básicas de nuestros grupos de apoyo para personas en duelo:

1. Se espera que los miembros asistan a todas las sesiones y que sean puntuales.
2. La información que se comparte en el grupo no sale de él. Fuera del grupo, los miembros no pueden hablar de las experiencias de otros miembros.
3. Los miembros del grupo pueden hablar tanto o tan poco sobre su pérdida como crean oportuno.
4. Todo el mundo dispone del mismo tiempo para explicar sus vivencias. Esta regla ayuda a evitar el problema de que una persona acapare la atención del grupo.
5. No damos ningún consejo a no ser que se nos pida. En situaciones de grupo, y sobre todo en grupos de duelo, es muy fácil que la gente dé consejos. En general son consejos que nadie ha pedido y que no se aceptan con agrado.

Cuando se establecen las reglas básicas y se definen las expectativas en la entrevista de selección, las personas llegan al grupo sabiendo que es un medio seguro, que la experiencia de una persona dada no es más o menos importante o valiosa que la de los demás, que cada una tendrá tanto o tan poco tiempo para hablar como elija, y que no se les dirá lo que deben sentir ni se les darán consejos que no deseen.

#### *Determinar el método de dirección*

El quinto factor que hace que funcione el grupo es el liderazgo o dirección. Hay varios formatos entre los que elegir. Algunos grupos los dirigen únicamente personas en duelo; por ejemplo, en Compassionate Friends hay padres en duelo que dirigen grupos de otros padres en la misma situación. Otros grupos los dirigen profesionales de

la salud mental y otros los dirigen personas que cuentan con un respaldo profesional. El apoyo profesional ofrece al líder no profesional la posibilidad de consultar con alguien si se plantea alguna cuestión sobre las interacciones individuales o de grupo. En el *bospice* de Pasadena nuestros grupos los dirigen profesionales de la salud mental que han recibido una formación previa, junto con estudiantes en prácticas de alguna profesión relacionada con la salud mental que actúan compartiendo las tareas de dirección.

Algunos de estos estilos de dirección pueden ser más eficaces que otros dependiendo de los objetivos del grupo. Algunos líderes son más activos y otros son más pasivos. Yo creo que el estilo más eficaz para grupos de apoyo emocional es ser activo al principio; luego, a medida que el grupo se cohesiona y emerge un liderazgo desde dentro, el líder inicial puede distanciarse y no ser tan activo. Un líder pasivo puede generar sentimientos de ansiedad, sobre todo cuando el grupo es nuevo. Naturalmente, el estilo depende de los objetivos del grupo. Si el objetivo es formativo, el líder puede actuar más como conferenciante o informador. Si el objetivo es el apoyo emocional, su papel es facilitar este apoyo asegurándose de que todos los miembros comparten sus historias y hallen apoyo y ánimo en los demás. Un grupo formado con el objetivo de fomentar la interacción social exigirá otra clase de dirección.

La cuestión del coliderazgo es importante en cualquier discusión de la dirección de un grupo. ¿Debería haber un líder o más de uno? Cuando un grupo es grande, el coliderazgo es esencial. Si un grupo sigue este modelo es importante que los líderes se comuniquen entre sí con claridad y franqueza. Propongo que se reúnan después de las sesiones para redactar informes. Entre ellos pueden darse tensiones sutiles que sean perjudiciales para el grupo y ésta es una forma de impedir que suceda.

Es importante que el líder evite favoritismos en el seno del grupo. Los grupos reproducen la dinámica familiar y la gente trae consigo las experiencias que ha tenido con sus hermanos y padres. Estos sentimientos y experiencias acaban apareciendo en la dinámica del grupo. No es raro que alguien quiera ocupar un lugar especial en la vida del líder y esto puede crear problemas en el grupo. El líder debe ser consciente de ello y no aceptar invitaciones especiales ni favores de nin-

gún miembro. También debe procurar que sus propios problemas no le hagan desear ser objeto de un trato especial. Es importante que todo encuentro privado entre el líder y un miembro del grupo se comente abiertamente en la siguiente reunión.

### *Entender la dinámica interpersonal*

¿Qué es lo que desean las personas que se reúnen en un grupo con independencia de que sea un grupo político, de terapia o de duelo? Coincido con Schutz (1967) en que, en algún nivel de la conciencia, las personas que participan en un grupo comparten tres necesidades:

1. *Inclusión*. La mayoría de las personas que se incorporen a un grupo mirarán a su alrededor y se preguntarán: «Encajo yo aquí?», «Es ésta mi gente?». Si no pueden responder afirmativamente, es probable que no vuelvan a asistir. Y, aunque vuelvan, estos interrogantes seguirán presentes en las sesiones iniciales.

2. *Control*. Otras preguntas se relacionan con el control: «Soy importante para este grupo?», «Les importa lo que pueda decir?», «Hasta qué punto puedo influir en el grupo?», «Hasta qué punto influirán en mí los otros miembros?». Del mismo modo que es importante sentir que encajamos en una situación de grupo también lo es sentir que tenemos cierto grado de influencia sobre los otros miembros. Cuando alguien no tiene esta sensación, es probable que no termine el proceso de asesoramiento en grupo.

3. *Afecto*. Otra cosa que buscan quienes se incorporan a un grupo es afecto. Empleo la palabra afecto en un sentido amplio: «Se preocupan por mí?», «Realmente les importa a los demás lo que me pasa?». Las necesidades afectivas sólo tienden a cubrirse si el grupo crea un sentido de identidad y cohesión. El grado de interés por los demás varía. En algunos grupos se crea una fuerte sensación de afecto entre los miembros. Todos los miembros se sienten queridos por los demás. En otros grupos, esta sensación de afecto mutuo es mucho menor.

En pocas palabras: las personas quieren sentirse seguras e importantes. Si un miembro plantea problemas de conducta es conveniente preguntarse: «¿Se siente segura esta persona? ¿Se siente realmente importante?». Abordar estas cuestiones puede ayudar a atenuar el problema.

### *Abordar con eficacia las conductas perjudiciales*

Hay varias conductas que son perjudiciales para un grupo y que causan problemas al líder. A continuación se resumen algunas junto con propuestas para atajarlas.

#### **La actitud de que «mi pérdida es peor que la tuya».**

Esta actitud se produce de vez en cuando en los grupos de duelo. Hace poco estaba dirigiendo un grupo en el que dos mujeres habían perdido a una hija. Una de ellas tenía marido y la otra no. La segunda dijo al grupo que su pérdida era peor que la de la otra mujer porque ella no tenía marido y la otra sí. El líder puede controlar estas situaciones diciendo, por ejemplo: «Para este grupo son importantes las pérdidas de todos» o «No nos reunimos aquí para comparar pérdidas».

#### **La persona que da consejos**

Lehman, Ellard y Wortman (1986) preguntaron a personas en duelo qué les servía de ayuda y qué no en la elaboración del duelo. Entre las cosas que estas personas consideraban menos útiles estaba que les dieran consejos. Controlar a las personas que dan consejos en un grupo es bastante fácil si hay una regla básica que diga. «No se darán consejos si no se piden».

### La persona moralista

Otra clase de persona difícil es la moralista. Es la persona que da consejos en forma de «deberías» o «tendrías que». Hace poco, en nuestro grupo de duelo tuvimos un miembro que procedía de la tradición de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos. Aunque actuaba con buena intención, no dejaba de sermonear a otros miembros del grupo hasta el punto de que varios se ofendieron. Le animamos a que dijera: «Esto es lo que yo haría», en lugar de decir «Esto es lo que deberías hacer».

### La persona que no participa

Las personas que participan poco o nada también plantean problemas porque, en muchas ocasiones, los otros miembros del grupo interpretan que adopta una actitud crítica. La mejor manera de evitar que alguien no participe es que el líder ayude a todo el mundo a explicar algo de su pérdida en la primera sesión. Dejar que alguien se calle en la primera sesión no hará más que animarlo a seguir con esta actitud en sesiones posteriores.

### La persona que saca a relucir algo importante al final de la sesión

Dos minutos antes de acabar una sesión una persona dice: «Por cierto, la semana pasada mi hijo sufrió un accidente». El líder del grupo debería decir a quienes hagan esto que retomen el tema al principio de la siguiente sesión en lugar de dejar que la sesión actual supere el tiempo previsto y se produzcan luchas de control.

### La persona que explica cosas al terapeuta después de la sesión

Esta persona no explica nada al grupo pero le cuenta algo importante al líder una vez finalizada la reunión. Para el líder es fácil decirle: «Creo que es importante que todos oigan esto; empieceremos la siguiente sesión hablando de ello, ¿de acuerdo?».

### La persona que interrumpe

Es frecuente que en un grupo un miembro interrumpa a otro. El líder puede llamar al orden a quien interrumpe y llegado el momento, dejarle que diga lo que quería decir.

### La persona que muestra una emoción inoportuna

Un ejemplo de ello es la persona que ríe cuando todos los demás están tristes. Una intervención apropiada del líder sería: «Me pregunto qué sientes cuando suceden estas cosas en el grupo. Veo que te ríes y me gustaría saber cómo te sientes». A veces hay personas que sienten ansiedad y la expresan riendo.

### La persona que hace comentarios que no vienen al caso

Si esto ocurre, el líder puede decir: «No entiendo qué relación tiene esto con lo que estamos hablando. ¿Me puedes decir qué tiene que ver con lo que estamos haciendo ahora?».

### La persona que explica demasiado

A veces, un miembro del grupo explica demasiadas cosas en las primeras sesiones pero luego se echa atrás y deja de hablar o no vuelve. El líder puede prever esta actitud y advertir de ello amablemente a la persona.

### La persona que cuestiona o critica al líder

Puede que éste sea más un problema para el líder que para el grupo en sí, pero puede hacer que los miembros del grupo se sientan incómodos. En una de nuestras reuniones, un miembro acusó a un colega mío de ser homófobo. En lugar de ponerse a la defensiva,

mi colega preguntó: «¿Qué he hecho para que pienses eso?». Mediante esta pregunta, evitó que el problema fuera a más y facilitó un rico debate.

Aunque los grupos de duelo son ~~un vehículo~~ importante para el asesoramiento, algunas personas eligen no participar en ellos. En otros casos, puede que una persona no quiera participar en un momento dado y que lo haga más tarde. Un miembro de Compassionate Friends se puso en contacto con una mujer que conozco poco después de la muerte repentina de su hijo de diecinueve años. Asistió a una reunión y se marchó diciendo que no quería trabajar con un grupo. Sin embargo, un año después se lo pensó y me dijo que estaba preparada para incorporarse a uno y obtener algún beneficio de la experiencia.

En muchos grupos de psicoterapia, una regla básica dice que los miembros no deben tener contacto social entre sesión y sesión. En mi opinión, esta condición es innecesaria en los grupos de duelo. Es de esperar que se formen amistades que sobrevivan al grupo. Una de las tareas del duelo es que la persona deje entrar personas nuevas en su vida y que se dé permiso para formar nuevas relaciones. Las amistades que surgen entre los miembros de estos grupos y que continúan cuando el grupo se acaba son pasos pequeños pero importantes en el proceso general de curación que intentamos facilitar con nuestro trabajo de asesoramiento. Para más información sobre la formación de grupos de duelo véase William G Hoy (2007).

#### FACILITAR EL DUELO MEDIANTE EL RITUAL FUNERARIO

En Estados Unidos, los funerales han sido objeto de muchas críticas, sobre todo tras el informe de 1984 de la Federal Trade Commission. Pero si se realizan correctamente pueden ser un complemento importante para contribuir a una buena resolución del duelo. A continuación expondré algunas de las contribuciones positivas que, en mi opinión, puede conllevar un funeral.

Puede ayudar a hacer real la pérdida. Ver el cuerpo de la persona fallecida ayuda a tomar conciencia de la realidad y la irreversibilidad de la muerte. Cuestiones como si se celebra o no un velatorio o si el ataúd debe estar abierto o cerrado dependen de factores de carácter

regional, religioso o étnico. Pero hay una ventaja importante en el hecho de que los miembros de la familia vean el cuerpo del fallecido, ya sea en la funeraria o en el hospital. Aun en el caso de que vaya a ser incinerado (y parece darse un interés cada vez mayor en este procedimiento), el cuerpo puede estar presente en el funeral, en un ataúd abierto o cerrado, antes de la incineración. Así pues, el funeral puede ser positivo para ayudar a los supervivientes a elaborar la primera tarea del duelo.

El funeral también puede dar a la gente la oportunidad de expresar pensamientos y sentimientos sobre el fallecido. Al principio vimos lo importante que era verbalizar los pensamientos y sentimientos sobre la persona muerta. En su mejor tradición, el funeral ofrece esta oportunidad. Sin embargo, en los funerales se da una gran tendencia a elogiar e idealizar en exceso al fallecido. La mejor es que la gente pueda expresar por igual los aspectos del fallecido que van a echar de menos y los que no, aunque para algunas personas esto pueda estar fuera de lugar. El funeral puede ayudar en el proceso del duelo porque permite hablar del fallecido.

El funeral tiene el efecto de reunir una red de apoyo social en torno a la familia poco después de que se haya producido la pérdida y esta clase de apoyo puede ser muy útil para facilitar el duelo. La ceremonia también puede ser un reflejo de la vida del fallecido. Se pueden colocar cosas suyas en la ceremonia que señalen lo que era importante para él. En el funeral de un pastor, varios de los asistentes se pusieron de pie para leer breves pasajes de sus escritos.

Un aspecto de los funerales que atenúa su efecto es que se realizan demasiado pronto. Los miembros de la familia suelen hallarse en un estado de embotamiento y la ceremonia no tiene el impacto psicológico positivo que podría tener.

Durante los últimos veinticinco años, los funerales han cambiado para reflejar una comprensión más exhaustiva del ritual, la importancia de la comunidad además de la persona, la importancia de afrontar la muerte, una comprensión mejor del duelo y una sociedad más pluralista (Irion, 1991).

Los directores de las funerarias podrían plantearse su papel como asesores. Además de aconsejar y ayudar con los trámites que supone un fallecimiento, podrían mantener algún tipo de contacto continuo

con las familias para asesorarlas en el duelo. Habrá familias que se sientan incómodas si el director de la funeraria mantiene el contacto con ellas tras el funeral, pero a otras no les molestará y agradecerán el interés. Algunas funerarias importantes cuentan con asesores entre su personal. Otras remiten a los clientes a asesores de la comunidad. Los directores de las funerarias también se pueden plantear la posibilidad de patrocinar en su comunidad grupos de apoyo para viudas y grupos de apoyo al duelo en general (Steele, 1975).<sup>1</sup> Esto ya se está llevando a cabo en muchos lugares y ofrece una oportunidad ideal para que los directores se impliquen en un aspecto importante del asesoramiento. También pueden ofrecer servicios de formación relacionados con el duelo y la manera sana de afrontarlo patrocinando programas de formación en su comunidad.

### ¿ES ÚTIL EL ASESORAMIENTO EN EL DUELO?

Desde que se publicó la última edición de *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, la eficacia del asesoramiento en el duelo ha sido objeto de un vivo debate. Hay quienes dicen que es tan eficaz como no hacer nada y algunos incluso afirman que puede ser perjudicial para algunas personas. Este debate fue impulsado por John Jordan y Robert Neimeyer (2003) y luego se les unieron otros autores (Allumbaugh y Hoyt, 1999; Bonanno, 2001, Kato y Mann, 1999; Larson y Hoyt, 2007; Stroebe y otros, 2001). Sus conclusiones se han basado en resultados de estudios y en posteriores metaanálisis de estos datos para hallar *efectos del tamaño* en ellos. Los efectos del tamaño más bien bajos ponen en duda la eficacia del asesoramiento en el duelo. Pero la verdad es que la mayoría de los estudios que han examinado fallan en uno o más aspectos metodológicos: no hay grupos de control, los participantes han sido reclutados en lugar de acudir por su cuenta, no se han realizado cribas, las medidas de resultado son inadecuadas o simplistas, el tamaño de las muestras es pequeño, no hay números iniciales de participación, presentan un gran número de abandonos, hay medidas de resultado de un solo ítem, el plan de tratamiento está poco claro, no tienen en cuenta el tiempo transcurrido desde la muerte, etcétera.

La validez de los efectos negativos del asesoramiento en el duelo (el deterioro inducido por el tratamiento) de los que han hablado Neimeyer y sus colegas (Currier, Holland y Neimeyer, 2007; Jordan y Neimeyer, 2003; Neimeyer, 2000) han sido refutados categóricamente por Larson y Hoyt (2007) a causa de los defectos del análisis estadístico.

Aunque la mayor parte del duelo es autolimitador sin una intervención formal, quienes parecen recibir más ayuda de las intervenciones de asesoramiento son las personas más jóvenes, las mujeres, y quienes hace cierto tiempo que han sufrido una pérdida, la pérdida que han sufrido ha sido repentina/violenta o han manifestado indicios de duelo crónico. Las personas que han pasado una criba por unos niveles altos de angustia (por ejemplo, duelo complicado/traumático) (Prigerson y Jacobs, 2001), que pertenecen a un subgrupo de personas en duelo con un riesgo elevado de disfunción (viudos de edad avanzada, padres que han perdido a un hijo) y que buscan ayuda para una angustia relacionada con el duelo que han identificado ellas mismas (duelo exagerado, que se examina en el capítulo 5) tienden a hallar que la intervención es más eficaz.

A continuación se presentan algunas propuestas para los profesionales que pueden ayudarles a intervenir de una forma más eficaz:

1. No debemos presuponer que toda persona en duelo necesita asesoramiento. También Parkes (1998) lo ve así: «No hay ninguna prueba de que todas las personas en duelo se beneficien de un asesoramiento, y los estudios no han revelado que remitir rutinariamente a las personas para que reciban consejo por la sola razón de que han sufrido una pérdida les suponga algún beneficio» (pág. 18).
2. Recordemos que una sola clase de asesoramiento no sirve para todas las personas que han sufrido una pérdida. Cada persona vive el duelo a su manera (Neimeyer, 2000).
3. Adaptemos nuestras intervenciones a las necesidades que percibimos en cada persona en función de los siete grupos de mediadores del duelo (véase el capítulo 3).
4. Basemos nuestras intervenciones de asesoramiento en una teoría unificada como la de las tareas del duelo.
5. Antes de una intervención, reunamos datos de una manera ex-

haustiva. Es lo que hacemos en psicoterapia antes de aceptar a un paciente para tratarlo. Se puede hacer en el asesoramiento del duelo con independencia de que el tratamiento sea individual, familiar o en grupo.

6. Procuremos adoptar un enfoque de «servicio al cliente». Preguntemos a los clientes qué necesitan y qué desean y evaluemos si lo obtienen a lo largo del tratamiento; de no ser así, intentemos ayudarles a obtenerlo.
7. Cuando sea posible, usemos un instrumento de criba como el creado por nosotros para el Harvard Child Bereavement Study con el fin de identificar a los niños en riesgo de adaptarse mal a la muerte de un progenitor y ofrecerles una intervención precoz para prevenir secuelas negativas a los dos años de la pérdida (Worden, 1996).
8. Si no podemos disponer de un instrumento de criba se aconseja identificar grupos de riesgo de la población y dirigir nuestra intervención a ellos. Entre estos grupos estarían las personas viudas de edad avanzada que viven solas, las madres que han perdido a un hijo, las personas que han perdido a alguien por una muerte repentina/violenta (incluyendo casos de homicidio), y las personas con una historia de abusos/traumas, con una dependencia elevada del fallecido y con un estilo de afrontamiento inadecuado que va acompañado de niveles reducidos de eficacia personal y de autoestima (Jordan y Neimeyer, 2003).

Si la persona en duelo presenta unos niveles elevados de depresión, ira, rumiación o ansiedad, deberemos contemplar seriamente la posibilidad de un duelo complicado e iniciar una psicoterapia del duelo (véase el capítulo 6).

En un intento de evaluar la eficacia del asesoramiento en el duelo, Parkes revisó diversos estudios centrados en los servicios profesionales que ofrecían apoyo a personas en duelo y en grupos de apoyo formados por voluntarios. Al final de esta revisión, Parkes (1980) llegaba a la siguiente conclusión:

Las pruebas aquí presentadas indican que los servicios profesionales, los servicios de voluntarios que reciben apoyo profesional y los servicios de autoayuda pueden reducir el riesgo de padecer trastornos

mentales y trastornos psicosomáticos causados por el duelo. Estos servicios son más útiles para las personas que perciben que su familia no les apoya o que, por otras razones, se considera que corren un riesgo especial (pág. 6).

Margaret y Wolfgang Stroebe (1987), y Beverley Raphael (1977), coinciden con la observación de Parker de que el riesgo de debilidad psicológica o física después de una pérdida se puede reducir mediante una intervención. También afirman que las personas en riesgo tienden a sacar más provecho de ella. Mi experiencia clínica confirma esta conclusión.

#### NOTA

1. El Grief and Loss Program de la AARP (601 E Street, NW Washington, DC 20049) ofrece una guía de servicios en Estados Unidos y en Canadá para personas que han enviudado.

#### REFERENCIAS

- Allumbaugh, D., y W Hoyt, «Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis», *Journal of Counseling Psychology*, 46, 1999, págs. 370-380.
- Beckwith, B. E., S. K. Beckwith, T Gray M. M. Micsko, J. H. Holm, V H. Plummer, y S. L. Flaa, «Identification of spouses at high risk during bereavement: A preliminary assessment of Parkes and Weiss' Risk Index», *Hospice Journal*, 6, 1990, págs. 35-46.
- Beresford, L., *The hospice handbook*, Boston, Little, Brown, 1993.
- Bonanno, G., «Introduction: New directions in bereavement research and theory», *American Behavioral Scientist*, 44, 2001, págs. 718-725.
- Brown, J. C., «Loss and grief: An overview and guided imagery intervention model», *Journal of Mental Health Counseling*, 12(4), 1990, págs. 434-445.
- Castle, J., y W L. Phillips, «Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement», *Journal of Loss & Trauma*, 8, 2003, págs. 41-71.
- Currier, J., J. Holland, y R. Neimeyer, «The effectiveness of bereavement interventions with children: A meta-analytic review of controlled outcome research», *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36, 2007, págs. 253-259.

- Freud, S., «Mourning and melancholia», en J. Strachey (comp. y trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth, 1957, vol. 14, págs. 237-260 (publicado originalmente en 1917).
- Gamino, L. A., y K. W. Sewell, «Meaning constructs as predictors of bereavement adjustment: A report from the Scott and White grief study», *Death Studies*, 28, 2004, págs. 397-421.
- Greenberger, D., y C. Padesky *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*, Nueva York, Guilford, 1995 (trad. cast.: *El control de tu estado de ánimo: manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*, Barcelona, Paidós, 1998).
- Hackett, T. P., «Recognizing and treating abnormal grief», *Hospital Physician*, 10, 1974, págs. 49-50, 56.
- Ho, W., *Guiding people through grief: How to start and lead bereavement support groups*, Dallas, TX, Compass Press, 2007
- Irion, P., «Changing patterns of ritual responses to death», *Omega*, 22, 1991, págs. 159-172.
- Irwin, H. J., «The depiction of loss: Uses of clients' drawings in bereavement counseling», *Death Studies*, 15, 1991, págs. 481-497.
- Jordan, J., y R. A. Neimeyer «Does grief counseling work?», *Death Studies*, 27 2003, págs. 765-786.
- Kato, P., y T. Mann, «A synthesis of psychological interventions for the bereaved», *Clinical Psychology Review*, 19, 1999, págs. 275-296.
- Larson, D., y W. Hoyt, «What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism», *Professional Psychology: Research & Practice*, 38, 2007 págs. 347-355.
- Lattanzi, M., y M. E. Hale, «Giving grief words: Writing during bereavement», *Omega*, 15, 1984, págs. 45-52.
- Lehman, D. R., J. H. Ellard, y C. B. Wortman, «Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 1986, págs. 438-446.
- Neimeyer R., «Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 541-558.
- O'Connor, M., S. Nikoletti, L. J. Kristjanson, R. Lob, y B. Willcock, «Writing therapy for the bereaved: Evaluation of an intervention», *Journal of Palliative Medicine*, 6, 2003, págs. 195-204.
- Parkes, C. M., «Bereavement counselling: Does it work?», *British Medical Journal*, 281, 1980, págs. 3-6.
- «Editorial», *Bereavement Care*, 17 1998, pág. 18.

- , *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3<sup>a</sup> ed.), Filadelfia, Taylor and Francis, 2001.
- y R. Weiss, *Recovery from bereavement*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- Prigerson, H. G., y S. Jacobs, «Traumatic grief as a distinct disorder», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 613-645.
- Raphael, B., «Preventive intervention with the recently bereaved», *Archives of General Psychiatry*, 34, 1977 págs. 1450-1454.
- , C. Minkov y M. Dobson, «Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 587-612.
- Schut, H., J. de Keijser, J. Van den Bout, y M. S. Stroebe, «Cross-modality group therapy: Description and assessment of a new program», *Journal of Clinical Psychology*, 52, 1996, págs. 357-365.
- Schutz, W., *Joy: Expanding human awareness*, Nueva York, Grove, 1967
- Schwartzberg, S., y R. Halgin, «Treating grieving clients: The importance of cognitive change», *Professional Psychology*, 22, 1991, págs. 240-246.
- Schwartz-Borden, G., «Grief work: Prevention and intervention», *Social Casework*, 1986, págs. 499-505.
- , «Metaphor: Visual aid in grief work», *Omega*, 25, 1992, págs. 239-248.
- Sheldon, A., J. Cochrane, M. Vachon, W Lyall, J. Rogers, y S. Freeman, «A psychosocial analysis of risk of psychological impairment following bereavement», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 1981, págs. 253-255.
- Shuchter, S. R., y S. Zisook, «The therapeutic tasks of grief», en S. Zisook (comp.), *Biopsychosocial aspects of bereavement*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987
- Silverman, P. R., *Widow to widow*, Nueva York, Springer Publishing, 1986.
- Simos, B. G., *A time to grieve*, Nueva York, Family Service Association, 1979.
- Steele, D. W., *The funeral director's guide to designing and implementing programs for the widowed*, Milwaukee, WI, National Funeral Directors Association, 1975.
- Stroebe, M. S., R. O. Hansson, W Stroebe, y H. Schut, H. (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001.
- Stroebe, W., H. Schut, y M. S. Stroebe, «Grief work, disclosure and counse-

- ling: Do they help the bereaved?», *Clinical Psychology Review*, 25, 2005, págs. 395-414.
- y M. S. Stroebe, *Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987
- Turetsky C. J., y R. Hays, «Development of an art psychotherapy model for the prevention and treatment of unresolved grief during midlife», *Art Therapy*, 20, 2003, págs. 148-156.
- Van der Hart, O., «An imaginary leave-taking ritual in mourning therapy: A brief communication», *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1988, págs. 63-69.
- Worden, J. W., *Personal death awareness*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.
- , *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- Wortman, C. B., y R. C. Silver, «The myths of coping with loss», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 1989, págs. 349-357

## CAPÍTULO 5

### REACCIONES ANORMALES EN EL DUELO: EL DUELO COMPLICADO

Antes de examinar las reacciones anormales en el proceso del duelo que exigen psicoterapia, es importante entender por qué hay personas que tienen dificultades para elaborar el duelo. Más adelante veremos varias clases de duelo anormal o complicado y la forma de diagnosticar y determinar estos casos.

#### POR QUÉ HAY PERSONAS QUE NO PUEDEN ELABORAR EL DUELO

Cuando examinamos el proceso del duelo en los capítulos 2 y 3 identificamos siete mediadores principales que pueden influir en la clase, la intensidad y la duración del proceso del duelo. La mayoría de estas áreas son importantes cuando consideramos los obstáculos que impiden elaborar el duelo.

#### *Factores relacionales*

Los factores relationales definen la clase de relación que mantenía la persona en duelo con el fallecido. La clase de relación que más suele impedir la elaboración adecuada del duelo es la muy ambivalente con una hostilidad que no se expresa. En este caso, la incapacidad para afrontar y tratar esta ambivalencia inhibe el duelo o pronostica un exceso de ira y de culpa que causa dificultades al superviviente. Otra relación que plantea problemas es la muy narcisista, que se caracteriza por el hecho de que el fallecido es como una extensión del superviviente. El superviviente se niega a admitir la pérdida porque ello supondría admitir la pérdida de una parte de sí mismo.

En algunos casos, la muerte puede volver a abrir viejas heridas. La muerte de un padre, padrastro u otra persona que haya abusado sexualmente del superviviente puede reavivar sentimientos residuales de esa situación. Los estudios de abusos indican que las víctimas presentan unos estilos de atribución caracterizados por autoestima baja y sentimiento de culpa. Este sentimiento de culpa puede reaparecer durante la muerte y después de ella, llevando a la persona a formas de duelo más complicadas. Esto es menos probable que ocurra si se ha trabajado con los sentimientos relacionados con los abusos antes de la muerte. Sin embargo, aun en los casos donde el abuso se ha trabajado, la muerte puede sacar a relucir pensamientos y sentimientos asociados a la relación complicada y conflictiva con el abusador.

En algunas relaciones el duelo se centra en lo que hemos deseado y nunca hemos tenido o no vamos a tener. Una vez trabajé con una mujer cuya madre sufría la enfermedad de Alzheimer y necesitaba atención domiciliaria. A medida que veía el deterioro progresivo de su madre, la mujer se hacía más consciente de que estaba perdiendo la oportunidad de que su madre, que la había maltratado, la llegara a querer. Despues de la muerte, tuvo que seguir tratamiento para una depresión. El trabajo del duelo supuso ayudarle a llorar la pérdida y a olvidar el sueño de que algún día recibiría de su madre el amor y la aceptación que tanto había ansiado.

Las relaciones muy dependientes también son causa de problemas en el proceso del duelo. Mardi Horowitz, Nancy Wilner, Charles Marmar y Janice Krupnick (1980), de la Universidad de California en San Francisco, creen que la dependencia y la oralidad desempeñan un papel importante en predisponer a la persona a una reacción de duelo patológica. Cuando una persona que tiene una relación muy dependiente pierde la fuente de esta dependencia, la imagen que tiene de sí misma como una persona fuerte, sustentada en la relación con otra persona fuerte, sufre un cambio y retrocede a la estructura preexistente de un niño desamparado y débil que suplica en vano que le rescate la persona que ha perdido o que lo ha abandonado.

La mayoría de las personas que pierden a un ser querido se sentirán algo desamparadas, pero esta sensación carece de la cualidad de desesperación que suele sentir la persona que ha mantenido una re-

lación demasiado dependiente, y en una persona más sana esta sensación de desamparo no afecta a otras imágenes personales más positivas. En una personalidad normal y sana se da un equilibrio entre las percepciones positivas y negativas de uno mismo. Para la persona que pierde una relación de demasiada dependencia, la sensación de desamparo tiende a superar cualquier otro sentimiento que pueda tener, así como su capacidad de modular el concepto negativo que tiene de sí misma con otro concepto más positivo.

### *Factores circunstanciales*

Antes hemos visto que las circunstancias que rodean una pérdida son importantes para determinar la intensidad y el resultado del duelo. Hay unas circunstancias concretas que pueden imposibilitarlo o hacer difícil que concluya de una manera satisfactoria. La primera es cuando la pérdida es incierta (Lazare, 1979). Un ejemplo de ello es el caso del soldado desaparecido en combate. Su mujer no sabe si está vivo o muerto y, por lo tanto, es incapaz de pasar por un proceso del duelo adecuado. En la guerra de Vietnam, algunas mujeres acabaron creyendo que sus maridos desaparecidos habían muerto. Después de afrontar la pérdida y superar el duelo, sus maridos, que habían permanecido como prisioneros de guerra, fueron liberados y regresaron a casa. Puede que parezca un buen argumento para una película de Hollywood, pero la verdad es que la situación causó grandes problemas a estas parejas y algunas se acabaron divorciando.

La situación opuesta también produce un duelo inacabado. Hay mujeres que aún creen que sus maridos están vivos en algún lugar de Vietnam: se aferran a esta creencia y serán incapaces de elaborar el duelo hasta que estén seguras de que su marido está muerto. El hijo de una mujer desapareció en el Atlántico mientras volvía a Estados Unidos en un avión militar. Durante años creyó que su hijo había caído en manos de los rusos y que vivía en Rusia. El resto de la familia lo daba por muerto y lloraba su pérdida. Cuando Rusia abrió las fronteras, ella fue una de las primeras personas que obtuvo un visado para entrar. Se puso a buscar a su hijo y tras constatar que no estaba en Rusia, pudo entregarse al duelo por primera vez.

Otra dificultad circunstancial surge cuando hay pérdidas múltiples, como por ejemplo en los terremotos, los incendios o los accidentes de avión, o cuando mueren en un accidente varios miembros de una familia. Ocurrieron múltiples muertes en los trágicos sucesos del 11 de septiembre de 2001, en los que muchos perdieron a varios amigos y miembros de su familia. Otro ejemplo de pérdidas múltiples fue el suicidio en masa de Jonestown, Guyana, en el que murieron varios cientos de personas. Las circunstancias y el alcance de aquella pérdida hicieron muy difícil que las familias de los fallecidos siguieran un duelo adecuado. La cantidad de personas cuya pérdida llorar era tan abrumadora que, en un caso como éste, puede parecer más fácil inhibir totalmente el duelo. Las pérdidas múltiples también se pueden dar de una forma menos dramática. Traté a una mujer que había perdido a cuatro miembros cercanos de su familia en tres años. Estaba tan abrumada que en lugar de expresar su dolor abiertamente lo sufría en forma de una ansiedad incapacitadora, un síntoma que la llevó a solicitar tratamiento. A esto se le puede llamar *sobrecarga de duelo* (Kastenbaum, 1969).

### *Factores históricos*

Las personas que en el pasado han sufrido reacciones de duelo anormales presentan una probabilidad mayor de sufrir una reacción anormal en el presente. «Las separaciones y las pérdidas del pasado tienen un impacto en las separaciones, las pérdidas y los apegos actuales, y todos estos factores influyen en el temor a separaciones y pérdidas futuras y en la capacidad de formar apegos en el futuro» (Sims, 1979, pág. 27). Las personas con un historial de depresión también corren un riesgo mayor de sufrir una reacción complicada.

Un área de especial interés es la influencia de la pérdida de un progenitor a corta edad en el desarrollo de duelos complicados en pérdidas posteriores. Se han realizado varios estudios sobre esta cuestión y su relación con la posterior aparición de trastornos mentales, pero hasta la fecha no se han hallado pruebas concluyentes. La pérdida de un progenitor durante la infancia puede ser importante, pero también lo es tener hijos siendo muy joven. En sus estudios longitudi-

dinales de varones, Vaillant (1985) encontró que la oralidad y la dependencia que dificultaban el duelo se debían más a haber vivido con padres incoherentes, inmaduros e incompatibles entre sí que al hecho de haber perdido a un buen progenitor. Hay indicios de que las personas que sufren reacciones de duelo complicadas han tenido apegos inseguros en la infancia y han tenido una relación ambivalente con su madre, su primer objeto de amor (Pincus, 1974).

### *Factores de personalidad*

Los factores de personalidad están relacionados con el carácter de la persona y en la influencia que ejerce este carácter en su capacidad para hacer frente al malestar emocional. Las personas incapaces de tolerar el malestar emocional extremo se acaban aislando para protegerse de unos sentimientos tan intensos. Esta intolerancia provoca un cortocircuito en el proceso del duelo y suele dar origen a un duelo complicado.

Las personas que por su personalidad no toleran la sensación de dependencia también pueden sufrir un duelo complicado:

Puesto que la resolución del duelo exige experimentar un sentimiento universal de desamparo ante la pérdida existencial, las personas cuyas principales defensas giren en torno a la evitación de este sentimiento tenderán a sufrir más reacciones disfuncionales en el duelo. En otras palabras, las personas que a primera vista actúan de una manera más competente pueden ser las que se sientan más afectadas por una pérdida importante porque la pérdida incide en el núcleo mismo de su sistema de defensa (Simos, 1979, pág. 170).

Otra dimensión de la personalidad que puede entorpecer el duelo es el concepto que la persona tiene de sí misma. Todos tenemos ideas sobre quiénes somos y en general, intentamos vivir de acuerdo con la imagen que tenemos de nosotros mismos. Si parte del concepto que alguien tiene de sí mismo incluye ser «el fuerte» de la familia, puede que representar este papel le acabe perjudicando. Las personas con esta imagen de fortaleza (que suele estar reforzada socialmente) no se permiten a sí mismas sentir las emociones y los sentimientos necesarios para una resolución adecuada del duelo (Lazare, 1979).

June era una mujer de mediana edad cuyo padre había fallecido cuando ella era muy joven. Su madre asumió el rol de persona fuerte de la familia. Las circunstancias la obligaron a llevar a June a un orfanato religioso donde sólo hablaban francés. Aunque a June le costó afrontarlo, se identificó con la fuerza de su madre, asumió el rol de persona fuerte y sobrevivió. Años más tarde, cuando se casó y su marido murió dejándola con hijos pequeños, necesitó recurrir a esa misma fuerza. Pero dos años después de la pérdida descubrió que era incapaz de superarla y vino en busca de tratamiento. Una de las cosas que la obstaculizaban era su necesidad de ser fuerte de cara a sus hijos aunque esa fuerza la había ayudado en otras situaciones difíciles. En terapia pudo dejar a un lado esta necesidad y explorar sus sentimientos más profundos en relación con la pérdida.

### *Factores sociales*

Otro mediador del duelo que puede tener un papel muy importante en el desarrollo de un duelo complicado tiene relación con los factores sociales. En el fondo, el duelo es un proceso social y se afronta mejor en un contexto donde la gente se puede apoyar y reforzar mutuamente al sufrir una pérdida. Para Lazare (1979) hay tres situaciones que pueden presagiar o dar lugar a un duelo complicado. La primera es cuando se trata de una pérdida *de la que no se habla*, una situación que se suele dar en las muertes por suicidio. Cuando alguien muere de esta manera, sobre todo si las circunstancias son ambiguas y nadie quiere decir si ha sido un suicidio o un accidente, la familia y los amigos tienden a no hablar de las circunstancias que han rodeado la muerte. Cuando los supervivientes necesitan comunicarse con otras personas para resolver su duelo, estas conspiraciones de silencio pueden hacerles mucho daño.

Rusty hijo único, perdió a su madre a los cinco años de edad. La madre entró en el garaje, conectó una manguera al escape del coche y se suicidó. Su padre se quedó tan afectado que se marchó de inmediato al otro extremo del país dejando a Rusty al cuidado de unos parientes que vivían a cierta distancia del antiguo hogar familiar. Nadie le habló nunca de la muerte de su madre ni de cómo ocurrió. Pero los

problemas que le causaron cuando era un niño esta muerte y el posterior abandono de su padre volvieron a salir a la luz cuando tenía cerca de treinta años. Tenía problemas en su matrimonio y su mujer amenazaba con abandonarlo. En terapia, Rusty pudo finalmente examinar su infancia y los efectos que aquella pérdida y aquel duelo no resuelto estaban teniendo en su vida adulta.

Existen grupos de apoyo para familiares y amigos de personas que se suicidan con el objetivo de ayudarles a hacer frente al silencio que rodea estas muertes. Estos grupos desempeñan un papel muy importante para las personas que no pueden tener el consuelo de comunicarse con franqueza con sus familiares y amigos.

Otro factor social que complica una reacción de duelo es cuando la pérdida *se niega socialmente*, es decir, cuando la persona y quienes están a su alrededor actúan como si la pérdida no hubiera ocurrido. Creo que un buen ejemplo de ello es la forma en que algunas personas afrontan el aborto. Muchas jóvenes solteras que se quedan embarazadas deciden abortar. Uno de los problemas es que, en muchas ocasiones, esta decisión se toma en solitario: no se suele informar del embarazo al hombre ni se implica a la familia de la mujer, generalmente por miedo. Por lo tanto, la mujer aborta y el incidente queda enterrado en lo más profundo de su mente, como si no hubiera pasado. Aun así, la pérdida se debe elaborar: de lo contrario, puede salir a la superficie más adelante, en otra situación. (El duelo causado por un aborto se examinará más a fondo en el capítulo 7.) Las pérdidas negadas socialmente conducen a lo que Doka (1989) llama privación del duelo, donde la sociedad no reconoce ni admite el duelo de la persona.

Otra dimensión social que puede provocar complicaciones es la *ausencia de una red social de apoyo* formada por las personas que conocían al fallecido y que se pueden dar apoyo mutuo. En nuestra sociedad, es frecuente que la gente viva lejos de sus amigos y su familia. Cuando alguien que reside en Boston sufre la muerte de un ser querido que vivía en California puede que reciba cierto apoyo de sus amigos de Boston, pero nunca con la misma fuerza que si esos amigos hubieran conocido al fallecido. En este ejemplo, la ausencia de la red de apoyo se debe a razones geográficas, pero también puede deberse a causas como el aislamiento social.

En su estudio de viudas realizado en Londres, Parkes (1972) halló que las que sentían más ira tras la pérdida de su marido también mostraban unos niveles más elevados de aislamiento social. En nuestros estudios también hemos visto esta relación entre el aislamiento social y la ira. Una mujer que pierda a su marido y sienta mucha ira también podrá sentirse aislada aunque tenga a su lado a familiares y amigos. Esto, además de hacerle más difícil afrontar el duelo, es probable que aumente su ira. Una mujer joven se quedó viuda con tres hijos. Sus amigos la apoyaron mucho. Sin embargo, seis meses más tarde estaba muy enfadada porque nadie se le acercaba ni la llamaba. Mi opinión es que su ira hacía que la gente se alejara de ella y aún se aislara más.

#### CÓMO SE COMPLICA EL DUELO

El duelo complicado se puede manifestar de varias formas y ha recibido distintas etiquetas. Se le puede llamar duelo patológico, no resuelto, complicado, retrasado, crónico o exagerado. En la versión más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico* de la APA (American Psychiatric Association) se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como «duelo complicado». Pero con independencia de que queramos llamarlo complicado, anormal o patológico, este duelo es:

la intensificación del duelo hasta un punto en el que la persona se siente abrumada, recurre a conductas inadaptadas o se queda estancada en este estado sin que el proceso del duelo avance hacia su resolución [...]. [Esto] supone unos procesos que, en lugar de avanzar progresivamente hacia una asimilación o acomodación, conducen a repeticiones estereotipadas o interrupciones prolongadas del proceso de curación (Horowitz y otros, 1980, pág. 1157).

A principios del siglo xx, Freud (1917/1957) y Abraham (1927) publicaron artículos en los que distinguían el duelo normal del patológico. Sin embargo, su enfoque consistía básicamente en describir ciertas características propias del duelo normal o del patológico. En general, este método descriptivo no es suficiente ni satisfactorio. Los estudios posteriores indican que algunas características que para Freud y Abra-

ham definían el duelo patológico se hallan en el duelo normal en poblaciones aleatorias. Un ejemplo serían los episodios de dolor que se producen después de una pérdida. Freud y Abraham pensaban que estos episodios eran indicadores de una reacción patológica, mientras que hoy los vemos como una experiencia normal. Hoy en día vemos que hay una relación de continuidad entre las reacciones normales y las anormales, entre las complicadas y las no complicadas, y que la patología está más relacionada con la intensidad o la duración de una reacción que con la presencia o ausencia de una conducta concreta (Horowitz y otros, 1980).

#### DESARROLLO DE UN DIAGNÓSTICO DEL DUELO COMPLICADO

Durante la última década se han dado intentos de definir el duelo complicado de una forma que se pudiera medir con fiabilidad e introducir en la siguiente edición del *Manual diagnóstico y estadístico* de la APA. Aceptar el duelo complicado como un verdadero trastorno abriría la puerta a más fondos para investigación y permitiría incluir en los seguros médicos el tratamiento de personas con este diagnóstico. Gran parte del trabajo realizado durante los últimos diez años ha tenido el objetivo de proponer y refinar los criterios para este trastorno. De esta empresa se han encargado dos grandes grupos: el primero nació en Pittsburgh (pasó más adelante a Yale y continúa hoy en Harvard) bajo la dirección de Holly Prigerson, y el otro fue creado por Mardi Horowitz en San Francisco.

La idea de definir un diagnóstico surgió de Prigerson y sus colegas (1995), cuando esta autora trabajaba en la Universidad de Pittsburgh. Se emplearon los datos de un estudio de personas de edad para hacer un análisis factorial de medidas del duelo y de la depresión; como es lógico, la mayoría de los ítems del duelo cargaron en un factor y los ítems de depresión cargaron en otro. El grupo concluyó que el duelo y la depresión eran dos entidades separadas. El paso importante se produjo cuando los ítems del duelo se identificaron como duelo complicado aunque procedían de un cuestionario usado para medir el duelo en general y estaba claro que algunos ítems definían experiencias normales de duelo. Se extrajeron unos ítems específicos del

duelo en función de su sensibilidad y su especificidad para predecir resultados adversos en la salud mental y física.

En los inicios de este trabajo surgieron dos ideas. La primera era que en el duelo complicado intervenían dos factores: uno era la *angustia traumática* y el otro era la *angustia de separación*. Aunque esto es interesante desde un punto de vista teórico, estas dos clases de angustia tendían a superponerse y a presentar una correlación muy alta, por lo que esta idea fue perdiendo importancia. La otra idea era que el fenómeno del duelo complicado es claramente diferente de la ansiedad y la depresión. Postularon la existencia de tres entidades distintas y con una superposición mínima: el duelo complicado, la ansiedad y la depresión (Prigerson, Bierhals, Kasl y Reynolds, 1996). Hay estudios posteriores que validan esta distinción (Boelen y Van den Bout, 2005; Boelen, Van den Bout y De Keijser 2003), pero otros estudios la ponen en duda (Hogan, Worden y Schmidt, 2004, 2005).

Con el paso del tiempo, el nombre del diagnóstico ha cambiado varias veces. Se empezó llamando «duelo complicado» y más adelante pasó a llamarse «duelo traumático» aunque no tuviera nada que ver con el duelo provocado por una muerte traumática (Prigerson y Jacobs, 2001). Posteriormente se volvió a llamar «duelo complicado» y últimamente, se le da el nombre de «trastorno por duelo prolongado» (Goldsmith y otros, 2008).

En 1999, los principales especialistas en el duelo se reunieron en un congreso convocado para acordar un conjunto de criterios más concretos y tras unas duras negociaciones, se llegó a un acuerdo sobre las conductas y los síntomas que se deberían incluir en el diagnóstico (Prigerson y otros, 1999). Estos ítems se definieron de acuerdo con el formato estándar de los trastornos del *DSM* y se ordenaron en grupos formales (del criterio A al criterio D) como se hace en el *DSM-IV*. Los criterios abarcan dificultades para aceptar una muerte en los planos cognitivo, emocional y social, y destacan la alteración marcada y persistente de la actuación personal que va asociada a esta sintomatología (Boelen, Van den Hout y Van den Bout, 2006).

La cuestión del tiempo ha sido uno de los principales problemas que han afrontado los especialistas para definir el diagnóstico. En primer lugar, ¿cuánto tiempo deben durar los síntomas para que se realice el diagnóstico? En segundo lugar, ¿cuánto tiempo debería transcur-

rrir desde la muerte antes de hacer el diagnóstico? Los criterios actuales dictan que los síntomas deben durar seis meses. Versiones anteriores de la definición contemplaban una duración de dos meses. También se ha debatido la cantidad de tiempo que debe transcurrir desde la muerte para diagnosticar este trastorno. Quienes abogan por un diagnóstico *precoz*, antes de transcurridos seis meses desde la muerte, sostienen que la presencia de estas conductas de duelo poco después de la pérdida pronostican posteriores problemas de salud física y mental para la persona en duelo. Quienes abogan por un diagnóstico *tardío* sostienen que muchos de los ítems del criterio B como la sensación de embotamiento, evitar a los demás y tener dificultades para aceptar la realidad de la pérdida son experiencias propias de un duelo normal que se superan con el tiempo, sin necesidad de una intervención especial. Según Horowitz, la evaluación para determinar si un duelo es complicado no se debería realizar hasta después del primer aniversario de la muerte, algo que yo siempre he visto con buenos ojos.

En 2005 se hizo una llamada a los especialistas para que comprobaran empíricamente y evaluaran a fondo los criterios para el duelo complicado propuestos para el *DSM-V*, cuya publicación está prevista para 2013. Estos estudios pueden provocar cambios y modificaciones en los criterios existentes, pero dudo que lleven a la conclusión de que este diagnóstico no es una buena idea. En él ya se han invertido demasiados egos y demasiada energía como para dejar en nada tanto esfuerzo. Horowitz (2005) ha propuesto una alternativa en un artículo titulado *Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis*. En él dice que preferiría que el duelo complicado se incluyera como un trastorno por trauma y que se reorganizaran y redefinieran todas las categorías del *DSM* relacionadas con los traumas. Con todo, sabe que las fuerzas políticas que intervienen no van a dejar que suceda. Acaba su interesante artículo afirmando que es necesario algún diagnóstico para el duelo complicado aunque sólo sea para que las personas cuyo duelo no siga el camino debido puedan recibir ayuda mediante un diagnóstico, una formulación y un tratamiento que pueda cubrir el seguro médico. Lo importante de verdad no son las conductas concretas que se incluyan en el diagnóstico formal del *DSM*, sino el criterio clínico del profesional experto que evalúe el afrontamiento y las defen-

sas e identifique a las personas en duelo que salen adelante y a las que sufren un duelo que se puede complicar y que, por ello, necesitan diagnóstico y tratamiento. Es por ello que a Horowitz le gustaría ver un diagnóstico formal en el *DSM-V* que ayudara a todo el mundo: al paciente a ser tratado, al médico a ser retribuido y a la investigación de la pérdida y del duelo a seguir adelante.

#### MODELO EXISTENTE DEL DUELO COMPLICADO

Mientras el intento de definir un diagnóstico aceptable para el *DSM* de 2010 continúa, hay personas que sufren un duelo complicado y que necesitan nuestra ayuda y nuestra intervención. Por cierto, prefiero decir «duelo complicado» a decir «duelo anormal». En el duelo que sufre la gente no hay nada anormal. La experiencia del duelo de cada persona es su experiencia del duelo. Debo insistir en la importancia de las diferencias individuales en esta vivencia. El duelo de una persona no se parece al de ninguna otra (Allport, 1957, notas tomadas en clase). La dificultad reside en el proceso del duelo. Algo lo obstaculiza y le impide seguir adelante, hacia una buena adaptación a la pérdida. Las tareas y los mediadores del duelo pueden dar a terapeuta y paciente una idea de lo que sucede y ofrecer un marco para una intervención eficaz.

Hay varias maneras de caracterizar las reacciones de duelo complicadas. Quisiera proponer un paradigma que he encontrado útil en mi trabajo clínico y que también podría ser útil para el lector. Este paradigma describe el duelo complicado bajo cuatro apartados: 1) reacciones de duelo crónicas; 2) reacciones de duelo retrasadas; 3) reacciones de duelo exageradas, y 4) reacciones de duelo enmascaradas. A continuación examinaremos cada apartado por separado.

#### *Reacciones de duelo crónicas*

Las reacciones de duelo crónicas o prolongadas tienen una duración excesiva y nunca llegan a una conclusión satisfactoria. Las reacciones en el aniversario de la muerte son normales durante diez años o

más, pero en sí mismas no indican un duelo crónico. Esta clase de duelo es bastante fácil de diagnosticar porque la persona que lo sufre es muy consciente de que no puede superarlo. Esta conciencia es especialmente intensa cuando el duelo continúa durante años y la persona se siente incompleta. Es frecuente que una persona venga entre dos y cinco años después de una muerte y diga algo como: «No puedo volver a vivir», «No le veo el final», «Me hace falta ayuda para volver a ser yo mismo». Aunque la persona sea consciente de la situación, el duelo crónico no se resuelve necesariamente por sí solo. Con todo, el hecho de que busque ayuda por su cuenta facilita el diagnóstico de este fenómeno.

Es oportuno recordar aquí el diagnóstico en estudio del duelo complicado (hoy llamado duelo prolongado) del que se habla anteriormente, porque da a entender que el duelo crónico se puede identificar temprano mediante los criterios de diagnóstico (evaluados por un profesional o en respuesta a un cuestionario) y la intervención precoz con estas personas puede impedir que sufran un duelo crónico. La predicción y la intervención precoz son parte de la filosofía preventiva de la salud mental de Harvard y yo he creado instrumentos de cribado para la identificación precoz de pacientes de cáncer en riesgo (Weisman y Worden, 1980) y de niños en riesgo que han perdido a uno de sus progenitores (Worden, 1996).

Para algunas personas, el tratamiento exigirá que afronten el hecho de que la persona se ha ido y nunca va a volver por mucho que lo deseen (tarea I). No querer que la persona esté muerta es comprensible, sobre todo cuando ha muerto un niño. El asesor deberá explorar los significados especiales que tenía el niño para los padres, además de los significados evidentes. Rita intentó superar durante más de dos años la muerte de su hija de doce años. Cuando la perdió no sólo perdió a su hija, también perdió a la única persona en el mundo que podía darle un masaje en el cuello para aliviarle los dolores de cabeza que le causaba su migraña.

A otras personas les puede ser de ayuda organizar y afrontar sus sentimientos confusos y ambivalentes hacia el fallecido (tarea II). Una madre cuyo hijo se había suicidado tres años atrás no sólo se enfrentaba a unos sentimientos difíciles por el hecho de que su hijo se hubiera quitado la vida, sino también porque había reactivado unos sentimientos relacionados con su concepción cuando era una adoles-

cente soltera y con el rechazo que había sufrido de sus familiares y amigos (Cerney y Buskirk, 1991). Algunas personas con duelo crónico pueden anhelar una relación que nunca existió pero podría haber existido (Paterson, 1987). He visto esto en algunas personas con pasado de alcoholismo y abuso físico o sexual.

Para quienes han mantenido una relación muy dependiente con el fallecido, parte de la intervención puede consistir en ayudarles a adaptarse a la ausencia de esa persona y a desarrollar sus propias aptitudes y capacidades. También hay quienes tienen una gran necesidad de apego y que se sienten inseguros e incapaces de afrontar la pérdida solos. Estas personas pueden necesitar apoyo y ánimo para formar nuevas relaciones que les ayuden a cubrir en parte esta necesidad (tarea III).

Cinco años después de la muerte repentina de su esposa, un joven acudió a recibir terapia porque era incapaz de tener relaciones con otras mujeres aunque había salido con varias. Hacerle conversar con su esposa muerta con el método de «la silla vacía» le permitió oír a su esposa animándolo a seguir adelante con su vida, a encontrar otra mujer y a ser feliz. Después de la terapia visitó la tumba de su esposa y volvió para decirme: «Siempre que quiera recordarla podré ir al cementerio». Había trasladado a su mujer desde el corazón hasta un lugar donde la podría honrar adecuadamente y así se sintió libre para seguir adelante y encontrar otra esposa. Desde entonces lo ha venido haciendo así y ha formado una familia nueva. Se trata de un caso muy claro de adaptación eficaz a la cuarta tarea del duelo, algo que aquel joven había sido incapaz de hacer durante los cinco años anteriores de duelo crónico.

Un duelo crónico o prolongado exige que cliente y terapeuta evalúen qué tareas no se están resolviendo y qué mediadores del duelo influyen en ello. A partir de aquí, la intervención se centra en resolver esas tareas.

#### *Reacciones de duelo retrasadas*

Las reacciones de duelo retrasadas también se pueden llamar inhibidas, reprimidas o pospuestas. En este caso, la persona puede ha-

ber tenido en el momento de la pérdida una reacción emocional que no ha sido suficiente. Más adelante, la persona podrá sufrir los síntomas del duelo a causa de una pérdida posterior e inmediata y la intensidad de ese duelo parecerá excesiva. Lo que ocurre en estos casos es que parte del duelo que no se había elaborado de una manera adecuada en la pérdida original, sobre todo en relación con la tarea II, se acaba experimentando en el momento de la pérdida actual. En general, la persona tiene una impresión muy clara de que su respuesta ante la situación actual es excesiva. Un mediador que suele ir asociado a las reacciones de duelo retrasadas es la falta de apoyo social en el momento de la pérdida.

Un ejemplo interesante de duelo retrasado es el de una mujer que perdió a varios hijos en un accidente. En aquel momento estaba embarazada y se le aconsejó que no cediera demasiado a la pena porque unos sentimientos tan intensos podrían perjudicar el embarazo. La mujer siguió el consejo, pero cuando el último hijo se marchó de casa reaccionó con un duelo muy intenso (Geller 1985).

Los sentimientos que abrumen a una persona en el momento de la pérdida pueden hacer que retrase el duelo. Esto suele ser frecuente en los casos de muerte por suicidio. Aunque parte del duelo se elabora en el momento de la muerte, no es suficiente para la pérdida en sí y el dolor puede reaparecer más tarde. Otras clases de pérdidas también pueden provocar un duelo retrasado. He visto a varias personas cuyo dolor por una pérdida anterior ha sido reactivado por un divorcio inminente o ya consumado. También puede aparecer un duelo retrasado años después de un aborto espontáneo.

Las pérdidas múltiples también pueden retrasar el duelo dada la magnitud de la pérdida y la consiguiente sobrecarga del duelo (Kastenbaum, 1969). Un cliente mío había perdido a varios compañeros en una emboscada en la guerra de Vietnam y, por las circunstancias, no había podido llorar su muerte. Después de la guerra contrajo matrimonio y empezó a maltratar a su esposa. Durante la terapia estuvo más en contacto con la ira que con la profunda pena que al final acabó aflorando. El hecho de que elaborara el duelo en la consulta y en el Vietnam Memorial de Washington le dio una sensación de conclusión en relación con aquellas pérdidas y su conducta agresiva se redujo.

Las reacciones retrasadas no sólo se pueden desencadenar cuando la persona sufre otra pérdida posterior, sino también al ver que otra persona sufre una pérdida o al mirar una película, un programa de televisión o cualquier otro suceso en un medio de comunicación donde el tema principal sea perder a un ser querido. Cuando vemos una película triste es normal que tengamos sentimientos de tristeza. Pero lo que caracteriza una reacción de duelo retrasada es la *intensidad* de unos sentimientos que, cuando se examinan después, suelen deberse al duelo no resuelto por una pérdida sufrida en el pasado. Bowlby (1980) propone una explicación convincente de la tendencia a que una pérdida reciente active o reactive el duelo por una pérdida anterior. Cuando una persona pierde la figura a la que está vinculada en el presente, es natural que busque consuelo en una figura de apego anterior. Sin embargo, si esta otra figura —por ejemplo, el padre— está muerta, el dolor por su pérdida se rerudecerá y, en algunos casos, puede que surja por primera vez.

Mi colega George Bonanno sostiene que el duelo retrasado no existe (Bonanno y otros, 2002). Nunca ha visto un caso y sus estudios no apoyan su existencia. Con todo el respeto, debo manifestar mi desacuerdo. Yo mismo, junto con algunos colegas como Therese Rando, hemos tratado varios casos que encajan con la descripción anterior. Un problema es vincular el duelo retrasado con el llamado «duelo ausente» descrito por Helene Deutsch (1937) en su artículo hoy clásico. En la mayoría de los casos que he tratado, *no ha habido ausencia* de duelo en el momento de la pérdida, pero, por alguna razón, normalmente por falta de apoyo social, la persona no lo ha procesado adecuadamente y ha reaparecido mucho más tarde, con frecuencia en forma de pena profunda y de llanto excesivo ante una pérdida menos importante. Quienes intenten confirmar o refutar este diagnóstico quizás deban alargar su investigación en el tiempo y recordar que estamos ante un *fenómeno de baja frecuencia*. Bonanno y sus colegas (2002) hallaron una frecuencia baja de duelo retrasado —4 por ciento— en 205 personas estudiadas durante dieciocho meses tras la muerte de su cónyuge. Con los mismos instrumentos, nosotros hallamos una frecuencia baja del 8 por ciento en 70 personas estudiadas durante dos años tras la muerte del cónyuge.

### *Reacciones de duelo exageradas*

La tercera categoría diagnóstica se refiere a respuestas de duelo exageradas donde el duelo se intensifica tanto que la persona se siente abrumada o recurre a una conducta inadaptada. A diferencia del duelo enmascarado, donde la persona no es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida, la persona que sufre un duelo exagerado es consciente de que sus síntomas y sus conductas están relacionados con la pérdida y busca ayuda profesional porque la experiencia es excesiva y la inutiliza. Los duelos exagerados incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida y que están diagnosticados en el *DSM*.

La *depresión clínica* que surge tras una pérdida es un claro ejemplo. Sentirse deprimido y sin esperanza después de la pérdida de un ser querido es un fenómeno normal y con frecuencia pasajero para muchas personas en duelo: la mayor parte de ellas no sufren una depresión clínica. Sin embargo, si esos sentimientos de desesperanza se acaban transformando en una desesperación irracional que va acompañada de otras características de la depresión, se puede diagnosticar una depresión clínica que puede ir acompañada de la necesidad de una intervención farmacológica. Maureen cayó en una profunda depresión retrasada tras la muerte de su padre. Cuando la depresión empezó a menguar mediante fármacos antidepresivos pudimos abordar los conflictos que había tenido con su padre. Hacía tiempo que estaba muy furiosa con él porque prácticamente no lo había visto durante su infancia, y esta ira estaba alimentando su depresión. Pudo identificar estos sentimientos y hacer frente a su padre empleando la técnica de la silla vacía. Al final fue capaz de ir al cementerio y leer a su padre una carta en la que expresaba sentimientos positivos y negativos. Es interesante que no hubiera sufrido ninguna depresión antes de este suceso; por lo demás, un seguimiento a largo plazo indica que no ha vuelto a sufrir ningún episodio depresivo.

La *ansiedad* es otra respuesta frecuente después de una pérdida. Si se experimenta en forma de ataques de pánico, de conductas fóbicas o de otro tipo de trastorno de ansiedad, yo la incluiría en el duelo exagerado. Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman y Kim (1990) hallaron que los trastornos de ansiedad durante el duelo agudo eran fre-

cuentes. Más del 40 por ciento de las personas que participaron en su estudio y que habían perdido a su cónyuge comunicaron algún episodio de ansiedad en algún momento durante el primer año posterior al fallecimiento. Una gran parte de las personas que sufrieron un trastorno de ansiedad también comunicaron un síndrome depresivo.

Las *fobias* que surgen en el contexto de una pérdida se suelen centrar en la muerte. Un paciente que tenía una historia previa de tratamientos psiquiátricos había perdido a su padre; tres meses más tarde empezó a desarrollar una grave tanatofobia y solicitó tratamiento para aliviar los síntomas. Bajo esta clase de fobia suele hallarse una culpa inconsciente y el pensamiento «Yo también merezco morir», que normalmente surgen de una relación ambivalente con el fallecido.

Una mujer de veintinueve años desarrolló una fobia social tras la muerte repentina de su madre. Seis meses después, cualquier situación social, aunque fuera necesaria para ganarse la vida, le creaba una gran ansiedad. Con su madre depresiva y psicótica, para la que el mundo era un lugar peligroso, había mantenido una larga relación ambivalente que le exigía andar con pies de plomo cuando estaba con ella. Cuando la madre falleció, la mujer se identificó patológicamente con parte de su sintomatología y la fobia social la protegía de sus impulsos agresivos (Zerbe, 1994).

La agorafobia es otro trastorno de ansiedad que puede aparecer tras una muerte y en muchas ocasiones, ya existe un historial previo del trastorno (Sahakian y Charlesworth, 1994).

También cabría incluir en las reacciones exageradas de duelo el *alcoholismo* y el *abuso de otras sustancias* que una muerte provoca o exacerba. Quienes traten el alcoholismo deberían estudiar la posibilidad de que exista un duelo no resuelto como parte del proceso de recuperación. Algunas personas atribuyen directamente el origen de su alcoholismo a haber sufrido una pérdida. Un hombre cuya mujer había muerto decía: «Antes de su muerte era un bebedor social. Después me emborrachaba para tratar de olvidar. Pero como me sentía culpable y deprimido por estar borracho todo el día, aún bebía más» (Hughes y Fleming, 1991, pág. 112).

Hay personas que tras sufrir una pérdida, normalmente de carácter catastrófico, desarrollan signos y síntomas de un *trastorno por es-*

trés postraumático (TEP). He trabajado con veteranos de Vietnam y con supervivientes de accidentes de tráfico que manifestaban los síntomas clásicos de un TEP. Un caso interesante es un veterano de la segunda guerra mundial de setenta y dos años que nunca había sufrido síntomas de un TEP como resultado de sus experiencias en la guerra. Cincuenta años después, tras el fallecimiento de su esposa, estos síntomas aparecieron por primera vez (Herrmann y Eryavec, 1994). Se han podido observar unas reacciones traumáticas similares en algunos veteranos tras la proyección de *Salvar al soldado Ryan* (1998). Hay métodos concretos para trabajar con este trastorno que van más allá del alcance de este libro. Sin embargo, los trastornos de este tipo precipitados por una muerte se incluirían en el duelo exagerado.

En la bibliografía se han mostrado varios casos de manía a raíz de una pérdida. Estos casos suelen darse en personas con una historia de trastornos afectivos. Si nos encontramos con uno de estos casos, deberemos contemplar la posibilidad de que se trate de una forma de duelo complicado (Rosenman y Tayler, 1986).

### *Reacciones de duelo enmascaradas*

Las reacciones de duelo enmascaradas son interesantes. Se caracterizan porque los pacientes presentan síntomas y conductas que les causan problemas, pero no reconocen que estén relacionados con una pérdida. Desarrollan síntomas no afectivos o, como dice Parkes (1972, 2006), síntomas que se consideran equivalentes afectivos del duelo. Helene Deutsch (1937) comenta este fenómeno en su artículo clásico sobre la ausencia de duelo. Dice que la muerte de un ser querido debe provocar alguna clase de expresión reactiva de sentimientos y que su omisión es una variación del duelo normal en la misma medida que lo es el duelo que presenta una duración y una intensidad excesivas. También dice que si la persona no expresa sus sentimientos abiertamente, el duelo que no se ha manifestado se expresará plenamente de otra forma. Propone que la ausencia de duelo se debe a que el ego de la persona no está lo bastante desarrollado para soportar el esfuerzo que supone afrontarlo y que para ello utiliza mecanismos de auto-protección narcisista.

El duelo enmascarado o reprimido se puede manifestar de dos maneras: o bien en forma de *síntoma físico* o bien en forma de *conducta aberrante o inadaptada*. Las personas que no se permiten vivir el duelo directamente pueden presentar síntomas médicos similares a los que manifestaba la persona fallecida o presentar alguna forma de síntoma psicosomático. El dolor puede ser un símbolo de un duelo reprimido y puede haber pacientes tratados por trastornos somatomorfos debidos a un duelo subyacente.

Zisook y DeVaul (1977) comunicaron varios casos donde los síntomas físicos que sufría el superviviente eran similares a los que había sufrido el fallecido antes de morir. Un caso era el de una mujer que presentaba dolores de pecho idénticos a los que había sufrido su marido antes de fallecer de un ataque al corazón. Los síntomas aparecieron por primera vez hacia el primer aniversario de la muerte. En otro caso, una mujer presentaba dolor de estómago. Su madre había muerto hacía siete años y el primer episodio de dolor se produjo en el primer aniversario de su muerte. En ninguno de estos casos había una patología orgánica y los síntomas se redujeron después de haber trabajado en la terapia las cuestiones relacionadas con el duelo.

Por otro lado, puede que el duelo reprimido no sólo se manifieste en forma de síntomas físicos sino que también lo haga en forma de síntomas psiquiátricos como una depresión sin explicación, arrebatos u otras conductas inadaptadas. Algunos estudios parecen indicar que la conducta delincuente se puede considerar un equivalente adaptativo en el caso de una reacción de duelo enmascarado (Shoor y Speed, 1963). Randall (1993) describe el caso de una mujer que desarrolló anorexia nerviosa cuatro meses después de la muerte por accidente de su hijo, con el que mantenía un vínculo de excesiva dependencia. Desde los doce años, su hijo había sufrido un trastorno de la conducta alimentaria por el que había sido hospitalizado. Al final se pudo identificar la introyección de la patología de su hijo y, mediante un uso hábil de objetos de vinculación, el terapeuta pudo ayudarla a desvincularse de él y a dominar su anorexia de una manera adecuada.

Es necesario recalcar la importancia de distinguir entre *duelo exagerado* y *duelo enmascarado*. Los dos pueden dar lugar a un diagnóstico formal psiquiátrico y/o médico. En el duelo exagerado el paciente sabe que los síntomas surgieron en torno al momento de la muerte

y que son el resultado de la pérdida. La gravedad de los síntomas hace que el paciente reciba un diagnóstico formal del *DSM* y que se inicie un tratamiento para el trastorno que con frecuencia requiere medicación. Cuando los síntomas menguan como resultado del tratamiento inicial, hay que centrarse en los conflictos de separación. Por otro lado, las personas que presentan un duelo enmascarado no asocian sus síntomas a una muerte, pero cuando el terapeuta les ayuda a establecer esta conexión y trabaja con ellos para identificar y resolver los conflictos de separación subyacentes, se produce una mejora muy clara en sus síntomas físicos y/o mentales.

#### DIAGNÓSTICO DEL DUELO COMPLICADO

¿Cómo diagnostica el terapeuta la existencia de un duelo complicado? En general hay dos maneras: o bien un paciente viene con su propio diagnóstico, como en el caso del duelo crónico, o viene por algún problema de tipo médico o psiquiátrico sin ser consciente de que su malestar tiene que ver con un duelo no resuelto. En el segundo caso hace falta que el profesional tenga la capacidad suficiente para determinar que el problema subyacente es un duelo sin resolver, mientras que en el primer caso el diagnóstico es bastante fácil. Todavía no he visto ningún caso donde una persona solicite terapia porque considera que el malestar que siente se debe a una pérdida y no sea así. May es un buen ejemplo. Cuando tenía unos cincuenta años de edad, su hijo murió en un accidente de aviación en Florida. Había varios factores que le hacían difícil afrontar el duelo: había sido una muerte repentina; se había producido lejos de casa; por las circunstancias de la muerte, su hijo no estuvo en el funeral de cuerpo presente. Unos dos años después, May fue a hablar con un sacerdote y le dijo que era incapaz de superar el duelo. No podía volver a ser como era antes de perder a su hijo. Tenía una sensación muy clara de estar atrapada en el proceso del duelo y le pidió consejo y ayuda. Esta clase de «autodiagnóstico» es muy habitual.

Sin embargo, muchas veces la gente busca atención médica o psiquiátrica sin ser consciente de la dinámica del duelo, y esto exige que el profesional se encargue del diagnóstico. La mayoría de los protocolos

los de admisión establecen que se haga una historia detallada del cliente o paciente, pero las muertes y las pérdidas pueden pasarse por alto y es posible que tengan una relación directa con el problema presentado. Es muy importante hacer una historia de las pérdidas cuando se realiza un proceso de admisión formal.

Hay varias señales que indican la existencia de un duelo no resuelto. Lazare (1979) ha creado una excelente taxonomía de las mismas. Ninguna de estas señales basta por sí sola para hacer un diagnóstico concluyente. Sin embargo, todas ellas se deben tomar en serio y en caso de que aparezcan, se deberá tener en cuenta la posibilidad de diagnosticar un duelo complicado.

### *Señal 1*

La persona que está siendo entrevistada no puede hablar del fallecido sin sentir un dolor muy intenso. Un hombre de poco más de treinta años vino a mi consulta por un problema de disfunción sexual, no para solicitar terapia a causa de un duelo. Al hacer la admisión le pregunté por su historia de muertes y pérdidas y me dijo que su padre había fallecido. Cuanto más hablaba de la pérdida, más patente se hacía su tristeza, lo que me hizo pensar que la muerte debía de ser muy reciente. Sin embargo, me dijo que su padre había fallecido trece años atrás. Durante la terapia exploramos la posible relación entre su disfunción sexual y la pérdida no resuelta. Cuando una persona es incapaz de hablar de una pérdida con ecuanimidad se debería considerar la posibilidad de que sufra un duelo no resuelto. De nuevo quiero destacar que esta señal es una tristeza que sigue siendo vívida e intensa muchos años después de la pérdida.

### *Señal 2*

Algún suceso relativamente poco importante desencadena una reacción emocional intensa. Esto suele indicar un duelo retrasado. En el capítulo 6 expongo el caso de una joven cuya amiga perdió un bebé *in utero*; su reacción excesiva y persistente ante el problema de su

amiga nos hizo descubrir que ella misma había tenido un aborto no elaborado unos años atrás.

### *Señal 3*

En la entrevista clínica aparece el tema de la pérdida. En un buen asesoramiento o terapia es muy importante prestar atención a los temas que surgen; cuando están relacionados con la pérdida cabe plantearse la posibilidad de un duelo no resuelto.

### *Señal 4*

La persona que ha sufrido la pérdida no está dispuesta a desprenderse de objetos que habían pertenecido al fallecido. Alguien que conserva el entorno del fallecido tal como estaba cuando se produjo la muerte puede ocultar un duelo no resuelto. En estos casos, antes de emitir un juicio hay que considerar los factores culturales y religiosos. Deshacerse de las pertenencias del fallecido inmediatamente después de la muerte también puede indicar un trastorno del duelo.

### *Señal 5*

Un examen de la historia médica de la persona revela que presenta los mismos síntomas que presentaba el fallecido antes de morir. Es frecuente que estos síntomas reaparezcan una vez al año, en torno al aniversario de la muerte o en vacaciones. Los síntomas también pueden aflorar cuando el cliente llega a la edad que tenía el fallecido al morir. Una variante de este fenómeno es cuando el cliente llega a la edad que tenía el progenitor de su mismo sexo cuando falleció. Una joven inició una aventura amorosa en el aniversario de la muerte de su madre. Después de que lo confesara ante el grupo de terapia empezó a manifestar unos síntomas cardiovasculares. Más adelante descubrimos que los síntomas eran similares a los que había presentado su madre antes de fallecer.

Los médicos de pacientes con unos problemas somáticos vagos, una mayor vulnerabilidad a la enfermedad o alguna enfermedad crónica harán bien en plantearse la posibilidad de que haya problemas relacionados con el duelo. Unas simples preguntas sobre las pérdidas recientes o pasadas, sobre si creen que se han adaptado a ellas y sobre si aún lloran o sienten la necesidad de llorar pueden proporcionar información importante para determinar si hay un componente de duelo.

### *Señal 6*

Quienes después de una muerte hacen cambios radicales en su vida, pierden el contacto con amigos y familiares y/o evitan actividades asociadas al fallecido pueden sufrir un duelo no resuelto.

### *Señal 7*

El paciente presenta una larga historia de depresión subclínica marcada por una sensación persistente de culpa y poca autoestima. Lo contrario también puede ser una señal: la persona que siente una falsa euforia después de una muerte puede sufrir un duelo no resuelto.

### *Señal 8*

La compulsión a imitar a la persona fallecida, sobre todo si el cliente carece de la capacidad para actuar como ella o no tiene el deseo consciente de hacerlo, surge de la necesidad de compensar la pérdida identificándose con el fallecido. Igual que el niño asustado tiene que establecer una madre permanente en su interior, el adulto en duelo debe interiorizar el objeto amado, incluirlo en sí mismo para no perderlo nunca (Pincus, 1974, pág. 128). Esto puede llegar a suponer la adopción de rasgos de la personalidad del fallecido que el superviviente rechazaba anteriormente. Por medio de la imitación el superviviente puede intentar reparar y compensar ese rechazo.

*Señal 9*

Los impulsos autodestructivos pueden ser provocados por muchas situaciones. El duelo no resuelto puede ser una de ellas y se debería tener en cuenta.

*Señal 10*

El hecho de sentir una tristeza inexplicable en una época determinada del año también puede ser una señal. Este sentimiento puede surgir en situaciones que se compartían con la persona fallecida como aniversarios y vacaciones.

*Señal 11*

Una fobia a una enfermedad o a la muerte suele estar relacionada con la enfermedad concreta de la que murió el fallecido. Por ejemplo, el superviviente puede desarrollar una fobia al cáncer o, si la persona murió de un ataque al corazón, puede tener un miedo anormal a esta enfermedad.

*Señal 12*

Conocer las circunstancias que rodean la muerte puede ayudar al terapeuta a determinar la posibilidad de un duelo no resuelto. Si el cliente ha sufrido una pérdida importante siempre hay que preguntarle cómo se sentía después de la pérdida. Si evitaba visitar el cementerio o tomar parte en rituales o actividades que tuvieran que ver con la muerte puede que haya un duelo no resuelto. Lo mismo cabe decir si no tenía el apoyo de la familia o carecía de otro apoyo social durante el período de duelo.

Una vez explicadas las señales diagnósticas del duelo no resuelto podemos pasar a considerar la terapia del duelo en sí. Con todo, es importante hacer una advertencia. Estoy de acuerdo con Belitsky y Jacobs (1986) cuando abogan por abordar esta cuestión con prudencia:

En casos de duelo, las decisiones diagnósticas se deben tomar con prudencia para no interferir en un proceso humano normal y evitar complicaciones iatrogénicas que se puedan derivar de las intervenciones profesionales y de sus efectos secundarios (pág. 280).

Hace poco, Jordan y Neimeyer (2003) se han hecho eco de esta preocupación en un artículo muy comentado.

En el capítulo 6 estudiaremos técnicas concretas para que el terapeuta ayude a quienes sufren un duelo complicado a realizar las cuatro tareas del duelo para adaptarse a la pérdida de una manera más eficaz.

## REFERENCIAS

- Abraham, K., *Selected papers on psychoanalysis*, Londres, Hogarth, 1927
- Belitsky R., y S. Jacobs, «Bereavement, attachment theory and mental disorders», *Psychiatric Annals*, 16, 1986, págs. 276-280.
- Boelen, P. A., y J. Van den Bout, «Complicated grief, depression and anxiety as distinct postloss syndromes. A confirmatory factor analysis study», *American Journal of Psychiatry*, 162, 2005, págs. 2175-2177
- , J. Van den Bout, y J. de Keijser, «Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety», *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, págs. 1339-1341.
- , M. A. Van den Hout, y J. Van den Bout, «A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief», *Clinical Psychology: Science & Practice*, 13, 2006, págs. 109-128.
- Bonanno, G. A., C. Wortman, D. Lehman, R. Tweed, M. Haring, J. Sonnega, y otros, «Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss», *Journal of Personality & Social Psychology*, 83, 2002, págs. 1150-1164.
- Bowlby J., *Attachment and loss: vol. 3. Loss, sadness, and depression*. Nueva York: Basic Books, 1980 (trad. cast.: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 2009).
- Cerney M. S., y J. R. Buskirk, «Anger: The hidden part of grief», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(2), 1991, págs. 228-237
- Deutsch, H., «Absence of grief», *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 1937 págs. 12-22.
- Doka, K. (comp.), *Disenfranchised grief. Recognizing hidden sorrow*, Lexington, MA, Lexington Books, 1989.

- Freud, S., «Mourning and melancholia», en J. Strachey (comp. y trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth, 1957 vol. 14, págs. 237-260 (publicado originalmente en 1917).
- Geller, J. L., «The long-term outcome of unresolved grief: An example», *Psychiatric Quarterly*, 57 1985, págs. 142-146.
- Goldsmith, B., R. Morrison, L. Vanderwerker, y H. Prigerson, «Elevated rates of prolonged grief disorders in African Americans», *Death Studies*, 32, 2008, págs. 352-365.
- Herrmann, N., y G. Eryavec, «Delayed onset post-traumatic stress disorder in World War II veterans», *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 1994, págs. 439-441.
- Hogan, N., J. W Worden, y L. Schmidt, «An empirical study of the proposed Complicated Grief Disorder criteria», *Omega*, 48, 2004, págs. 263-277
- Hogan, N. S., J. W Worden, y L. A. Schmidt, «Considerations in conceptualizing complicated grief», *Omega*, 52, 2005, págs. 81-85.
- Horowitz, M. J., «Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis», *Omega*, 52, 2005, págs. 87-89.
- , N. Wilner, C. Marinar, y J. Krupnick, «Pathological grief and the activation of latent self images», *American Journal of Psychiatry*, 137, 1980, págs. 1157-1162.
- Hughes, C., y D. Fleming, «Grief casualties on skid row», *Omega*, 23, 1991, págs. 109-118.
- Jacobs, S., F Hansen, S. Kasl, A. Ostfeld, L. Berkman, y K. Kim, «Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors», *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 1990, págs. 269-274.
- Jordan, J., y R. A. Neimeyer, «Does grief counseling work?», *Death Studies*, 27 2003, págs. 765-786.
- Kastenbaum, R., «Death and bereavement in later life», en A. H. Kutscher (comp.), *Death and bereavement*, Springfield, IL, Thomas, 1969, págs. 27-54.
- Lazare, A., «Unresolved grief», en A. Lazare (comp.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1979, págs. 498-512.
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, 1972.  
*Love and loss: The roots of grief and its complications*, Londres, Routledge, 2006.
- Paterson, G. W., «Managing grief and bereavement», *Primary Care*, 14, 1987 págs. 403-415.

- Pincus, L., *Death and the family: The importance of mourning*, Nueva York, Pantheon, 1974.
- Prigerson, H. G., A. Bierhals, S. V. Kasl, y C. F. Reynolds, «Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study», *American Journal of Psychiatry*, 153, 1996, págs. 1484-1486.
- , E. Frank, S. V. Kasl, C. F. Reynolds, B. Anderson, G. S. Zubenko, y otros, «Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses», *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, págs. 22-30.
- y S. Jacobs, «Traumatic grief as a distinct disorder», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 613-645.
- , M. K. Shear, S. C. Jacobs, C. F. Reynolds III, P. K. Maciejewski, J. R. Davidson, y otros, «Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test», *British Journal of Psychiatry*, 174, 1999, págs. 67-73.
- Randall, L., «Abnormal grief and eating disorders within a mother-son dyad», *British Journal of Medical Psychology*, 66, 1993, págs. 89-96.
- Rosenman, S. J., y H. Taylor, «Mania following bereavement: A case report», *British Journal of Psychiatry*, 148, 1986, págs. 468-470.
- Sahakian, B. J., y G. Charlesworth, «Masked bereavement presenting as agoraphobia», *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 1994, págs. 177-180.
- Shoor, M., y M. N. Speed, «Delinquency as a manifestation of the mourning process», *Psychiatric Quarterly*, 37, 1963, págs. 540-558.
- Simos, B. G., *A time to grieve*, Nueva York, Family Service Association, 1979.
- Vaillant, G. E., «Loss as a metaphor for attachment», *American Journal of Psychoanalysis*, 45, 1985, págs. 59-67.
- Weisman, A. D., y J. W. Worden, *Psychological screening and intervention with cancer patients*, Boston, Massachusetts General Hospital, 1980.
- Worden, J. W., *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- Zerbe, K. J., «Uncharted waters: Psychodynamic considerations in the diagnosis and treatment of social phobia», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58 (2, Supl. A), 1994, págs. A3-A20.
- Zisook, S., y R. A. DeVaul, «Grief-related facsimile illness», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7 1977 págs. 329-336.

## CAPÍTULO 6

### TERAPIA DEL DUELO: CÓMO RESOLVER UN DUELO COMPLICADO

El objetivo de la terapia del duelo difiere un poco del objetivo del asesoramiento. En el asesoramiento, el objetivo es facilitar las tareas del duelo a la persona que afronta una pérdida reciente para que se adapte mejor a ella. En la terapia del duelo, el objetivo es identificar y resolver los conflictos de separación que obstaculizan la realización de las tareas en personas con un duelo crónico, retrasado, excesivo o enmascarado por síntomas físicos.

La terapia del duelo es más adecuada en estas cuatro situaciones: 1) cuando el duelo complicado se manifiesta como un duelo crónico o prolongado; 2) cuando se manifiesta como un duelo retrasado; 3) cuando se manifiesta como un duelo exagerado; 4) cuando se manifiesta como un duelo enmascarado por algún síntoma somático o conductual. Veamos más a fondo cada una de estas categorías.

El *duelo crónico* se puede definir como una desviación de la norma cultural en cuanto a la duración o la intensidad de los síntomas del duelo (Stroebe, Hansson y Stroebe, 2001). Las personas que lo sufren son plenamente conscientes de que no logran una resolución adecuada del duelo porque la pérdida se ha producido muchos meses o incluso años atrás. La causa de esta clase de duelo complicado es un conflicto de separación que impide realizar una o más tareas del duelo. Puesto que la persona es consciente de que hay un problema, suele acudir en busca de ayuda por decisión propia. Gran parte de la terapia supone averiguar qué tareas no se han realizado todavía y cuáles son los obstáculos que lo impiden. Comprender los mediadores del duelo puede ayudar a identificar estos impedimentos.

Un *duelo retrasado* no supone ausencia de duelo. La reacción emocional de la persona en el momento de la pérdida puede no haber sido suficiente. Este duelo insuficiente se puede deber a falta de

apoyo social, a la falta de sanción social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o a sentirse abrumado por el número de pérdidas. Un paciente había visto morir a toda su familia a manos de soldados enemigos cuando tenía diez años. Experimentó muy poco duelo a causa de las circunstancias y del número abrumador de las pérdidas. Una pérdida que sufrió años después, cuando ya tenía cincuenta y cuatro años, le hizo recordar todo el dolor que había reprimido desde entonces. Mediante la terapia pudo explorar aquellas antiguas pérdidas en un entorno más seguro que le permitía dosificar su dolor.

El *duelo exagerado* es un trastorno psicológico o mental concreto que aparece tras la muerte de un ser querido o es precipitado por esa muerte. Las emociones que se sienten son las mismas que en cualquier otra pérdida, pero la persona las vive hasta tal punto que acaban siendo disfuncionales y exigen tratamiento. Es normal sentirse abatido y deprimido tras una pérdida, pero cuando este estado de ánimo desemboca en un episodio depresivo mayor nos hallamos ante un caso de duelo exagerado. Es normal sentir angustia cuando muere un ser querido. Pero si esta angustia desemboca en un trastorno de ansiedad (trastornos de angustia, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, etcétera) también nos hallamos ante un caso de duelo exagerado. Las personas pertenecientes a esta categoría presentan depresión excesiva, ansiedad excesiva o cualquier otra característica asociada a la conducta normal de duelo de una forma exagerada y disfuncional que encaja con el diagnóstico de un trastorno mental. Los síntomas se deben tratar siguiendo el método de intervención estándar para el trastorno. Cuando los síntomas (por ejemplo, los de una depresión clínica) hayan remitido tras la intervención clínica o farmacológica, se deberán abordar los conflictos de separación con la terapia del duelo.

Cuando el duelo se *enmascara* con síntomas somáticos o conductuales, los pacientes no suelen ser conscientes de que la causa de los síntomas sea el duelo no resuelto por una pérdida muy anterior como revela el diagnóstico periférico descrito en el capítulo 5. La gente sufre esta clase de duelo complicado porque en el momento de la pérdida no hubo duelo o se inhibió su expresión. Así pues, el duelo no pudo seguir su curso y esto causa complicaciones que pueden aflorar más adelante en forma de síntomas somáticos o conductuales.

### MARCO Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA DEL DUELO

El objetivo de la terapia del duelo es la resolución de los conflictos de separación y facilitar una adaptación mejor a la pérdida. La resolución de estos conflictos exige que el paciente acepte los pensamientos y los sentimientos que ha estado evitando. El terapeuta ofrece el sistema de apoyo social necesario para que el trabajo del duelo tenga éxito y, en esencia, da permiso al paciente para que elabore el duelo, un permiso que el paciente pudo no haber tenido en el momento de la pérdida. Es evidente que este permiso o apoyo supone una alianza terapéutica adecuada. Una manera de consolidar esta alianza es reconocer y admitir los problemas que pueden tener algunas personas al revivir una pérdida pasada. Cuanto mayor sea el conflicto subyacente con el fallecido, más resistencia habrá a explorar pensamientos y sentimientos dolorosos. Como en toda buena psicoterapia, la resistencia se controla y se trabaja constantemente como parte del proceso terapéutico.

La terapia del duelo se suele llevar a cabo en el marco físico de una consulta y de manera individual. Pero esto no significa que no se pueda hacer en otros contextos como un grupo, sobre todo si se plantea una cuestión relacionada con un duelo no resuelto cuando la persona sigue una terapia de grupo. En Alemania, Wagner, Knaevelsrud y Maercker (2005) han creado un método de tratamiento del duelo complicado a través de Internet. En un interesante artículo exponen las técnicas para esta intervención, más el estudio de un caso y algunas advertencias.

El primer paso en la terapia del duelo es establecer el contrato con el paciente. En general, la terapia de grupo se fija para un tiempo limitado; es decir, el terapeuta pactará con el paciente un contrato para ocho-diez sesiones durante las cuales se explorará la pérdida y su relación con el dolor o malestar actual. Según mi experiencia, quien se presenta con un duelo no resuelto pero sin complicaciones anormales puede resolver el problema en este marco temporal. Las sesiones suelen ser semanales, pero a veces es más eficaz ver al cliente con más frecuencia.

De vez en cuando, en una serie de sesiones de terapia previamente contratadas aflora una patología subyacente más grave y lo bastan-

te importante para exigir un tratamiento prolongado que no se centre en el duelo. «Para el caso de personas con una personalidad neurótica de tipo dependiente es necesaria una intervención psicoterapéutica que trate tanto la legítima reacción de duelo como el trastorno de personalidad subyacente» (Sims, 1979, pág. 178). Un modo de identificar una patología subyacente que pueda perjudicar el devenir de una terapia breve del duelo es hacer una criba de comorbilidad en la entrevista inicial. Una criba inicial de la depresión grave, los trastornos de ansiedad, los traumas o los trastornos del eje II del *DSM* permite identificar posibles problemas en un plan de tratamiento breve. Los psicoterapeutas que realizan un tratamiento rutinario pueden encontrarse con un duelo no resuelto e incluir una terapia del duelo en el contexto de una psicoterapia más larga.

Es importante recordar que en esta clase de tratamiento, como en cualquier otro tratamiento psicoterapéutico a corto plazo, el terapeuta debe estar bien formado y las sesiones deben *centrarse a los objetivos*. Un paciente puede mostrar resistencia desviándose de los objetivos y divagando sobre temas ajenos al duelo. En estos casos, el terapeuta le debe recordar los objetivos marcados y explorar la resistencia y lo que se está evitando con ella. Una mujer que solicitó una terapia breve del duelo dos años después de que su hijo hubiera muerto repentinamente acordó un contrato de ocho semanas. Tras la tercera sesión empezó a quejarse del trato que le daba su marido. Le recordé que el contrato estipulaba dedicar ocho sesiones a la muerte de su hijo y que cuando acabáramos con ellas estaría más que dispuesto a iniciar una terapia de pareja con ella y con su marido. La terapia de pareja no se llegó a realizar porque la mujer estaba usando la infelicidad que le causaba su marido para desviar la ira hacia su hijo que empezaba a surgir en su conciencia.

#### PROCEDIMIENTOS PARA LA TERAPIA DEL DUELO

No hay recetas ni instrucciones para realizar una buena terapia, pero hacer una lista de procedimientos terapéuticos puede ayudar a recordarlos. El supuesto básico de estos procedimientos es que se aplicarán en el contexto del marco teórico y el nivel de experiencia profesional de cada terapeuta.

### *1 Descartar enfermedades físicas*

Cuando el paciente presenta un síntoma físico se debe descartar la existencia de alguna enfermedad física. Aunque algunos síntomas aparecen como equivalentes del duelo, esto no sucede con todos los síntomas y salvo en el caso de que se pueda excluir totalmente la existencia de una enfermedad física subyacente al síntoma, nunca se debe iniciar una terapia del duelo si el síntoma físico es el problema más importante. Lo mismo cabe decir si una persona manifiesta una queja de carácter físico en un proceso de asesoramiento.

### *2. Acordar el contrato y formar una alianza*

El paciente se compromete a explorar su relación con la persona o personas implicadas en la pérdida. El terapeuta refuerza la creencia del paciente de que esto le ayudará y coincide con él en que vale la pena explorar este ámbito. Algunos pacientes necesitan más información que otros sobre el duelo y sobre las razones para que hagan lo que se les pide. Recordemos que estamos hablando de una terapia breve con un objetivo muy concreto. Las relaciones pasadas sólo se deben abordar si influyen directamente en la respuesta del paciente a la pérdida inmediata.

### *3. Revivir recuerdos del fallecido*

Hablemos de la persona que ha fallecido: quién era, cómo era, qué recuerda el cliente de ella, qué les gustaba hacer juntos, etcétera. Es muy importante empezar a construir una base de buenos recuerdos que ayuden al paciente si más adelante se resiste a sentir algunas de las emociones más negativas. Esto le dará equilibrio y le permitirá conectar con algunas de estas áreas negativas. En las primeras sesiones se dedica bastante tiempo a hablar del fallecido, sobre todo de sus características y cualidades positivas y de las actividades agradables que se compartían con él. Empecemos a hablar poco a poco de los recuerdos que despierten sentimientos encontrados. Para ello puede ser

útil la técnica mencionada en el capítulo 4: «¿Qué echa de menos de él?», «¿Qué es lo que no echa de menos?», «En qué le había decepcionado?». Por último, haremos que la persona nos hable de recuerdos de dolor, ira y decepción. Si el paciente viene al tratamiento consciente únicamente de sentimientos negativos, el proceso se realiza a la inversa y se examinan los sentimientos y recuerdos positivos aunque sean pocos.

Si hay pérdidas múltiples se deberá abordar cada una por separado. En general es mejor explorar primero la pérdida que, en principio, tenga menos factores que la compliquen. Una mujer de unos treinta años de edad con dos hermanos que se habían suicidado acudió a nosotros en busca de terapia. Al explorar las pérdidas vimos con claridad que la mujer sentía más apego y tenía más asuntos pendientes con el hermano que se había suicidado primero. Aunque tratamos las dos pérdidas, ella se sintió más aliviada cuando pudo afrontar la ira y la culpa que sentía por la primera pérdida.

#### *4. Evaluar qué tareas del duelo plantean problemas al paciente*

Si el paciente tiene problemas con la tarea I (aceptar la realidad de la pérdida) y se dice a sí mismo: «No quiero que estés muerto», o «No estás muerto, sólo estás ausente», la terapia se centra en el hecho de que la persona está muerta y de que el superviviente va a tener que aceptar ésta realidad. Es importante ver qué dimensiones de la pérdida hacen que a la persona le cueste creer que el fallecido se ha ido y no va a volver. La naturaleza del vínculo con el fallecido suele revelar esta información.

Si las dificultades surgen en la tarea II (procesar el dolor del duelo) porque el paciente acepta la realidad de la pérdida pero no las emociones ni los sentimientos asociados a ella, la terapia se centra en hacer ver a la persona que sentir emociones positivas y negativas hacia el fallecido es normal y que se puede alcanzar un equilibrio entre las dos. Una de las intervenciones clave en relación con la tarea II es conseguir que el paciente redefina su relación con el fallecido y, por ejemplo, pueda decir: «Me quería mucho, pero le habían enseñado a no expresar sus sentimientos».

Si las dificultades surgen en la tarea III (adaptaciones externas), el componente más importante de la terapia es la resolución de problemas: se enseña al paciente a superar su desamparo adquiriendo nuevas aptitudes, adoptando roles nuevos y, en general, animándole a seguir con su vida. Un ejemplo muy claro es el de Margaret, una viuda joven que antes de la muerte de su marido disfrutaba yendo a un club donde la gente se sentaba en un piano bar y cantaba viejas canciones. Ella y su marido lo habían disfrutado juntos, pero tres años después de su muerte todavía no era capaz de volver, no porque temiera que le recordara a él, sino porque creía que no tenía aptitudes sociales para ir sola. Parte de la terapia supuso ayudar a Margaret a reaprender esas aptitudes sociales, primero mediante juegos de rol y después afrontando directamente la situación temida. Recuerdo lo contenta que estaba cuando vino y me dijo que, después de muchos intentos fallidos, había conseguido ir al club sola.

El terapeuta puede ayudar a los pacientes que intentan dotar de significado la pérdida (las dos últimas partes de la tarea III: interna y espiritual). Del mismo modo, también les puede ayudar a explorar en qué medida ha afectado la pérdida a su identidad personal. El libro de R. Neimeyer (2007) *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo* es un buen recurso para los pacientes que tienen dificultades para integrar el significado de la pérdida en su vida actual.

Por último, si la tarea que plantea dificultades es la IV, el terapeuta puede ayudar al paciente a hallar alguna clase de vínculo duradero con el fallecido para que se sienta libre de embarcarse en una vida nueva y cultivar nuevas relaciones. Esto supone dar al paciente permiso para dejar de sufrir, sancionar la formación de relaciones nuevas y ayudarle a ver que seguir adelante con su propia vida no traiciona el recuerdo del ser querido.

##### *5. Afrontar las emociones que suscitan los recuerdos o la ausencia de las mismas*

Es frecuente que los pacientes que siguen una terapia del duelo empiecen describiendo a la persona fallecida exaltando sus virtudes (por ejemplo, «Era el mejor marido del mundo»), y es importante que

el terapeuta permita que lo hagan al principio de la terapia. Pero bajo estas descripciones suele haber mucha ira sin expresar y ayudar al paciente a entrar en contacto con ella le ayudará a superarla poco a poco. Cuando los sentimientos de ira se han identificado se debe ayudar al paciente a entender que no van contra los sentimientos positivos y que el hecho de que estén ahí significa que el fallecido le importaba.

La mujer mencionada anteriormente cuyo hijo murió en un accidente de aviación describía a su hijo diciendo que había sido uno de los cadetes más destacados de su promoción, se había graduado en una de las universidades más prestigiosas y era el hijo más maravilloso que había existido. A medida que fuimos trabajando en la terapia empezó a conectar con el hecho de que tenía algunos sentimientos ambivalentes hacia él. Al final pudo permitirse ser consciente de ellos y me dijo que, poco antes de morir, su hijo había hecho algo que la había disgustado mucho y que cuando murió ella reprimió toda su ira. Para ella fue muy importante, como parte de la terapia, volver a sentir aquella ira y constatar que los sentimientos negativos no excluían a los positivos y que era capaz de expresarlos a su hijo.

En una situación similar se hallaba Laura, una mujer de cerca de treinta años que vino solicitando psicoterapia. Durante el tratamiento parecía que hubiera alguna cuestión pendiente con su padre, que había muerto cuando ella tenía doce años de edad. Decía que era el mejor padre que jamás había existido. Era importante que mantuviera esos sentimientos positivos porque por debajo había mucha ira con la que no estaba en contacto. Durante la terapia volvió a la vieja hacienda familiar para visitar el lugar donde había vivido con él. Un día, en una sesión que coincidía con el aniversario de la muerte de su padre, su ira y su rabia acabaron por estallar. Dijo que le había destrozado la vida al morir, que había tenido que mudarse de su agradable casa en las afueras a una gran ciudad y compartir una habitación con su hermano. La ira que sentía hacia su padre había quedado soterrada y no era consciente de ella, pero era lo que estimulaba la conducta disfuncional que la había traído a la consulta. Como antes, fue importante que lograra un equilibrio entre los sentimientos positivos y los negativos.

Cuando la muerte ha sido violenta puede que el paciente sólo centre la atención en sus aspectos perturbadores y que la mayoría de

sus sentimientos sean negativos. En este caso el objetivo es ayudarle a recordar al fallecido de una manera más reconfortante y positiva. Para lograrlo, el paciente deberá concentrar su atención en las imágenes más difíciles del suceso y, combinando esas imágenes con una desensibilización sistemática, podrá desactivar el dolor asociado a ellas. Otro método muy útil para desactivar las imágenes negativas y sustituirlas por imágenes positivas es la técnica EMDR (siglas en inglés de «desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares»). Quienes dominen este método lo hallarán muy útil para desactivar los recuerdos traumáticos asociados a la muerte que provocaban emociones y sentimientos negativos (Solomon y Rando, 2007; Sprang, 2001).

Otro sentimiento que puede surgir cuando se suscita el recuerdo del fallecido es la culpabilidad. (Téngase presente que hablamos de recordar a alguien que puede haber muerto varios años atrás; tratamos de la terapia del duelo, no del asesoramiento.) A medida que el paciente habla del fallecido se va haciendo consciente de parte de la culpa asociada a la relación que mantenía con él. Cuando la culpa se identifica es importante ayudarle a comprobar su realidad. Como ocurre en el duelo agudo, gran parte de esta culpa es irracional y no se sostiene si su realidad se comprueba o se somete a una evaluación cognitiva similar.

Algunos casos de culpabilidad tienen una base real. Karen, una madre joven cuyo hijo había muerto a los seis años de edad tras una enfermedad larga y complicada, se sentía culpable por no haberse interpuesto entre él y los médicos durante la última y difícil etapa de su hospitalización. Llevaba casi siete años cargando con aquella culpa. Parte del tratamiento se centró en contrastar su culpa con la realidad. Más adelante, mediante un psicodrama, pudo obtener de su hijo perdón y comprensión por sus limitaciones. Cuando se trabaja con una culpabilidad real es importante incluir la búsqueda y la obtención del perdón del fallecido. Para facilitar este proceso pueden ser útiles ciertas técnicas de juego de roles y de imaginación, como hacer que el paciente se sitúe entre dos sillas y hable en nombre propio y en nombre del fallecido pasando alternativamente de una silla a la otra.

Aunque la mayoría de las personas en duelo expresan alguna forma de sentimiento o emoción, no todas lo hacen. Actualmente se debate si el hecho de no expresar emociones es saludable o no. Este

debate se inició cuando en un estudio se halló que quienes muestran emociones más intensas al principio también muestran unas emociones más intensas en posteriores etapas del duelo (Bonanno y Papa, 2003; Wortman y Silver, 2001). De nuevo deseo recordar al lector que el duelo es un fenómeno multideterminado y que cada persona lo vive a su manera. Hay personas que no muestran emociones tras una muerte porque tienen poco apego a la persona fallecida. Otras evitan las emociones porque no desean afrontar ciertos aspectos de sí mismas que la muerte les presenta. Otras evitan las emociones para afrontar los componentes traumáticos de la muerte, sobre todo en casos de muerte violenta. Y otras muestran muy poco dolor porque nadie se ha interesado nunca por el suyo. Es importante que el terapeuta ayude a la persona a expresar las emociones que sienta de una forma que no provoque una disfunción marcada y persistente en su vida cotidiana (Prigerson y Maciejewski, 2005-2006).

#### *6. Explorar y desactivar los objetos de vinculación*

En la terapia del duelo puede haber casos donde ciertos objetos desempeñan un papel importante en el fracaso de un duelo. Se trata de objetos simbólicos que el superviviente conserva y que le permiten mantener con el fallecido una relación externa. Este concepto lo propuso originalmente el psiquiatra Vamik Volkan (1972), que ha escrito mucho sobre el duelo patológico.

Es importante entender este fenómeno y tenerlo en cuenta porque estos objetos pueden obstaculizar una realización satisfactoria del proceso del duelo. Después de una muerte, el superviviente puede investir un objeto inanimado con un simbolismo que establezca un vínculo entre él y la persona fallecida. La mayoría de las personas que lo hacen son conscientes de ello y también son conscientes de algunos aspectos de ese simbolismo, aunque quizás no acaben de entender todo lo que pueda simbolizar. En general, un objeto de vinculación pertenece a una de estas cuatro categorías: 1) una pertenencia del fallecido o algo que llevara puesto como un reloj o una joya; 2) algo con lo que el fallecido ampliara sus sentidos, como una cámara (que actúa como una extensión de la vista); 3) una imagen del fallecido,

como una fotografía; 4) algo que el superviviente tuviera a mano cuando recibió la noticia de la muerte o vio el cuerpo del fallecido (Volkan, 1972).

Por ejemplo, Donna estuvo junto a su madre mientras se moría de cáncer. Cuando quedó claro que la muerte estaba muy cerca, empezó a revolver compulsivamente el joyero de su madre y cogió las piezas que quería como recuerdo. Tras la muerte de su madre, Donna se ponía las joyas con tanta frecuencia que llegó a sentirse incómoda si no las llevaba. Más adelante, a medida que el duelo fue avanzando, encontró menos necesario ponérselas. Para Volkan (1972), los objetos de vinculación se utilizan para afrontar la angustia de la separación y representan una especie de «señal de triunfo» sobre la pérdida. También cree que marcan un límite psíquico difuso entre el paciente y el fallecido, como si su empleo fusionara externamente representaciones de las dos personas o de partes de ellas.

Para la persona que posee un objeto de vinculación es muy importante saber dónde está en todo momento. Un paciente llevaba siempre encima un pequeño animal de peluche al que él y su esposa fallecida habían puesto un nombre. El hombre lo llevaba siempre en el bolsillo, sobre todo cuando salía de viaje. Una vez, mientras volvía en avión tras un viaje de negocios, miró en su bolsillo y vio que el peluche no estaba. Cayó presa del pánico y desesperado, buscó bajo el asiento y levantó la alfombrilla intentando encontrarlo. La angustia que sintió al no poder encontrarlo fue el objetivo de muchas sesiones de terapia después del incidente. Volkan (1972) cree que la necesidad de esos objetos surge de un conflicto entre el deseo de acabar con el fallecido y el deseo de mantenerlo vivo. Los dos deseos se condensan en el objeto de vinculación.

Los objetos de vinculación son similares a los objetos de transición que guardan los niños cuando crecen lejos de sus padres. A medida que se hacen mayores pueden guardar una manta, un animal de peluche, o cualquier otro objeto que les haga sentir más seguros y protegidos durante la transición entre la seguridad y la protección asociada a los padres y su propia necesidad de crecer desvincularse de la familia y ser ellos mismos. La mayoría de los niños abandonan estos objetos de transición cuando crecen. Sin embargo, cuando los necesitan, su ausencia puede provocarles una gran ansiedad.

Una paciente se había deshecho de toda la ropa de su marido salvo dos o tres piezas que ella misma le había regalado y que representaban momentos buenos y felices que habían compartido. Al aferrarse a ellas, dejaba de estar en contacto con los sentimientos negativos que suscitaban los muchos momentos malos que habían pasado juntos. En terapia tomó conciencia de que ésta era una de las funciones que cumplían sus objetos de vinculación.

Un objeto de vinculación es distinto de un recuerdo. Cuando muere una persona la mayoría de la gente guarda algo como recuerdo. Sin embargo, los objetos de vinculación están revestidos de mucho más significado y provocan mucha más ansiedad si se pierden. Volkman (1972) habla de una persona que guardaba un objeto de vinculación y tuvo un aparatoso accidente de tráfico. Tanto fue su desespero por recuperar el objeto que al final acabó siendo lo único que se pudo salvar del accidente.

Es importante preguntar a los pacientes qué objetos han guardado después de la muerte y, si se determina que están usando algo como objeto de vinculación, comentarlo en la terapia. Al igual que Volkman, yo animo a la gente a traer esos objetos a la terapia. Hacerlo puede ser muy útil para facilitar el duelo y para señalar los principales conflictos que bloquean este proceso. Es interesante ver lo que sucede cuando la terapia finaliza. Sin que haga falta decir nada, muchas personas apartan o regalan esos objetos a los que tanto significado habían otorgado. Una paciente no salía de casa sin las cartas que le había enviado su marido cuando vivía. Cuando la terapia avanzó, dejó las cartas en casa por iniciativa propia. Para Field, Nichols, Holen y Horowitz (1999), esta mujer había pasado de obtener consuelo mediante el apego a unas posesiones de su difunto marido a mantener un apego basado en buenos recuerdos, una forma más sana de vínculo continuo.

Guardar la ropa que llevaba el fallecido en el momento de la muerte es otro caso de objeto de transición que de vez en cuando veo en algún superviviente, sobre todo en casos de muerte repentina. Un hombre murió inesperadamente; su mujer se quedó con la chaqueta que llevaba al morir y se aferró a ella hasta que pudo superar el duelo. En el Harvard Child Bereavement Study, un niño de nueve años de edad guardaba la gorra de béisbol de su padre muerto y durante el

primer año de duelo la llevaba puesta hasta para dormir. Tras el primer aniversario se la puso menos y a veces la dejaba colgada en la cabecera de la cama. Durante el segundo año tuvo la gorra guardada en el armario y dejó de ponérsela. Una mujer y su marido fallecido habían comprado una langosta de peluche y le habían puesto un nombre. Al no tener hijos, la langosta se convirtió en una especie de mascota para ellos. Cuando el hombre se suicidó, la mujer dormía con el peluche debajo de la almohada y cuando no lo tenía sentía mucha ansiedad. Después de una terapia para el duelo pudo guardar el peluche en un cajón. Quiso guardarlo porque le traía unos recuerdos felices, pero ya no sentía la necesidad de tenerlo para sentirse bien. Como en otros casos que hemos visto, esta mujer mantenía una relación ambivalente con su esposo y una parte importante de la terapia giró en torno a esta ambivalencia y a su necesidad de entenderla mejor para afrontarla.

## *7 Ayudar al paciente a aceptar que la pérdida es definitiva*

La mayoría de las personas que han sufrido una pérdida acaban aceptando más o menos pronto que es definitiva, pero algunas creen durante mucho tiempo que no lo es y que la persona, de alguna manera, no se ha ido. Volkan (1972) llama a este fenómeno esperanza crónica de reunión. Es importante ayudar a estos pacientes a ver qué les impide reconocer el carácter definitivo de la pérdida. Carol era una joven con una educación familiar muy puritana y restrictiva. Aunque cuando murió su padre ya era adulta, después de cinco años no se permitía reconocer la irreversibilidad de la pérdida. Hacerlo supondría que debería tomar sus propias decisiones y seguir sus necesidades e impulsos, algo que la aterraba. Evitaba tomar decisiones alimentando, en cierto nivel de la conciencia, la fantasía de que su padre no se había ido y de alguna forma aún seguía con ella, moviendo los hilos y controlando su conducta desde fuera.

*8. Ayudar al paciente a proyectar una vida nueva sin el fallecido*

La realización de la tarea III (adaptarse a un mundo sin la presencia del fallecido) y la *orientación al restablecimiento del modelo de proceso dual* ayudan al paciente a centrarse en sus metas personales. Shear (2006) emplea una técnica que considero útil: el terapeuta pide al paciente que imagine lo que le gustaría hacer si su dolor se disipa por arte de magia, y luego le ayuda a expresarlo en forma de metas a lograr sin el fallecido. Hace poco apliqué esta técnica con una joven viuda, una mujer con una relación muy estrecha con su marido, que había fallecido después de una enfermedad muy larga y dolorosa. Ya llevábamos un año trabajando con su duelo para que se adaptara a vivir sola y con dos hijos adolescentes a su cargo. Cuando sus hijos se fueron de casa para asistir a la universidad, su pena se agravó porque aún se encontró más sola. Un día se imaginó llevando una empresa, algo que siempre había querido hacer pero a lo que había renunciado porque se había casado muy joven. Su entusiasmo era palpable cuando, por primera vez desde la pérdida, pudo imaginar esta meta que daba un nuevo sentido a su vida.

*9. Evaluar las relaciones sociales del paciente y ayudarle a mejorárlas*

Otro objetivo del restablecimiento y de la tarea III es ayudar al paciente a mejorar sus relaciones sociales. Muchas personas en duelo se alejan de sus antiguas amistades porque creen que no comprenden su dolor y que intentan forzarles a superar el duelo de una manera prematura. Hay amistades que se sienten incómodas con el dolor de la persona y que dejan de llamarla o se distancian de ella. Algunas viudas que asistían a reuniones sociales con sus esposos dejan de ir porque ven que son la única persona sola. Las personas en duelo se suelen sentir estigmatizadas o se estigmatizan a sí mismas. Explorando paso a paso las decepciones que han sufrido con sus amistades y usando el juego de roles podemos animarlas a que reanuden el contacto con ellas hablándoles con franqueza de sus decepciones y de sus esperanzas para iniciar un nuevo capítulo en su relación. Muchas personas

en duelo forman nuevas amistades con otras personas que han sufrido una pérdida similar.

#### *10. Ayudar al paciente a afrontar la fantasía de finalizar el duelo*

Un método útil en la terapia del duelo es hacer que el paciente explore sus fantasías sobre cómo sería finalizar el duelo o qué supondría para él. ¿Qué perdería al renunciar a su dolor? Aunque esta pregunta parece sencilla, suele dar resultados muy provechosos. Algunos temen que si renuncian al dolor olvidarán a la persona fallecida (Powers y Wampold, 1994). Necesitan hallar maneras de recordarla adecuadamente creando un vínculo continuo con ella. Otros temen que si renuncian al duelo los demás pensarán que el fallecido no les importaba. La realidad de esta idea se debe comprobar.

### CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA TERAPIA DEL DUELO

Hay varias consideraciones especiales que debemos tener en cuenta cuando hacemos terapia del duelo. La primera es la importancia de finalizar el trabajo del duelo para que el paciente no acabe peor que antes de venir. Si el problema subyacente al duelo no resuelto es una ira que no se ha expresado, es muy importante que cuando el paciente haya identificado y vivido esta ira se le ayude a entender que no excluye los sentimientos positivos. Si el terapeuta saca a la luz la ira sin resolverla de una manera adecuada, el paciente se puede quedar peor que antes y hasta puede que haga una retroflexión de esa ira en forma de depresión.

En segundo lugar está la contención de los sentimientos abrumadores. Según Parkes (2001), la terapia del duelo puede liberar un material afectivo que abrume al paciente. En mi experiencia clínica esto ha sucedido pocas veces. Aunque los pacientes pueden sentir una ira y una tristeza muy intensas y profundas durante la terapia, es raro que no sean capaces de mantenerlas dentro de unos límites aceptables. Con todo, estos sentimientos se deben vigilar. Para ello yo utilizo el sistema SUDS (siglas en inglés de «unidades subjetivas de angustia»),

que permite vigilar la intensidad y la resolución de las emociones. El sistema SUDS se basa en la puntuación subjetiva de una emoción concreta por parte del paciente usando una escala de 0 (nada) a 100 (la máxima intensidad que pueda imaginar). También he encontrado que a algunos clientes les es útil el concepto de «dosificar» las emociones, consistente en animar al paciente a afrontar una emoción con la mayor intensidad que pueda en un momento dado para luego distanciarse de ella y volver a suscitarla más adelante. Esto le da el control sobre unos sentimientos que en algunas ocasiones amenazan con abrumarlo. En el modelo de proceso dual para la terapia del duelo se anima al paciente a que oscile entre sentimientos profundos de dolor (tarea II) y una voluntad de restablecimiento centrada en cosas que debe hacer para reconstruir su mundo (tarea III) (Stroebe y Schut, 1999). También está relacionada con esto la capacidad del terapeuta para tolerar los sentimientos muy intensos que puedan surgir en la terapia. Naturalmente, esta capacidad es esencial para realizar un buen tratamiento.

Otra consideración es ayudar a los pacientes a afrontar las sensaciones embarazosas que puedan sentir durante la terapia. Si han sufrido una pérdida hace muchos años pero no la han elaborado de manera adecuada y a través de la terapia empiezan a entrar en contacto con emociones del duelo normal que no habían sentido antes, les inundará una tristeza nueva y muy intensa. Esto puede causarles problemas en algunas situaciones sociales. Uno de estos pacientes era una joven profesora de una universidad local. Su padre había muerto hacía ocho años, pero ella no había elaborado el duelo de una manera adecuada y durante la terapia empezó a sentir toda la intensidad de la tristeza que entonces no se había permitido sentir. Cuando desempeñaba sus obligaciones en la universidad la gente se le acercaba y le decía: «¿Qué te pasa? Se te ve muy triste. Parece que se te haya muerto alguien». Se sentía tonta e incómoda al decirles que sí, que su padre había muerto, cuando esa muerte se había producido tantos años atrás. Conviene advertir a los pacientes de que podrán hallarse en situaciones parecidas y hacerles saber que, de algún modo, las podrán superar. A veces, y siempre con el permiso del paciente, he informado a los familiares con los que vive de que está siguiendo una terapia para el duelo y que a veces podrá sentir una tristeza muy intensa y profun-

da. De este modo se evitan los malentendidos porque la familia ya sabe que la conducta del paciente puede presentar cambios.

La mayor parte de las veces la terapia del duelo se lleva a cabo en sesiones individuales, aunque también se puede realizar en grupo si está dirigida por un terapeuta competente. McCallum, Piper, Azim y Lakoff (1991) proponen un método muy interesante para trabajar el duelo complicado basado en un enfoque psicodinámico. En Holanda, Schut, De Kiejsen, Van den Bout y Stroebe (1996) también han obtenido buenos resultados en su programa de terapia del duelo para grupos de pacientes hospitalizados.

## TÉCNICAS

Una técnica que me ha sido muy útil al hacer terapia en casos de duelo es la técnica de la «silla vacía» típica de la psicoterapia Gestalt (Barbato e Irwin, 1992). En lugar de dejar que los pacientes se limiten a hablarme del fallecido, he visto que es importante hacer que hablen directamente con él en tiempo presente. Hablar *con* el fallecido tiene más impacto que hablar *de* él (Polster y Polster, 1973). Coloco una silla vacía en la consulta y digo al paciente que se imagine que el fallecido está sentado en ella. Luego le pido que le explique directamente los pensamientos y sentimientos que tiene sobre su muerte y su relación con él. Cuando he explicado el procedimiento adecuadamente, ningún paciente se ha negado a seguirlo. Con un poco de estímulo, han accedido a ello hasta los pacientes más indecisos. Es una técnica muy poderosa que permite cerrar cuestiones pendientes, afrontar la culpabilidad y el remordimiento, etcétera. Podemos aumentar el poder de esta técnica haciendo que el paciente se siente en la otra silla para que hable *en nombre* del fallecido además de hablar *con* él. Como toda técnica psicoterapéutica, no se debe aplicar si el terapeuta no está formado adecuadamente. Naturalmente, es una técnica contraindicada en pacientes con esquizofrenia o con trastorno fronterizo de la personalidad.

Una técnica relacionada con la anterior y descrita por Melges y DeMaso (1980) consiste en hacer que el paciente se siente en una silla, cierre los ojos y se imagine que habla con el fallecido. Es una al-

ternativa aceptable a la técnica de la silla vacía, pero lo que hace que funcione no es que la persona tenga los ojos cerrados, sino que pueda dirigirse directamente al fallecido en primera persona y en tiempo presente. Cuando expliqué esta técnica a un colega mío del Massachusetts General Hospital, un investigador en biología muy destacado que había recibido formación en psiquiatría psicoanalítica, me preguntaba qué le parecerían estos métodos basados en la terapia Gestalt. Su respuesta fue echarse a reír y contarme una experiencia personal. Me dijo que su padre había muerto hacía dos años y que de vez en cuando se imaginaba que aún seguía a su lado y mantenía conversaciones con él.

Otra técnica muy útil es el psicodrama. A veces hago que el paciente represente su propio rol y el rol de la persona fallecida en una conversación con réplicas y contrarréplicas para resolver un conflicto. Usar fotos del fallecido puede facilitar los objetivos de la terapia. El paciente trae a la sesión una de sus fotos favoritas para que le suscite recuerdos y emociones. También se puede usar para centrar un diálogo con el fallecido en tiempo presente.

Asignar tareas o deberes, una técnica que se emplea sobre todo en la terapia Gestalt y en la terapia cognitiva-conductual, también es útil en la terapia del duelo. Asignar al paciente una tarea entre sesiones permite prolongar los beneficios de una sola sesión semanal y hace que la terapia sea más breve y más eficaz. La tarea a realizar puede ser cualquier cosa, aunque casi siempre es vigilar las emociones y prestar atención a las cogniciones que las suscitan. El paciente puede escribir cartas al fallecido en su casa y traerlas a la consulta para compartirlas con el terapeuta. Para que esta técnica sea eficaz son necesarias dos cosas. En primer lugar, el paciente debe saber por qué le pedimos que realice una tarea concreta. En segundo lugar, debemos pedir al cliente un informe de lo que haya hecho. De lo contrario, supondrá que la tarea no es importante y no la realizará.

Sea cual sea la técnica empleada es esencial elegir el momento oportuno. El terapeuta debe saber regular el momento de las intervenciones. No sirve de nada estimular emociones si el paciente no está preparado para afrontarlas. Lo mismo cabe decir de las interpretaciones inoportunas. Formar a una persona para que sepa cuándo es el mejor momento de aplicar una técnica psicoterapéutica es muy difícil.

Lo mejor que puedo hacer es reiterar la importancia de elegir el momento de una intervención porque trabajamos con un material muy delicado y en un marco temporal limitado por contrato.

#### LOS SUEÑOS EN EL ASESORAMIENTO Y LA TERAPIA DEL DUELO

Los sueños de una persona que ha perdido a un ser querido suelen reflejar el proceso del duelo y la tarea concreta a la que se enfrenta la persona. Hay una estrategia de asesoramiento consistente en vincular los sueños con las tareas. Es frecuente que una persona en duelo sueñe que el fallecido está vivo y que luego despierte a la realidad de su ausencia y de que no va a volver. Podemos considerar que estos sueños reflejan el intento de afrontar la tarea I del duelo, hacer real la pérdida.

Los estudios indican que los sueños también pueden ayudar a integrar emociones perturbadoras para la persona en duelo. Esto está relacionado con la segunda tarea del duelo: procesar los sentimientos y las emociones. Sentimientos como la ira, la culpa y la ansiedad son habituales tras una pérdida, pero en ocasiones son tan intensos que tienden a menoscabar la actuación de la persona en duelo. Las muertes traumáticas pueden originar emociones perturbadoras en forma de *flashbacks* o sobreexcitación. Los sueños pueden ayudar a integrar las emociones causadas por una muerte traumática de una manera que a veces no se puede conseguir en estado de vigilia.

Adaptarse a un mundo sin el fallecido (tarea III) puede dejar al superviviente con muchos problemas por resolver. No es infrecuente que, en sueños, la persona sienta que el difunto vuelve para dárle consejo sobre la manera de abordar un problema dado. Recibir estos consejos desde el «más allá» puede reducir la ansiedad y hacer que el superviviente se aproxime a una posible solución. Generar significado también es una parte importante de la tarea III y los sueños pueden ayudar al superviviente a dotar de significado a la pérdida.

Seguir adelante sin el fallecido es un problema para muchos supervivientes que se enfrentan a la tarea IV. Un hombre joven cuya mujer había muerto repentinamente se veía incapaz de establecer una

relación con otra mujer. Cuando salía con alguna rompía la relación sin dejar que avanzara. Después de cinco años, esto se acabó convirtiendo en un problema y buscó ayuda profesional. Durante el asesoramiento tuvo una serie de sueños en los que aparecía su mujer dándole permiso para que siguiera adelante con su vida y encontrara otra persona a la que amar. Daba mucho valor a este permiso, pero no quería olvidar a su mujer al formar otra relación. Un día, mientras visitaba su tumba, se dio cuenta de que siempre que deseara recordarla podía acudir al cementerio y esto le ofreció algo concreto a lo que recurrir para honrar su memoria.

Puesto que el duelo es un proceso, una persona se puede quedar estancada en cualquier punto del mismo. Los sueños, además de ser útiles para señalar dónde se ha estancado una persona, también permiten identificar qué puede causar este estancamiento y por qué. Una madre que había perdido en un accidente a su hija, una mujer joven, tuvo una serie de sueños en los que se veía buscándola para saber si estaba bien. No podía seguir adelante con su vida hasta saber si lo estaba. En muchos sueños podía verla a cierta distancia y parecía feliz, pero siempre se quedaba con una sensación de incertidumbre. Hacia el final del asesoramiento tuvo un sueño en el que se agarraba a un globo con el que subía a una nube en la que vivía su hija. Su hija se sorprendió al verla y mantuvieron una conversación en la que la hija le aseguró que estaba bien. Aliviada, la madre le preguntó cómo podía bajar. «Mamá, tú salta y aterrizarás donde debas», le respondió. De este sueño, la madre extrajo el mensaje de que su hija estaba bien y de que ella misma debía volver a la tierra a seguir con su propia vida. Muchas personas que han perdido a un ser querido desean fervientemente saber que está bien, y muchos sueños que se presentan durante el duelo reflejan este deseo.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES

Los asesores que recomiendan a sus clientes tomar nota de sus sueños y explicarlos durante las sesiones deberán tener presentes las siguientes consideraciones:

1. Los sueños no tienen que incluir al fallecido para que sean relevantes para el proceso del duelo. Sin embargo, el hecho de que el difunto aparezca en los sueños suele ser importante para el duelo y no se deberían pasar por alto sus apariciones (vivo o muerto) ni la actividad que esté realizando.
2. Hay que prestar atención a los fragmentos de sueños. El cliente no suele darles importancia, pero si el asesor y el cliente tienen el objetivo de comprender el duelo, unir fragmentos de sueños a modo de rompecabezas puede contribuir a esta comprensión.
3. Dejar que el soñador explique el significado del sueño (Barrett, 2002). En la terapia del duelo, los sueños no se utilizan igual que en el trabajo analítico, donde son interpretados por el terapeuta. La mujer que ascendió en globo hasta una nube para ver a su hija mencionó que el globo era dorado. Al preguntarle por ello me respondió que los miembros de su familia se hacían regalos de oro en ocasión de cada cumpleaños o aniversario. El oro daba un significado especial a esos acontecimientos para esa familia. El mensaje que la mujer extrajo del sueño era que su hija le había dado el regalo de seguir adelante con su vida.
4. Cuando un cliente tiene una serie de sueños, se deberán buscar los temas subyacentes que los vinculen entre sí. Es frecuente que subyazca el mismo tema a todos ellos aunque las metáforas y las imágenes de cada uno puedan variar (Belicki, Gulko, Ruzycki y Aristotle, 2003).
5. No es raro que un cliente sueñe con la persona difunta cerca del aniversario de su muerte, sobre todo si no sueña periódicamente con ella. Aparte del fallecimiento, los aniversarios de bodas, nacimientos, etcétera, también pueden activar estos sueños. Es conveniente formar al cliente para que les preste atención y los use para comprender en qué punto del duelo se encuentra.
6. No todos los vínculos de apego son iguales y los sueños pueden dar alguna pista sobre su naturaleza. Una madre que había perdido repentinamente a su hija, una mujer joven, llevaba muchos años florándola. Su familia, que ya había superado el due-

lo, no podía entender que el duelo de la madre durara tanto. En una serie de sueños la madre buscaba los mimos de su hija, algo que nunca había recibido de su propia madre. Esto la hizo ser consciente de la naturaleza de su relación y de que finalizar el duelo por su hija significaría renunciar a la esperanza de que alguien la volviera a mimar.

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En general hay tres clases de cambios que nos ayudan a evaluar la eficacia de una terapia del duelo. Son los cambios que se dan en la experiencia subjetiva, en la conducta y en el alivio de los síntomas.

#### *Experiencia subjetiva*

Las personas que finalizan una terapia del duelo dicen sentirse diferentes. Dicen que tienen más autoestima y que sienten menos culpa. Hacen comentarios como •Ese dolor que me destrozaba se ha ido•, •Ahora ya he enterrado de verdad a mi madre•, o •Puedo hablar de mi padre sin que se me llenen los ojos de lágrimas•.

Otra experiencia subjetiva que comunican los pacientes es que abrigan más sentimientos positivos hacia la persona fallecida. Pueden pensar en ella y relacionar experiencias positivas con esos sentimientos positivos (Lazare, 1979). Una mujer a la que le costaba mucho elaborar la pérdida de su madre dijo al final del tratamiento: •Ahora sólo la echo de menos. Antes estaba angustiada. Mi madre estaría feliz al ver lo mucho que he avanzado. Su muerte me hizo revivir muchos sentimientos infantiles de frustración y desamparo. Ahora ya no siento ira. Hay días que ni siquiera pienso en mi madre y eso me sorprende•.

#### *Cambios de conducta*

Sin que el terapeuta les diga nada, muchos pacientes manifiestan cambios observables en su conducta. La conducta de búsqueda cesa,

vuelven a salir de casa o inician nuevas relaciones. Los pacientes que antes evitaban las actividades religiosas vuelven a participar en ellas. Los que no querían ir al cementerio ahora lo visitan por propia voluntad. Una mujer que nunca había tocado la habitación de su hijo muerto vino a la última sesión de terapia y dijo: •Voy a renovar la habitación de mi hijo y a guardar sus cosas en el sótano. No creo que deshonre su memoria si convierto su habitación en un estudio•. Yo nunca le había sugerido que lo hiciera, pero estos cambios de conducta son muy habituales en las personas que han pasado por una terapia. Una viuda decidió por sí sola quitarse el anillo de boda diciendo: •Ya no soy una mujer casada•. En otro caso, una mujer que nunca izaba la bandera que había cubierto el ataúd de su hijo empezó a hacerlo en días señalados.

### *Alivio de los síntomas*

Cuando una persona ha finalizado una terapia del duelo también se pueden observar señales mensurables de alivio de sus síntomas. Los pacientes dicen que sienten menos dolores corporales y que el síntoma que les hizo buscar tratamiento ha remitido. Una mujer presentaba como síntoma una sensación de asfixia que le causaba muchas dificultades. Era un síntoma muy similar al que había presentado su padre los dos últimos días de su vida, cuando ella tenía cinco años de edad. El síntoma acabó remitiendo de manera natural cuando terminó la terapia y hubo resuelto las cuestiones pendientes que tenía con su padre fallecido.

Hay varios instrumentos clínicos que se pueden usar para ayudar a los pacientes a hacer una valoración más formal del estado de los síntomas asociados al duelo. Además de usar escalas como la SUDS para medir la angustia relativa, el terapeuta puede usar el cuestionario de Beck o la medida CES-D para evaluar la depresión. El SCL-90 cuantifica la depresión, la ansiedad y el bienestar general. El duelo se puede evaluar mediante escalas como TRIG (siglas de Texas Revised Inventory of Grief), el cuestionario sobre el duelo de Hogan y naturalmente, la última versión del cuestionario sobre el duelo complicado.

Lo que deseo destacar aquí es que la terapia del duelo es eficaz. A diferencia de otras psicoterapias de cuya eficacia no podemos estar

totalmente seguros, la terapia del duelo ha demostrado serlo. Las experiencias subjetivas y los cambios observables de conducta otorgan credibilidad al valor de estas intervenciones terapéuticas centradas en unos objetivos concretos.

## REFERENCIAS

- Barbato, A., y H. J. Irwin, «Major therapeutic systems and the bereaved client», *Australian Psychologist*, 27 1992, págs. 22-27
- Barrett, D., «The "royal road" becomes a shrewd shortcut: The use of dreams in focused treatment», *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 2002, págs. 55-63.
- Belicki, K., N. Gulko, K. Ruzycki, y J. Aristotle, «Sixteen years of dreams following spousal bereavement», *Omega*, 47 2003, págs. 93-106.
- Bonanno, G. A., y A. Papa, «The social and functional aspects of emotional expression during bereavement», en P. Philippot (comp.), *Nonverbal behavior in clinical settings*, Londres, Oxford University Press, 2003, págs. 145-170.
- Field, N. P., C. Nichols, A. Holen, y M. J. Horowitz, «The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 1999, págs. 212-218.
- Lazare, A., «Unresolved grief», en A. Lazare (comp.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1979, págs. 498-512.
- McCallum, M., W. E. Piper, H. F. Azim, y R. S. Lakoff, «The Edmonton model of short-term group therapy for loss: An integration of theory practice and research», *Group Analysis*, 24, 1991, págs. 375-388.
- Melges, F. T., y D. R. DeMaso, «Grief-resolution therapy: Relieving, revising, and revisiting», *American Journal of Psychotherapy*, 34, 1980, págs. 51-61.
- Neimeyer, R., *Lessons of loss: A guide to coping*, Nueva York, Routledge, 2003 (trad. cast.: *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*, Barcelona, Paidós, 2007).
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3<sup>a</sup> ed.), Filadelfia, Taylor and Francis, 2001.
- Polster, E., y M. Polster, *Gestalt therapy Integrated*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1973.
- Powers, L. E., y B. E. Wampold, «Cognitive-behavioral factors in adjustment to adult bereavement», *Death Studies*, 18, 1994, págs. 1-24.

- Prigerson, H. G., y P. K. Maciejewski, «A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V», *Omega*, 52, 2005-2006, págs. 9-19.
- Schut, H., J. de Kiejer, J. Van den Bout, y M. S. Stroebe, «Cross-modality grief therapy: Description and assessment of a new program», *Journal of Clinical Psychology*, 52, 1996, págs. 357-365.
- Shear, K., «Adapting imaginal exposure to the treatment of complicated grief», en B. O. Rothbaum (comp.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*, Nueva York, Guilford Press, 2006, págs. 215-226.
- Simos, B. G., *A time to grieve*, Nueva York, Family Service Association, 1979.
- Solomon, R., y T. Rando, «Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning», *Journal of EMDR Practice & Research*, 1, 2007 págs. 109-117.
- Sprang, G., «The use of EMDR in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes», *Research on Social Work Practice*, 11, 2001, págs. 300-320.
- Stroebe, M. S., R. O. Hansson, y W. Stroebe, «Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement», en M. S. Stroebe., R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 3-22.
- y H. Schut, «The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description», *Death Studies*, 23, 1999, págs. 197-224.
- Volkan, V., «The linking objects of pathological mourners», *Archives of General Psychiatry*, 27 1972, págs. 215-221.
- Wagner, B., C. Knaevelsrud, y A. Maercker, «Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study», *Journal of Loss & Trauma*, 10, 2005, págs. 409-423.
- Wortman, C. B., y R. C. Silver, «The myths of coping with loss revisited», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 405-429.

## CAPÍTULO 7

### DUELO POR PÉRDIDAS ESPECIALES

La manera en que se producen algunas muertes y las circunstancias que las rodean exigen una comprensión y unas intervenciones que van más allá de lo descrito en capítulos anteriores. Las pérdidas debidas a suicidio, muerte repentina, síndrome de la muerte infantil súbita, aborto natural, muerte perinatal, aborto provocado, muerte esperada o sida pueden plantear problemas muy diferentes a los supervivientes. El asesor debe tener muy presentes las características especiales y los problemas inherentes a estas situaciones y lo que ello supone para las intervenciones en el asesoramiento.

#### SUICIDIO

Cada año, cerca de 750.000 personas se enfrentan al suicidio de un familiar o un ser querido y no sólo se quedan con la sensación de pérdida, sino también con todo un legado de vergüenza, miedo, rechazo, ira y culpa. Según Edwin Shneidman, considerado el padre del movimiento de prevención del suicidio en Estados Unidos:

Creo que la persona que se suicida deja sus esqueletos psicológicos en el armario emocional del superviviente: lo sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y más aún, a obsesionarse con pensamientos sobre su papel real o posible en haber precipitado el suicidio o en haber impedido que ocurriera. Puede ser una carga muy pesada (Cain, 1972, pág. x).

Según Richard McGee, director de un importante centro de prevención del suicidio en Florida, «Para una familia, el suicidio es la crisis de duelo más difícil de afrontar y resolver con eficacia» (Cain, 1972,

pág. 11). Mi experiencia clínica con supervivientes de suicidios confirma estas observaciones. La persona que hace asesoramiento psicológico del duelo debe reconocer los aspectos de esta experiencia que la hacen tan distinta y adaptar sus intervenciones para que tengan la máxima eficacia. Hay indicios de que el duelo debido a un suicidio puede ser más intenso y duradero que el debido a otras clases de pérdida (Farberow Gallagher-Thompson, Gilewski y Thompson, 1992). Sin embargo, hay autores que no lo ven así (Cleiren y Diekstra, 1995) y otros sostienen que el duelo por suicidio es una combinación de duelo y de estrés postraumático (Callahan, 2000). A pesar de estas diferencias, en general se acepta que en el duelo por suicidio hay tres cuestiones principales que no se suelen encontrar en otras clases de pérdida: ¿Por qué lo ha hecho? ¿Por qué no lo he impedido? ¿Cómo me ha podido hacer algo así? (Jordan, 2001).

De todos los sentimientos que asaltan al superviviente de un suicidio, uno de los predominantes es la *vergüenza*. En nuestra sociedad aún existe un estigma asociado al suicidio (Houck, 2007). Los supervivientes son los que tienen que sufrir la vergüenza de que un familiar se quite la vida y esta vergüenza puede estar influida por las reacciones de los demás. «Nadie me dice nada —se quejaba una mujer cuyo hijo se había suicidado—. Actúan como si no hubiera pasado nada.. Esta presión emocional añadida no sólo influye en las interacciones del superviviente con la sociedad, sino que además puede alterar drásticamente las relaciones en el seno de la familia (Kaslow y Aronson, 2004). No es raro que los miembros de la familia sepan quién conoce los hechos y quién no y que, mediante una especie de acuerdo tácito, adapten su conducta hacia los demás en función de ello.

Las personas que han cometido intentos fallidos de suicidio también están estigmatizadas. (Cvinar, 2005). Una mujer saltó desde un puente de cincuenta metros de altura y pudo sobrevivir algo muy raro dadas las circunstancias. Pero después se enfrentó a una reacción tan negativa por parte de quienes la rodeaban que, abrumada por la vergüenza, volvió a saltar desde el mismo puente y en esta ocasión se mató.

Otro sentimiento habitual entre los supervivientes de un suicidio es la *culpa*. Se hacen responsables de la acción del fallecido y les corroe el sentimiento de que debían o podían haber hecho algo para

evitar la muerte. Este sentimiento de culpa es especialmente duro cuando el suicidio ha sucedido en el contexto de un conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente.

Como vimos en el capítulo 1, los sentimientos de culpa son habituales después de cualquier clase de muerte, pero en caso de suicidio se exacerbaban mucho más. Las personas que han perdido a un ser querido por suicidio sienten culpa con más frecuencia que las que lo han perdido por otras causas (McIntosh y Kelly, 1992). La intensidad de la culpa puede hacer que el superviviente crea que debe ser castigado y que interactúe con la sociedad para que sea la sociedad quien lo castigue. Los adolescentes que caen en la delincuencia o en el consumo de alcohol u otras sustancias son un ejemplo de esta conducta de autocastigo. Con independencia de que los supervivientes vean satisfecha o no su necesidad de recibir castigo, los cambios en su conducta son significativos y observables.

Algunos supervivientes con esta necesidad se exceden en sus intentos de recibir el castigo que creen merecer. Tuve a una mujer en terapia que se castigaba comiendo en exceso hasta que llegó a pesar unos ciento cuarenta kilos. Por si esto no fuera suficiente, pasaba por fases en las que se rompía los huesos con un martillo. Cuando el tiempo curaba las heridas, se los volvía a romper. Empezó a sufrir este grave problema tras el suicidio de un hermano pequeño. Se había sentido responsable de su muerte dentro de unos límites normales, pero esta responsabilidad la superó cuando sus abuelos le dijeron sin rodeos que era la culpable de la muerte. Era demasiado joven y su incapacidad para comprobar la realidad de su culpa la llevó a iniciar una serie larga y absurda de conductas autodestructivas.

A veces, la culpa se puede manifestar *culpando* a otras personas. Algunas personas controlan su propia sensación de culpa proyectándola en otros y culpándoles de la muerte. Buscar a alguien a quien echar la culpa puede obedecer a un intento de afirmar el control y de hallar significado a una situación difícil de entender.

Las personas que sobreviven a una muerte por suicidio suelen sentir una *ira* muy intensa. Ven esa muerte como una especie de rechazo. Cuando se preguntan: «Por qué, por qué, por qué?», en el fondo quieren decir: «Por qué me ha hecho una cosa así?». La intensidad de su ira hace que se sientan culpables. Una mujer de mediana edad

cuyo marido se había suicidado se pasó casi seis meses andando por la casa y gritando: «Maldito seas! Si no te hubieras matado te habría matado yo por todo lo que me estás haciendo pasar». Tenía que desprenderte de aquella ira y en un seguimiento realizado dos años después parece que lo había conseguido.

Un correlato de esta ira es la *poca autoestima*. Erich Lindemann e Ina May Greer (1953) lo pusieron de relieve diciendo: «Perder a alguien por una muerte autoimpuesta es como ser rechazado» (pág. 10). El superviviente suele creer que si el fallecido hubiera pensado en él no se habría suicidado. Este «rechazo» supone una crítica muy dura a la valía personal del superviviente y acarrea una reducción de la autoestima y unas reacciones de duelo muy intensas (Reed, 1993). En estos casos el asesoramiento es especialmente útil.

El *miedo* es una reacción normal después de un suicidio. Farberow y sus colegas (1992) vieron que los supervivientes de personas fallecidas por suicidio presentaban unos niveles de ansiedad más elevados que los supervivientes de personas fallecidas por muerte natural. Un miedo básico habitual entre los supervivientes de un suicidio es el miedo a sus propios impulsos autodestructivos. Muchos parecen cargar con una sensación de destino o de condena, sobre todo si son los hijos de la persona que se ha suicidado:

Es característico que encuentren la vida fría y sin chispa. Aun en una sociedad tan desarraigada como la nuestra se sienten más desarraigados que la mayoría. Se interesan muy poco por el pasado y abrigan una certeza alejada sobre el futuro: hasta tan horripilante extremo sospechan que, probablemente, también ellos se quitarán la vida (Cain, 1972, pág. 7).

En una ocasión hice un seguimiento de unos jóvenes cuyos padres se habían suicidado cuando ellos eran adolescentes. Cuando se encontraban en la veintena o en la treintena todos creían que estaban destinados a suicidarse. No es extraño que los supervivientes de quienes se han quitado la vida tengan esta preocupación por el suicidio, pero mientras que a algunos les asusta, otros lo afrontan colaborando como voluntarios con grupos de prevención del suicidio como Samaritans, que actúa en Irlanda y en el Reino Unido.

En los casos donde ha habido varios suicidios en una misma familia, la posible transmisión genética de la tendencia al suicidio genera mucha ansiedad. Una joven vino en busca de ayuda antes de casarse porque tenía este miedo. Dos de sus hermanos se habían suicidado y se preguntaba si sus hijos tenderían al suicidio y si fracasaría como madre porque creía que sus padres habían fallado a sus hermanos.

El *pensamiento distorsionado* también es típico de los supervivientes a una muerte por suicidio. Muchas veces, los supervivientes, sobre todo si son niños, necesitan ver la muerte del fallecido como un accidente, no como un suicidio. En la familia se genera una comunicación distorsionada que acaba creando un mito sobre la muerte del fallecido; si alguien cuestiona este mito llamando a aquella muerte por su nombre, recae sobre él la ira de los demás, que necesitan verla como una muerte accidental o natural. Este pensamiento distorsionado puede ser útil a corto plazo, pero a la larga es totalmente improductivo.

Es importante tener presente que muchos suicidas vienen de familias con problemas sociales graves como alcoholismo o malos tratos. En este contexto es posible que ya existieran sentimientos ambivalentes entre los miembros de la familia y que el suicidio no haga más que exacerbárselos. Para maximizar la eficacia del asesoramiento en el duelo, el asesor debe tener en cuenta las dificultades sociales y familiares que puedan ser correlatos del suicidio en sí.

La cuestión del *suicidio asistido* es objeto de mucho más debate ahora que cuando escribí las anteriores ediciones de este libro (Pearlman y otros, 2005). Los primeros estudios han indicado que participar en una muerte asistida puede tener consecuencias positivas para la persona superviviente. Sin embargo, si la persona no interviene en la planificación o la puesta en práctica de la muerte asistida, puede sufrir unas reacciones similares a las del superviviente típico de una muerte por suicidio (Werth, 1999). Es evidente que hacen falta más estudios sobre esta cuestión.

## ASESORAMIENTO A SUPERVIVIENTES DE PERSONAS FALLECIDAS POR SUICIDIO

Cuando se asesora a supervivientes de alguien que ha muerto por suicidio es importante tener presente que esta clase de muerte es una de las *pérdidas de las que no se habla* que hemos mencionado antes (Lazare, 1979). Tanto los supervivientes como los demás dudan antes de hablar de ella. El asesor o terapeuta puede ayudar a llenar el vacío que provoca esta pérdida de comunicación con los demás. La intervención con esta clase de supervivientes puede incluir los aspectos siguientes:

### *Comprobar la realidad de la culpa propia o ajena*

Este procedimiento, que se ha descrito en el capítulo 4, puede llevar más tiempo en el caso del superviviente de un suicidio. Puede que gran parte de la culpa no sea real y no resista la comprobación de su realidad, dando a la persona implicada cierta sensación de alivio. A una joven que se sentía culpable por la muerte de su hermano le ayudó mucho leer una carta que ella misma le había enviado poco antes de que se suicidara. La carta apareció entre los efectos de su hermano y la ayudó a ver que ella le había ofrecido ayuda. Sin embargo, hay casos en los que la persona es realmente culpable y el asesor se enfrenta al difícil reto de ayudarla a afrontar su sentimiento de culpa. Cuando la característica predominante es culpar a otros, el asesor también puede recomendar que se compruebe su realidad. Si de lo que se trata es de encontrar un chivo expiatorio, una manera eficaz de resolver el problema es convocar reuniones familiares. Algunos supervivientes se sienten culpables de haber sentido alivio. El suicidio ha puesto fin a una larga historia de problemas crónicos con el fallecido que puede haber incluido conductas aberrantes y otros intentos de suicidio anteriores (Hawton y Simkin, 2003).

*Corregir la negación y las distorsiones*

Los supervivientes tienen que afrontar la realidad del suicidio para poder superarlo. Para ello puede ser útil hablarles con expresiones duras como «se ha matado» o «se ha ahorcado». A muchas personas que han presenciado un suicidio les asaltan imágenes intrusivas de la escena y manifiestan otros síntomas de una TEP (Callahan, 2000). Para las que no lo han presenciado, la escena imaginada puede ser peor que la real. Explorar las imágenes gráficas puede ser difícil, pero hablar de ellas ayuda a comprobar su realidad. Esas imágenes suelen desvanecerse con el tiempo; si no es así puede que haga falta una intervención especial.

Otra tarea a realizar es corregir las distorsiones y redefinir la imagen del fallecido acercándola a la realidad. Hay muchos supervivientes que tienden a ver a la víctima como una persona totalmente buena o totalmente mala y esta ilusión se debe cuestionar. Una vez trabajé con una mujer cuyo padre se había suicidado. Durante la terapia fue importante para ella que cambiara la imagen que tenía de su «superpadre» por la de un padre que sufría una depresión clínica profunda a la que no veía salida y que, desesperado, se había quitado la vida.

*Explorar fantasías de futuro*

Se debe comprobar la realidad de las fantasías de los supervivientes sobre cómo les afectará el suicidio en el futuro. Si surge alguna realidad, habrá que explorar las maneras de afrontarla. «Cuando tenga hijos, ¿cómo les voy a decir que su tío se suicidó?»

*Trabajar con la ira*

Trabajar con la ira y la rabia que suscita esta clase de muerte permite expresarlas y al mismo tiempo, refuerza el control personal del superviviente sobre esos sentimientos. Una mujer cuyo marido se había suicidado dijo en la última sesión de asesoramiento: «He llegado

al final de la parte más dura. Es un alivio sentir ira y usted me ha dado permiso para hacerlo. Todavía hay dolor, pero lo acepto.

### *Comprobar la realidad de la sensación de abandono*

La sensación de haber sido abandonado puede ser una de las consecuencias más devastadoras del suicidio. Quienes pierden a un ser querido por muerte natural pueden sentirse abandonados aunque el fallecido no haya causado ni deseado su muerte. Pero en el caso de una muerte por suicidio la sensación de abandono es extrema. Puede haber algo de real en esa sensación y el nivel de esa realidad se puede evaluar mediante el asesoramiento psicológico.

### *Ayudar a encontrar un significado a la muerte*

La búsqueda existencial de significado se activa con cualquier forma de duelo y está relacionada con la tarea III. Además, los supervivientes a una muerte por suicidio se enfrentan a una muerte repentina, inesperada y en ocasiones, violenta (Range y Calhoun, 1990). Surge la necesidad de hallar una respuesta a la pregunta de por qué un ser querido se ha quitado la vida y sobre todo, de saber cuál era su estado de ánimo antes de morir. Es frecuente que el superviviente se sienta obligado a explicar el suicidio a otras personas cuando esta explicación está más allá de su propia comprensión (Moore y Freeman, 1995). En un estudio, Clark y Goldney (1995) vieron que poco después de la pérdida muchos supervivientes no podían hallar ningún significado en la tragedia. Para algunos, esto fue cambiando con el tiempo y acabaron con una sensación de curación y con la capacidad de hacer cambios positivos en su vida. Otros se siguieron sintiendo destrozados y amargados. Y otros encontraron útil el modelo médico del suicidio y del trastorno mental, sobre todo la teoría de la depresión basada en neurotransmisores. Hallar el sentido a un suicidio es un proceso complejo y no lineal (Begley y Quayle, 2007).

He aquí otras sugerencias para la intervención:

1. Contactar de inmediato con la persona o la familia antes de que empiecen las distorsiones. Los mitos familiares empiezan muy pronto. Emplear la expresión «ha muerto por suicidio» y no «se ha suicidado» porque la segunda conlleva más estigmatización (Parrish y Tunkle, 2003).
2. Estar atentos a la posibilidad de que surjan reacciones desmesuradas durante el proceso de asesoramiento. A veces, los clientes intentan que el asesor los rechace para hacer real la imagen negativa que tienen de sí mismos. También se debe observar si el superviviente está en riesgo de suicidarse o de sufrir otros problemas mentales. Jordan y McMenamy (2004) citan a Shneidman para recordarnos que «*posvención es preventión*».
3. Muchos supervivientes de una muerte por suicidio sienten que sólo pueden entenderles quienes han pasado por una experiencia similar (Wagner y Calhoun, 1991). Si hay un número suficiente de personas que afrontan esta clase de duelo se puede considerar la posibilidad de formar un grupo con ellas. Es útil hablar con otras personas que hayan sufrido una pérdida similar. Si llevamos un grupo de duelo general y tenemos en él a un superviviente de una muerte por suicidio, intentemos encontrar a otro para evitar que el primero piense: «Aquí no hay nadie que pueda entender mi pérdida». Mitchell, Gale, Garand y Wesner (2003) emplearon un método narrativo en un grupo de apoyo al duelo por suicidio de ocho semanas de duración con buenos resultados. El grupo se centraba en superar la *muerte* con independencia del suicidio en sí.
4. De ser posible, el asesoramiento deberá incluir a la familia del fallecido y a su sistema social más amplio (Jordan, 2001). Sin embargo, no debemos presuponer que todas las familias se deshacen. Algunas se unen más ante esta clase de crisis (McNiel, Hatcher y Reubin, 1988). Véanse propuestas para la intervención con familias que han sufrido un suicidio en Kaslow y Aronson (2004).

Aunque los supervivientes de muertes por suicidio tienen muchas vivencias comunes, el asesor debe tener muy presente que la vivencia

del duelo está determinada por múltiples factores y que en los mediadores del duelo descritos en el capítulo 3 se pueden dar grandes diferencias individuales.

### MUERTE REPENTINA

Las muertes repentinas son las que se producen sin aviso y exigen una comprensión y una intervención especiales. Aunque las muertes por suicidio entran en esta categoría, hay otras clases de muertes repentinas —accidentes, infartos u homicidios— que también se deben comentar. Varios estudios han hecho el seguimiento de personas en duelo durante varios meses después de la pérdida para evaluar la resolución del duelo. En muchos de estos estudios la conclusión ha sido la misma: las muertes repentinas son más difíciles de elaborar que las muertes donde aparece alguna señal de su inminencia (Parkes, 1975). Durante la última década hemos visto un aumento de las muertes repentinas, sobre todo de carácter violento. Los tiroteos en las escuelas y en las calles, los accidentes de aviación, etcétera, son un buen ejemplo.

Hay ciertas características especiales que se deben tener en cuenta al trabajar con supervivientes de una muerte repentina. Esta clase de muerte deja al superviviente con una *sensación de irreabilidad*. Cuando suena el teléfono y nos dicen que ha muerto un ser querido inesperadamente, surge una sensación de irreabilidad que puede durar mucho tiempo. No es nada extraño que el superviviente se sienta aturdido y deambule sin rumbo tras la pérdida. Tampoco es infrecuente que tenga pesadillas e imágenes intrusivas a pesar de no haber estado presente en el momento de la muerte. Una intervención apropiada en el asesoramiento puede ayudar al superviviente a afrontar esta clase de muerte repentina, a comprobar la realidad del suceso y a afrontar las imágenes intrusivas del trauma.

Otra característica de esta clase de muerte es que puede exacerbar la *sensación de culpa*. Esta sensación es habitual en cualquier muerte, pero en casos de muerte repentina es frecuente que se exprese en afirmaciones como: «No debimos dejarle ir a la fiesta», o «Tendría que haber estado con él». Uno de los principales elementos de la interven-

ción en el asesoramiento es centrarse en esta sensación de culpa y ayudar al superviviente a comprobar la realidad de su responsabilidad. Tras una muerte repentina, muchos niños sienten una culpa asociada al cumplimiento de un deseo adverso. No es raro que los niños deseen la muerte de sus padres o hermanos y la muerte repentina de una de estas personas les puede dejar con una sensación de culpa intensa y abrumadora (Worden, 1996).

La culpa también está relacionada con la *necesidad de culpar*. En el caso de una muerte repentina esta necesidad es muy fuerte. Por esta razón, no es raro que alguien de la familia acabe siendo el chivo expiatorio y, por desgracia, los niños suelen ser un blanco fácil de estas reacciones.

La cuarta característica de la muerte repentina es la frecuente *intervención de autoridades médicas y judiciales*, sobre todo en caso de accidente u homicidio. A las personas que han perdido a un ser querido por homicidio les es muy difícil —si no imposible— abordar las tareas del duelo antes de que se hayan resuelto los aspectos judiciales del caso. La familia de una joven que había sido asesinada llevaba seis años sufriendo un proceso judicial del que aún no se veía el final. Su padre decía. «Normalmente, cuando se te muere alguien de la familia, tienes la muerte, tienes el duelo y poco a poco vas siguiendo adelante con tu vida. Pero mientras todo esto continúe el duelo no tendrá un final y no se podrá dejar atrás lo sucedido» (Kerr, 1989). Algunos se sienten castigados por el sistema que les debería ayudar. La mayoría de estos casos suponen una investigación policial y cuando se hallan pruebas sólidas de culpabilidad suelen acabar en un juicio. Como sabe todo el mundo, la justicia es lenta y sus procedimientos llevan mucho tiempo. Estos retrasos pueden tener dos consecuencias: por un lado, retrasar el proceso del duelo porque los supervivientes centran tanto la atención en los detalles del juicio que no afrontan el duelo directamente. Por otro lado, estas interrupciones jurídicas pueden ser positivas en algunos casos. El hecho de que haya una sentencia y se cierre el caso puede ayudar a poner fin al duelo.

La quinta característica de la muerte repentina es la sensación de *desamparo* que suscita en el superviviente. Esta clase de muerte es un ataque a nuestro sentido del poder y del orden. La sensación de desamparo suele ir acompañada de una ira muy intensa y no es extraño

que el superviviente se desahogue con alguien. A veces, el blanco de esta violencia es el personal hospitalario. El superviviente también puede expresar su deseo de matar a las personas implicadas en la muerte. Tampoco es raro que se presenten querellas. Expresar la ira puede ayudar al superviviente a paliar esa sensación de desamparo. El asesor también deberá tener presente que el deseo de desquitarse puede actuar como defensa frente a la realidad y el dolor de la muerte (Rynearson, 1994).

Los supervivientes también pueden manifestar una intensa *agitación*. El estrés causado por una muerte repentina puede desencadenar una respuesta de lucha/huida que desemboque en una depresión agitada. Esta agitación suele ir asociada a un aumento repentino del nivel en sangre de adrenalina.

Las *cuestiones pendientes* son otra preocupación especial de los supervivientes de una muerte repentina. La muerte les provoca muchos remordimientos por las cosas que no dijeron al fallecido o por lo que no tuvieron tiempo de hacer con él. El asesoramiento puede ayudar al superviviente a centrar la atención en estas cuestiones pendientes y hallar alguna manera de resolverlas.

La última característica de esta clase de muerte es una mayor *necesidad de entender*. En el capítulo 2 vimos que, en cualquier muerte, los supervivientes quieren saber por qué ha ocurrido. Encontrar significado es una parte importante de la tarea III. En el caso de una muerte repentina parece darse una necesidad especial de encontrarle significado. Si la muerte ha sido traumática, la búsqueda de significado se puede relacionar con la necesidad de dominar la situación. Naturalmente, junto a la necesidad de encontrar un significado está la necesidad de hallar un culpable. Para algunas personas Dios es el único culpable posible y no es raro que renieguen de él mientras intentan reconstruir su vida tras la tragedia.

Consideremos ahora algunas intervenciones que pueden ser útiles tras una muerte repentina. La intervención en estos casos es muy similar a la intervención en momentos de crisis y se aplican los mismos principios. Desde un punto de vista histórico es interesante recordar que los primeros escritos sobre la intervención en casos de crisis aparecieron después de que Lindemann (1944) hubiera publicado su trabajo con supervivientes de víctimas del incendio del Coconut Grove.

Cuando el asesor se halle en el escenario de la crisis, que en muchos casos será el hospital, deberá ofrecer ayuda directamente. Una persona en estado de estupor no siempre es capaz de pedir ayuda. La pregunta «¿Necesita usted ayuda?» puede obtener una respuesta negativa. Es mejor decir a los familiares: «Trabajo con personas que han sufrido pérdidas como la suya y estoy aquí para ayudarles. Debemos llamar a (otros familiares, servicios funerarios, etcétera)». Dar ayuda a los supervivientes a título personal puede ser útil a corto plazo, pero la mejor intervención es reforzar lo más pronto posible su eficacia personal para minimizar las regresiones.

Hay que ayudar a los supervivientes a constatar que la pérdida es real. Hay varias maneras de hacerlo. Una de ellas es darles la opción de ver el cuerpo. He visto que esta experiencia ha sido positiva en muchas ocasiones y aconsejo que los supervivientes puedan ver el cuerpo adecuadamente preparado aunque la muerte se haya debido a un accidente de tráfico o a otro suceso violento. Si el cuerpo está mutilado se deberá informar de ello a la familia antes de que lo vea. Ver el cuerpo o una parte de él puede ayudar a constatar la realidad de la pérdida, que es el objetivo de la tarea I del duelo. Personas que no habían visto el cuerpo después de una muerte por accidente me dijeron años más tarde que desecharían haberlo hecho. Otra manera de ayudar a constatar la realidad de la pérdida es hacer que los supervivientes se centren en la muerte (la pérdida), no en las circunstancias de la misma o en buscar un culpable.

Otra intervención que puede usar el asesor para ayudar a la persona a aceptar la realidad de la pérdida es usar la palabra «muerto». Por ejemplo: «Jenny ha muerto. ¿A quién se lo desean notificar?». Emplear esta palabra ayuda a constatar la realidad de la pérdida y a llevar a cabo los trámites que sea menester.

El asesor deberá estar familiarizado con el hospital y garantizar el bienestar físico de los familiares permitiendo que estén juntos, si ello es posible, en un lugar alejado de la actividad y el bullicio del servicio de urgencias. No hay que escatimar esfuerzos para que se encuentren cómodos.

El asesor no deberá soslayar su propia sensación de desamparo mediante el empleo de tópicos. De vez en cuando, en el hospital aún se oyen comentarios que intentan ayudar como: «Aún tiene usted a su

marido», o «Aún le quedan sus hijos». La mayoría de los supervivientes dicen que esos comentarios no sirven de consuelo. Si el asesor dice: «Todo va a salir bien», en el fondo hace una promesa falsa. Sin embargo, decir «Lo podrá superar» no es un tópico, sino una verdad; de vez en cuando, esta clase de comentarios pueden ofrecer un poco de consuelo a la persona que pasa por esta crisis.

Por último, se deberá ofrecer a los supervivientes una atención continua por parte del asesor mismo o por parte de una organización civil o religiosa. Por ejemplo, hay grupos de apoyo especializados en familiares y amigos de personas que han sufrido una muerte violenta como Parents of Murdered Children, que ofrece apoyo a los padres de niños asesinados. El asesor debe conocer bien estos recursos para que, como parte de la atención continua, pueda derivar a uno de estos grupos a familiares o amigos de personas que hayan sufrido una muerte repentina.

Siempre que se hable de las muertes repentinas habrá que considerar la cuestión del *trauma*. Ciertas muertes, como los homicidios, pueden provocar respuestas traumáticas además de provocar respuestas de duelo. Las características básicas del trauma son imágenes intrusivas, pensamiento evitador e hiperexcitación (como oír el petardeo de un vehículo y creer que ha sido un disparo). Hoy en día se recomienda abordar clínicamente los síntomas de estrés postraumático antes de empezar a trabajar con el duelo (Parkes, 1993; Rando, 1993). Según Rynearson, pionero del estudio de los duelos debidos a homicidio, y McCreery (1993):

Los efectos desintegradores de las imágenes traumáticas y la evitación de cogniciones, sentimientos y conductas van en perjuicio de las exigencias más introspectivas y reflexivas de reconocer la pérdida y adaptarse a ella. Aunque reconocer la pérdida es un tema fundamental de la terapia [...] el objetivo inicial del tratamiento incluye moderar la respuesta intrusiva/evitadora (pág. 260).

Ciertas intervenciones como la técnica EMDR se dirigen específicamente a personas diagnosticadas con TEP (Solomon y Rando, 2007). Con todo, en lugar de centrarse en mediadores del duelo como la ambivalencia y la culpa, la estrategia inicial de tratamiento deberá ofrecer

apoyo y centrarse en restablecer la resistencia de los supervivientes porque la mayoría de ellos se muestran abrumados y reactivos.

#### SÍNDROME DE LA MUERTE INFANTIL SÚBITA (SMIS)

Las muertes infantiles súbitas son una clase de muerte repentina que se debe considerar por separado. Sólo en Estados Unidos mueren de esta manera entre siete mil y diez mil bebés al año. El SMIS se da en niños de menos de un año de edad y sobre todo, en niños varones de dos a seis meses de edad. Aunque no se conocen del todo las causas del SMIS ni se ha establecido con claridad su patogénesis, se han publicado unas directrices para los padres con el objetivo de prevenirlo (Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2005). Los padres que pierden un bebé a causa del SMIS creen que el niño ha muerto de asfixia o ahogo o que ya sufría una enfermedad previa.

Hay varios factores que complican el duelo debido a esta clase de pérdida. En primer lugar, la muerte se produce de improviso en niños que parecían sanos. Al producirse de una manera tan repentina, no hay oportunidad de prepararse para la pérdida como en el caso de bebés o niños que mueren por alguna enfermedad progresiva. En segundo lugar, la ausencia de una causa clara genera mucha culpa y vergüenza. Los familiares y amigos se preguntan constantemente: «Por qué ha muerto el bebé?». La ausencia de una respuesta clara alimenta la sospecha de que los padres hayan podido ser negligentes. La ausencia de causas también puede provocar que los padres busquen sin cesar la razón de la muerte. El reciente interés en el consumo prenatal de sustancias como posible factor del SMIS contribuye a intensificar la culpa que sienten algunos padres (Gaines y Kandall, 1992).

Otra dificultad surge de la intervención del sistema judicial. Como se ha dicho antes, en el caso de una muerte repentina siempre es necesaria una investigación y la policía investiga muchos casos de SMIS. Muchos padres que han sufrido esta experiencia dicen que han tenido que soportar interrogatorios totalmente carentes de sensibilidad y algunos han acabado en prisión. Dada la conciencia cada vez mayor contra los maltratos y el abandono de niños, los padres de niños muertos de SMIS son objeto de sospechas y de investiga-

ciones que sólo añaden más estrés a una situación ya muy estresante de por sí.

Otro problema es el impacto del SMIS en los *hermanos*. No es raro que un niño sienta celos cuando llega otro bebé a la familia y cuando el bebé muere puede sentir remordimiento y culpa. En un estudio de hermanos de niños fallecidos por SMIS se encontraron unos niveles elevados de agresividad, depresión y retraimiento social en los que tenían de cuatro a once años de edad dos años después de la muerte del niño (Hutton y Bradley, 1994).

La probabilidad de que una pareja que sufra esta pérdida se separe es muy elevada. Después de la muerte las tensiones entre la pareja crecen y puede que ya no tengan relaciones sexuales por miedo a un embarazo y a que la experiencia se repita. La mujer puede pensar que a su marido no le importa mucho la muerte porque no llora cuando lo hace ella. Pero muchas mujeres no se dan cuenta de que su marido no llora porque no quiere entristecerla o porque se siente incómodo. Estos malentendidos pueden generar mucha tensión en una pareja y son un ejemplo de la ruptura de la comunicación que se produce cuando unos padres sufren tanta presión. No sólo hay tristeza, también hay mucha ira. Un padre cuyo hijo murió de SMIS a los dos meses de edad me dijo: «Le dejé entrar en mi vida durante dos meses y él me abandonó». Al principio se sentía culpable por tener esos sentimientos, pero el asesoramiento le ayudó a ver que eran normales.

Hay varias cosas que podemos hacer para ayudar a las personas afectadas a afrontar mejor esta clase de pérdida. La primera se refiere al trato que reciben los padres en el hospital. En general, cuando un niño muere de esta forma se le traslada rápidamente al hospital y allí se confirma la muerte. La manera de comunicar esta información a los padres es importante para ayudarlos a adaptarse a la pérdida. Una intervención aconsejable por parte del personal del hospital es dar a los padres la opción de pasar un rato con el bebé fallecido. Esto es muy importante porque los padres suelen querer estar con su hijo, abrazarlo o hablar con él. Hay diferencias de opinión entre el personal hospitalario respecto al valor de esta clase de intervención. Pero en mi opinión es muy importante dar a los padres esta opción. Algunos padres que han pasado un rato con su hijo muerto han dicho más adelante que les ayudó a pasar por esa experiencia tan dura. En segundo

lugar, se debe destacar la importancia de obtener autorización para llevar a cabo la autopsia porque ofrece a los padres cierta información sobre lo que ha podido pasar. Según Morgan y Goering (1978), para los no profesionales es más aceptable el uso de la expresión «examen post mórtém» que el empleo de «autopsia». Algunos padres se niegan a dar esta autorización porque se sienten culpables de la muerte. Sin embargo, quien la solicite puede ofrecer varias razones de importancia para llevarla a cabo: es la última oportunidad para determinar la causa de la muerte; es más fácil aceptar la muerte si se sabe que era inevitable; puede que sea necesario conocer la causa exacta por razones jurídicas o para el cobro de seguros. Si la persona que pide la autorización está convencida de su importancia, es más probable que la obtenga. Nunca se debe forzar a los padres a que den su consentimiento y se les debe pedir que lo hagan con tacto y delicadeza.

Es importante que el médico dé información sobre este síndrome a la familia. También lo es dar información sobre el proceso del duelo para que los padres no piensen que se están volviendo locos o que el duelo nunca va a terminar. Y el terapeuta deberá estar atento a lo que piensen y sientan los hermanos en relación con la pérdida en el contexto de una terapia familiar o examinando su conducta después de la muerte. Muchos de estos niños tienen problemas escolares o de sueño.

Por último, se puede asesorar a los padres en relación con embarazos posteriores. Muchos temen tener otro hijo ante la posibilidad del SMIS. El asesor debe tener presente que las circunstancias, la edad del niño y el carácter repentino de la muerte suelen dar lugar a una fuerte negación. Muchos padres sienten la necesidad de conservar la habitación del niño intacta, preparar el baño cada día y seguir con la rutina mucho tiempo hasta llegar poco a poco al final de la tarea I, la conciencia de que el niño se ha ido y no va a volver.

El asesoramiento debería continuar durante un tiempo porque es difícil que los padres asimilen toda la información de una vez. Creo que una parte importante del asesoramiento es animar a los padres a hablar con otras parejas o familias que hayan sufrido un trauma similar. También hay grupos de apoyo especializados en esta pérdida. Compartir la experiencia les ayuda a adquirir una conciencia cada vez mayor de que el bebé no ha muerto por su culpa, de que ellos no podían hacer nada. Un comentario que hacen muchos padres cuyo hijo

ha muerto por la noche es: «Ojalá hubiera estado despierto cuando se ha ido». El National SIDS and Infant Death Program Support Center ofrece información sobre el SMIS en Estados Unidos y ayuda a organizar grupos locales de apoyo a los padres.

### ABORTOS ESPONTÁNEOS

Los datos estadísticos sobre la cantidad de embarazos que acaban en un aborto espontáneo varían, pero se calcula que oscilan entre una quinta y una tercera parte. Los padres que han sufrido un aborto espontáneo no siempre reciben apoyo de su familia y sus amigos. Los abortos espontáneos se suelen tratar como una *pérdida negada socialmente*. No todo el mundo está al corriente de un embarazo y a la mujer que ha perdido un bebé le puede avergonzar mencionarlo. Puede sentirse aislada en una cultura que destaca la maternidad y su duelo puede ser más difícil de resolver (Frost y Condon, 1996). Estas y otras experiencias por las que pasan estas personas dificultan más el duelo.

En general, cuando una mujer tiene un aborto espontáneo la primera preocupación de todo el mundo es su salud. Es más tarde cuando la gente empieza a darse cuenta de lo que ha perdido. En ese momento empiezan a surgir varias dudas. Cuando una mujer ha sufrido un aborto espontáneo en su primer embarazo, duda de si podrá tener más hijos. Los médicos suelen estar preparados para resolver esta duda aunque en general recurren a estadísticas y probabilidades de embarazos con éxito en mujeres de la misma edad y con el mismo estado físico. Aunque esta información puede ser útil, también es importante que el médico se dé cuenta de que la mujer ha sufrido una pérdida importante y no intente enmascarar o minimizar esta pérdida aludiendo a la probabilidad de otro embarazo. Es evidente que esta cuestión preocupa a la mujer, pero muchos médicos afrontan su propio malestar ante el aborto centrándose sólo en este tema.

*La culpa* es otro problema importante para la mujer que ha sufrido esta clase de pérdida. Necesita culpar a alguien y el primer candidato es ella misma: ¿Lo ha provocado ella al correr, al bailar o al realizar otra actividad física? Muchas mujeres de hoy retrasan su primer embarazo porque prefieren centrarse en su carrera profesional y es-

peran a tener hijos más adelante, cuando su carrera ya esté bien consolidada. Sufrir un aborto en estas circunstancias puede intensificar la culpa y el impacto de la pérdida. Parte de la culpa también recae en sus maridos. «Si él no hubiera querido tanto sexo, esto no habría ocurrido», me dijo una paciente que acababa de abortar. El marido es el blanco de su ira porque lo culpa de no tener los mismos sentimientos que ella, o al menos eso cree. El marido se ve superado por las circunstancias y la mujer puede interpretar su necesidad de parecer fuerte como una falta de sentimientos.

Muchos maridos sumidos en esta sensación de desamparo encuentran un aliado en el médico, que muchas veces es un hombre y se centra en el hecho de que la pareja podrá tener más hijos. Aunque esto puede hacer que el hombre se sienta esperanzado y en esta situación puede que sea una postura realista, quizás no sea lo que la mujer desea oír. Al igual que en otras pérdidas, es muy importante que las personas afectadas puedan expresar sus sentimientos con franqueza.

Los estudios indican que los casos de aborto espontáneo provocan un proceso del duelo tanto en los hombres como en las mujeres. En general, el duelo es más intenso cuanto más adelantado estaba el embarazo, sobre todo para el padre. El apego también es un mediador importante del duelo en esta clase de pérdida (Robinson, Baker y Nackerud, 1999). El duelo de hombres y mujeres suele centrarse en el sueño perdido de un futuro prometedor. Aunque la mujer suele estar más apegada al feto, las ecografías pueden dar origen a un vínculo afectivo tanto en los hombres como en las mujeres (Beutel, Deckardt, Von Rad, y Weiner, 1995).

Dado que el aborto espontáneo supone la pérdida de una persona, es importante realizar el trabajo del duelo. Hay diversas opiniones sobre si los padres deberían ver o no el feto como parte del proceso. «He hablado con varios que han pedido verlo y me han dicho que les ha sido útil. Les ha ayudado a aceptar la realidad de la pérdida, permitiéndoles avanzar y afrontar sus sentimientos. «Me ayudó a entender que lo sucedido era una muerte», me dijo una mujer que había pedido al médico que le dejara ver a su hijo muerto. Así pudo decirle adiós, algo que, como me dijo más adelante, la ayudó durante el duelo.

Como sucede con otras pérdidas, hay una gran necesidad de hablar de ella. Pero, muchas veces, tanto en los abortos espontáneos

como en los provocados, los familiares y amigos no sabían nada del embarazo o les incomoda hablar de estos temas. Esto no ayuda a los padres a superar el duelo.

Si hay otros hijos en la familia puede plantearse el problema de cómo contarles la muerte. Es importante explicar lo sucedido a los hijos de más edad, dejar que expresen sus sentimientos y pensamientos respecto a ello y ayudarles a llorar al hermano que han perdido.

Para los abortos espontáneos hay muy pocos rituales establecidos que ayuden a que la pérdida sea más tangible y faciliten la expresión del duelo. Hay algunas cosas que el asesor puede recomendar como dar un nombre al feto, hacer en su memoria un acto donde se encienda una vela o se plante un árbol o expresar en palabras los sueños y las esperanzas para el bebé, escribiéndole una poesía o una carta (Brier, 1999).

#### MUERTE PERINATAL

En la mayoría de los casos, lo que se aplica al aborto espontáneo también se aplica a la muerte perinatal. Si algo resume la postura que debería adoptar el profesional de la salud ante una pareja que sufre esta clase de pérdida es reconocer que ha sufrido una pérdida real, una muerte. No se debe minimizar la pérdida con optimismo hablando del futuro y de que se pueden tener más hijos. Aunque no es raro que una pareja quiera iniciar un embarazo inmediatamente después de haber sufrido una muerte perinatal, es mejor que no actúe de una manera precipitada. Lo mejor es esperar un tiempo, hasta que se haya elaborado el duelo por el niño muerto.

Es importante trabajar con los dos miembros de la pareja afectados por la pérdida. Los padres también necesitan pasar el duelo, y lo hacen a pesar de que alguien pueda decir lo contrario. Hay hombres que lloran cuando conducen solos. Otros visitan solos el cementerio. Aunque el papel de los padres en la sociedad está cambiando y hoy se dedican más a los hijos y tienen más libertad emocional, aún se les presiona para que sean fuertes y manifiesten menos emociones en momentos de crisis (O'Neill, 1998). Los estudios indican que la mejor adaptación a esta pérdida se produce cuando los dos padres tienen

un estilo de afrontamiento similar y saben comunicarse con franqueza (Feely y Gottlieb, 1988-1989). Debemos trabajar con los sentimientos de la pareja en relación con la pérdida, sobre todo el miedo y la culpa. El miedo a otro embarazo, al impacto de la pérdida en la pareja y a fracasar como padres es especialmente importante. La culpa se puede dirigir hacia uno mismo o hacia otros. Debemos explorar estas tendencias y su impacto en la autoestima.

El asesor deberá examinar con los padres las fantasías sobre el hijo que han perdido. Esto incluye el significado del embarazo. Por ejemplo: ¿Estaba planificado y era deseado por los dos, o alguno se sentía ambivalente en relación con él? ¿Era el resultado de un tratamiento para la fertilidad o era un embarazo tras muchos años de matrimonio? Si el hijo naciera deforme, los padres deberían elaborar dos pérdidas: una por el hijo que esperaban tener y otra el que realmente han perdido.

Deberemos ayudar a la familia a constatar la realidad de la pérdida animándola a tomar decisiones sobre la manera de disponer el cuerpo, a dar un nombre al bebé y a participar en rituales como el funeral. Objetos representativos del bebé como fotos, el certificado de nacimiento, una huella del pie, un mechón de pelo, el brazalete que llevaba en la sala de maternidad o tarjetas enviadas por amigos pueden ayudar a hacer que la pérdida sea real. El informe de la autopsia permite comprobar la realidad de la causa de la muerte y da la oportunidad de hacer preguntas.

Hallar significado es una tarea importante del duelo (tarea III), sobre todo tras la muerte de un bebé al nacer «¿Cómo ha podido ocurrir algo así?», es un grito universal de los padres que han sufrido esta pérdida. El asesor puede ayudar a los padres a hallar una respuesta, incluyendo la posibilidad de que quizás no haya ninguna.

No hay que olvidar a los hermanos. La muerte perinatal puede ser una pérdida invisible para los niños. No ver al bebé perdido hace la muerte menos real, una realidad que se reduce aún más si los padres no reconocen la pérdida. Naturalmente, la comprensión que un niño tenga de la pérdida estará influida por su desarrollo cognitivo y emocional. Si una comprensión inadecuada de la pérdida se combina con el pensamiento mágico, el niño se puede creer culpable de la pérdida o culpe de ella a los padres. En el segundo caso, la vulnerabilidad per-

sonal y la ansiedad del niño pueden crecer y hacer que se preocupe por su propia seguridad y su propio bienestar. Un niño de cuatro años cuyo hermano había nacido muerto dijo a su madre: «No estés triste. Yo estoy vivo» (Valsanen, 1998, pág. 170). Reconocer el duelo del niño puede ser la manera más importante de darle apoyo. Escuchar sus preguntas y responder a ellas con franqueza es un factor de apoyo importante (Wilson, 2001).

Con esta clase de muerte la familia sufre tanto por lo que podría haber tenido como por lo que ha perdido. La unidad familiar debería incluir a los abuelos porque también ellos han sufrido la pérdida. Se debe tener en cuenta la posibilidad de derivar a los padres a un grupo de apoyo que esté especializado en estos casos. Si no hay ninguno en la zona, el asesor puede ayudar a crearlo. También se recomienda hacer un seguimiento de la pareja y del resto de la familia. En el Massachusetts General Hospital tenemos un programa muy consolidado cuyos detalles se pueden consultar en Reilly-Smorawski, Armstrong y Catlin (2002).

Peterson (1994) ofrece buenos consejos a quienes hacen asesoramiento prenatal a mujeres que han tenido una pérdida perinatal *previa*.

#### ABORTO PROVOCADO

En relación con el aborto, muchas personas adoptan una actitud despreocupada que a veces raya en la displicencia. Cuando trabajé en el servicio de salud de una universidad asesoré a muchas mujeres que habían abortado tiempo antes y que no se daban cuenta de que el duelo no resuelto por un aborto anterior estaba detrás de lo que las preocupaba. El aborto es una de esas *pérdidas de las que no se puede hablar* y que la gente quería olvidar. La sensación superficial después de un aborto es de alivio, pero las mujeres que no elaboran la pérdida pueden vivir el duelo en otra pérdida que sufran después.

La experiencia de María, una mujer de veintisiete años de edad que acudía a un grupo semanal de terapia, es un buen ejemplo de esta clase de duelo retrasado. Un día vino al grupo muy triste y preocupada porque una amiga y compañera de trabajo había perdido a su bebé en el sexto mes de embarazo. Estaba muy angustiada y el grupo

le dio todo su apoyo. A la semana siguiente volvió a sacar el mismo tema y el grupo le volvió a ofrecer su apoyo. Sin embargo, cuando hubo sacado el mismo tema cinco o seis semanas seguidas me pareció que estaba más preocupada por aquella pérdida que la madre del bebé. Su conducta parecía excesiva para aquella situación y sospeché que debía de haber un embarazo y una pérdida sin resolver en su propia vida. Cuando le pregunté con mucho tacto, me confirmó que era así. Hacía varios años, cuando tenía veinticuatro, se había quedado embarazada y había abortado. Intentó quitárselo de la cabeza enseguida. No dijo nada al hombre porque era una relación pasajera y tampoco dijo nada a sus padres por su educación católica. A falta de un apoyo emocional, creyó que la mejor manera de afrontarlo era olvidarlo tan rápido como pudiera. Sin embargo, al hacerlo se negó el proceso del duelo necesario. No era consciente de la necesidad de elaborar la pérdida, una conciencia que afloró con el aborto espontáneo de su amiga. Con ayuda, pudo trabajar la pérdida como parte de su experiencia en el grupo de terapia.

Una de las maneras de abordar el duelo relacionado con el aborto es recibir un asesoramiento más completo antes del aborto en sí para que la persona afectada pueda comentar las opciones existentes, examinar los sentimientos ambivalentes que pueda tener y recibir apoyo emocional. Muchas mujeres que desean abortar tienden a hacerlo con prisas y, a causa del estigma y la vergüenza asociados a este acto, puede que tomen la decisión sin el apoyo de amigos y familiares.

El asesoramiento después del aborto puede ser eficaz, pero muchas mujeres no lo buscan. En nuestra sociedad, el aborto es una *pérdida negada socialmente*. Verlo como una muerte y llorarlo en consecuencia puede generar una culpa muy profunda. El duelo puede surgir años después, cuando la mujer llega a la menopausia o descubre que es estéril (Joy 1985). El duelo se manifiesta como una ira o una culpa que acaban provocando una depresión autocastigadora. Las consecuencias a largo plazo del aborto deberían formar parte del asesoramiento posterior a él (Broen, Moum, Bodtker y Ekeberg, 2004).

Speckhard y Rue (1993) proponen estas directrices para el asesoramiento postaborto:

Cuando una mujer admite que puede valer la pena hablar de su(s) aborto(s), es conveniente preguntarle cómo se quedó embarazada, cuándo empezó a darse cuenta de que lo estaba (antes de confirmarlo), qué pensaba sobre el embrión en desarrollo, si lo personificaba y se refería a él con algún referente de apego o de cariño (como «mi bebé»), y cómo decidió abortar. Estas preguntas suelen empezar a revelar el proceso de pensamiento dual que se caracteriza por el apego al feto y por la negación de ese apego (pág. 23).

Es menos probable que las adolescentes busquen ayuda después de un aborto aunque les es más difícil obtener apoyo emocional. Sus padres están enfadados con ellas por haberse quedado embarazadas y, a veces, sus hermanos consideran que han matado a su bebé. En general no se pueden dirigir a su círculo de amistades por el estigma asociado al embarazo en la adolescencia. En un estudio hecho en el área de Chicago, Horowitz (1978) halló que muchas de las adolescentes a las que quería entrevistar no querían hablar de sus abortos ni de sus sentimientos al respecto.

Algunas adolescentes intentan afrontar el duelo con otro embarazo. A primera vista, esta reacción podría parecer irreflexiva. Pero Horowitz (1978) halló que muchas jóvenes volvían a quedarse embarazadas conscientemente una o más veces para afrontar sus sentimientos sobre el primer aborto. Intentar «sacarse de la cabeza» la experiencia del aborto equivale a minimizar su importancia, pero no creo que sea posible minimizarla y está claro que es necesario seguir un duelo adecuado.

#### DUELO ANTICIPADO

El duelo anticipado o previo hace referencia al proceso del duelo que se sigue antes de la pérdida real. Es distinto del duelo normal del superviviente del que hemos hablado hasta ahora. En muchos casos, la muerte es un desenlace que ya se prevé y, hasta que llega el momento, la persona inicia el duelo y siente las respuestas emocionales del mismo. Esta situación puede plantear unos problemas concretos que exigen unas intervenciones específicas. Aunque la muerte repen-

tina es muy traumática, el duelo prolongado puede dar origen a un resentimiento que acabe desembocando en culpa.

El término «duelo anticipado» lo acuñó Lindemann (1944) hace años para referirse a la ausencia de manifestaciones patentes de duelo en el momento de la muerte por parte de supervivientes que ya habían pasado por las fases del duelo normal y se habían liberado de sus vínculos emocionales con el fallecido. El psiquiatra Knight Aldrich desarrolló más este concepto en un influyente artículo titulado *«The dying patient's grief»* (1963).

Uno de los primeros interrogantes que plantea el duelo anticipado es si sirve de ayuda en el duelo posterior a la muerte. Dicho de otro modo, las personas que han sufrido un período de duelo previo a la muerte, ¿afrontan mejor el duelo posterior y lo sufren menos tiempo? Parece haber indicios de que es así. En unos estudios realizados por Parkes (1975) donde se evaluó a un grupo de supervivientes trece meses después de la muerte, las personas que sabían que el fallecido iba a morir estaban mejor que las personas que no habían previsto la muerte. Pero no todos los estudios llegan a la misma conclusión. Hogan, Morse y Tason (1996) hallaron que el duelo anticipado no mejoraba ni acortaba el duelo. Pero las pruebas no están claras. Debemos recordar que la conducta de duelo está multideterminada y que, como se decía en el capítulo 2, hay muchos mediadores de esta conducta y todos influyen en su intensidad y sus resultados. Uno de estos determinantes es tener algún aviso de la muerte, tener la oportunidad de llorar la muerte antes de que ocurra. Sin embargo, hay muchos más determinantes y fijarse sólo en esta variable es demasiado simplista.

Desde un punto de vista clínico, es importante que el profesional que trabaje con pacientes y familias antes de una muerte anunciada entienda el duelo anticipado con el fin de poder ayudarlos (Rando, 2000).

En esta situación, el proceso del duelo empieza pronto e incluye las distintas tareas. En relación con la tarea I, se es consciente de que la persona va a morir y el trabajo correspondiente empieza pronto. Con todo, en muchos casos la conciencia de que la muerte es inevitable alterna con la actitud de negar que la muerte se vaya a producir. De todas las tareas del duelo, la tarea I quizás sea la más facilitada por este período de previsión, sobre todo cuando la persona muere por al-

guna enfermedad que causa deterioro. Cuando se contempla día a día la decadencia de la persona, la realidad y la inevitabilidad de la muerte se imponen cada vez más. Con todo, he visto a personas que mantienen la esperanza y refuerzan su negación aunque existan señales visuales incontestables.

En relación con la tarea II, la previsión de la pérdida puede dar lugar a una variedad de sentimientos que solemos asociar al duelo posterior a la muerte. Uno que se observa con frecuencia durante este período es el aumento de la ansiedad. En el capítulo 2 hemos hablado de la ansiedad de separación, de dónde surge y qué significa. Para muchas personas, cuanto más se alarga el período de duelo previo y más se acerca la persona a la muerte, más crece la ansiedad. Aldrich (1963) lo compara con la madre que se siente más y más inquieta por el primer día de escuela de su hijo a medida que se acerca la fecha.

En estas circunstancias, además de la ansiedad de separación también se exacerba la ansiedad existencial porque crece la conciencia de la propia muerte (Worden, 1976). Cuando alguien se deteriora ante nuestros ojos por una enfermedad progresiva, no podemos evitar identificarnos con el proceso y tener cierta conciencia de que su destino también puede ser el nuestro. El deterioro y la decadencia de nuestros propios padres también nos hacen ser conscientes de estar dando un paso generacional más, y de que el próximo paso será afrontar nuestra propia muerte.

Hay un fenómeno interesante que también está relacionado con la tarea III: adaptarse a un mundo del que el fallecido está ausente. Cuando hay cierta previsión de una muerte es habitual que los supervivientes «ensayen roles» mentalmente, es decir, que piensen mucho en cuestiones como: «¿Qué voy a hacer con los niños?», «¿Dónde voy a vivir?», «¿Cómo me las apañaré sin él?». Esto es lo que Janis (1958) había llamado «trabajo de la preocupación» en su estudio de pacientes de cirugía. Janis descubrió que los pacientes que llevan a cabo este trabajo antes de pasar por el quirófano responden mejor después. Este ensayo de roles es normal y desempeña un papel importante en el afrontamiento. Sin embargo, otras personas lo pueden considerar socialmente inaceptable. Las personas que hablan con detalle de lo que van a hacer tras la muerte pueden dar la impresión de ser insensibles y sus comentarios pueden parecer prematuros y de mal gusto.

Una de las cosas que puede hacer el asesor es ayudar a interpretar esta actitud a quienes la manifiestan y a sus familiares y amigos. Ciertas expresiones bienintencionadas como «No te preocunes, todo irá bien» pueden impedir este importante proceso del trabajo de la preocupación.

Uno de los problemas que puede plantear un duelo previo demasiado largo es que el superviviente se puede alejar emocionalmente de la persona mucho antes de que muera, lo que puede afectar negativamente a su relación con ella. La madre de Michael, ya anciana, se estaba muriendo de una enfermedad degenerativa. Michael y los otros miembros de la familia ya se habían hecho a la idea de su muerte; se habían despedido de ella y se habían encargado de los preparativos. Pero la madre siguió viviendo bastante tiempo, aunque en un estado de gran deterioro. Michael vino un día a la consulta muy confundido y con una intensa sensación de culpa porque quería hacer las reservas para ir de vacaciones con su familia, como hacía cada año por las mismas fechas, pero sentía que no podía seguir adelante ni hacer planes mientras su madre siguiera viva. En aquellas circunstancias, Michael deseaba que su madre hubiera muerto y se sentía muy culpable por pensar así. Esta situación no es infrecuente, sobre todo si el moribundo exige muchos cuidados y su estado es de gran deterioro. Al hablar de este retramiento de los familiares, Weisman y Hackett (1961) comentaban que actos como correr las cortinas, hablar en susurros y adoptar actitudes poco naturales pueden transmitir al moribundo una sensación de rendición, de abandono y de entierro en vida.

También se puede dar la conducta contraria: en lugar de alejarse demasiado de la persona moribunda en forma de desapego emocional, los familiares se acercan demasiado a él para evitar la sensación de culpa y de pérdida y pueden excederse en los cuidados que le prestan. Esto ocurre, sobre todo, cuando intentan afrontar los sentimientos ambivalentes que abrigan hacia el moribundo y la culpa que acompaña esa ambivalencia. Se ocupan del paciente con una diligencia excesiva o buscan tratamientos alternativos, lo que no sólo supone un problema para el paciente, sino también para el personal médico.

Conocí a una mujer que tenía a su marido en el hospital. Quería mantenerlo vivo a toda costa y recurrió a los medios más extremos. A primera vista, parecía que quería tanto a su marido que quería man-

tenerlo vivo como fuera, pero sólo había que rascar un poco para ver que mantenía con él una relación muy ambivalente y que lo expresaba mediante esta actitud exageradamente solícita.

El tiempo anterior a una muerte se puede emplear de una manera muy eficaz y puede ser importante para el duelo si se alienta a los supervivientes a encargarse de las cuestiones pendientes. Estas cuestiones no sólo incluyen el testamento y otros temas relacionados con la herencia, sino también ser capaz de expresar gratitudes y decepciones, de decir lo que se deba decir antes de que la persona muera. Si el asesor anima al paciente y a sus familiares a tener esta clase de comunicación, el período anterior a la muerte puede tener un efecto muy positivo en todos los afectados. Cuando se hace esto, los supervivientes no tienen que dedicar tiempo durante el asesoramiento a superar el arrepentimiento por cosas que no dijeron cuando aún tenían la oportunidad. Así pues, si tenemos acceso a pacientes y familiares antes de la muerte, ayudémosles a ver que, hasta que no se produzca la muerte, tienen la oportunidad de hacer lo que crean oportuno. Muchas personas necesitan estímulo o permiso para hacerlo, pero lo más normal es que lo hagan por su cuenta, sin necesidad de decírselos nada (Worden, 2000).

Hasta ahora hemos examinado el duelo anticipado de los supervivientes, pero quienes se están muriendo también lo sufren, aunque sea de una forma algo diferente. Los primeros sólo pierden a un ser querido, pero la persona que muere tiene muchos apegos y desde este punto de vista, pierde a muchos seres queridos al mismo tiempo. La previsión de esta pérdida puede ser abrumadora y, para afrontar el impacto, el moribundo puede mostrarse retraído y girar la cara hacia la pared en presencia de los demás. El asesor puede ayudar al moribundo, a su familia y a sus amigos a interpretar esta conducta porque puede ser causa de problemas, sobre todo para el primero.

Antes de concluir este apartado será oportuno considerar una cosa más relacionada con los grupos de apoyo. Existe una población que pasa momentos muy difíciles en el duelo anticipado y que necesita mucho apoyo: son los padres que pierden a un hijo pequeño por una enfermedad terminal. Cuando alguien pierde a un niño, tiene la sensación de que la muerte ha sido prematura. Los hijos no deben morir antes que sus padres, no es lo natural. Esta experiencia y muchas otras que suelen incluir prolongados tratamientos médicos gene-

ran una enorme tensión en los miembros de la familia, y no sólo en los padres, sino también en los hijos (Davies, Gudmundsdottir, Wor-den, Orloff, Sumner y Brenner, 2004).

Hay grupos de apoyo como Candlelighters especializados en ofrecer apoyo a padres cuyos hijos están muy enfermos o moribundos y cuyo objetivo es ayudarles a afrontar el duelo anticipado en el contexto de un grupo. Muchos padres que han participado en estos grupos han dicho que es una experiencia muy útil porque les ha dado la oportunidad de compartir sus sentimientos con otros padres que estaban pasando por la misma situación. También les ha ayudado a afrontar mejor la tensión que iba surgiendo en el matrimonio y sus problemas con los otros hijos, sobre todo la sensación muy habitual de que los estaban descuidando por la atención que prestaban al hijo que se estaba muriendo.

La sede central de The Candlelighters Child Cancer Foundation está situada en 3910 Warner Street, Kensington, MD 20895. Otro grupo de apoyo, Compassionate Friends, ayuda a las familias después de la muerte de los hijos. Para obtener información sobre la organización o sobre sus sedes locales escribir a: The Compassionate Friends, P. O. Box 3696, Oak Brook, IL 60522-3696 (teléfono 877-969-0010).

## SIDA

La 1<sup>a</sup> edición de *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* se publicó más o menos cuando apareció la pandemia del VIH/sida. Durante los últimos veinticinco años, el número de personas fallecidas a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha ido en aumento. Sin embargo, se han producido dos grandes cambios que se deben destacar. En primer lugar el VIH afecta hoy en día a un segmento más amplio de la sociedad. Al principio se tenía al sida por una enfermedad propia de homosexuales. Hoy hay cada vez más mujeres y niños que contraen la enfermedad y mueren o deben convivir con ella. Otro grupo afectado es el número cada vez mayor de niños cuyos padres sufren sida (Rotheram-Borus, Weiss, Alber y Lester, 2005). Aronson (1995) propone un programa escolar muy eficaz para estos niños.

Otro cambio se debe a los fármacos que han ido surgiendo desde los años noventa y que, solos o en combinación, han permitido que los enfermos de sida vivan más tiempo. Hoy en día, el sida se ha convertido en una especie de *enfermedad crónica*. Pero esto tiene tantas ventajas como inconvenientes (Demmer, 2000). Cuando el sida era una enfermedad terminal con pocas esperanzas de remisión, muchos pacientes podían prever el curso de su declive. Las prolongadas remisiones de hoy en día ofrecen esperanza a las personas afectadas y a sus seres queridos, pero el curso menos predecible de la enfermedad puede plantear otros problemas que hacen que la persona se pregunte, por ejemplo, si debe volver al trabajo o seguir de baja, o si aún estará viva cuando se encuentre una cura. Para muchas de ellas, si no para la mayoría, esta espada de Damocles acaba cayendo y deja un nuevo círculo de personas en duelo que, si bien agradecen ese tiempo añadido, ven aumentado su dolor por las esperanzas frustradas.

Se calcula que, hacia finales del siglo pasado, en Estados Unidos habían fallecido medio millón de personas a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Todas ellas dejaron a familiares y amigos que hubieron de afrontar las consecuencias de esta clase de pérdida. Los supervivientes de quienes mueren de sida forman una población de personas en duelo que se enfrentan a unos retos muy particulares. El hecho de que el síndrome se deba a un virus que aún no tiene cura, que conlleve un estigma social y que suela desembocar en una enfermedad prolongada, puede influir en la conducta de duelo de quienes han sufrido esta pérdida. A continuación examinaremos algunos aspectos del sida que pueden influir negativamente en el proceso del duelo.

### *Contagio*

Puesto que el sida se transmite por medio de los fluidos corporales, las parejas sexuales de las personas fallecidas por esta enfermedad pueden sentirse muy preocupadas por su propia salud. Síntomas físicos que en general se consideran una parte normal del proceso del duelo como fatiga, insomnio y dolor de cabeza, se pueden interpretar como síntomas del sida. El asesor debe informar a los supervivientes

de estos aspectos físicos del duelo para que no interpreten que los causa el sida y para que la angustia provocada por estos síntomas desaparezca.

Cuando un superviviente es seropositivo, la sensación de vulnerabilidad y el miedo a que la enfermedad avance pueden hacer que sienta ira hacia el fallecido. Una persona que se encontraba en esta situación me dijo: «Me siento como una bomba de relojería andante». Parte de esta vulnerabilidad es real, no neurótica. Se ha empezado a investigar la medida en que el estrés del duelo puede afectar al sistema inmunitario del superviviente, que ya puede estar debilitado a causa del virus (Kemeny, Weiner, Taylor, Schneider, Visscher y Fahey, 1994).

Otro aspecto asociado al contagio es la culpa. Algunos supervivientes se sienten culpables por haber transmitido el virus a su pareja o por haber participado en actividades o haber llevado un estilo de vida donde las probabilidades de transmisión son más elevadas. Esta sensación de culpa se debe abordar y evaluar. El contagio también desempeña un papel importante cuando un superviviente empieza a formar una nueva relación. Algunas personas rechazan las relaciones con supervivientes del sida, y en otros casos son los mismos supervivientes quienes dudan ante la posibilidad de formar nuevas relaciones.

### *Estigmatización*

La muerte relacionada con el sida suele ser una de las *pérdidas de las que no se habla* que hemos examinado anteriormente. A causa de esta estigmatización, que suele ser peor que la de las muertes por suicidio (Houck, 2007), algunos supervivientes tienen miedo a ser rechazados y a que se los juzgue con dureza si se conoce la causa de la muerte. En consecuencia, mienten y atribuyen la muerte a un cáncer o a otra cosa que no sea el sida. Esto puede hacer que se «libren» de esta consecuencia del sida, pero supone otra forma de coste emocional en forma de miedo a que se descubra su mentira y de ira y culpa por lo que han hecho. Ayudar a los supervivientes a afrontar la estigmatización y a hallar maneras adecuadas de hablar de la pérdida puede atenuar estos sentimientos de ansiedad y de miedo.

*Falta de apoyo social*

A causa del estigma del sida y a que en nuestra sociedad el duelo está legitimado por el parentesco, muchas personas que mantenían una relación no tradicional con un fallecido a causa del sida no pueden hallar la comprensión y el apoyo que necesitan tras la muerte. Se ha demostrado que el apoyo social reduce la depresión después de una muerte relacionada con el sida (Ingram, Jones y Smith, 2001). La madre de un cliente mío, que no sabía nada de la relación de su hijo con un fallecido a causa del sida, le dijo tras la muerte de éste: «Por qué estás tan triste? Sólo era tu compañero de habitación». Si una relación no está aprobada socialmente, es menos probable que la sociedad o las leyes reconozcan su importancia. La familia puede excluir a la pareja y a los amigos del muerto de la planificación y las actividades del funeral. También puede impedir que personas importantes en la vida del fallecido hereden propiedades o se beneficien de algún modo del testamentario.

Folta y Deck (1976) hicieron una importante observación sobre el duelo y las relaciones no tradicionales:

Aunque todos estos estudios nos dicen que el duelo es un fenómeno normal cuya intensidad se corresponde con la intimidad de la relación con el fallecido, no tienen en cuenta la amistad. El supuesto subyacente es que esta «intimidad de la relación» sólo se puede dar entre cónyuges y/o parientes próximos (pág. 239).

Un grupo que suele estar muy afectado por el estigma asociado al sida es el de los padres que tienen noticia al mismo tiempo de la enfermedad de su hijo y de su estilo de vida. A causa del temor al estigma, estas familias pueden distanciarse mucho del familiar enfermo. Una familia de una zona muy conservadora de Estados Unidos se enteró al mismo tiempo del estilo de vida y de la enfermedad de su hijo, ya muy cerca de su muerte. Cuando volvieron a su hogar dijeron a sus amistades que su hijo había fallecido en un accidente de tráfico, por temor a que los demás pudieran rechazarlos. La mentira continuó varios meses hasta que los conflictos internos les hicieron contar la verdad sobre la muerte. Para su sorpresa, en lugar de sentirse rechazados

recibieron la comprensión de sus amigos y de los feligreses de su parroquia. Los grupos especializados en familiares y amigos de pacientes de sida pueden ofrecer apoyo emocional antes y después de la muerte (Monahan, 1994; Sikkema, Hansen y Ghebremichael, 2006).

### *Muerte prematura*

Muchos de los que sucumben a enfermedades relacionadas con el sida son personas jóvenes, de veinte a treinta y cinco años. Su muerte suscita las reacciones que provoca cualquier muerte prematura, cuando unos padres sobreviven a un hijo. Sus amigos y coetáneos pueden adquirir más conciencia de su propia mortalidad y la angustia asociada a esta conciencia se puede incrementar (Worden, 1976). Muchos supervivientes se enfrentan a la cuestión de la propia mortalidad a una edad en la que no es habitual hacerlo.

### *Pérdidas múltiples*

En la comunidad homosexual, muchas personas han perdido a varios amigos y otros seres queridos a causa del sida. Como se ha dicho antes, las pérdidas múltiples pueden dar lugar a una sobrecarga de duelo y hacer que el proceso del duelo se detenga o se manifieste con diversos síntomas somáticos. Un estudio realizado en Nueva York indicó que el número de síntomas variaba en función del número de amigos que la persona había perdido a causa del sida, sobre todo entre los varones seropositivos (Martin y Dean, 1993). En unos estudios más recientes realizados en California no se halló ninguna relación entre el número de pérdidas y la frecuencia de los síntomas depresivos, lo que indica que la muerte de amigos y amantes puede haber llegado a ser un fenómeno casi «normal» entre la comunidad homosexual (Cherney y Verhey, 1996; Folkman, Chesney Collette, Boccellari y Cooke, 1996; Summers y otros, 1995). Con todo, estas pérdidas múltiples se han asociado a síntomas como obsesión por el fallecido y conducta de búsqueda (Neugebauer, Rabkin, Williams, Remien, Goetz y Gorman, 1992). Quienes ofrecen servicios a personas en duelo de-

ben tener presente esta asociación y prestar ayuda a quienes han sufrido múltiples pérdidas.

Las pérdidas múltiples que desembocan en un duelo masivo también pueden dejar a la persona con la sensación de ser un superviviente reiterado. La culpa del superviviente que se puede dar después de una catástrofe también se puede dar en quienes se consideran supervivientes reiterados (Blechner, 1993; Boykin, 1991).

Cuando se sufren pérdidas múltiples no se puede saber con toda seguridad por quién se sufre el duelo. Todas las pérdidas tienden a mezclarse. A veces, una pérdida reciente puede suscitar emociones asociadas a otra pérdida anterior y más importante. El asesor debe ser flexible con el cliente cuyo duelo oscile entre pérdidas anteriores y actuales (Nord, 1996).

Las personas que sufren pérdidas múltiples pueden dudar en compartir sus sentimientos con otros y sentirse aisladas porque creen que la comunidad no desea saber nada de esos sentimientos. Los grupos de apoyo pueden ser muy útiles en estos casos. También puede ser que una persona no quiera formar parte de uno de estos grupos por temor a que alguno de sus miembros muera mientras participa en él.

El impacto de las pérdidas múltiples también puede ser un problema para las personas que cuidan de grupos numerosos de pacientes de sida. Un asesor que trabajaba con pacientes de sida en San Francisco me dijo: «Llegué a tanta saturación en mi vida personal y profesional que ya no podía encajar ni una muerte más». La acumulación de muertes acaba por tener efectos (Bell, 1988). Quienes cuidan de personas con sida deben poder desahogar su dolor y tomar parte en actividades que afirman la vida para evitar el *burnout* (Bennett, Kelaher y Ross, 1994).

### *Enfermedad prolongada y desfiguración*

El VIH debilita el sistema inmunitario, permitiendo que el cuerpo pueda ser invadido por infecciones oportunistas. En las personas con enfermedades relacionadas con el sida, muchas de estas infecciones suponen un deterioro progresivo de las capacidades físicas y mentales. Personas que antes tenían una figura juvenil y atractiva pueden acabar con el aspecto de una víctima de un campo de exterminio. A

causa de este deterioro progresivo, hay personas a las que les cuesta mucho estar cerca de personas con sida. He trabajado con algunos supervivientes que se sentían muy culpables porque no habían estado cerca de la persona cuando moría. A muchas personas que han acompañado al moribundo les es muy difícil evitar los recuerdos de verla en aquel estado de deterioro. Debemos ayudar a estas personas a darse cuenta de que este fenómeno es normal y de que, poco a poco, podrán recuperar un conjunto de recuerdos más equilibrado.

### *Complicaciones neurológicas*

Otro aspecto del sida que influye en la pérdida son las complicaciones neurológicas que suele causar la enfermedad. Varios estudios han hallado que, al realizar la autopsia de pacientes con sida, más del 80 por ciento padecían alguna clase de daño en el sistema nervioso central. A veces estos daños provocan cambios sutiles en la conducta, pero lo más frecuente es que esté más deteriorada la región del cerebro que ha sido atacada por el virus. Este deterioro de las funciones mentales se parece al que sufren los pacientes de Alzheimer: los familiares y amigos van perdiendo más y más a la persona a la que conocían a medida que la demencia avanza. Como en el caso de la enfermedad de Alzheimer, estas pérdidas pueden provocar un duelo anticipado (McKeough, 1995).

En estos momentos parece que el virus del sida seguirá afectando a un segmento de la sociedad cada vez más amplio y quienes trabajen en el campo del duelo pueden esperar más casos relacionados con el sida en los próximos años.

### **REFERENCIAS**

- Aldrich, C. K., 'The dying patient's grief', *Journal of the American Medical Association*, 184, 1963, págs. 329-331.
- Aronson, S., 'Five girls in search of a group: A group éperience for adolescents of parents with AIDS', *International Journal of Group Psychotherapy*, 45, 1995, págs. 223-235.

- Begley M., y E. Quayle, «The lived experience of adults bereaved by suicide», *Crisis*, 28, 2007, págs. 26-34.
- Bell, J. P., «AIDS and the hidden epidemic of grief: A personal experience», *American Journal of Hospice Care*, 5, 1988, págs. 25-31.
- Bennett, L., M. Kelaher, y M. W. Ross, «The impact of working with HIV/AIDS on health care professionals: Development of the AIDS Impact Scale», *Psychology and Health*, 9, 1994, págs. 221-232.
- Beutel, M., R. Deckardt, M. Von Rad, y H. Weiner, «Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents, and course», *Psychosomatic Medicine*, 57, 1995, págs. 517-526.
- Blechner, M. J., «Psychoanalysis and HIV disease», *Contemporary Psychoanalysis*, 29(1), 1993, págs. 61-80.
- Boykin, F. F., «The AIDS crisis and gay male survivor guilt», *Smith College Studies in Social Work*, 61(3), 1991, págs. 247-259.
- Brier, N., «Understanding and managing the emotional reaction to a miscarriage», *Obstetrics & Gynecology*, 93, 1999, págs. 151-155.
- Broen, A. N., T. Mourm, A. S. Bodtker y O. Ekeberg, «Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow up study», *Psychosomatic Medicine*, 66, 2004, págs. 265-271.
- Cain, A. C. (comp.), *Survivors of suicide*, Springfield, IL, Thomas, 1972.
- Callahan, J., «Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants», *Suicide & Life-Threatening Behavior* 30, 2000, págs. 104-124.
- Cherney, P. M., y M. P. Verhey, «Grief among gay men associated with multiple losses from AIDS», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 115-132.
- Clark, S. E., y R. D. Goldney, «Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide», *Crisis*, 16, 1995, págs. 27-33.
- Cleiren, M., y R. Diekstra, «After the loss: Bereavement after suicide and other types of death», en B. Mishara (comp.), *The impact of suicide*, Nueva York, Springer Publishing, 1995, págs. 7-39.
- Cvinar, J., «Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature», *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 2005, págs. 14-21.
- Davies, B., M. Gudmundsdottir, J. W. Worden, S. Orloff, L. Sumner, y P. Brenner, «Living in the dragon's shadow». Fathers' experiences of a child's life-limiting illness», *Death Studies*, 28, 2004, págs. 111-135.
- Demmer, C., «Grief and survival in the era of HIV treatment advances», *Illness, Crisis & Loss*, 8, 2000, págs. 5-16.
- Farberow, N. L., D. E. Gallagher-Thompson, M. J. Gilewski, y L. W. Thompson, «Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides», *Journals of Gerontology*, 47, 1992, págs. 357-366.

- Feely, N., y L. N. Gottlieb, «Parents' coping and communication following their infant's death», *Omega*, 19, 1988-1989, págs. 51-57.
- Folkman, S., M. Chesney, L. Collette, A. Boccellari, y M. Cooke, «Postbereavement depressive mood and its prebereavement predictors in HIV+ and HIV- gay men», *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1996, págs. 336-348.
- Folta, J., y E. Deck, «Grief, the funeral, and the friend», en V. Pine, A. H. Kutscher, D. Peretz y R. Slater (comps.), *Acute grief and the funeral*, Springfield, IL, Thomas, 1976.
- Frost, M., y J. T. Condon, «The psychological sequelae of miscarriage: A critical review of the literature», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 1996, págs. 54-62.
- Gaines, J., y S. R. Kendall, «Counseling issues related to maternal substance abuse and subsequent sudden infant death syndrome in offspring», *Clinical Social Work Journal*, 20, 1992, págs. 169-177.
- Hawton, K., y S. Simkin, «Helping people bereaved by suicide», *British Medical Journal*, 327, 2003, págs. 177-178.
- Hogan, N., J. Morse, y M. Tason, «Toward an experiential theory of bereavement», *Omega*, 33, 1996, págs. 43-65.
- Horowitz, N. H., «Adolescent mourning reactions to infant and fetal loss», *Social Casework*, 59, 1978, págs. 551-559.
- Houck, J., «A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement», *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6, 2007, págs. 97-112.
- Hutton, C. J., y B. S. Bradley, «Effects of sudden infant death on bereaved siblings: A comparative study», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1994, págs. 723-732.
- Ingram, K. M., D. A. Jones, y N. G. Smith, «Adjustment among people who have experienced AIDS-related multiple loss: The role of unsupportive social interactions, social support, and coping», *Omega*, 43, 2001, págs. 287-309.
- Janis, I. L., *Psychological stress*, Nueva York, John Wiley, 1958.
- Jordan, J., «Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature», *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31, 2001, págs. 91-102.
- y J. McMenamy, «Interventions for suicide survivors: A review of the literature», *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34, 2004, págs. 337-349.
- Joy S. S., «Abortion: An issue to grieve?», *Journal of Counseling and Development*, 63, 1985, págs. 375-376.
- Kaslow, N., y S. Aronson, «Recommendations for family interventions following suicide», *Professional Psychology: Research & Practice*, 35, 2004, págs. 240-247.

- Kemeny, M. E., H. Weiner, S. E. Taylor, S. Schneider, B. Visscher, y J. L. Fahey, ·Repeated bereavement, depressed mood, and immune parameters in HIV seropositive and seronegative gay men·. *Health Psychology*, 13, 1994, págs. 14-24.
- Kerr, P., ·As murder case drags on, the mourning never ends·, *New York Times*, 2 de marzo de 1989. Obtenido de <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=950DE0D7113CF931A35750C0A96F948260>> el 14 de abril de 2008.
- Lazare, A., ·Unresolved grief·, en A. Lazare (comp.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1979, págs. 498-512.
- Lindemann, E., ·The Symptomatology and management of acute grief·, *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944, págs. 141-148.
- e I. M. Greer, ·A study of grief: Emotional responses to suicide·, *Pastoral Psychology*, 4, 1953, págs. 9-13.
- Martin, J. L., y L. Dean, ·Effects of AIDS-related bereavement and HIV-related illness on psychological distress among gay men: A 7-year longitudinal study 1985-1991·, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 1993, págs. 94-103.
- McIntosh, J. L., y L. D. Kelly, ·Survivors' reactions: Suicide vs. other causes·, *Crisis*, 13, 1992, págs. 82-93.
- McKeough, M., ·Dementia in HIV disease: A challenge for palliative care?·, *Journal of Palliative Care*, 11, 1995, págs. 30-33.
- McNiell, D. E., C. Hatcher, y R. Reubin, ·Family survivors of suicide and accidental death: Consequences for widows·, *Suicide & Life-Threatening Behavior* 18, 1988, págs. 137-148.
- Mitchell, A. M., D. D. Gale, L. Garand, y S. Wesner, ·The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors·, *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 2003, págs. 91-106.
- Monahan, J. R., ·Developing and facilitating AIDS bereavement support groups·, *Group*, 18, 1994, págs. 177-185.
- Moore, M. M., y S. J. Freeman, ·Counseling survivors of suicide: Implications for group postvention·, *Journal for Specialists in Group Work*, 20, 1995, págs. 40-47
- Morgan, J. H., y R. Goering, ·Caring for parents who have lost an infant·, *Journal of Religion and Health*, 17 1978, págs. 290-298.
- Neugebauer, R., J. G. Rahkin, J. B. Williams, R. H. Remien, J. Goetz, y J. M. Gorman, ·Bereavement reactions among homosexual men experiencing multiple losses in the AIDS epidemic·, *American Journal of Psychiatry*, 149, 1992, págs. 1374-1379.

- Nord, D., *Issues and implications in the counseling of survivors of multiple AIDS-related loss*, *Death Studies*, 20, 1996, págs. 389-413.
- O'Neill, B., *A father's grief: Dealing with stillbirth*, *Nursing Forum*, 33, 1998, págs. 33-37.
- Parkes, C. M., *Determinants of outcome following bereavement*, *Omega*, 6, 1975, págs. 303-323.
- , *Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter*, *British Journal of Psychiatry*, 162, 1993, págs. 49-54.
- Patrish, M., y J. Tunkle, *Working with families following their child's suicide*, *Family Therapy*, 30, 2003, págs. 63-76.
- Pearlman, R. A., C. Hsu, H. Starks, A. L. Back, J. R. Gordon, A. J. Bharucha, y otros, *Motivations for physician-assisted suicide*, *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 20, 2005, págs. 234-239.
- Peterson, G., *Chains of grief: The impact of perinatal loss on subsequent pregnancy*, *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 9, 1994, págs. 149-158.
- Rando, T A., *Treatment of complicated mourning*, Champaign, IL, Research Press, 1993.
- (comp.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning*, Champaign, IL, Research Press, 2000.
- Range, L. M., y L. G. Calhoun, *Responses following suicide and other types of death: The perspective of the bereaved*, *Omega*, 21, 1990, págs. 311-320.
- Reed, M. D., *Sudden death and bereavement outcomes: The impact of resources on grief symptomatology and detachment*, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 1993, págs. 204-220.
- Reilly-Smorawski, B., A. V Armstrong, y E. A. Catlin, *Bereavement support for couples following the death of a baby: Program Development and 14-Year Exit Analysis*, *Death Studies*, 26, 2002, págs. 21-37.
- Robinson, M., L. Baker, y L. Nackerud, *The relationship of attachment theory and perinatal loss*, *Death Studies*, 23, 1999, págs. 257-270.
- Rotheram-Borus, M. J., R. Weiss, S. Alber, y P. Lester, *Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death*, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 2005, págs. 221-228.
- Rynearson, E. K., *Psychotherapy of bereavement after homicide*, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994, págs. 341-347.
- y J. M. McCreery, *Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss*, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, págs. 258-261.
- Sikkema, K. J., N. B. Hansen, y M. Ghebremichael, *A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS*

- bereaved: Longitudinal effects of grief., *Health Psychology*, 25, 2006, págs. 563-570.
- Solomon, R., y T. Rando, «Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning», *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 2007, págs. 109-117
- Speckhard, A., y V. Rue, «Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief», *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 8, 1993, págs. 5-32.
- Summers, J., S. Zisook, J. H. Atkinson, A. Sciolla, W. Whitehall, S. Brown, y otros, «Psychiatric morbidity associated with acquired immune deficiency syndrome-related grief resolution», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 1995, págs. 384-389.
- Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, «The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk», *Pediatrics*, 116(5), 2005, págs. 1245-1255.
- Valsanen, L., «Family grief and recovery process when a baby dies», *Psychiatria Fennica*, 29, 1998, págs. 163-174.
- Wagner, K. G., y L. G. Calhoun, «Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks», *Omega*, 24, 1991, págs. 61-73.
- Weisman, A. D., y T. P. Hackett, «Predilection to death», *Psychosomatic Medicine*, 23, 1961, págs. 232-255.
- Werth, J., «The role of the mental health professional in helping significant others of persons who are assisted in death», *Death Studies*, 23, 1999, págs. 239-255.
- Wilson, R., «Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal death», *Early Human Development*, 61, 2001, págs. 55-65.
- Worden, J. W., *Personal death awareness*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.
- , *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- , «Towards an appropriate death», en T. Rando (comp.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning*, Champaign, IL, Research Press, 2000, págs. 267-277

## CAPÍTULO 8

### DUELO Y SISTEMAS FAMILIARES

Hasta ahora nos hemos centrado principalmente en las reacciones de duelo de una persona y en la relación de estas reacciones con el vínculo entre la persona y el fallecido. Pero la mayoría de las pérdidas importantes se producen en el contexto de una unidad familiar, de ahí la importancia de abordar el impacto de una muerte en todo el sistema de la familia.

La mayoría de las familias mantienen alguna forma de equilibrio homeostático y el hecho de perder a una persona importante puede desequilibrar esta homeostasis y hacer que la familia sienta dolor y busque ayuda. Según Murray Bowen (1978), un terapeuta familiar muy conocido, el conocimiento de la configuración de la familia, de la posición funcional de la persona fallecida en ella y del nivel general de adaptación vital es importante para quien desee prestar ayuda a la familia antes, durante y después de la muerte.

Los factores concretos que influyen negativamente en el proceso del duelo y en el grado de desorganización familiar se han identificado. Son las etapas del ciclo vital de la familia; los roles que desempeñaba el fallecido; el poder, el afecto y las pautas de comunicación; y los factores socioculturales (Davies, Spinetta, Martinson y Kulenkamp, 1986; Vess, Moreland y Schwebel, 1985-1986; Walsh y McGoldrick, 1991).

Mi objetivo es examinar cómo puede obstaculizar un duelo adecuado la dinámica familiar. Este capítulo no pretende ser un tratado de terapia familiar. Doy por hecho que el lector conoce y domina mínimamente esta clase de terapia y que sabe cómo administrarla. Para quienes estén menos familiarizados con ella y deseen una visión general, propongo la lectura del libro *Handbook of clinical family therapy*, de J. L. Lebow (2005). El libro de Kissane y Bloch *Family focu-*

*sed grief therapy* (2002) propone un método de terapia para familias en duelo.

El concepto de terapia familiar se basa en la creencia de que la familia es una unidad interactiva donde todos los miembros se influyen mutuamente. Por esta razón, no basta con tratar a cada persona en relación con el fallecido ni trabajar su duelo sin relacionarlo con la red familiar. Las características de cada miembro ayudan a determinar el carácter del sistema familiar, pero este sistema es más que la suma de las características individuales. Las reacciones de duelo de una familia se deben evaluar aparte de las reacciones de cada miembro (Rosen, 1990). Una de las razones de que sea necesario estudiar el duelo familiar además del individual es el impacto de los mitos de la familia. Estos mitos actúan de un modo similar a como actúan las defensas en el individuo y otorgan definición e identidad al grupo familiar. Además, cada cambio que se produce después de la muerte de un miembro de la familia es simbólico de la muerte de la familia misma, haciendo que la tarea principal sea el establecimiento de una familia nueva a partir de la antigua (Greaves, 1983).

La capacidad para expresar y tolerar sentimientos varía en cada familia. Si no se tolera que los sentimientos se expresen con franqueza pueden darse conductas fuera de lugar que actúan como equivalentes del duelo. Las familias que afrontan el duelo de una manera más eficaz son las que hablan con franqueza del fallecido; las que no lo hacen no sólo carecen de esta libertad, sino que además dan excusas y hacen comentarios que hacen que los otros miembros no digan nada. Las familias funcionales tienden a abordar más los sentimientos sobre la muerte, incluyendo admitir y aceptar sentimientos de vulnerabilidad (Davies y otros, 1986).

Una razón importante para adoptar un enfoque centrado en el sistema familiar es que el duelo no resuelto no sólo puede actuar como un factor clave en la patología familiar, sino que también puede contribuir a que se formen relaciones patológicas entre generaciones (Gajdos, 2002). Walsh y McGoldrick (1991) han señalado que el duelo diferido en la familia de origen impide que la persona sienta la pérdida emocional y la separación en la familia actual. Reilly (1978) ha estudiado este fenómeno en relación con el consumo de sustancias y cree que los padres de los consumidores jóvenes nunca han superado el

duelo o no han resuelto una relación ambivalente con sus propios padres. Por lo tanto, tienden a proyectar sus conflictos relacionados con la pérdida y el abandono a la familia actual. Con el fin de evaluar el impacto del conflicto intergeneracional, Bowen (1978) propone a los asesores qué, como parte del proceso de admisión, elaboren una historia familiar muy detallada que abarque al menos a dos generaciones.

Cuando se evalúan los sistemas familiares y el duelo se deben considerar al menos tres áreas principales. La primera es la *posición funcional* —es decir, el rol— que desempeñaba el fallecido en la familia. Los miembros de toda familia desempeñan distintos roles: el enfermizo, el que establece los valores familiares, el chivo expiatorio, el criador o el cabeza de clan. Cuanto más importante haya sido la posición funcional del fallecido, más alteraciones causará su muerte en el equilibrio funcional de la familia. Para Bowen (1978), la unidad familiar presenta equilibrio y calma cuando todos sus miembros actúan con una eficacia razonable. Pero cuando la familia gana o pierde a un miembro se produce un desequilibrio. La muerte puede privar a la familia de un rol importante y es posible que otro miembro ocupe su lugar.

Los niños desempeñan roles importantes en la familia y su muerte altera el equilibrio familiar. En una ocasión vi a un adolescente, el más joven de tres hermanos, antes de que muriera de leucemia. Había sufrido muchas hospitalizaciones y recibido muchos cuidados. El hermano mayor estaba celoso de él y tras su muerte, no permitió que sus padres tocaran la habitación de su hermano ni que guardaran o tiraran sus pertenencias. Se enfadaba mucho cuando su familia hablaba de hacerlo porque ello significaba que tendría que afrontar la realidad de la pérdida y su ambivalencia no resuelta hacia su hermano.

La madre sufría porque había mantenido una relación muy estrecha con el hijo muerto. Era una relación de dependencia invertida donde ella se apoyaba en él para que reforzara su poca autoestima y le asignaba un rol que era más propio de su marido. El marido, que nunca le había prestado mucha atención, aún le prestaba menos después de la muerte y se negaba a hablar de sus sentimientos. Cada vez pasaba más tiempo fuera de casa. La hija mediana, que ya no vivía con la familia, parecía ser la única que lo estaba llevando bien. Se podría haber asesorado individualmente a cada miembro de esta familia

con cierto éxito, pero no creo que tres o cuatro asesores personales hubieran tenido la misma eficacia que una terapia familiar donde se pueden resolver los conflictos y los problemas trabajando con cada miembro de la familia en presencia de los demás. Para el psiquiatra Norman Paul (1986), el trabajo del duelo limitado a una persona y al terapeuta puede reducir las posibilidades de relación entre la persona y su familia.

La muerte de uno de los padres cuando hay niños pequeños puede tener efectos a largo plazo porque «No sólo altera el equilibrio emocional, sino que elimina el rol del mantenedor de la familia, o el de la madre, cuando son más importantes» (Bowen, 1978, pág. 328). Otra muerte importante que suele tener muchas ramificaciones es la muerte del jefe de un clan patriarcal que ha tenido la función de tomar decisiones en los asuntos familiares durante mucho tiempo. Una mujer tenía un abuelo que gobernaba la familia con mano de hierro. A los dos años de su muerte sus padres se habían divorciado, el negocio familiar se había ido a pique y los miembros de la familia se habían dispersado por todo el país. También es importante tener presente que muchas personas desempeñan papeles periféricos en los asuntos de la familia. Podemos considerar que estas personas son neutras y que no es probable que su muerte influya en el funcionamiento familiar presente o futuro con la misma intensidad.

La segunda área que se debe evaluar es la *integración emocional* de la familia. Los miembros de una familia bien integrada se podrán ayudar más unos a otros para afrontar una pérdida con poca ayuda externa aunque se trate de la pérdida de un miembro importante. Una familia poco integrada puede mostrar reacciones de duelo mínimas en el momento de la muerte, pero sus miembros pueden responder más adelante con diversos síntomas físicos y emocionales o con conductas sociales inadecuadas. Es importante que el asesor lo tenga presente porque el simple hecho de conseguir que la familia exprese sus sentimientos después de la muerte no aumenta necesariamente su nivel de integración emocional (McBride y Simms, 2001).

Dada la importancia de expresar las emociones en el proceso del duelo, otra área que se debe evaluar es *cómo facilita o dificulta la familia* esta expresión. Hay que entender el valor que la familia da a las emociones y las pautas de comunicación que dan permiso a los miem-

bros para que expresen —o no— sus sentimientos. Davies y otros (1986) vieron que en algunas familias poco funcionales la tristeza se equiparaba a la debilidad, una actitud que se manifestaba en comentarios como: «¡Basta ya de lágrimas!». También hallaron que, en familias más funcionales, el padre podía expresar su dolor abiertamente en lugar de ocultar sus sentimientos o de elogiar a su hijo por no llorar durante el funeral. Esta última conducta refuerza la rigidez de los roles sexuales y es típica de las familias poco funcionales. Puesto que la muerte puede desencadenar unos sentimientos muy intensos y variados, es importante que haya un contexto donde estos sentimientos se puedan sentir, identificar y resolver. Las familias que conspiran para rebajar o alejar los sentimientos, a la larga pueden evitar que la persona resuelva el duelo de una manera adecuada (Traylor, Hayslip, Kaminski y York, 2003).

Por ejemplo, Karen era la menor de cinco hermanas cuando su padre, un alcohólico marcado por una vida de fracasos, apareció muerto en un hotel de la zona. Puesto que había sido un motivo de vergüenza para la familia desde hacía tiempo, se optó por incinerarlo de inmediato y la familia se deshizo de las cenizas sin ninguna ceremonia. Karen quería que pusieran una placa con su nombre, pero como era la hija menor y tenía poca influencia, nadie más de la familia estuvo de acuerdo con ella. Pensaba que era «una manera miserable de morir» y era incapaz de desvincularse de su padre. Mantuvo vivo su recuerdo mediante una especie de identificación patológica que desarrolló con los años, y su familia solía decirle: «Eres igual que tu padre». De joven, Karen acabó teniendo un problema grave con la bebida que, en parte, estaba relacionado con la identificación patológica con su padre. Mediante una terapia del duelo pudo ver la conexión que había entre las dos cosas, despedirse de su padre de una manera definitiva, entender la postura de los otros miembros de la familia ante aquella muerte y, con el tiempo, resolver su problema con el alcohol.

Es muy probable que esta familia no hubiera entendido la necesidad de una terapia familiar por creer, o querer creer, que la muerte del padre tendría poco impacto en ellos o en el sistema familiar. Pero este caso también deja claro que quienes tengan acceso a una familia después de una muerte harán bien en evaluar los sentimientos y las fantasías de todos sus miembros, incluyendo a los más jóvenes.

La adaptación de una familia a una pérdida supone unas tareas básicas similares a las tareas del duelo presentadas en el capítulo 2: la pérdida y las experiencias de duelo de cada miembro de la familia se deben reconocer (en una familia sana estas diferencias se pueden definir como virtudes o puntos fuertes); la familia se debe reorganizar; los roles del fallecido se asignan a otros miembros —o se renuncia a ellos— para reducir la sensación de caos; los miembros de la familia deben comprometerse con la familia «nueva» sin dejar de sentirse vinculados con el fallecido (McBride y Simms, 2001, Walsh y McGoldrick, 1991). Una comunicación abierta y franca, más unos rituales y unas ceremonias adecuadas, pueden ayudar a la familia a realizar estas tareas (Gilbert, 1996; Rotter, 2000).

Otra tarea para la familia, basada en el importante trabajo de Janice Nadeau, es dar significado a la pérdida. Cada miembro de la familia ve la pérdida a su manera. El hecho de compartir estas visiones personales con los otros miembros ayuda a la familia como unidad a generar su propio significado. La forma de interpretar la pérdida por parte de la familia influye mucho en el duelo. Una familia para la que una muerte supone el alivio de un dolor muy prolongado seguirá un duelo diferente al de la familia que interpreta una pérdida como algo que se debería haber impedido (Nadeau, 1998, 2001).

Los estudios indican que las familias que afrontan mejor la muerte de uno de sus miembros son más cohesivas; toleran mejor las diferencias individuales; se comunican con más franqueza, también en el terreno emocional; hallan más apoyo en la familia y fuera de ella; y afrontan los problemas de una manera más activa (Greeff y Human, 2004; Kissane, McKenzie, McKenzie, Forbes, O'Neill y Bloch, 2003; Worden, 1996). La intervención familiar no puede influir en todas estas características, pero sí en muchas de ellas. Kissane y Bloch (2002) han demostrado la eficacia de intervenciones en el duelo familiar dirigidas a un subconjunto de familias identificadas mediante procedimientos de criba.

**LA MUERTE DE UN NIÑO**

La muerte de un niño pequeño tiene unas repercusiones muy negativas en el equilibrio familiar y a veces puede dar origen a un duelo complicado. Los hijos supervivientes suelen convertirse en el centro de maniobras inconscientes destinadas a aliviar la culpa que sienten los padres y con frecuencia se utilizan para controlar el destino. Una de las situaciones más difíciles en la que los padres pueden poner a un hijo superviviente es la de sustituto del hijo perdido. Esto supone dotar a este hijo de las cualidades del fallecido. En algunos casos puede llegar a ocurrir que el próximo hijo reciba el nombre del hijo muerto. Davies y sus colegas (1986) hallaron que las familias sanas eran capaces de reconocer la pérdida de un hijo sin esperar que otro ocupara su lugar. La capacidad de los padres para ayudar a los hermanos a comunicarse con la familia y a expresar sus sentimientos directamente conduce a una negociación sana de las tareas del duelo (Schumacher, 1984).

Algunas familias afrontan los sentimientos por la muerte de un niño ocultando los hechos que rodean la pérdida de modo que el próximo hijo puede no llegar a saber nada de su predecesor y, en algunos casos, ni siquiera sepa que existió. Esto es lo que le ocurrió a Judy. El primer hijo de sus padres había sido un varón que había muerto a muy corta edad. Después tuvieron una hija y más adelante otra, Judy, que iba a sustituir al hijo muerto. Sus padres nunca se lo dijeron a nadie y menos a Judy. Pero con los años, y aunque los padres no hablaban nunca del hermano fallecido, Judy fue adquiriendo cierta conciencia de él. De una manera inconsciente, intentaba compensar la ausencia de su hermano participando en muchas actividades y aficiones de carácter «masculino».

Muchos años después, mientras su madre se moría de un cáncer, Judy insistió en que sus padres le hablaran del hermano muerto, de la desilusión que habían tenido con él y de las expectativas que habían tenido para ella. No le fue fácil hacerlo, pero insistió hasta que sus padres pudieron confesar conscientemente su desilusión y sus expectativas. Aunque esto supuso un gran esfuerzo y se encontró con mucha resistencia, sentía que era importante aclarar las cosas antes de que su madre falleciera. Por suerte, tuvo éxito y pudo superar aquel legado para empezar a ser ella misma.

Cuando muere un niño pequeño, es bastante habitual que inmediatamente después de la pérdida se deje a los hermanos un poco de lado (Worden, Davies y McCown, 2000). A veces se piensa que los niños son demasiado pequeños para entender la pérdida o que es necesario protegerlos de una situación que se considera morbosa. Pero lo más frecuente es que los hijos no reciban la atención que necesitan porque sus padres han sufrido un trauma y no se pueden ocupar de ellos. En esta situación, las redes de apoyo pueden aliviar las emociones y las reacciones que siente el niño cuyo hermano ha fallecido (Worden, Davies y McCown, 2000).

A los niños les cuesta determinar qué deben decir a sus amigos sobre la muerte y cómo afrontar la pena que provoca en otras personas. A causa de esta pena, muchas veces tienen miedo de jugar o de estar contentos porque no quieren que los demás piensen que no querían a su hermano (Schumacher, 1984).

Si no hay una comunicación abierta y franca, los niños buscan sus propias respuestas a preguntas que suelen superar su capacidad de comprensión. Es especialmente importante que los padres disipen todo pensamiento mágico y erróneo sobre la muerte para establecer un vínculo emocional entre ellos y los hijos que quedan. Se trata de un momento crucial que puede influir en el desarrollo de su personalidad y en su capacidad para establecer y mantener relaciones (Schumacher, 1984).

La experiencia de los padres que han perdido a un hijo tiene un gran impacto en la familia. La muerte de un hijo de cualquier edad es una de las pérdidas más devastadoras que existen y su impacto persiste durante años. Este hecho fue identificado por Sanders (1979) en su estudio clásico; más adelante, Middleton, Raphael, Burnett y Martinek (1998) confirmaron sus resultados en Australia. Los vínculos de los padres son muy fuertes. Reflejan aspectos de su personalidad además de dimensiones históricas y sociales. Según Klass y Marwit (1988-1989):

El hijo representa para el padre lo mejor y lo peor de sí mismo. Las dificultades y ambivalencias en la vida del padre se manifiestan en su vínculo con el hijo. El hijo nace en un mundo de esperanzas y expectativas, un mundo de vínculos psicológicos, un mundo que tiene una historia. El vínculo padre-hijo también puede ser una recapitulación

del vínculo entre el padre y el padre del padre, por lo que puede surgir la sensación de que el hijo alaba o juzga al padre mismo. Desde el día en que el niño nace, esas esperanzas, esas expectativas, esos vínculos y esa historia se plasman en la relación del padre con el hijo (pág. 33).

A veces, los amigos y familiares no saben cómo responder a esta pérdida y cómo prestar apoyo, sobre todo cuando ya ha pasado tiempo desde la pérdida. He trabajado con madres en duelo cuyas amistades les comentan que deberían superar la pérdida porque ya ha pasado más de un año desde la muerte de su hijo.

Los mediadores del duelo examinados en el capítulo 3 influyen en la experiencia de esta clase de pérdida. Estas muertes suelen ser repentinasy prematuras: los padres ven que sobreviven a sus hijos. Muchos niños mueren a causa de accidentes, lo que pone en duda la competencia de los padres porque parte de su rol es garantizar la seguridad de sus hijos. Esto también puede provocar una sensación de culpa muy intensa (Davies, Gudmundsdottir, Worden, Orloff, Sumner y Brenner, 2004).

La culpa puede tener muchas causas. Miles y Demi (1991-1992) han propuesto que los padres que han perdido a un hijo pueden sentir cinco clases de culpa. La primera es la *culpa cultural*. La sociedad espera que los padres custodien a sus hijos y cuiden de ellos. La muerte de un niño es una afrenta a esta expectativa y puede conducir a esta clase de culpa. Otra es la *culpa causal*, la que puede sentir un padre que ha sido responsable de la muerte de un niño por una negligencia real o percibida. La culpa causal también puede darse cuando la muerte se debe a una enfermedad hereditaria. La *culpa moral* surge cuando el padre cree que una infracción moral en su vida presente o pasada ha causado la muerte del niño. Estas infracciones pueden ser muy diversas. Una que se observa con bastante frecuencia es la culpa residual que ha dejado un aborto anterior «Decidí abortar y ahora recibo el castigo perdiendo a mi hijo». Los padres que han perdido a un hijo también pueden sentir una *culpa de supervivencia*. «Por qué mi hijo ha muerto y yo sigo vivo?». Esta culpa se da con más frecuencia cuando el padre y el hijo han sufrido el mismo accidente y el padre sobrevive. Por último está la *culpa de recuperación*. Algunos padres se sien-

ten culpables cuando superan el duelo y desean seguir adelante con su vida. Creen que esta recuperación deshonra de algún modo el recuerdo de su hijo fallecido y temen que la sociedad pueda juzgarlos negativamente. Un padre dijo: «Renunciar a la culpa equivale a renunciar a seguir vinculado con mi hijo» (Brice, 1991, pág. 6).

Muchos padres que pierden a un hijo sienten la necesidad de culpar a alguien y de tomar represalias contra él (sobre todo el padre). Esta necesidad es más intensa si el niño fallece en un accidente o por suicidio u homicidio. La misma ira puede aparecer cuando el niño muere por causas naturales. A veces, esta necesidad de culpar se dirige al cónyuge o a otro miembro de la familia y causa mucha tensión en el sistema familiar. También puede ocurrir que un miembro de la familia, por ejemplo un niño, se convierta en el chivo expiatorio. El asesor debe tener presentes estas dinámicas y ayudar a la familia a hallar un blanco más adecuado para la ira y la culpa (Drenovski, 1994).

Aunque los dos progenitores sufren la misma pérdida, cada uno puede vivir el duelo de una manera diferente por haber mantenido una relación diferente con su hijo y por tener distintos estilos de afrontamiento. Estas diferencias pueden causar tensiones en la relación conjugal que pueden dar origen a tensiones y alianzas entre otros miembros de la familia (Robinson y Marwit, 2006).

Cada progenitor debe entender su forma de vivir el duelo y la forma en que lo vive el cónyuge (Littlewood, Cramer Hoekstra y Humphrey, 1991). Uno de los cónyuges puede tener más facilidad para expresar sus emociones y hablar de ellas. La expresión abierta de los sentimientos puede intimidar al otro cónyuge, haciendo que se cierre a la comunicación y que la pareja se distancie más. Cuando el asesor trabaja con una pareja es importante que no parezca que toma partido por el cónyuge más expresivo desde el punto de vista emocional. De lo contrario, el cónyuge menos expresivo se puede sentir excluido y frustrado con el proceso de asesoramiento. Cuando el asesoramiento empieza, la comunicación entre los cónyuges puede estar mediada por el asesor. Puede que uno de los dos haya asistido a regañadientes o esté ahí «sólo para ayudar al otro». La persona que actúa así casi siempre es el padre. Hay quienes creen que no sirve de nada pensar en el pasado, sobre todo si es doloroso, y no desean hablar del dolor que sienten (Worden y Monahan, 2001).

La expresión del duelo también puede estar mediada por las diferencias sexuales (Polatinsky y Esprey, 2000; Schwab, 1996). Las expectativas relacionadas con los roles sexuales son parte del proceso de socialización de nuestra sociedad y de su cultura. Los estudios indican que los varones tienden a temer más las consecuencias de la expresión emocional en un contexto social y que revelan mucha menos información íntima a otras personas que las mujeres. En los hombres, las amistades íntimas se basan más en compartir actividades y en la lealtad que en la intimidad y en compartir sentimientos. Los padres que han perdido a un hijo se enfrentan a varios dilemas cuando tratan de afrontar la muerte. En primer lugar, aunque reciben poco apoyo social se espera que sean una de las principales fuentes de apoyo de sus esposas, sus hijos y otros miembros de la familia. En segundo lugar, los varones se enfrentan a las dos nociones culturalmente idealizadas pero opuestas de que la mejor manera de afrontar el duelo es la expresividad y de que deben controlar las expresiones de duelo abrumadoras y aterradoras (Cook, 1988). Los conflictos entre las expectativas sociales y personales pueden hacer que los hombres sientan frustración, ira y soledad en el proceso del duelo.

A muchos padres les sorprenden sus propias necesidades y respuestas cuando muere un hijo. La gravedad de la pérdida suscita el anhelo de cercanía y de intimidad, pero a algunos les sorprende sentir culpa cuando se encuentran intentando satisfacer esas necesidades sexualmente. Es importante que los padres reconozcan y entiendan que esas necesidades y esos sentimientos son parte del proceso vital normal. La pérdida de interés sexual que provoca un duelo abrumador hace que muchas parejas se abstengan de mantener relaciones sexuales. Cuando esta falta de interés sólo se da en uno de los cónyuges la relación se puede resentir (Lang, Gottlieb y Amsel, 1996).

También puede ocurrir lo contrario. Hay parejas con más actividad sexual tras la muerte de un hijo. Para ellas, las relaciones sexuales reafirman la vida y satisfacen su gran necesidad de cercanía y de cuidarse mutuamente (Hagemeister y Rosenblatt, 1997). Johnson (1984) estudió varias parejas que habían perdido a un hijo y observó que algunos hombres que antes no podían mantener un contacto físico con su mujer sin acabar manteniendo relaciones sexuales con ella podían hacerlo después de la pérdida. Esto fue una sorpresa para algunos de

ellos, que ahora comprendían la razón de que a sus mujeres les gustara que las consolaran abrazándolas.

El divorcio se suele asociar a la pérdida de un hijo. La organización Compassionate Friends (1999) realizó un estudio donde no se hallaron pruebas concluyentes de que el número de divorcios aumentara como consecuencia directa del duelo por la pérdida de un hijo. Pero hay pruebas anecdóticas suficientes que indican la posibilidad de un aumento de los divorcios en esta población. Klass (1986-1987) ofrece una excelente descripción del efecto paradójico que tiene la muerte de un niño en la relación de sus padres:

La pérdida común genera un vínculo nuevo y muy profundo entre ellos; al mismo tiempo, la pérdida individual de cada uno acaba provocando un distanciamiento en la relación. Esta paradoja se expresa de una manera diferente en parejas con distintas relaciones antes de la muerte (pág. 239).

Klass concluye que la proporción de divorcios puede ser superior, pero que el aumento de esta proporción quizás no se deba directamente a la muerte de un hijo sino a factores preexistentes.

El duelo por la pérdida de un hijo se puede complicar aún más cuando los padres están divorciados. Su reencuentro en ese momento de crisis puede suscitar emociones fuertes y conductas extremas, desde la empatía y el cuidado hasta una lucha por el poder y el control. Pero en esta situación es imposible lograr la clase de control que realmente se desea: recuperar al niño fallecido.

Se debería aconsejar a los padres que no tengan más hijos hasta haber superado la pérdida del hijo muerto. De lo contrario, puede que no elaboren suficientemente el duelo o que resuelvan los problemas relacionados con el duelo con el niño sustituto (Reid, 1992). Una vez vi a una pareja poco después de que su hija hubiera muerto de SMIS. Querían tener otro hijo enseguida, pero les aconsejé que no lo hicieran. Desoyendo mi consejo, dejaron a su hijo de cuatro años con una canguro y se fueron al Caribe con el objetivo de que la mujer se quedara embarazada. Por fortuna, sus intentos no tuvieron éxito. Dos años más tarde pudieron tener otra hija y, en mi opinión, estaban más capacitados para ver a esa niña por lo que era y no como una sustituta de su hermana.

El niño que se encuentra en esta posición también está en clara desventaja. El hecho de ser un hijo sustituto puede interferir en su desarrollo cognitivo y emocional. Tratarlo como si fuera su hermano difunto puede menoscabar su sentido de individualidad (Legg y Sherick, 1976). El desarrollo de los niños sustitutos aún se complica más porque suelen estar sobreprotegidos por sus padres y crecen en hogares dominados por la imagen del hermano fallecido (Poznanski, 1972). Se espera que los niños sustitutos emulen al niño muerto —un niño que fácilmente se puede idealizar en exceso— y no se les permite desarrollar su propia identidad.

Los padres que han perdido a un hijo se enfrentan a dos retos: 1) aprender a vivir sin el niño fallecido, lo que incluye una nueva forma de interactuar con la red social, y 2) interiorizar una representación del niño que les sirva de consuelo (Klass, 1988). Las diversas tareas del duelo (descritas en el capítulo 2) abordan estas cuestiones. Para muchos padres que han perdido a un hijo la realidad de la pérdida (tarea I) es una lucha entre saber y no creer. Por un lado, saben que el niño está muerto y por el otro, no quieren creerlo. Lo que hacen con las pertenencias del niño muerto suele ser un reflejo de esta lucha. Algunos padres dejan intacta muchos años la habitación del niño para que la encuentre preparada en caso de regresar.

Con frecuencia se presentan emociones intensas como la ira y la culpa. Procesar estas emociones es la segunda tarea del duelo. Estas emociones se procesan mejor en grupos como Compassionate Friends, donde otras personas con experiencias similares escuchan con comprensión. Muchas personas que no han sufrido esta clase de pérdida creen que lo último que desea un parente que ha perdido a su hijo es hablar de él, pero esto es exactamente lo que desean hacer la mayoría de ellos (Wijngaards-de Meij, Stroebe y Schut, 2005).

Para muchos padres, una dimensión de la tercera tarea del duelo es hallar un significado a la muerte de su hijo (Brice, 1991, Wheeler 2001). Los padres pueden abordar este objetivo de varias maneras. Algunos encuentran significado en la adhesión a creencias religiosas o filosóficas. Otros lo hacen identificando la singularidad del niño y hallando alguna manera adecuada de honrar su recuerdo. Unos padres que habían perdido a un hijo universitario en un accidente crearon una fundación en su honor. Cada año, la fundación otorga una beca

universitaria a un estudiante del instituto donde había estudiado su hijo. Otros lo hacen participando en actividades que ayudan a otras personas y a la comunidad (Miles y Crandall, 1983). Según Klass (1988), los padres que podían transformar el rol paterno y pasar de ayudar y cuidar a sus hijos a ayudar y cuidar a otros miembros de un grupo de autoayuda conservaban unos recuerdos más positivos y menos dolorosos del niño fallecido.

Afrontar la tarea IV puede ser muy difícil para los padres en duelo. Las ambivalencias y las representaciones múltiples que formaban parte de las relaciones que tenían con el hijo vivo forman parte de la búsqueda de equilibrio cuando el hijo muere. (Klass y Marwit, 1988-1989, pág. 42). Sin embargo, es posible que de esta experiencia tan difícil y de la lucha por recolocar al hijo perdido surja una nueva conciencia que dé lugar a un crecimiento personal (Klass y Marwit, 1988-1989; Riley, LaMontagene, Hepworth y Murphy 2007). Una madre acabó encontrando un lugar adecuado para los pensamientos y los recuerdos de su hijo fallecido y pudo seguir adelante con su vida:

Hasta hace muy poco no he empezado a ser consciente de las cosas que la vida aún me puede ofrecer. Sé que seguiré llorando la muerte de Robbie hasta el fin de mis días y que siempre mantendré vivo su recuerdo. Pero la vida sigue y, me guste o no, formo parte de ella. Últimamente me he hecho cuenta de que algunos proyectos parecen irme bien e incluso me encuentro a gusto al participar en algunas actividades con mis amistades.

Éste es el caso de una madre que, tras perder a su hijo, superó su profundo dolor y siguió con su vida sin sentir que deshonraba su memoria. Ésta es la meta final y más difícil de los padres que han perdido a un hijo.

#### NIÑOS QUE PIERDEN A SUS PADRES

Otra área importante relacionada con la familia que es necesario abordar es la de los niños que pierden a uno de sus padres. Cuando esto se produce en la infancia, e incluso en la adolescencia, puede

que el niño no elabore el duelo de una manera adecuada y que más adelante presente síntomas de depresión o no sea capaz de formar relaciones íntimas en la vida adulta. Como se ha comentado en el capítulo dedicado a la terapia del duelo, la intervención se centra en reactivar el proceso del duelo con el objetivo de que los síntomas remitan y el paciente pueda reanudar las tareas de la vida que había abandonado.

Durante mucho tiempo se ha dado una gran polémica, sobre todo alimentada por las escuelas psicoanalíticas, en torno a si los niños son capaces o no de elaborar el duelo. Por un lado hay autores como Martha Wolfenstein (1966), para quien los niños no pueden elaborar un duelo hasta que no tienen formada por completo su identidad, algo que se produce al final de la adolescencia, cuando la persona está plenamente diferenciada. Por otro hay autores como Erna Furman (1974), que adopta la postura opuesta y dice que los niños ya son capaces de elaborar un duelo a los tres años, cuando llegan a la etapa de la permanencia de los objetos; por su parte, Bowlby (1960) rebaja esta edad a los seis meses.

Hay otros autores, entre los que me incluyo, que adoptan una tercera postura según la cual los niños son capaces de elaborar el duelo, pero hace falta encontrar un modelo de duelo que encaje con ellos en lugar de imponerles un modelo adulto. Un componente básico del duelo infantil es la reacción emocional de los niños a la separación. Estas reacciones aparecen muy pronto y pueden ser anteriores a un concepto realista de la muerte. Aunque los niños pequeños muestran conductas similares al duelo cuando se rompen sus vínculos de apego, puede que su desarrollo cognitivo no sea suficiente para que entiendan la muerte. No pueden integrar algo que no pueden entender. Algunos conceptos cognitivos necesarios para entender plenamente la muerte son: carácter definitivo, transformación, irreversibilidad, causalidad, inevitabilidad y operaciones concretas (Smilansky 1987). Piaget sugiere en sus estudios que las operaciones concretas sólo se desarrollan en niños de más de siete u ocho años (Piaget e Inhelder, 1969).

En el Harvard Child Bereavement Study Phyllis Silverman y yo hicimos un seguimiento de 125 niños de edad escolar de 70 familias durante los dos años posteriores a la muerte de un progenitor. Estas fa-

milias pertenecían a comunidades que habíamos seleccionado por su variada demografía. Durante el mismo período también se hizo un seguimiento de niños con las mismas características en cuanto a edad, sexo, curso escolar, religión familiar y comunidad que no habían perdido a ningún progenitor. Se hicieron evaluaciones de los niños, los padres supervivientes y las familias. El objetivo era estudiar a un grupo de niños de la comunidad para ver cuál era el curso natural del duelo entre los seis y los diecisiete años de edad (Silverman, 2000; Worden, 1996). Éstos son algunos de los resultados más importantes del estudio:

- 1 La mayoría de los niños que habían perdido a un progenitor (80 por ciento) estaban bien hacia el primer y el segundo aniversario de la muerte. Sin embargo, el porcentaje del resto (20 por ciento) era superior al porcentaje de niños del grupo de control que no estaban bien durante el mismo período. Las diferencias entre los niños que habían perdido a un progenitor y no estaban bien y los niños equivalentes del grupo de control eran mayores a los dos años que al año, lo que indica un efecto más prolongado de la pérdida en esos niños.
2. Los niños que estaban bien tendían a venir de familias más unidas, donde hablar del progenitor muerto era más fácil y donde se habían dado menos cambios y trastornos de la vida cotidiana. Las familias con un afrontamiento más activo y que podían hallar algo positivo en las situaciones difíciles tenían hijos que se adaptaban mejor a la pérdida.
3. Los niños que no estaban bien tendían a proceder de familias que sufrían muchas situaciones estresantes y muchos cambios como consecuencia de la muerte y donde el progenitor superviviente no afrontaba bien la pérdida y era joven y depresivo. Los niños tenían menos autoestima y no se sentían capaces de controlar lo que les ocurría en la vida.
4. El nivel de actuación del progenitor superviviente era el pronosticador más fuerte de la adaptación de un niño a la pérdida. Los niños cuyo progenitor superviviente presentaba un nivel de actuación más bajo sentían más ansiedad y depresión y sufrían más problemas de sueño y de salud.

5. En general, la pérdida de la madre era peor que la del padre para la mayoría de los niños, sobre todo durante el segundo año de duelo. La muerte de la madre augura más cambios en la vida diaria y, para la mayoría de las familias, supone perder su ancla emocional. La pérdida de la madre estaba asociada a más problemas emocionales y de conducta, incluyendo unos niveles más elevados de ansiedad, más mala conducta, menos autoestima y una menor creencia en la eficacia personal.
6. A la mayoría de los niños se les había ofrecido la oportunidad de participar en el funeral y habían optado por hacerlo. Se observaron mejores resultados en los niños que habían sido preparados de antemano para la ceremonia. La capacidad de recordar detalles del funeral y de hablar de ello aumentaba con el tiempo. Incluir a los niños en la planificación del funeral había tenido un efecto positivo y les había ayudado a sentirse importantes y útiles en una situación en la que muchos niños se sienten abrumados.
7. Muchos niños seguían conectados con sus progenitores fallecidos: hablaban, pensaban o soñaban con ellos, se sentían observados por ellos o los situaban en un lugar concreto. Los niños que estaban muy conectados con su progenitor fallecido parecían más capaces de expresar su dolor, de hablar de la muerte con otras personas y de aceptar el apoyo de familiares y amigos.
8. Tres cosas que necesitan los niños tras la muerte de un progenitor son apoyo, cuidados y continuidad. Ofrecer estas tres cosas puede ser difícil para el progenitor superviviente, sobre todo si es el padre. El duelo infantil se facilita mejor con la presencia estable de una persona adulta que pueda satisfacer las necesidades del niño y ayudarle a expresar lo que siente en relación con la pérdida.
9. Los adolescentes que han perdido a un progenitor suelen sentirse diferentes de sus amigos y tienen la sensación de que éstos no comprenden lo que supone sufrir esta pérdida. Las adolescentes que pierden a su madre y se quedan sólo con el padre son especialmente vulnerables.
10. El hecho de que el progenitor superviviente saliera con otras personas durante el primer año de duelo estaba asociado a

una actitud de retraimiento, una conducta inadecuada y síntomas somáticos, sobre todo si era el padre. Un nuevo matrimonio o una nueva pareja tras un período adecuado de duelo tenía una influencia positiva en los niños, que mostraban unos niveles menores de ansiedad, depresión y preocupación por la seguridad del progenitor superviviente.<sup>1</sup>

A partir de los datos de este estudio identificamos varias necesidades de los niños que han perdido a uno de sus padres. Los asesores que trabajen con estos niños deberán tenerlas en cuenta y realizar unas intervenciones concretas destinadas a satisfacerlas (Saldinger, Porterfield y Cain, 2005; Worden, 1996).

*Los niños que han perdido a uno de sus padres necesitan saber que serán atendidos.* «¿Quién va a cuidar de mí?», es una pregunta que se hacen muchos niños; tanto si la expresan en voz alta como si no. La muerte de uno de los padres se relaciona con la angustia primitiva de que no se puede sobrevivir sin un parente, un sentimiento muy real para los niños muy pequeños, pero que puede surgir incluso en la edad adulta. En nuestro estudio, la mitad de los niños seguían expresando su preocupación por la seguridad del progenitor superviviente dos años después de la muerte. Los niños necesitan saber que estarán a salvo y que serán atendidos, y esto se puede abordar aunque un niño no lo pida de una manera directa. Algunos niños se portan mal para ver si se les cuida; en estos casos, una disciplina aplicada con constancia puede ayudarles a sentirse más seguros.

*Los niños que han perdido a uno de sus padres necesitan saber que no han provocado la muerte con su ira o sus defectos.* «¿Ha pasado por mi culpa?» es otra pregunta que se pueden plantear estos niños. En nuestra infancia aprendemos que unos sentimientos intensos pueden perjudicar a otras personas. Es frecuente que las oportunidades de hablar del difunto revelen esta sensación de culpabilidad. Una edad especialmente vulnerable a esta clase de pensamiento es de los cuatro a los cinco años, cuando los niños creen en la magia y piensan que tienen poderes para hacer que sucedan cosas.

*Los niños que han perdido a uno de sus padres necesitan una información clara sobre la muerte,* sobre sus causas y circunstancias. La pregunta que se hacen muchos niños es «¿Me pasará a mí?». Por ejem-

plo, a muchos niños se les debe explicar qué es el contagio: «Si vamos al hospital a ver al abuelo no podrás pillar un cáncer». Si a los niños se les da una información que no son capaces de asimilar, se inventarán un relato para llenar las lagunas, un relato que con frecuencia será más aterrador y extravagante que la verdad. Se les deben explicar las cosas con palabras que sean adecuadas a su edad. Una madre que preparaba a su hijo de cinco años para asistir al funeral de su padre le dijo: «El cuerpo de papá estará en el ataúd». Al oírlo, el niño salió gritando de la habitación. La madre supo más adelante que el niño distinguía entre el cuerpo y la cabeza. Y si el cuerpo estaba en el ataúd, ¿dónde estaba la cabeza?

*Los niños necesitan participar y sentirse importantes.* Incluir a los niños en las decisiones sobre el funeral y en el funeral mismo puede ser útil. Es necesario preparar a los niños que nunca han asistido a un funeral para que sepan qué sucederá y qué es lo que verán. Es conveniente que un adulto que no sea un miembro de la familia se encargue de los niños más pequeños por si necesitan salir antes de que el funeral concluya. Permitir que los niños tomen parte en decisiones relacionadas con las fiestas, los aniversarios y las visitas al cementerio les ayuda a sentirse incluidos y convierte estas decisiones en una actividad familiar.

*Los niños que han perdido a uno de sus padres necesitan una actividad rutinaria constante.* Los niños del estudio que mejor estaban eran aquellos cuya rutina diaria se mantenía lo más constante posible: las horas de comer, de acostarse, de hacer los deberes, etcétera. En ocasiones, los adultos que han perdido a un ser querido no comprenden por qué los niños se ponen a jugar cuando el resto de la familia llora la muerte y quizás sea necesario recordarles que los niños afrontan estas situaciones por medio de actividades de juego.

*Los niños que han perdido a uno de sus padres necesitan a alguien que escuche sus preguntas.* No es infrecuente que, para la frustración de los adultos, un niño que ha perdido a uno de sus padres plantee una y otra vez la misma pregunta. Quizás quiere ver si las respuestas que recibe son coherentes mientras intenta afrontar sus propios sentimientos. Algunas preguntas de los niños más pequeños pueden ser irritantes. Una pregunta como «¿La abuelita también puede hacer pipí en el cielo?» puede ser motivo de burla para los hermanos de más edad, pero las preguntas de los niños se deben responder con respeto.

*Los niños que han perdido a uno de sus padres necesitan maneras de recordar a la persona fallecida.* Una manera excelente de hacerlo es crear un álbum de recuerdos donde el niño pueda colocar dibujos, relatos, fotografías y otras cosas representativas de la persona fallecida y de los sucesos que ha compartido con ella. Es mejor enfocarlo como una actividad familiar y se puede usar algo tan sencillo y barato como una libreta. Según mi experiencia, los niños vuelven a mirar estos álbumes a medida que crecen para recordar a la persona y pensar en el papel que tendría en su vida si estuviera viva.

El profesional de la salud mental debe tener en cuenta varias cosas al tratar con niños que han perdido a uno de sus progenitores:

1. Todos los niños pasan por un proceso del duelo, pero las diferencias de este proceso están determinadas por su desarrollo cognitivo y emocional.
2. Es evidente que la muerte de uno de los padres es un trauma, pero en sí misma no dificulta necesariamente el desarrollo del niño.
3. Los niños de cinco a siete años de edad son especialmente vulnerables. Su desarrollo cognitivo es suficiente para que entiendan algunas ramificaciones permanentes de la muerte, pero su capacidad de afrontamiento es poca; dicho de otro modo, sus aptitudes personales y sociales no están lo bastante desarrolladas para que se puedan defender. El asesor deberá tener muy en cuenta a este grupo concreto.
4. También es importante tener presente que el duelo puede no acabar de la misma manera para un niño que para un adulto. El duelo por una pérdida de la infancia se puede revivir en muchos momentos de la vida adulta si lo reactivan acontecimientos vitales importantes. Uno de los ejemplos más evidentes es cuando el niño alcanza la edad que tenía el progenitor al morir. El hecho de que este duelo se reactive es un paso más en su elaboración y no presagia necesariamente una patología.

Como es lógico suponer, las tareas del duelo que se aplican a los adultos también se aplican a los niños. Sin embargo, se deben entender y modificar en función del desarrollo cognitivo, personal, social y

emocional de cada niño. Es importante que el profesional siga unos métodos preventivos para proteger la salud mental de los niños que han perdido a uno de sus padres. Una manera de hacerlo es ofrecer una intervención precoz a los niños que están en riesgo de adaptarse mal a la pérdida. En Worden (1996) se presenta un instrumento para la detección precoz de los niños en riesgo.

#### MÉTODOS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Después de una pérdida, el asesor deberá reunirse con los supervivientes por separado y como unidad familiar. El objetivo de estas reuniones no sólo es facilitar las tareas I y II del duelo, centrándose especialmente en la expresión de emociones positivas y negativas hacia el fallecido, sino también identificar los roles que desempeñaba el fallecido y ver si los miembros de la familia los asumen o los rechazan (tarea III). Cuando fallece el padre algunos de sus roles pueden recaer en el hijo de más edad, que o bien los acepta y reprime una parte de sí mismo y de sus sentimientos, o bien se niega a hacerlo, frustrando las expectativas de la madre o de otros parientes que contaban con él.

Identificar los roles a reestructurar en la familia es especialmente útil cuando hay hijos adolescentes. Sus miedos y su predisposición a hacerse cargo de diversas tareas casi siempre se pueden negociar. Pero a los padres supervivientes les suele ser muy difícil negociarlo por sí solos después de la muerte. Es frecuente que la familia acabe enredada en riñas y conflictos o que varios de sus miembros se retraijan emocionalmente. Ayudarles a separar los problemas verdaderos de los secundarios es un aspecto importante de esta forma de terapia familiar (Traylor y otros, 2003).

Los roles se suelen reasignar de una manera sutil y no verbal, pero a veces se da una asignación verbal directa. Cuando tenía quince años, Jerry volvió a casa de la escuela y la encontró llena de vecinos y parientes que estaban junto a su madre, que se esforzaba por no llorar. Su tío le dijo que su padre había muerto repentinamente y que iba a ser «el hombre de la casa» porque era el varón de más edad. En parte, esto obedecía a que la familia era de tradición judía. Puesto que se le había asignado ese rol, y aunque se sentía totalmente abrumado, Jerry

se vio en la obligación de tener que tomar decisiones sobre el funeral como dejar el ataúd abierto o cerrado. Fue capaz de tomarlas, pero lo que la familia no sabía era que sentía una enorme responsabilidad por su hermano, cuatro años menor que él. Este sentimiento se agravó mucho más porque su madre le apoyó muy poco en aquellos momentos. Jerry no fue consciente hasta los treinta años de lo destructiva que había sido aquella situación para la relación con su hermano y por fin pudo verbalizar la inmensa carga que había supuesto para él.

Cuando Jerry le confesó todo esto a su madre, ella le dijo que no era el responsable y lo liberó de su carga. Poco después, y gracias a la terapia, pudo ver que esta sensación de responsabilidad excesiva por su hermano había teñido todas sus relaciones con mujeres hasta el punto de no querer comprometerse con ninguna. Jerry cree que si esta pauta no se hubiera destruido no habría podido tener la relación tan satisfactoria de la que hoy disfruta. Nadie —ni siquiera Jerry— culpa a su tío ni cree que actuara de mala fe, pero cargar con algo así durante quince años es muy duro y pone de relieve que, cuando se produce una muerte en la familia, es necesario hablar con los niños de sus sentimientos y sus fantasías al respecto.

Relacionada con el tema de los roles está la cuestión de las alianzas. En cualquier situación familiar se establecen diversas alianzas, casi siempre en forma de diádas, que suelen satisfacer las diferentes necesidades de poder de las personas implicadas. También pueden satisfacer la necesidad de reforzar la autoestima. Cuando se estudia una familia desde un punto de vista sociométrico, estas alianzas se pueden representar mediante diagramas. Cuando fallece un miembro importante de la familia y se altera el equilibrio de la unidad familiar se deben formar otras alianzas. Las maniobras para formarlas pueden causar mucha tensión en la familia.

Según Bowen (1978), muchas diádas se acaban convirtiendo en tríadas para aliviar parte de la ansiedad o la presión que supone una diáda. Cuando muere un miembro de la familia se plantea la necesidad de cambiar y reequilibrar las tríadas familiares y algunas alianzas se deben cambiar. Sin embargo, si los miembros carentes de aliados no encuentran sustitutos pueden buscar la homeostasis mediante diversas enfermedades sociales, físicas o emocionales (Kuhn, 1977; McBride y Simms, 2001).

Otro problema que puede surgir en una familia después de una muerte es la necesidad de encontrar un chivo expiatorio. A lo largo de este libro hemos tratado el tema de la ira en el duelo y la importancia de controlarla. Una manera poco eficaz de controlarla es el desplazamiento; en el caso de la familia, una de las maneras menos eficaces de controlar la ira es buscar un chivo expiatorio, es decir un miembro de la familia que se convierta en el blanco de la ira y la culpa provocadas por la pérdida. A veces, este papel recae en uno de los miembros más jóvenes de la familia, que suelen ser los más vulnerables. Una vez conocí a una niña de seis años de edad cuya madre la culpaba de la muerte de su hermano pequeño y la había enviado a vivir con unos parientes.

Al igual que las personas, las familias que han perdido a un ser querido también intentan hallar un significado a la pérdida, una característica importante del duelo familiar. Este significado es esencial para el duelo de las familias (Sedney, Baker y Gross, 1994). En su excelente libro sobre este tema, Nadeau (1998) recomienda al asesor que escuche a la familia que ha perdido a un ser querido y la anime a contar su historia. De este modo podrá entrar en su mundo, estar a su lado en los momentos de mayor dolor y hablando con ella y escuchándola, ayudarla a encontrar un significado para que pueda seguir adelante.

Por último, la terapia familiar puede abordar el impacto que tiene un duelo incompleto en la vida de la familia y en sus posteriores interacciones. El duelo incompleto supone una defensa generalizada ante otras pérdidas y decepciones y se puede transmitir involuntariamente a otros miembros de la familia, especialmente a los hijos. Para poder superarlo, el psiquiatra Norman Paul y sus colaboradores han creado lo que ellos llaman «duelo operacional» y lo han usado en terapias familiares conjuntas (Paul, 1986; Paul y Grosser, 1965).

El duelo operacional se basa en inducir la respuesta del duelo preguntando directamente a un miembro de la familia por las reacciones ante las pérdidas reales que la familia haya sufrido. Luego se pide a los otros miembros que están presentes que hablen de sus sentimientos al ver la reacción de duelo de la primera persona. De este modo, los hijos, en muchas ocasiones por primera vez, pueden ver a sus padres expresando emociones muy intensas. Esto brinda al tera-

peuta la oportunidad de hacerles ver que estas emociones son muy normales. También le ofrece la oportunidad de examinar las amenazas episódicas de abandono que hayan podido sufrir uno de los padres u otros miembros de la familia y que pueden haber tenido una influencia importante en la vida familiar. En estos períodos de duelo provocado se anima a los miembros de la familia a hablar con los demás de sus experiencias emocionales y a reaccionar con empatía ante las emociones expresadas por los demás. Cuando hace uso de este procedimiento, Paul suele encontrarse con mucha resistencia y negación por parte de la familia, pero si se supera este obstáculo la intervención es muy eficaz.

#### EL DUELO Y LA TERCERA EDAD

Otra cuestión que influye en el sistema familiar es el aumento de la población de la tercera edad que ha sufrido alguna pérdida. Aunque la edad máxima para el ser humano no ha aumentado significativamente durante los últimos años, la cantidad de personas septuagenarias y octogenarias ha ido en aumento y seguirá creciendo durante el siglo xxi. Este crecimiento hace que exista un número cada vez mayor de ancianos que han sufrido una pérdida importante, sobre todo la del cónyuge. La viudedad afecta a tres de cada cuatro mujeres (en 1998, en Estados Unidos había 7,8 millones de viudas de 65 años o más, y 1,5 millones de viudos de edad avanzada). Aunque la experiencia del duelo está conformada por los mediadores que ya hemos comentado, se deben destacar varias características del duelo en la tercera edad (Moss, Moss y Hansson, 2001).

#### *Interdependencia*

Muchas personas viudas de edad avanzada han estado casadas mucho tiempo, lo que supone establecer unos vínculos de apego muy profundos y consolidar los roles familiares. En todo matrimonio se da interdependencia. Sin embargo, cuando un matrimonio dura muchos años es probable que los cónyuges sean muy dependientes uno del

otro. Cuanto más dependiente de su cónyuge haya sido el superviviente para ciertos roles o actividades, más difícil será su adaptación a la pérdida, sobre todo la realización de la tarea III (Ott, 2007). Según Parkes (1992), la persona fallecida suele ser la que antes ayudaba al superviviente a superar las crisis. Por lo tanto, el superviviente se encuentra muchas veces buscando la ayuda de alguien que ya no está ahí.

### *Pérdidas múltiples*

Con la edad, el número de muertes de familiares y amigos aumenta. Este número cada vez mayor de pérdidas en un período relativamente breve puede hacer que la persona se sienta abrumada y no elabore los duelos correspondientes. Además de la pérdida de familiares, padres y amigos, hay otras pérdidas que pueden afectar a las personas de edad como la pérdida del trabajo, del entorno, de la constelación familiar del vigor físico incluyendo discapacidades, de la agudeza de los sentidos y en ocasiones, de las facultades mentales. Todos estos cambios, a los que se deben añadir las pérdidas debidas a la muerte, se deben elaborar. Pero la capacidad de una persona para hacerlo se puede reducir por haber sufrido muchas pérdidas en un período breve de tiempo. (Carr, Nesse y Wortman, 2006). Un estudio ha dado una nota de esperanza al demostrar que unas mujeres de edad avanzada con una discapacidad física previa a la muerte de su esposo podían afrontar la pérdida con una entereza asombrosa en comparación con un grupo de control formado por personas que no estaban en duelo (Telonidis, Lund, Caserta, Guralnik y Pennington, 2005).

### *Conciencia de la propia muerte*

Vivir la pérdida de personas de la misma generación como el cónyuge, amigos o hermanos puede aumentar la conciencia de la propia muerte hasta el punto de provocar una ansiedad existencial (Worden, 1976). El asesor debe sentirse cómodo cuando hable de la sensación de mortalidad de la persona en duelo y estudiar la medida en que esta conciencia puede dar origen a problemas (Fry 2001).

### *Soledad*

Muchos ancianos que han sufrido una pérdida viven solos. En un estudio realizado por Lopata (1996) se encontró que las viudas y los viudos más jóvenes tendían más a mudar de residencia tras la pérdida y que los de más edad tendían más a quedarse donde vivían en el momento de la pérdida. Vivir sin compañía puede provocar una sensación de soledad muy profunda que se puede intensificar si la persona sola sigue viviendo en el entorno físico que había compartido con su cónyuge. Van Baarsen, Van Duijn, Smit, Snijders y Knipscheer (2001) distinguen entre la soledad social y la soledad emocional y dicen que la segunda es la más habitual entre las personas de edad. Los datos indican que quienes han vivido un matrimonio más armonioso sufren más soledad emocional (Grimby 1993). Algunas personas de edad no pueden seguir viviendo solas tras la muerte del cónyuge y necesitan cuidados institucionales. Hay pruebas anecdóticas de que los ancianos que se ven obligados a dejar su hogar tras haber perdido al cónyuge corren un riesgo mayor de morir.

### *Adaptación de los roles*

En el caso de la tercera edad, la pérdida del cónyuge y sus efectos en la vida diaria pueden ser más perjudiciales para los varones que para las mujeres. Muchos hombres deben afrontar roles nuevos, sobre todo en relación con las tareas domésticas, y necesitan ayuda para adaptarse a ellos. Cuando una mujer pierde a su marido, su capacidad para llevar la casa no se altera en la misma medida. Ciertas intervenciones como el desarrollo de aptitudes pueden ser útiles cuando se trabaja con personas de edad avanzada, sobre todo si se trata de varones.

### *Grupos de apoyo*

Los grupos de apoyo para personas en duelo pueden ser útiles a cualquier edad, pero son especialmente importantes para los ancianos porque su red de apoyo social se reduce y su aislamiento suele

ser pronunciado (Cohen, 2000; Moss y otros, 2001). Los grupos de apoyo pueden ofrecer contacto humano a las personas que sufren unos niveles elevados de soledad social. En un estudio realizado por Lund, Dimond y Juretich (1985) se halló que, con independencia de su sexo, las personas ancianas estaban muy dispuestas a participar en grupos de apoyo. Las que tenían más deseos de hacerlo eran las que no podían acceder como antes a sus confidentes, las que se sentían más deprimidas y con menos satisfacción vital y las que sentían que no afrontaban bien la pérdida. También estaban más predispuestas las de cincuenta a sesenta y nueve años que las de más edad. Se debe tener presente que, al evaluar la satisfacción por el apoyo recibido, la percepción que se tiene del apoyo antes y después del fallecimiento puede ser más importante que las características de la red social medidas de una manera objetiva (Feld y George, 1994).

### *Contacto físico*

Otra intervención útil es el contacto físico. Muchos hombres y mujeres, sobre todo hombres, que han estado casados mucho tiempo y pierden a su cónyuge, tienen una gran necesidad de ser tocados. Sin su cónyuge les puede ser difícil satisfacer esta necesidad. Un asesor que se sienta cómodo con el contacto físico lo puede incluir al trabajar con estas personas. Sin embargo, cuando el contacto físico se utilice terapéuticamente, el asesor debe dejar muy clara su conveniencia y estar seguro de que la persona quiere que la toquen o está preparada para ello.

### *Remembranzas*

Otra técnica de intervención supone rememorar tiempos pasados, algo que es común entre los ancianos y que se puede estimular de manera terapéutica. La evocación del pasado a veces se llama revisar la vida. Es un proceso que se da de manera natural y hace que la persona vuelva progresivamente a la conciencia de experiencias pasadas y en particular de conflictos no resueltos. En general se da por sen-

tado que la rememoración tiene una función adaptativa para las personas de edad y que no es una señal de declive intelectual.

Los hermanos de la persona anciana son importantes para que revise su vida ya que suelen ser las personas con las que ha mantenido una relación más prolongada. Por otro lado, cuanto mayor es una persona, menos probable es que tenga hermanos vivos (Hays, Gold y Peiper, 1997).

Rememorar tiempos pasados contribuye al mantenimiento de la identidad. Aunque una persona puede haber perdido a seres queridos, las representaciones mentales de esas personas permanecen. Mediante este proceso se puede volver a trabajar el pasado. El asesor puede animar al cliente a evocar recuerdos y hacerlo puede tener un efecto saludable, sobre todo en el duelo conyugal. Los ancianos nunca pierden del todo a la persona fallecida porque han interiorizado gran parte de lo que representaba para ellos y sigue siendo importante en el presente (Moss y otros, 2001). En los últimos años se ha reconocido la importancia de los vínculos continuos con el fallecido a través de representaciones internas de él (Klass, Silverman y Nickman, 1996). Véase la tarea IV en el capítulo 2.

### *Hablar del cambio de domicilio*

El asesor puede ayudar al anciano a decidir si debe cambiar de residencia. Naturalmente, la decisión final dependerá de que pueda valerse por sí mismo. Sin embargo, nunca se deberá infravalorar la importancia del hogar, sobre todo si el anciano lleva mucho tiempo viviendo en él, porque puede representar un cúmulo de significados. Abandonar este hogar puede reducir la sensación de identidad de la persona y diluir su vínculo con el cónyuge fallecido. El hecho de que pueda seguir viviendo en su casa le da una impresión de control personal y le ofrece un escenario donde rememorar los recuerdos entrañables del pasado.

*Desarrollo de aptitudes*

Algunos ancianos que han perdido a su cónyuge pueden acabar dependiendo en exceso de sus hijos, pero tienen la capacidad de adquirir nuevas aptitudes y beneficiarse de la sensación de autoestima que ello conlleva. Una viuda de edad avanzada llamaba a sus hijos continuamente, incluso en plena noche, para que vinieran a su casa a reparar alguna cosa, como por ejemplo el horno. Los hijos atendieron sus llamadas sin problemas durante un tiempo hasta que llegaron a la conclusión de que su madre tenía que aprender a llamar al electricista y hacerse cargo de las cosas de las que se encargaba su marido antes de morir. Cuando se lo propusieron se resistió mucho y sintió que sus hijos la rechazaban. Sin embargo, acabó entrando en razón y cuando aprendió a hacerse cargo de algunas actividades cotidianas se sintió orgullosa de haber aprendido a hacerlas. El asesor debe tener presente que el dominio de las tareas y la autoestima siempre van de la mano, también en el caso de los ancianos en general y de los que han perdido al cónyuge. Con todo, esta adaptación puede exigir tiempo. Parkes (1992) nos recuerda que para el duelo y el reaprendizaje hace falta cierto tiempo y que un período de «dependencia» puede ayudar a estas personas durante la etapa de transición.

En cualquier discusión del duelo en la tercera edad es importante tener presente que en esta población, de acuerdo con los estudios realizados, el estrés suele ser más intenso antes de la pérdida que después de ella, sobre todo cuando el superviviente se ha encargado de cuidar al cónyuge enfermo. En estos casos se aconseja iniciar la intervención pronto, sin esperar a que se produzca la muerte.

Aunque la mayor parte de esta discusión del duelo en la tercera edad se ha centrado en la pérdida del cónyuge, esta población puede sufrir otras pérdidas en la familia. Entre ellas se encuentra la muerte de hermanos o de nietos. En el segundo caso, el apoyo durante el duelo se suele centrar en los padres y el duelo de los abuelos se tiene de a excluir.

Es importante no dar por sentado que todos los ancianos que han perdido a un ser querido necesitan asesoramiento. Caserta y Lund (1992) hallaron que muchos ancianos afrontan el duelo con una gran entereza. Los que afrontaban bien la muerte de un ser querido eran

más optimistas y tenían más eficacia personal, más autoestima y más confianza en sí mismos que los que la afrontaban peor. A esto yo le añadiría que también gozan de mejor salud. Cuando trabajemos con esta población —y con otros grupos de edad— es importante tener presente que no hay una experiencia universal del duelo ni una forma universal de afrontarlo (Bennett y Bennett, 2000). Recordemos el aforismo de Allport según el cual «cada hombre es diferente».

#### NECESIDADES FAMILIARES FRENTES A NECESIDADES INDIVIDUALES

Antes de finalizar este capítulo sobre el duelo y el sistema familiar hay dos cuestiones que deseo destacar. En primer lugar es importante tener presente que no todos los miembros de una familia afrontarán las mismas tareas al mismo tiempo. Cada uno las afrontará a su propio ritmo y a su manera. Por ejemplo, en los ancianos el duelo puede durar mucho y en cierto sentido, puede que no tenga final. Miller y otros (1994) hablan de un «apego eterno» a la persona fallecida. Algunas personas ancianas, sobre todo las de más edad, pueden hallarse en una etapa de la vida donde lo mejor para ellas sea consolidar sus recuerdos y recurrir a ellos como sustento durante los años que les quedan de vida.

Las familias deben entender que no se debe meter prisa a nadie en el proceso del duelo. Hace poco hablé con una mujer cuyo padre había fallecido cuatro meses antes. Estaba muy preocupada por su madre porque sufría largos episodios de llanto. La ayudé a entender que esto era muy natural y que, con el tiempo, su madre lloraría cada vez menos.

La otra cuestión a destacar es que algunos miembros de una familia pueden estar poco dispuestos a participar en un asesoramiento con todo el grupo. Sin embargo, aunque el asesor se encuentre con esta resistencia es importante que intente incluir a toda la familia en las sesiones. Me gusta realizar por lo menos una sesión con toda la familia. Así puedo ver cómo interactúan sus miembros y cómo influye cada uno en los demás. Si el asesor puede evaluar las emociones de todos los miembros es más probable que el asesoramiento sea eficaz y que la unidad familiar recupere el equilibrio.

Cuando uno o más miembros de una familia se resisten a venir, el asesor puede seguir usando un enfoque sistémico familiar aunque sólo trabaje con una persona. Bloch (1991) nos recuerda que lo importante no es el número de personas que acuden a la consulta, sino que el asesor ayude al cliente a entender la dinámica familiar para que transmita su comprensión a otros miembros importantes del sistema.

## NOTA

1. Para más información sobre el estudio de Harvard véanse: Worden, J. W., *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford, 1996; y Silverman, P. R., *Never too young to know: Death in children's lives*, Nueva York, Oxford, 2000.

## REFERENCIAS

- Bennett, K. M., y G. Bennett, «And there's always this great hole inside that hurts»: An empirical study of bereavement in later life, *Omega*, 42, 2000, págs. 237-251.
- Bloch, S., «A systems approach to loss», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 1991, págs. 471-480.
- Bowen, M., *Family therapy in clinical practice*, Nueva York, Aronson, 1978 (trad. cast.: *La terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1989).
- Bowlby, J., «Grief and mourning in infancy and early childhood», *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 1960, págs. 9-52.
- Brice, C. W., «Paradoxes of maternal mourning», *Psychiatry*, 54(1), 1991, págs. 1-12.
- Carr, D., R. Nesse, y C. Wortman (comps.), *Spousal bereavement in late life*, Nueva York, Springer Publishing, 2006.
- Caserta, M. S., y D. A. Lund, «Bereavement stress and coping among older adults: Expectations versus the actual experience», *Omega*, 25, 1992, págs. 33-45.
- Cohen, M., «Bereavement groups with the elderly», *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, 2000, págs. 33-41.
- Compassionate Friends, *When a child dies: A survey of bereaved parents*, Author, 1999.

- Cook, J. A., «Dad's double binds: Rethinking fathers' bereavement from a men's studies perspective», *Journal of Contemporary Ethnography*, 17 1988, págs. 285-308.
- Davies, B., M. Gudmundsdottir, J. W Worden, S. Orloff, L. Sumner, y P Brenner, «Living in the dragon's shadow»: Fathers' experiences of a child's life-limiting illness», *Death Studies*, 28, 2004, págs. 111-135.
- , J. Spinetta, I. Martinson, y E. Kulenkamp, «Manifestations of levels of functioning in grieving families», *Journal of Family Issues*, 7 1986, págs. 297-313.
- Drenovsky C. K., «Anger and the desire for retribution among bereaved parents», *Omega*, 29, 1994, págs. 303-312.
- Feld, S., y L. K. George, «Moderating effects of prior social resources on the hospitalizations of elders who become widowed», *Journal of Aging and Health*, 6, 1994, págs. 275-295.
- Fry, P., «The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss», *Gerontologist*, 41, 2001, págs. 69-81.
- Furman, E., *A child's parent dies: Studies in childhood bereavement*, New Haven, CT Yale University Press, 1974.
- Gajdos, K. C., «The Intergenerational effects of grief and trauma», *Illness Crisis & Loss*, 10, 2002, págs. 304-317
- Gilbert, K. R., «We've had the same loss, why don't we have the same grief?» Loss and differential grief in families», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 269-283.
- Greaves, C. C., «Death in the family: A multifamily therapy approach», *International Journal of Family Psychiatry*, 4, 1983, págs. 247-259.
- Greeff, A., y B. Human, «Resilience in families in which a parent has died», *American Journal of Family Therapy*, 32, 2004, págs. 27-42.
- Grimby, A., «Bereavement among elderly people: Grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 1993, págs. 72-80.
- Hagemeister, A., y P Rosenblatt, «Grief and the sexual relationship of couples who have experienced a child's death», *Death Studies*, 21, 1997 págs. 231-252.
- Hays, J. C., D. T Gold, y C. F. Peiper, «Sibling bereavement in late life», *Omega*, 35, 1997 págs. 25-42.
- Johnson, S., «Sexual intimacy and replacement children after the death of a child», *Omega*, 15, 1984, págs. 109-118.
- Kissane, D., y S. Bloch, *Family focused grief therapy: A model of family-centered care during palliative care and bereavement*, Birmingham, Reino Unido, Open University Press, 2002.

- , M. McKenzie, D. P. McKenzie, A. Forbes, I. O'Neill, y S. Bloch, «Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: Baseline data from the family focused grief therapy controlled trial», *Palliative Medicine*, 17, 2003, págs. 527-537.
- Klass, D., «Marriage and divorce among bereaved parents in a self-help group», *Omega*, 17, 1986-1987 págs. 237-249.
- , *Parental grief: Solace and resolution*, Nueva York, Springer Publishing, 1988.
- y S. J. Marwit, «Toward a model of parental grief», *Omega*, 19, 1988-1989, págs. 31-50.
- , P Silverman, y S. Nickman, (comps.), *Continuing bonds: New understandings of grief*, Washington, DC, Taylor and Francis, 1996.
- Kuhn, J. S., «Realignment of emotional forces following loss», *Family*, 5, 1977 págs. 19-24.
- Lang, A., L. N. Gottlieb, y R. Amsel, «Predictors of husbands' and wives' grief reactions following infant death: The role of marital intimacy», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 33-57.
- Lebow J. L. (comp.), *Handbook of clinical family therapy*, Hoboken, NJ, John Wiley, 2005.
- Legg, C., e I. Sherick, «The replacement child: A developmental tragedy», *Child Psychiatry and Human Development*, 7, 1976, págs. 113-126.
- Littlewood, J. L., D. Cramer, J. Hoekstra, y G. B. Humphrey «Gender differences in parental coping following their child's death», *British Journal of Guidance and Counseling*, 19, 1991, págs. 139-148.
- Lopata, H. Z., *Current widowhood: Myths and realities*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
- Lund, D. A., M. F. Dimond, y M. Juretich, «Bereavement support groups for the elderly: Characteristics of potential participants», *Death Studies*, 9, 1985, págs. 309-321.
- McBride, J., y S. Simms, «Death in the family: Adapting a family systems framework to the grief process», *American Journal of Family Therapy*, 29, 2001, págs. 59-73.
- Middleton, W., B. Raphael, P. Burnett, y N. Martinek, «A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 1998, págs. 235-241.
- Miles, M. S., y E. K. B. Crandall, «The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents», *Health Values*, 7, 1983, págs. 19-23.
- y A. S. Demi, «A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease», *Omega*, 24, 1991 1992, págs. 203-215.

- Miller, M., E. Frank, C. Cornes, S. Imber, B. Anderson, L. Ehrenpreis, y otros, •Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression following loss of a spouse in late life•, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994, págs. 149-162.
- Moss, M. S., S. Z. Moss, y R. O. Hansson, •Bereavement and old age•, en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 241-260.
- Nadeau, J. W., *Families making sense of death*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
- , •Meaning making in family bereavement•, en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 329-347
- Ott, C., •Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics•, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 2007 págs. 332-341.
- Parkes, C. M., •Bereavement and mental health in the elderly•, *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, 1992, págs. 45-51.
- Paul, N. L., •The paradoxical nature of the grief experience•, *Contemporary Family Therapy*, 8, 1986, págs. 5-19.
- y G. H. Grosser, •Operational mourning and its role in conjoint family therapy•, *Community Mental Health Journal*, 1, 1965, págs. 339-345.
- Piaget, J., y B. Inhelder, *The psychology of the child*, Nueva York, Basic Books, 1969 (trad. cast.: *Psicología del niño*, Madrid, Morata, 1997).
- Polatinsky, S., e Y Esprey, •An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child•, *Journal of Traumatic Stress*, 13, 2000, págs. 709-718.
- Poznanski, E. O., •The replacement child: A saga of unresolved parental grief•, *Journal of Pediatrics*, 81, 1972, págs. 1190-1193.
- Reid, M., •Joshua-life after death: The replacement child•, *Journal of Child Psychotherapy*, 18, 1992, págs. 109-138.
- Reilly D. M., •Death propensity, dying, and bereavement: A family systems perspective•, *Family Therapy*, 5, 1978, págs. 35-55.
- Riley, L. P., L. L. LaMontagne, J. T. Hepworth, y B. A. Murphy •Parental grief responses and personal growth following the death of a child•, *Death Studies*, 31, 2007 págs. 277-299.
- Robinson, T., y S. J. Marwit, •An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers•, *Grief Studies*, 30, 2006, págs. 677-696.

- Rosen, E. J., *Families facing death*, Lexington, MA, Lexington Books, 1990.
- Rotter, J., «Family grief and mourning», *Family Journal of Counseling & Therapy for Couples & Families*, 8, 2000, págs. 275-277
- Saldinger, A., K. Porterfield, y A. Cain, «Meeting the needs of parentally bereaved children: A framework for child-centered parenting», *Psychiatry*, 67, 2005, págs. 331-352.
- Sanders, C., «A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent», *Omega*, 10, 1979, págs. 303-322. ·
- Schumacher, J. D., «Helping children cope with a sibling's death», en J. C. Hansen, y T. Frantz (comps.), *Death and grief in the family*, Rockville, MD, Aspen, 1984, págs. 82-94.
- Schwab, R., «Gender differences in parental grief», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 103-113.
- Sedney M. A., J. E. Baker, y E. Gross, «“The story” of a death: Therapeutic considerations with bereaved families», *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 1994, págs. 287-296.
- Silverman, P. R., *Never too young to know: Death in children's lives*, Nueva York, Oxford University Press, 2000.
- Smilansky S., *On death: Helping children understand and cope*, Nueva York, Peter Lang, 1987
- Telonidis, J. S., D. A. Lund, M. S. Caserta, J. M. Guralnik, y J. L. Pennington Jr., «The effects of widowhood on disabled older women», *Omega*, 50, 2005, págs. 217-235.
- Traylor, E., B. Hayslip Jr., P. Kaminski, y C. York, «Relationships between grief and family system characteristics: A cross lagged longitudinal analysis», *Death Studies*, 27, 2003, págs. 575-601.
- Van Baarsen, B., M. Van Duijn, J. Smit, T. Snijders, y K. Knipscheer, «Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study», *Omega*, 44, 2001, págs. 5-36.
- Vess, J., J. Moreland, y A. Schwebel, «Understanding family role reallocation following a death: A theoretical framework», *Omega*, 16, 1985-1986, págs. 115-128.
- Walsh, F., y M. McGoldrick, *Living beyond loss: Death in the family*, Nueva York, Norton, 1991.
- Wheeler I., «Parental bereavement: The crisis of meaning», *Death Studies*, 25, 2001, págs. 51-66.
- Wijngaards-de Meij, L., M. S. Stroebe, y H. Schut, «Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 2005, págs. 617-623.

- Wolfenstein, M., *•How is mourning possible?•*, *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 1966, págs. 93-123.
- Worden, J. W., *Personal death awareness*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.
- , *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- , B. Davies, y D. McCown, *Comparing parent loss with sibling loss*, *Death Studies*, 23, 2000, págs. 1-15.
- y J. Monahan, *«Caring for bereaved parents»*, en A. Armstrong-Daily y S. Goltzer (comps.), *Hospice care for children*, Nueva York, Oxford University Press, 2001, 2<sup>a</sup> ed., págs. 137-156.

## CAPÍTULO 9

### EL DUELO DEL ASESOR

El asesoramiento psicológico en los procesos del duelo plantea un reto especial al profesional de la salud mental. La mayoría de los que hemos decidido dedicarnos a este campo lo hemos hecho para ayudar a quien nos lo pide, pero la experiencia del duelo tiene algo que obstaculiza nuestra capacidad para ayudar. Según Bowlby (1980):

La pérdida de un ser querido es una de las experiencias más dolorosas que puede sufrir un ser humano, y no sólo es doloroso vivirla, sino también presenciarla, aunque sólo sea porque nos vemos incapaces de ayudar (pág. 7).

Parkes (1972) se hace eco de este sentimiento cuando dice:

En estos casos el dolor es ineludible y no se puede evitar. Surge de la conciencia que tienen ambas partes de que ninguna puede dar a la otra lo que desea. El profesional no puede traer de vuelta a la persona que ha fallecido y la persona en duelo no puede gratificar al profesional haciendo ver que la ayuda (pág. 175).

Puesto que la experiencia del duelo hace difícil que seamos o nos sintamos útiles para la persona que lo vive, es fácil que el asesor sienta ira y frustración. A veces siente tanta incomodidad al ver el dolor de la otra persona, que puede llegar a acortar la relación (Hayes, Yeh y Eisenberg, 2007).

Además de poner en entredicho nuestra capacidad de ayudar la experiencia del duelo ajeno también repercute personalmente en el asesor al menos de otras tres maneras. En primer lugar trabajar con personas en duelo nos puede hacer conscientes, a veces de manera dolorosa, de nuestras propias pérdidas, sobre todo si la pérdida de

una persona es similar a una pérdida que hemos sufrido en nuestra vida. Si el asesor no ha resuelto esa pérdida de una manera adecuada, será difícil que pueda hacer una intervención positiva. En cambio, si ha podido integrarla de una manera adecuada, su experiencia le podrá ser muy útil para trabajar con el cliente. Si el asesor ha perdido recientemente a su cónyuge por muerte o por divorcio, le será difícil, si no imposible, ayudar a otra persona que haya sufrido una pérdida similar. Sin embargo, si ha podido superar su duelo y ha logrado adaptarse a la pérdida, sus intervenciones lo reflejarán y serán más eficaces. •El tratamiento de las personas en duelo debe surgir de una compasión basada en el reconocimiento de la vulnerabilidad común a todos los seres humanos ante una pérdida• (Simos, 1979, pág. 177).

Otra área donde el duelo del asesor puede interferir está relacionada con su temor a sufrir más pérdidas. Aunque todos los que trabajamos en este campo hemos sufrido varias pérdidas en nuestra vida, también aportamos al asesoramiento el temor a poder sufrir otras como la de nuestros padres, nuestros hijos o nuestras parejas. Este temor suele hallarse debajo de la conciencia, pero si la pérdida que vive nuestro cliente es similar a la que tememos, la aprensión que sentimos puede impedir que nuestra intervención sea eficaz (Saunders y Valente, 1994).

Por ejemplo, si un asesor está demasiado angustiado por la posible muerte de sus hijos y esta angustia se traduce en una relación sobreprotectora, le costará mucho trabajar con alguien cuyo hijo haya fallecido. Esto ocurre, sobre todo, si el asesor no es lo bastante consciente de esta angustia y no ha enfrentado el problema.

Otra área del asesoramiento en el duelo que plantea un reto especial a los profesionales de la salud mental está relacionada con la ansiedad existencial del asesor y con la conciencia que tiene de su propia muerte. En otro libro anterior ya hablé de esta cuestión y de la manera en que la conciencia de la muerte personal hace que una persona sea más o menos eficaz como ser humano (Worden, 1976). Cuando un cliente en duelo pide asesoramiento, el asesor debe entrar en contacto con el carácter inevitable de la muerte y con la angustia que le pueda provocar el hecho de que esta inevitabilidad se aplique a su propia vida. Esta situación es especialmente difícil si la persona a la que se asesora es similar al asesor en cuanto a edad, sexo o

categoría profesional porque todo ello puede intensificar la angustia del asesor. Todos nos sentimos angustiados en mayor o menor medida ante la certeza de nuestra muerte, pero es posible llegar a aceptar esta realidad en lugar de darle la espalda y dejar que la angustia me noscabe nuestra eficacia.

Puesto que el asesoramiento plantea este reto especial al profesional, en nuestros programas de formación animamos a los asesores a que examinen su propia historia de pérdidas porque creemos que les puede ayudar a ser más eficaces. En primer lugar, puede ayudarles a entender mejor el proceso del duelo, qué supone vivir esta experiencia y cómo tiene lugar el proceso curativo. Para entender con claridad la realidad del proceso del duelo no hay nada mejor que examinar una pérdida importante en nuestra propia vida. Esto también nos ayuda a entender los métodos de afrontamiento y nos da una idea del tiempo que puede durar el proceso hasta que se resuelva del modo adecuado (Redinbaugh, Schuerger, Weiss, Brufsky y Arnold, 2001).

En segundo lugar, cuanto el asesor examina su historia personal de pérdidas puede ver con más claridad los recursos disponibles para las personas en duelo. Esto no sólo incluye lo que le fue útil cuando sufrió una pérdida concreta, sino también lo que no le sirvió. Examinar estos aspectos puede hacer que el asesor haga unas intervenciones más creativas porque no sólo sabrá lo que debe decir, sino también lo que debe callar. Al examinar sus pérdidas personales el asesor también podrá identificar su estilo de afrontamiento y la influencia que puede tener ese estilo en sus intervenciones de asesoramiento.

El asesor también puede identificar las cuestiones que puedan quedar pendientes de pérdidas anteriores y que aún influyen en su presente. Según el principio psicológico de Zeigarnik, las tareas se recuerdan hasta que se acaban. El asesor que comprenda mínimamente su propia vida sabrá cuáles son las pérdidas que todavía no ha elaborado adecuadamente y sabrá afrontarlas con franqueza y hacer lo necesario para resolverlas. No sólo es importante identificar las pérdidas no resueltas en el presente, sino también los conflictos que estas pérdidas presagian para el asesor y la forma de identificarlos y afrontarlos (Muse y Chase, 1993).

Por último, examinar el propio duelo ayudará al asesor o terapeuta a ser consciente de sus limitaciones en función de las clases de

clientes y de situaciones que pueda encontrar. Años atrás, Elisabeth Kübler-Ross y yo hicimos una encuesta a 5.000 profesionales de la salud sobre temas relacionados con cuidados terminales (Worden y Kübler-Ross, 1977-1978). Una de las áreas que nos interesaban eran las dificultades que tenían esos profesionales con los pacientes moribundos. El 92 por ciento de las personas que respondieron a la encuesta dijeron que una o más clases de enfermos moribundos les planteaban unas dificultades especiales. Estas clases de pacientes variaban mucho, pero se daba cierto agrupamiento entre los distintos grupos profesionales. Puesto que no todo el mundo puede trabajar de una manera adecuada con toda clase de pacientes, es importante que el profesional sepa cuáles son sus limitaciones y derive estos casos a otros colegas que los puedan tratar con más eficacia.

El asesor en los procesos del duelo también se enfrenta a unas limitaciones similares. Es importante que sepa con qué clase de personas en duelo no puede trabajar con eficacia y que las derive o busque apoyo cuando se encuentre con ellas. Una de las seducciones más sutiles de las profesiones de la salud mental es la noción de que el profesional es capaz de manejar cualquier situación. Está claro que no es así y el buen asesor conoce sus limitaciones y sabe cuándo tiene que hacer una derivación. Las clases de clientes que plantean dificultades a un asesor suelen estar relacionadas con los conflictos que el asesor aún no ha resuelto.

#### HISTORIA DE PÉRDIDAS

En este punto me gustaría proponer al lector que examine su historia de pérdidas. A continuación hallará una serie de frases incompletas que puede completar en el libro o en un papel aparte. Le recomiendo que dedique un poco de tiempo a reflexionar sobre sus respuestas y que, si le es posible, las comente con un amigo o un colega. Esta reflexión sobre su vida podrá ayudarle a ser más eficaz en su trabajo.

- 1 La primera muerte que puedo recordar es la de:
2. Mi edad era de:

3. Los sentimientos que recuerdo haber tenido en aquellos momentos son:
4. El primer funeral (o velatorio, u otro ritual funerario) al que asistí fue el de:
5. Mi edad era de:
6. Lo que más recuerdo de aquella experiencia es:
7. Mi pérdida más reciente causada por una muerte ha sido (persona, momento, circunstancias):
8. He afrontado esta muerte mediante:
9. La muerte más difícil para mí fue la muerte de:
10. Fue difícil porque:
11. De las personas importantes en mi vida que están vivas ahora, la muerte más difícil para mí sería la de:
12. Sería la más difícil porque:
13. Mi estilo principal de afrontar la muerte es:
14. Sé que mi propio duelo se ha resuelto cuando:
15. Es apropiado que explique mis experiencias de duelo a un cliente cuando:

#### ESTRÉS Y «BURNOUT»

Actualmente, entre los profesionales de la salud existe un gran interés por el *burnout* profesional y el control del estrés. El concepto de *burnout* profesional, que inicialmente fue propuesto por Freudenberger (1974) y fue desarrollado más tarde por Maslach (1982), quiere describir la ineeficacia progresiva de los profesionales de la salud física y mental cuando se hallan sometidos a un estrés que los supera. Uno de los centros de este interés han sido los profesionales de la salud que trabajan con pacientes terminales y con sus familias. Un libro reciente titulado *When professionals weep* (Katz y Johnson, 2006) expone muchos problemas relacionados con el estrés y la pena que sufren quienes trabajan en este campo. Hay muchos asesores de duelo que también trabajan con enfermos terminales y tienen contacto con los enfermos y con sus familiares antes de la muerte. Mary Vachon (1979) ha comparado el estrés de los profesionales que atienden a enfermos terminales en *hospices* con el de los profesionales que trabajan con

enfermos graves en un hospital general. Ha hallado estrés en los dos contextos y concluye que estos profesionales pueden prestar unos cuidados mucho mejores si son conscientes de que ellos también tienen necesidades.

Puesto que gran parte de mi trabajo en el Massachusetts General Hospital y en varios *hospices* de California ha sido con enfermos terminales y con el duelo de sus familiares, también me he interesado por el tema del estrés profesional. Hay tres directrices que me gustaría proponer a los asesores que trabajen con moribundos. La primera es *conocer las limitaciones personales* en cuanto al número de clientes con los que se puede trabajar íntimamente y en cualquier momento dado. Se puede trabajar con cierto número de pacientes y hacer un trabajo adecuado, pero hay un límite claro en el número de pacientes moribundos con los que se puede trabajar y mantener una relación estrecha. Naturalmente, este número varía de una persona a otra, pero es muy importante que el asesor conozca sus limitaciones y no se vincule con demasiados moribundos. Cuanto más fuerte sea uno de estos vínculos, más dura será la pérdida que el asesor deberá afrontar.

En segundo lugar, el *burnout* se puede evitar practicando un *duelo activo*. Cuando muere un paciente, es importante que el asesor pase por este período de duelo activo. Una cosa que encuentro personalmente útil y que recomiendo a los miembros de nuestro equipo es que asistan al funeral de la persona con la que han trabajado. También es importante que se permitan a sí mismos sentir tristeza y otros sentimientos cuando alguien muere y que no se sientan culpables si no acusan todas las muertes con la misma intensidad.

En tercer lugar, el asesor debe saber cómo *buscar ayuda* y dónde encontrar apoyo. Para algunos profesionales de la salud esto puede ser muy difícil. Después de haber dado una conferencia a un grupo de directores de funeraria, la esposa de uno de ellos me dijo que estaba muy preocupada por su marido. Había sufrido una pérdida muy importante y no la llevaba bien. Podía ayudar a otras personas en duelo pero le era muy difícil hallar ayuda para él. La experiencia de este hombre es similar a la de muchos asesores. Los asesores son conocidos por no saber organizar sus propios sistemas de ayuda y de apoyo. Así pues, quienes hagan asesoramiento y terapia para el duelo

deberán saber dónde conseguir apoyo emocional, cuáles son sus limitaciones y cómo pedir ayuda cuando la necesiten (Papadatou, 2006).

Para las personas que trabajan en instituciones como hospitales, clínicas u *hospices*, el apoyo suele venir de otros miembros del equipo y puede haber un miembro que sea responsable de facilitar este apoyo. Organizar reuniones periódicas de los profesionales donde se les anime a hablar de los problemas que surgen en la atención a los moribundos y a sus familias y de sus propios sentimientos, puede ayudar a prevenir el estrés excesivo y facilitar los sentimientos asociados al duelo y a la pérdida. También pueden recibir ayuda individual o en grupo de profesionales de la salud mental que no formen parte del equipo. Durante muchos años, yo mismo presté este servicio al personal de ginecología del Massachusetts General Hospital. Parkes (1986) habla del apoyo al personal que trabaja en contextos donde hay muchas muertes y dice: «Con una formación y un apoyo adecuados podremos observar que los duelos repetidos, lejos de socavar nuestra humanidad y nuestros cuidados, nos permiten afrontar cada pérdida con más confianza y más sensibilidad» (pág. 7). Creo que está en lo cierto.

El psicólogo griego Danai Papadatou, que trabaja en una unidad de pediatría y da clase a enfermeras en Atenas, ha ideado seis reglas para que el personal de la unidad afronte el duelo. Yo las encuentro especialmente útiles:

Regla nº 1: Se espera del personal sanitario que forme relaciones estrechas con los niños en estado muy grave o moribundos.

Regla nº 2: Se espera del personal sanitario que se sienta afectado y exprese su pena y su dolor antes, durante y después de una muerte. Con todo, deberán mesurar la intensidad y la expresión de este dolor.

Regla nº 3: La intensidad de la pena y el dolor que sientan el personal sanitario nunca deberá mermar su juicio clínico ni provocar un derrumbamiento emocional.

Regla nº 4: El dolor y la pena del personal sanitario nunca deberá superar al de los familiares.

Regla nº 5: El personal sanitario nunca mostrará su pena y su dolor a otros niños enfermos o moribundos ni a sus padres, a los que se debe proteger a toda costa.

Regla nº 6: Se espera de los miembros del equipo que se presten apoyo mutuo cuando sientan este dolor. Aunque podrán compartir lo que sientan y piensen con sus colegas, deberán hacerlo en momentos concretos de reuniones formales o informales y nunca lo harán cuando se ocupen de otros niños (Papadatou, 2000, págs. 71-72).

Una psicóloga canadiense, Mary Vachon (1987), propuso un procedimiento para compartir el duelo que ha sido útil en algunos contextos institucionales. Cuando muere un paciente, la enfermera que lo ha atendido graba en una cinta las circunstancias de la muerte, las personas presentes y sus reacciones, y una evaluación informal de los miembros de la familia que pueden estar en riesgo tras la pérdida. También habla de sus sentimientos personales en esos momentos. Más tarde, durante la semana, otros miembros del equipo escuchan la cinta siguiendo unos turnos fijados para que todo el equipo comente las muertes que se han producido en la unidad. La grabación no sólo sirve para dar información a quienes no estuvieron presentes durante la muerte, sino también para iniciar un debate sobre ella, para compartir los sentimientos que pueda haber suscitado y para evaluar en quéaría haber variado el tratamiento o cómo se podría mejorar. Cada miembro del personal firma una tarjeta de condolencia que se envía a la familia aproximadamente un mes después de la muerte.

Dentro de este capítulo dedicado al duelo personal del asesor de-seo comentar el trabajo de los voluntarios como asesores no profesionales. El duelo personal ha motivado a muchas personas a trabajar como voluntarias en los diversos programas de apoyo al duelo que han proliferado durante las últimas tres décadas. Casi todos los programas de *hospices*, tanto en Estados Unidos como en otros países, emplean voluntarios para algunas funciones relacionadas con el trato a los moribundos y a sus familias. Lo mismo ocurre con los distintos programas de apoyo para viudas surgidos del trabajo inicial de Phyllis R. Silverman (1986) y que han demostrado ser tan eficaces. En estos programas participan viudas que se prestan voluntariamente a ofrecer amistad y consejo a mujeres que han sufrido la pérdida reciente de su cónyuge.

Aunque el trabajo de estos voluntarios puede ser eficaz, creo firmemente que los asesores no profesionales deberían ser personas que

hayan elaborado su propio duelo y hayan logrado cierta medida de resolución. He podido observar que algunas personas que asisten a los diferentes talleres de formación que imparto por todo Estados Unidos sufren un duelo agudo y que su interés en el asesoramiento del duelo surge de la necesidad de superar su propio duelo. No creo que el asesoramiento sea el lugar idóneo para que el asesor elabore un duelo reciente: hay demasiados factores que impiden que el asesoramiento sea eficaz. Con todo, una persona que haya sufrido una pérdida y superado su duelo tiene más potencial para realizar una intervención eficaz que alguien que nunca ha pasado por este proceso (Nesbitt, Ross, Sunderland y Shelp, 1996).

Para Charles Garfield, fundador del Shanti Program de la zona de la bahía de San Francisco, los voluntarios que actúan con más eficacia tienen una historia de relaciones interpersonales satisfactorias y su motivación para trabajar es de carácter personal. Garfield y sus colegas recomiendan que los programas que empleen voluntarios, además de ofrecer formación, supervisión y apoyo, también den la oportunidad de examinar el propio estilo de afrontamiento y su eficacia. Lo mismo cabe recomendar para los profesionales que trabajen en este campo (Garfield y Jenkins, 1981-1982).

## REFERENCIAS

- Bowlby J., *Attachment and loss: vol. 3. Loss, sadness, and depression*. Nueva York: Basic Books, 1980 (trad. cast.: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 2009).
- Freudenberger, H., «Staff burnout», *Journal of Social Issues*, 30, 1974, págs. 159-165.
- Garfield, C. A., y G. J. Jenkins, «Stress and coping of volunteers counseling the dying and the bereaved», *Omega*, 12, 1981-1982, págs. 1-13.
- Hayes, J. A., Y. Yeh, y A. Eisenberg, «Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy», *Journal of Clinical Psychology*, 63, 2007 págs. 345-355.
- Katz, R., y T. Johnson, *When professionals weep: Emotional and countertransference responses in end-of-life care*, Nueva York, Routledge, 2006.
- Maslach, C., *Burnout: The cost of caring*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982.

- Muse, S., y E. Chase, «Healing the wounded healers: "Soul" food for clergy», *Journal of Psychology and Christianity*, 12, 1993, págs. 141-150.
- Nesbitt, W. H., M. W. Ross, B. H. Sunderland, y E. Shelp, «Prediction of grief and HIV/AIDS-related burnout in volunteers», *AIDS Care*, 8, 1996, págs. 137-143.
- Papadatou, D., «A proposed model of health professionals' grieving process», *Omega*, 41, 2000, págs. 59-77
- , «Caregivers in death, dying, and bereavement situations», *Death Studies*, 30, 2006, págs. 649-663.
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, 1972.
- , «Orienteering the caregiver's grief», *Journal of Palliative Care*, 1, 1986, págs. 5-7
- Redinbaugh, E., J. Schuerger, L. Weiss, A. Brufsky, y R. Arnold, «Health care professionals' grief: A model based on occupational style and coping», *Psycho-Oncology*, 10, 2001, págs. 187-198.
- Saunders, J. M., y S. M. Valente, «Nurses' grief», *Cancer Nursing*, 17, 1994, págs. 318-325.
- Silverman, P. R., *Widow to widow*, Nueva York, Springer Publishing, 1986.
- Simos, B. G., *A time to grieve*, Nueva York, Family Service Association, 1979.
- Vachon, M. L. S., «Staff stress in the care of the terminally ill», *Quality Review Bulletin*, 251, 1979, págs. 13-17
- , *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*, Washington, DC, Hemisphere, 1987
- Worden, J. W., *Personal death awareness*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.
- y E. Kübler-Ross, «Attitudes and experiences of death workshop attendees», *Omega*, 8, 1977-1978, págs. 91-106.

## CAPÍTULO 10

### FORMACIÓN PARA ASESORAR EN LOS PROCESOS DEL DUELO

En 1976, Mary Conrad, en aquella época directora del University of Chicago Center for Continuing Education, y yo mismo, decidimos ofrecer un programa de dos días dedicado al asesoramiento del duelo para profesionales de la salud. Antes ya habíamos organizado talleres para ayudar a los profesionales a afrontar distintos aspectos de los cuidados a pacientes terminales, pero creímos que la formación para esta clase de cuidados no sería completa si no incluía el asesoramiento y la terapia del duelo.

Optamos por un formato de dos días para que el programa fuera lo más exhaustivo posible: además de ofrecer material didáctico, la meta era ayudar a los asistentes a mejorar sus aptitudes para asesorar a personas en duelo. Para ello era necesario abordar muchas cuestiones relacionadas con el área general del duelo. No sólo queríamos presentar información sobre la teoría del duelo y la necesidad de elaborarlo, sino que también queríamos tratar el diagnóstico diferencial del duelo normal y el duelo patológico y examinar intervenciones especiales como el duelo por una muerte repentina o por una pérdida parcial como una amputación.

Una característica exclusiva —y con mucho éxito— de nuestro programa era el método de formación. Al principio dividíamos a los asistentes en grupos de diez personas que se reunían varias veces durante el cursillo. En la primera reunión, cuando todos habían recibido las instrucciones, los participantes exponían sus experiencias personales de duelo. Aunque esas experiencias podían parecer diferentes a primera vista, siempre quedaba claro que todos habían pasado por el dolor de la pérdida y el duelo. La conciencia de que todos los participantes habían vivido una experiencia similar alimentaba la dinámica del grupo y lo cohesionaba en muy poco tiempo. En el segundo día

se dedicaba mucho tiempo al juego de roles en diferentes situaciones relacionadas con el duelo. Para facilitar este proceso ideé una serie de «viñetas» o casos de duelo ilustrativos basados en casos de mis archivos que destacaban varias situaciones y cuestiones relacionadas con el duelo. Estos casos de duelo se hallan al final de este capítulo y se pueden utilizar como material de formación. El juego de roles seguía un formato similar al que habíamos usado en la Harvard Medical School para formar a estudiantes de medicina en el asesoramiento a pacientes moribundos y a familias en duelo.

El procedimiento exige que los miembros del grupo estén dispuestos a representar los distintos roles de cada caso o situación, que pueden incluir a familiares o amigos y que siempre incluyen a alguien que hace de asesor. Se asignan los roles y se pide a los voluntarios que lean su papel con atención y se atengán al guión. También se les pide que no lo comenten con nadie. Es muy importante que cada persona conozca sólo su papel y no toda la situación de duelo porque esto estimula la creatividad y aporta vitalidad y realismo a la situación. Mientras los voluntarios están fuera de la sala, el instructor lee el papel del asesor a los restantes miembros del grupo. Luego se hace entrar a los «actores» y empieza la representación.

El instructor deja que la representación siga mientras sea productiva y luego asigna el rol de asesor a otro miembro del grupo. Esto se hace varias veces para que al menos dos o tres asistentes puedan probar sus aptitudes como asesores. Luego se critica y evalúa todo el proceso. Se pide a los participantes que han representado al asesor que expliquen el camino que han seguido y lo que pensaban, y se pide a los que han representado a los clientes que digan qué intervenciones han sido útiles y cuáles no. Los que se han limitado a mirar comentan lo que han visto y el instructor añade sus propias observaciones. Después de esta crítica, se puede representar la misma situación o se puede seguir con otra. A quienes participan en el juego de roles, y sobre todo a los que representan al asesor se les recuerda que no se espera que sean perfectos y que están allí para aprender.

Aunque está claro que dos días no son suficientes para formar asesores expertos en el duelo, nos parece que este formato es adecuado y hemos repetido el programa con muchos grupos de profesionales de la salud de todo Estados Unidos. El supuesto básico que subyace a este ta-

ller es que los participantes ya tienen conocimientos y aptitudes como profesionales de la salud mental. El objetivo del taller es darles más información sobre las características especiales del duelo además de experiencias prácticas de asesoramiento que luego evalúan sus compañeros.

La mayoría de las viñetas o casos ilustrativos que se presentan a continuación se han ideado pensando en el asesoramiento del duelo, no en la terapia. La terapia del duelo es un procedimiento mucho más complejo y no se puede explicar de una forma tan abreviada. Como he destacado varias veces a lo largo del libro, los terapeutas no deben hacer terapia del duelo si no poseen la formación necesaria. Esto incluye conocer a fondo la psicodinámica y la capacidad de evaluar el potencial de descompensación del paciente. Hay muchas personas que intentan hacer psicoterapia sin una formación adecuada. Una de las cualidades más valiosas del buen terapeuta es que conoce sus propias limitaciones y sabe cuándo tiene que derivar a un cliente o consultar a otro profesional con más experiencia.

*Mujer:* Hace doce semanas tu marido de 33 años acudió en coche a una cita que tenía a más de cien kilómetros de casa. Iba a pasar la noche allí para regresar al día siguiente, pero no volvió. Varios días más tarde apareció su cuerpo en el coche, en una carretera lejana, parece que muerto de un ataque al corazón. La descomposición fue rápida a causa del calor y te aconsejaron que no lo vieras. Fuiste al funeral y al entierro en el estado de su familia, muy lejos de vuestra casa. Aún ahora no puedes creer que esté muerto y esperas que vuelva. Lloras sin cesar y no sabes qué hacer, y has buscado asesoramiento psicológico.

*Asesor:* Una mujer de 58 años perdió a su marido de un ataque al corazón mientras estaba fuera en un viaje de negocios. Ella no vio su cuerpo y le cuesta creer que esté muerto. Ayúdala en esta primera tarea del duelo y en cualquier otro aspecto que pueda necesitar.

**Viuda:** Eres una viuda de 75 años de edad cuyo marido ha fallecido hace seis meses. Estás enferma y te encuentras en una residencia. Te sientes triste y perdida sin tu esposo. Tus hijos viven en la costa y te sientes muy sola. Tienes un deseo muy intenso de rendirte y morir para reunirte con tu esposo. No ves nada por lo que valga la pena vivir. No dejas de decirle al personal que te cuida: «Quiero estar sola, dejadme morir».

**Asistente social:** En una residencia se te asigna el cuidado de una viuda de 75 años que hace seis meses perdió a su marido. Tu cometido es ayudarla a elaborar el duelo, a superar la pérdida y a seguir adelante con su vida.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

*Mujer:* Tienes 38 años y eres soltera. Hace tres meses tu padrastro alcohólico murió de un ataque al corazón. Se casó con tu madre cuando tenías 3 años y abusó sexualmente de ti hasta que te fuiste de casa a los 17. Te alegraste de saber que había muerto, de que finalmente hubiera salido de tu vida, y sólo tienes malos recuerdos de él. Desde que murió has soñado varias veces con él y en tus sueños extiende los brazos hacia tí. No estás segura del significado de estos sueños pero te despiertas alterada y no puedes volver a dormir. Tus trastornos del sueño han empezado a afectar tu rendimiento en el trabajo y has decidido buscar ayuda.

*Asesor:* Una mujer soltera de 38 años ha tenido problemas para dormir los últimos tres meses, desde que su padrastro murió repentinamente de un ataque al corazón. Explora sus síntomas en relación con la perdida. Si hay un trabajo de duelo por realizar, ayúdala a identificarlo y facilítalo.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

[REDACTED]

**Mujer:** Eres una mujer soltera de 51 años que acaba de perder a su madre. Siempre habíais vivido juntas y vuestra relación era estrecha pero ambivalente. Cuidaste de ella durante su larga enfermedad en la que sufrió varias hospitalizaciones. Convivir con tu madre no era fácil y durante los últimos años le dijiste varias veces muy enfadada que si no cambiaba la llevarías a una residencia. La verdad es que no lo habrías hecho y ahora que está muerta la echas mucho de menos y te sientes culpable por haberle dicho aquello.

**Asesor:** Una mujer soltera de 51 años se dirige a ti en busca de ayuda porque se siente culpable desde que su madre murió. Tu tarea es ayudarla a comprobar la realidad de su culpa y a encontrar una manera de afrontarla.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

**Viudo:** Tienes 29 años y tu esposa, con la que llevabas casado seis años, murió de cáncer hace cuatro meses dejándote con un hijo de tres años y una hija de cinco. Tu matrimonio iba bien y quieres encontrar algo que te ayude a superar el profundo dolor que te atormenta. Crees que si te vuelves a casar lo superarás y que todo esto quedará atrás. Has salido con varias mujeres pero todas te han dejado más deprimido que antes. Sin embargo, sigues creyendo que si te volvieras a casar tus hijos tendrían otra madre, tú te sentirías mejor y tu dolor desaparecería. Vas a ver al asesor del *bospice* que atendió a tu mujer.

**Asesor:** Te han pedido que veas a un hombre de 29 años cuya esposa murió de cáncer en tu *bospice* hace cuatro meses. No trabajaste con la familia antes de la muerte, pero verás a su marido como parte del seguimiento que haces de su duelo.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

[REDACTED]

**Mujer:** En los últimos tres años has perdido a tu madre, a tu padre, a un hermano y a una amiga íntima. Estas pérdidas han hecho que no sientas casi nada. Cuando puedes sentir algo eres más consciente de tu angustia que de tu tristeza. La angustia ha ido en aumento los últimos meses y has ido varias veces a ver al médico porque sientes palpitaciones. Dice que físicamente estás bien y que tus síntomas se deben a la angustia y al estrés. Te ha derivado a un asesor psicológico para que te ayude a controlar mejor el estrés.

**Asesor:** Un médico te ha derivado a una paciente para que la ayudes a controlar mejor el estrés. Hace poco que ha perdido a tres familiares y a una amiga. Evalúa la relación entre esas pérdidas y el estrés y haz una intervención adecuada para las pérdidas.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

*Esposa:* Tu hijo de ocho años murió de leucemia dos años atrás. Te estás adaptando a la pérdida pero temes que con el tiempo te olvides de algún detalle importante de la vida de tu hijo y de las cosas que compartisteis. Para evitar que ocurra has conservado la habitación de tu hijo intacta, tal como estaba cuando murió. Tu marido está preocupado; cree que después de dos años se debería renovar la habitación, guardar algunas cosas y usarla para otros fines. Cada vez que habláis del tema acabáis discutiendo y sientes que te distancias de él.

*Marido:* Tu hijo de ocho años murió de leucemia dos años atrás. Desde entonces, su habitación sigue igual. Al principio, esto no suponía ningún problema, pero ahora que han pasado dos años crees que se debería renovar la habitación, guardar algunas cosas y usarla para otros fines. Para ti, mantener la habitación tal como está sólo trae recuerdos dolorosos. Tu esposa no atiende a razones y no quiere tocar nada de la habitación.

*Asesor:* Ha venido una pareja para que les ayudes a arbitrar una disputa sobre la habitación y las pertenencias de su hijo muerto. El marido quiere renovar la habitación y la mujer no. Ayúdale a resolver este problema y a entrar en contacto con los miedos y las emociones que ha generado esta situación.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

*Esposa:* Hace siete meses tu padre de 78 años se suicidó de un tiro en la cabeza sin dejar ninguna nota que explicara la razón. Tu madre había muerto un año antes y aunque tu padre vivía lejos, hablabas mucho con él y creías que se estaba adaptando a la pérdida. Desde su muerte has estado irritable y tratas con brusquedad a todo el mundo, sobre todo a tu marido. A él se le acaba la paciencia y te ha amenazado con marcharse de casa. Aceptas de mala gana acudir con él a un asesor.

*Marido:* Tu suegro se mató de un tiro hace poco, cuando aún no hacía un año que había perdido a su esposa. No dejó ninguna nota que explicara la razón. Desde entonces, tu esposa se ha vuelto insoportable. Se irrita por cualquier cosa. Estás tan harto de su conducta que has amenazado con marcharte. Antes de hacerlo quieres probar el asesoramiento aunque no tienes demasiadas esperanzas.

*Asesor:* Recibirás a una pareja a punto de separarse. Por el contacto telefónico inicial con el marido sabes que el padre de la esposa ha muerto hace poco. En tu evaluación, valora hasta qué punto puede estar contribuyendo el duelo a la inestabilidad del matrimonio.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

**Madre:** Tu hijo murió en el hospital a los tres meses de edad. Ya han pasado quince meses y todavía te sientes muy deprimida. Acudiste a una sesión de un grupo para padres en duelo pero te marchaste diciendo: «Lo que me hace falta no es hablar con otros de estas cosas». Sientes mucha ira hacia tu marido por no haber estado contigo cuando murió el bebé y por prestar más atención a tus otros dos hijos que a tí. Tu padre os abandonó a tí y a tu familia cuando tenías cinco años. Hace poco has empezado a soñar con tu bebé muerto y en los sueños te dice: «No me disteis ni una oportunidad». Una amiga te ha recomendado que veas a un asesor.

**Padre:** A los tres meses de vida tu hijo recién nacido falleció en el hospital a causa de complicaciones congénitas. Sientes algo de culpa por esta muerte y ahora prestas más atención que antes a tus otros dos hijos. Tu mujer ha estado muy deprimida los últimos quince meses, desde la pérdida. Su tristeza te preocupa y te hace sentir impotente. La única manera que se te ocurre de ayudarla es aparentar fuerza y seguridad, pero no ha servido de nada. Tu mujer va a ver a un asesor y quiere que la acompañes. Crees que tú te sientes bien, pero accedes a ir por si le sirve de ayuda.

**Asesor:** Una pareja ha perdido a un bebé tres meses después de nacer. La mujer lleva deprimida quince meses, desde que el bebé falleció. La pareja tiene dos hijos más. A la primera sesión asistirán la mujer y el marido. Tu tarea consiste en ver en qué punto del duelo se encuentran y decidir si trabajas con ellos individualmente, en pareja, o con todo el sistema familiar.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

*Padre:* Tu esposa murió de cáncer hace diez meses dejándose con tres hijos, una hija de catorce años y dos hijos, de once y seis años. Estás haciendo todo lo posible para salir adelante tú solo, pero tu trabajo exige muchas horas y viajes largos. Pensabas que tus hijos se unirían a causa de la muerte, pero parece que no es así. Estás muy enfadado con tu hija porque no se quiere encargar de las tareas domésticas, algo que crees que debería hacer porque es una chica y es la mayor. Cuando te llamaron de la escuela para decirte que no venía a clase, accediste a ver a un asesor familiar.

*Hermana:* Tienes 14 años y perdiste a tu madre por un cáncer hace diez meses. La echas de menos y consideras que tu padre está cada vez más pesado desde que ella murió. Quiere que准备es el desayuno y la cena, que compres y que cuides de tu hermano de seis años, y tú no quieres hacerlo. Te va mal en los estudios desde la muerte de tu madre y en lugar de ir a clase prefieres estar por ahí con tus amigos. Consideras que son los únicos momentos de intimidad que tienes porque tus responsabilidades en casa no te dejan ni un momento libre. Aceptas de mala gana ir a un asesor familiar.

*Hermano:* Hace diez meses, cuando acababas de cumplir 11 años, tu madre murió de cáncer. Desde entonces las cosas en casa han ido a peor y prefieres estar fuera. Te pasas el día con tus amigos, dando vueltas por ahí y jugando al fútbol en el parque. Tu hermana mayor es una mandona y te irrita que te diga lo que tienes que hacer. Tu hermano de seis años te cae bien, pero no compartes con él muchas actividades.

*Hermano:* Tienes 6 años. Desde que tu madre murió te sientes abandonado. No entiendes del todo qué le pasó ni dónde está. No te dejaron ir al funeral. Por la noche sueñas con ella y el hecho de verla te consuela. Tienes pocos amigos con los que jugar y después de la escuela, y los fines de semana, te pasas todo el tiempo viendo la televisión.

*Asesor:* La escuela te ha derivado a una familia para que reciba un asesoramiento familiar que puede incluir trabajar con su duelo. La madre falleció de cáncer hace diez meses dejando al marido y a tres hijos: una chica de 14 años y dos niños, de 11 y de 6. La hija falta a la escuela y no va bien en los estudios. Los niños no tienen problemas en la escuela, pero la maestra del de 6 años dice que el niño parece «perdido» y no sabe qué hacer con él. Evalúa a esta familia y elabora una estrategia de intervención.

*Hombre joven:* El que fue tu compañero durante ocho años murió de sida hace seis meses. Vivíais juntos y cuidaste de él hasta que murió. Sientes que ya pasaste por un duelo muy profundo los dieciocho meses que duró la enfermedad. Su hermana mayor te llama con frecuencia porque necesita apoyo emocional. Aunque te cae bien y la quieres ayudar, sus llamadas te entristecen y preferirías que no te llamara tanto. Su hermano ha marcado un capítulo importante de tu vida y lo echas de menos, pero quieres seguir adelante. Aceptas de mala gana acompañarla a una sola visita con un asesor con la esperanza de que así te podrás librar de ella.

*Hermana:* Tu hermano, siete años menor que tú, murió de sida hace seis meses. Llevaba ocho años viviendo con otro hombre. Durante los dieciocho meses que duró su enfermedad ayudaste a su compañero a cuidar de él. Ya sabes lo que significa cuidar de los demás porque tu madre murió cuando tenías doce años y te dejó al cuidado de la familia. Sientes que vives el duelo sola y sin apoyo. Estás enfadada con el compañero de tu hermano y con tu marido porque quieren dejar atrás esta muerte tan dura y seguir adelante con su vida.

*Marido:* Tu esposa perdió a su hermano a causa del sida hace seis meses. Tu cuñado te caía muy bien. Fuiste comprensivo y apoyaste a tu esposa durante los dieciocho meses de enfermedad, pero en el fondo te sentiste aliviado cuando falleció. Para ti, su muerte significaba que aquella experiencia se había terminado y que podíais volver a llevar una vida normal. Pero tu esposa no deja de llorar y se niega a volver al trabajo, y tú te sientes frustrado, enfadado e impotente. Aceptas a regañadientes visitar a un asesor con la esperanza de que acabe todo esto.

*Asesor:* Tienes una cita con una mujer cuyo hermano menor murió de sida hace seis meses. La acompañan su marido y el compañero de su hermano. Tu tarea es sacar a la luz los temas relacionados con el duelo y facilitar su discusión en el contexto de la familia.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

**Madre:** Tu hijo de 15 años murió de repente una noche, hace un año. Iba de pasajero en un coche que conducía un amigo de 16 años y que perdió el control. Desde entonces has estado inconsolable. Era tu hijo mayor y tenía mucho talento: era tu favorito. No puedes entender por qué tu marido y tus otros dos hijos no están tan abatidos como tú. Hay momentos en que te llenas de rabia y la diriges a tu marido, al chico que conducía el coche o a tu hijo pequeño, que nunca habla de su hermano muerto.

**Padre:** Hace un año perdiste a tu hijo de 15 años en un accidente de tráfico. Los dos primeros meses estabas hundido y llorabas mucho cuando estabas solo. Todavía le echas de menos, pero crees que tú, tu esposa y tus otros dos hijos debéis continuar con vuestra vida. Tu esposa no deja de llorar y notas que hay tensión en la familia. Has decidido acudir a un asesor psicológico con la esperanza de que pueda enderezar la situación.

**Hermano:** Tienes 13 años de edad y tu hermano de 15 murió en un accidente de tráfico hace un año, cuando iba en coche con un amigo. Siempre te creíste inferior a él y cuando murió te sentiste algo aliviado. Ahora te sientes culpable por haber tenido aquellos sentimientos. Su recuerdo y su presencia aún siguen en la casa y cuando la gente habla de él te levantas y te vas. Esto disgusta a tu familia pero no te importa.

**Hermana:** Eres la hermana de 9 años de un chico de 15 que murió cuando el coche en el que iba perdió el control. Te sientes triste y lo echas de menos. Tu tristeza se acentúa porque tu madre no está tan cerca de ti como antes y sientes que también la has perdido. No sabes qué puedes hacer para recuperarla.

**Asesor:** El padre de un chico de 15 años que hace un año murió en un accidente de tráfico se ha puesto en contacto contigo para que asesores a su familia en el duelo. Tu tarea consiste en verlos, evaluar la situación y proponerles una intervención adecuada. (Este caso da juego para representar varias sesiones de terapia.)

*Hijo:* Tienes 20 años. Tu padre se suicidó hace tres meses en el garaje de casa. Has sentido muchas cosas, sobre todo ira hacia tu padre por haberse quitado la vida. Pero la mayor parte del tiempo te sientes deprimido. Bebes mucho porque crees que te ayuda a sentirte mejor. Aún vives en casa con tu madre, que está preocupada porque bebes. Cuando te lo dice te enfadas con ella o te marchas. En realidad no estás muy seguro de lo que sientes por la muerte de tu padre. Sientes algo de culpa mezclada con ira y tristeza. Accedes a regañadientes a ir con tu madre a visitar a un asesor.

*Esposa:* Tu marido se quitó la vida respirando monóxido de carbono hace tres meses. Además de tristeza también sientes ira y culpa. A veces estás tan enfadada que te sorprendes diciendo: «¡Maldito seas, si no estuvieras muerto te habría matado yo por hacerme pasar por todo esto!». Te preocupa que tu hijo beba cada vez más desde la muerte de su padre y has buscado un asesor para que os ayude a superar vuestros problemas.

*Asesor:* Una madre y su hijo de 20 años acuden a tu consulta. El padre se suicidó hace tres meses respirando monóxido de carbono. La mujer está muy abatida y no sale adelante. Su hijo bebe mucho desde el suicidio del padre. Al final, la mujer ha conseguido que su hijo la acompañe a verte, aunque un poco a regañadientes. Tu tarea es ayudarles a aclarar sus sentimientos y a resolver las cuestiones pendientes con el fallecido.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

**Padre:** Tu único hijo, Timothy, murió de leucemia hace tres meses, cuando tenía ocho años. Intentas apaciguar el dolor manteniéndote ocupado en el trabajo y llenando tu tiempo libre de actividades. Esto irrita a tu esposa, pero tú crees que mantenerte ocupado es lo único que te permite resistir. Te gustaría tener otro hijo enseguida, pero tu mujer no quiere tener más hijos para no sufrir otra pérdida como la que acabáis de vivir. Le pides que te acompañe a ver a un sacerdote en busca de consejo.

**Madre:** Hace tres meses, Timothy tu único hijo, murió de leucemia a los ocho años de edad. Desde entonces has estado deprimida y no dejas de llorar. Has perdido el contacto con casi todas tus amistades y te pasas la mayor parte del tiempo sola. Estás enfadada con tu marido porque se ha mantenido muy ocupado desde la muerte de Timothy y no te hace caso. También estás enfadada con él porque quiere tener otro hijo enseguida. Crees que es una postura irrespetuosa y vuestra relación se resiente. Accedes a ir con él a ver a un sacerdote en busca de consejo.

**Enfermera:** Cuidaste de Timothy, de ocho años, durante su largo combate contra la leucemia y visitas a sus padres, a los que conociste durante la enfermedad del niño. Notas que las cosas no van bien entre ellos e intentas ayudarles a superar la pérdida y a mejorar su relación.

**Sacerdote:** Timothy el hijo único de un matrimonio, murió de leucemia hace tres meses, cuando tenía ocho años de edad. El marido ha insistido a su esposa para que le acompañara a verte, pero ella no está muy convencida. El hombre quiere que le ayudes a aclarar sus sentimientos hacia su esposa y su hijo. Espera que convenzas a su esposa para tener otro hijo enseguida. Los dos son feligreses de tu parroquia, pero prácticamente no has tenido contacto con ellos.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

*Hijo:* Tu padre acaba de fallecer tras luchar durante un año contra un cáncer. Dentro de unas semanas empezarás a ir a la universidad y el hecho de tener que vivir fuera de casa por primera vez te preocupa tanto que has sufrido varios ataques de ansiedad. Te sientes culpable por ir a la universidad en lugar de ponerte a trabajar para ayudar económicamente a tu familia. Te sientes triste, pero no cedes al llanto porque crees que no es de hombres.

*Hija:* Tienes 17 años y estás acabando secundaria. Tu padre ha muerto de cáncer justo antes de empezar el curso. Sientes mucho su muerte, pero no puedes expresar tus sentimientos. Cuando tu familia quiere hablar de la muerte de tu padre, te retiras.

*Hija:* Tienes 14 años y estás acabando el primer ciclo de secundaria. Tu padre acaba de morir tras luchar durante un año contra un cáncer. Te quieres rebelar contra tu familia y dedicarte a lo tuyo, pero te sientes un poco culpable porque puede que hagas daño a tu madre. Estás enfadada con tu hermana mayor porque se niega a hablar de la muerte de vuestro padre.

*Madre:* Te has quedado viuda y con tres hijos: un varón de 19 años que empezará a ir a la universidad, una hija de 17 años y otra de 14. Estás preocupada porque no sabes cómo saldrás adelante sin tu marido desde el punto de vista económico y emocional. También estás enfadada con él por haber muerto y haberte dejado con todas estas responsabilidades. Estos sentimientos te asustan. Estás preocupada porque tu hijo se va de casa, porque tu hija mayor es incapaz de expresar sus emociones y por el distanciamiento de tu hija menor.

*Asesor:* Una madre acaba de perder a su marido tras un año de lucha contra un cáncer. Te ha pedido que la ayudes a ella y a sus tres hijos —un varón de 19 años y dos hijas de 17 y 14 años— a hablar de sus sentimientos y a planificar su futuro de una manera realista. La madre se siente abrumada por la situación. Tu tarea es facilitarles la elaboración del duelo y ayudarles en lo que te pidan.

**Esposo:** Hace seis semanas, tu único hijo murió a los tres meses de edad mientras dormía. Su muerte se diagnosticó como un caso de muerte infantil súbita (SMIS). Ya le habías cogido cariño y estás furioso porque te ha dejado, pero te cuesta expresarlo abiertamente. Tu mujer quiere quedarse embarazada enseguida, pero tú te resistes a ello. Esto ha hecho que vuestra vida sexual se resienta.

**Esposa:** Hace seis semanas perdiste a tu hijo de tres meses por SMIS. Te sientes culpable por haber estado durmiendo cuando murió. Crees que si hubieras estado despierta no habría ocurrido. Deseas tener otro hijo pero tu marido no quiere saber nada y esto ha hecho que os distanciéis.

**Asesor:** En el hospital te han asignado el seguimiento de una pareja cuyo único hijo falleció hace seis semanas por SMIS a los tres meses de edad. Tu tarea consiste en evaluar cómo se siente la pareja y ver qué necesita en estos momentos.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

**Viuda:** Tras veinticinco años de matrimonio, tu marido murió de cáncer hace dos años. Estabas muy unida a él, pero ahora, a los 51 años, estás pensando en encontrar otra pareja. Pero esto te plantea un conflicto. Crees que serías desleal a tu difunto marido y temes que tus amistades piensen que estás loca. Tus hijos, que se acercan a la veintena, están totalmente en contra de que te cases otra vez. Has buscado asesoramiento para que te ayude a resolver este conflicto.

**Asesor:** Ha acudido a ti una viuda de 51 años de edad que desea hallar otra pareja y quizás, casarse otra vez. Ya han pasado dos años desde la muerte de su esposo, con el que había convivido veinticinco años. Deberás evaluar en qué punto del duelo se encuentra y ayudarla a comprender cuándo finaliza el duelo y cómo puede afrontar sus conflictos sobre el inicio de una nueva relación.

**Sacerdote:** Una viuda de 51 años de tu parroquia sufre un conflicto porque busca otra pareja dos años después de la muerte de su esposo, al que tú conocías. Tu cometido es ayudarla a resolverlo.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

**Niño:** Tienes 9 años de edad y eres hijo único. Hace tres meses tu padre murió repentinamente de un infarto y desde entonces has tenido pesadillas. El día que murió tu padre tuviste una discusión con él antes de salir de casa para ir a la escuela. Te sientes culpable por ello, pero no se lo has dicho a nadie.

**Asesor escolar:** Se te ha pedido que veas a un niño de 9 años cuyo padre murió de un infarto hace tres meses. Su maestra ha observado que tiene una actitud muy retraída y sus notas han empeorado. Tu tarea es evaluar cuáles pueden ser los problemas y determinar la relación entre el proceso del duelo y su conducta.

De *La terapia del duelo* (4<sup>a</sup> ed.), de J. William Worden, PhD. Copyright © 2011 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.

## APÉNDICE

Tabla A1

### TAREAS DEL DUELO

I	Aceptar la realidad de la pérdida	(No creer)
II	Elaborar el dolor de la pérdida	(No sentir)
III	Adaptarse a un mundo sin el fallecido A. Adaptaciones externas: vida cotidiana sin la persona B. Adaptaciones internas: ¿Quién soy ahora? C. Adaptaciones espirituales: replantearse la visión del mundo	(No adaptarse) (No crecer) (No entender)
IV	Hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva	(No seguir adelante)

Tabla A2

<b>MEDIADORES DEL DUELO</b>	
<b>Mediador 1</b>	<b>Parentesco (cómo era la persona fallecida)</b>
<b>Mediador 2</b>	<b>Naturaleza del apego</b> Fuerza/seguridad Ambivalente/conflictivo Dependencia
<b>Mediador 3</b>	<b>Cómo ha fallecido la persona</b> Proximidad Muerte repentina o inesperada Muerte violenta/traumática Pérdidas múltiples Muerte evitable Muerte ambigua Muerte estigmatizada
<b>Mediador 4</b>	<b>Antecedentes históricos</b> Historia de pérdidas Historia de salud mental
<b>Mediador 5</b>	<b>Variables de la personalidad</b> Edad/sexo Estilo de afrontamiento Estilo de apego (seguro, inseguro) Estilo cognitivo Fuerza personal (autoestima, eficacia) Mundo de supuestos (creencias, valores)
<b>Mediador 6</b>	<b>Variables sociales</b> Diponibilidad de apoyo Apoyo satisfactorio Roles sociales Recursos religiosos Expectativas étnicas
<b>Mediador 7</b>	<b>Tensiones concurrentes (sucesos que cambian la vida)</b>

## BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K., *Selected papers on psychoanalysis*, Londres, Hogarth, 1927
- Addington-Hall, J., y S. Karlsen, «Do home deaths increase distress in bereavement?», *Palliative Medicine*, 14, 2000, págs. 161-162.
- Ainsworth, M., M. Blehar, E. Waters, y S. Wall, *Patterns of attachment*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978.
- , M. Blehar, E. Waters, y S. Wall, *Patterns of attachment: A psychological study of strange situations*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978.
- Akiyama, H., J. Holtzman, y W. Britz, «Pet ownership and health status during bereavement», *Omega*, 17, 1986, págs. 187-193.
- Aldrich, C. K., «The dying patient's grief», *Journal of the American Medical Association*, 184, 1963, págs. 329-331.
- Alexy, W. D., «Dimensions of psychological counseling that facilitate the growing process of bereaved parents», *Journal of Counseling Psychology*, 29, 1982, págs. 498-507.
- Allumbaugh, D., y W. Hoyt, «Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis», *Journal of Counseling Psychology*, 46, 1999, págs. 370-380.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.), Washington, DC, Author, 2000 (trad. cast.: *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2009).
- Aronson, S., «Five girls in search of a group: A group experience for adolescents of parents with AIDS», *International Journal of Group Psychotherapy*, 45, 1995, págs. 223-235.
- Attig, T., *How we grieve: Relearning the world*, Nueva York, Oxford University Press, 1996.
- , «Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love», *Omega*, 49, 2004, págs. 197-215.
- Barbato, A., y H. J. Irwin, «Major therapeutic systems and the bereaved client», *Australian Psychologist*, 27, 1992, págs. 22-27
- Barrett, D., «The "royal road" becomes a shrewd shortcut: The use of dreams

- in focused treatment, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 2002, págs. 55-63.
- Bauer, J., y G. A. Bonanno, «I can, I do, I am: The narrative differentiation of self-efficacy and other self-evaluations while adapting to bereavement», *Journal of Research in Personality*, 35, 2001, págs. 424-448.
- Beck, A. T., J. Bush, B. Shaw, G. Emery y otros, *Cognitive therapy of depression*, Nueva York, Guilford Press, 1979 (trad. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1984).
- Beckwith, B. E., S. K. Beckwith, T. Gray, M. Micsko, J. H. Holm, V. H. Plummer, y S. L. Flaa, «Identification of spouses at high risk during bereavement: A preliminary assessment of Parkes and Weiss' Risk Index», *Hospice Journal*, 6, 1990, págs. 35-46.
- Begley, M., y E. Quayle, «The lived experience of adults bereaved by suicide», *Crisis*, 28, 2007, págs. 26-34.
- Belicki, K., N. Gulko, K. Ruzycski, y J. Aristotle, «Sixteen years of dreams following spousal bereavement», *Omega*, 47, 2003, págs. 93-106.
- Belitsky, R., y S. Jacobs, «Bereavement, attachment theory, and mental disorders», *Psychiatric Annals*, 16, 1986, págs. 276-280.
- Bell, J. P., «AIDS and the hidden epidemic of grief: A personal experience», *American Journal of Hospice Care*, 5, 1988, págs. 25-31.
- Benight, C., J. Flores, y T. Tashiro, «Bereavement coping self-efficacy in cancer widows», *Death Studies*, 23, 2001, págs. 97-125.
- Bennett, K. M., y G. Bennett, «And there's always this great hole inside that hurts: An empirical study of bereavement in later life», *Omega*, 42, 2000, págs. 237-251.
- Bennett, L., M. Kelaher, y M. W. Ross, «The impact of working with HIV/AIDS on health care professionals: Development of the AIDS Impact Scale», *Psychology and Health*, 9, 1994, págs. 221-232.
- Beresford, L., *The hospice handbook*, Boston, Little, Brown, 1993.
- Beutel, M., R. Deckardt, M. von Rad, y H. Weiner, «Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents, and course», *Psychosomatic Medicine*, 57, 1995, págs. 517-526.
- Blechner, M. J., «Psychoanalysis and HIV disease», *Contemporary Psychoanalysis*, 29(1), 1993, págs. 61-80.
- Bloch, S., «A systems approach to loss», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 1991, págs. 471-480.
- Boelen, P. A., y J. Van den Bout, «Positive thinking in bereavement: Is it related to depression, anxiety or grief symptomatology?», *Psychological Reports*, 91, 2002, págs. 857-863.
- y J. Van den Bout, «Complicated grief, depression and anxiety as distinct

- postloss syndromes. A confirmatory factor analysis study-, *American Journal of Psychiatry*, 162, 2005, págs. 2175-2177
- , J. Van den Bout, y J. De Keijser, «Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety», *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, págs. 1339-1341.
- , M. A. Van den Hout, y J. Van den Bout, «A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief», *Clinical Psychology: Science & Practice*, 13, 2006, págs. 109-128.
- Bonanno, G., «Introduction: New directions in bereavement research and theory», *American Behavioral Scientist*, 44, 2001, págs. 718-725.
- Bonanno, G. A., «Loss, trauma, and human resilience», *American Psychologist*, 59, 2004, págs. 20-28.
- y S. Kaltman, «Toward an integrative perspective on bereavement», *Psychological Bulletin*, 125, 1999, págs. 760-776.
- , J. T Moskowitz, y A. Papa, «Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men», *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 2005, págs. 827-843.
- y A. Papa, «The social and functional aspects of emotional expression during bereavement», en P. Philippot (comp.), *Nonverbal behavior in clinical settings*, Londres, Oxford University Press, 2003, págs. 145-170.
- , A. Papa, y K. O'Neill, «Loss and human resilience», *Applied & Preventive Psychology*, 10, 2002, págs. 193-206.
- , C. Wortman, D. Lehman, R. Tweed, M. Haring, J. Sonnega, y otros, «Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss», *Journal of Personality & Social Psychology*, 83, 2002, págs. 1150-1164.
- Bowen, M., *Family therapy in clinical practice*, Nueva York, Aronson, 1978 (trad. cast.. *La terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1989).
- Bowlby J., «Grief and mourning in infancy and early childhood», *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 1960, págs. 9-52.
- , «The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory», *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977 págs. 201-210.
- , «The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy», *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977b, págs. 421-431.
- , *Attachment and loss: vol 3. Loss, sadness, and depression*, Nueva York, Basic Books, 1980 (trad. cast.. *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 2009).

- Boykin, F. F., ·The AIDS crisis and gay male survivor guilt·, *Smith College Studies in Social Work*, 61(3), 1991, págs. 247-259.
- Brice, C. W., ·Paradoxes of maternal mourning·, *Psychiatry*, 54(1), 1991, págs. 1-12.
- Brier, N., ·Understanding and managing the emotional reaction to a miscarriage·, *Obstetrics & Gynecology*, 93, 1999, págs. 151-155.
- Broen, A. N., T. Mourn, A. S. Bodtiker, y O. Ekeberg, ·Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow up study·, *Psychosomatic Medicine*, 66, 2004, págs. 265-271.
- Brooks-Harris, J. E., ·Saying goodbye ten years later: Resolving delayed bereavement·, *Journal of College Student Psychotherapy*, 16, 2001, págs. 119-134.
- Brown, J. C., ·Loss and grief: An overview and guided imagery intervention model·, *Journal of Mental Health Counseling*, 12(4), 1990, págs. 434-445.
- Bugen, L. A., ·Human grief: A model for prediction and intervention·, *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 1977, págs. 196-206.
- Byrne, G., y B. Raphael, ·Depressive symptoms and depressive episodes in recently widowed older men·, *International Psychogeriatrics*, 11, 1999, págs. 67-74.
- Cain, A. C. (comp.), *Survivors of suicide*, Springfield, IL, Thomas, 1972.
- Callahan, J., ·Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants·, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30, 2000, págs. 104-124.
- Carr, D., J. S. House, R. Kessler, R. Nesse, J. Sonnega, y C. Wortman, ·Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis·, *Journals of Gerontology*, 55B, 2000, S197-S207
- , R. Nesse, y C. Wortman (comps.), *Spousal bereavement in late life*, Nueva York, Springer Publishing, 2006.
- Caserta, M. S., y D. A. Lund, ·Bereavement stress and coping among older adults: Expectations versus the actual experience·, *Omega*, 25, 1992, págs. 33-45.
- Castle, J., y W. L. Phillips, ·Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement·, *Journal of Loss & Trauma*, 8, 2003, págs. 41-71.
- Cerney M. S., y J. R. Buskirk, ·Anger: The hidden part of grief·, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(2), 1991, págs. 228-237.
- Cherney P. M., y M. P. Verhey, ·Grief among gay men associated with multiple losses from AIDS·, *Death Studies*, 20, 1996, págs. 115-132.
- Clark, S. E., y R. D. Goldney, ·Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide·, *Crisis*, 16, 1995, págs. 27-33.
- Cleiren, M., y R. Diekstra, ·After the loss: Bereavement after suicide and other

- types of death», en B. Mishara (comp.), *The impact of suicide*, Nueva York, Springer Publishing, 1995, págs. 7-39.
- Cohen, M., «Bereavement groups with the elderly», *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, 2000, págs. 33-41.
- Compassionate Friends, *When a child dies: A survey of bereaved parents*, Author, 1999.
- Constantino, R. E., y P. L. Bricker, «Nursing postvention for spousal survivors of suicide», *Issues in Mental Health Nursing*, 17 1996, págs. 131-152.
- Cook, J. A., «Dad's double binds: Rethinking fathers' bereavement from a men's studies perspective», *Journal of Contemporary Ethnography*, 17 1988, págs. 285-308.
- Currier, J., J. Holland, y R. Neimeyer, «The effectiveness of bereavement interventions with children: A meta-analytic review of controlled outcome research», *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36, 2007, págs. 253-259.
- Cvinar, J., «Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature», *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 2005, págs. 14-21.
- Darwin, C., *The expression of emotions in man and animals*, Londres, Murray 1872 (trad. cast.. *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Madrid, Alianza, 1998).
- Davies, B., M. Gudmundsdottir, J. W Worden, S. Orloff, L. Sumner, y P. Brenner, «Living in the dragon's shadow»: Fathers' experiences of a child's life-limiting illness», *Death Studies*, 28, 2004, págs. 111-135.
- , J. Spinetta, I. Martinson, y E. Kulenkamp, «Manifestations of levels of functioning in grieving families», *Journal of Family Issues*, 7 1986, págs. 297-313.
- Davies, R., «New understandings of parental grief: Literature review», *Journal of Advanced Nursing*, 46, 2004, págs. 506-513.
- Davis, C., C. Wortman, D. Lehman, y R. Silver, «Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct?», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 497-540.
- Demi, A. S., y M. S. Miles, «Parameters of normal grief: A Delphi study», *Death Studies*, 11, 1987 págs. 397-412.
- Demmer C., «Grief and survival in the era of HIV treatment advances», *Illness, Crisis & Loss*, 8, 2000, págs. 5-16.
- Deutsch, H., «Absence of grief», *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 1937 págs. 12-22.
- Didion, J., *The year of magical thinking*, Nueva York, Knopf, 2005 (trad. cast.: *El año del pensamiento mágico*, Barcelona, Global Rhythm Press, 2006).
- Doka, K. (comp.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*, Lexington, MA, Lexington Books, 1989.

- , *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*, Champaign, IL, Research Press, 2002.
- Donnelly, E. F., N. P. Field, y M. J. Horowitz, «Expectancy of spousal death and adjustment of conjugal bereavement», *Omega*, 42, 2000, págs. 195-208.
- Dorpat, T. L., «Suicide, loss, and mourning», *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 3, 1973, págs. 213-224.
- Drenovsky, C. K., «Anger and the desire for retribution among bereaved parents», *Omega*, 29, 1994, págs. 303-312.
- Ehlers, A., «Understanding and treating complicated grief: What can we learn from posttraumatic stress disorder», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 2006, págs. 135-140.
- Engel, G. L., «Is grief a disease? A challenge for medical research», *Psychosomatic Medicine*, 23, 1961, págs. 18-22.
- Erikson, E. H., *Childhood and society*, Nueva York, Norton, 1950 (trad. cast.: *Infancia y sociedad*, Barcelona, Paidós, 1983).
- Farberow N. L., D. E. Gallagher, M. J. Gilewski, y L. W. Thompson, «An examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide», *Gerontologist*, 27, 1987 págs. 592-598.
- , D. E. Gallagher-Thompson, M. J. Gilewski, y L. Thompson, «Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides», *Journals of Gerontology*, 47, 1992, págs. 357-366.
- Feely, N., y L. N. Gottlieb, «Parents' coping and communication following their infant's death», *Omega*, 19, 1988-1989, págs. 51-57.
- Feld, S., y L. K. George, «Moderating effects of prior social resources on the hospitalizations of elders who become widowed», *Journal of Aging and Health*, 6, 1994, págs. 275-295.
- Field, N. P., y G. A. Bonanno, «The role of blame in adaptation in the first five years following the death of a spouse», *American Behavioral Scientist*, 44, 2001, págs. 764-781.
- , E. Gal-Oz, y G. A. Bonanno, «Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 2003, págs. 110-117.
- , B. I. Gao, y L. Paderna, «Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective», *Death Studies*, 29, 2005, págs. 277-299.
- , C. Nichols, A. Holen, y M. J. Horowitz, «The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1999, págs. 212-218.
- Fielden, J. M., «Grief as a transformative experience: Weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide», *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 2003, págs. 74-85.

- Flavell, J. H., *Cognitive development*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1977
- Fleming, S., y P. Robinson, «Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001.
- Foilart, D., M. Clausen, y C. Siljestraum, «Bereavement practices among California hospices», *Death Studies*, 25, 2001, págs. 461-467
- Folkman, S., «Revised coping theory and the process of bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 563-584.
- , M. Chesney, L. Collette, A. Boccellari, y M. Cooke, «Postbereavement depressive mood and its prebereavement predictors in HIV+ and HIV-gay men», *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1996, págs. 336-348.
- Folta, J., y E. Deck, «Grief, the funeral, and the friend», en V. Pine, A. H. Kutschner, D. Peretz y R. Slater (comps.), *Acute grief and the funeral*, Springfield, IL, Thomas, 1976.
- Fraley, R. C., «Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms», *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2002, págs. 123-151.
- y G. A. Bonanno, «Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 2004, págs. 878-890.
- Freud, S., «Mourning and melancholia», en J. Strachey (comp. y trad.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Nueva York, Basic Books, 1957 vol. 14, págs. 237-260 (publicado originalmente en 1917).
- , *Letters of Sigmund Freud* (E. L. Freud, comp.), Nueva York, Basic Books, 1961 (trad. cast.: *Epistolario: 1873-1939*, Barcelona, Plaza & Janés, 1984).
- Freudenberger, H., «Staff burnout», *Journal of Social Issues*, 30, 1974, págs. 159-165.
- Frey, W. H., «Not-so-idle-tears», *Psychology Today*, 13, 1980, págs. 91-92.
- Frost, M., y J. T. Condon, «The psychological sequelae of miscarriage: A critical review of the literature», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 1996, págs. 54-62.
- Fry, P., «The unique contribution of key existential factors to the prediction

- of psychological well-being of older adults following spousal loss, *Gerontologist*, 41, 2001, págs. 69-81.
- Furman, E., *A child's parent dies: Studies in childhood bereavement*, New Haven, CT Yale University Press, 1974.
- Gaines, J., y S. R. Kendall, S. R., «Counseling issues related to maternal substance abuse and subsequent sudden infant death syndrome in offspring», *Clinical Social Work Journal*, 20, 1992, págs. 169-177
- Gajdos, K. C., «The Intergenerational effects of grief and trauma», *Illness Crisis & Loss*, 10, 2002, págs. 304-317
- Gainino, L. A., N. S. Hogan, y K. W Sewell, «Feeling the absence: A content analysis from the Scott and White grief study», *Death Studies*, 26, 2002, págs. 793-813.
- y K. W Sewell, «Meaning constructs as predictors of bereavement adjustment: A report from the Scott and White grief study», *Death Studies*, 28, 2004, págs. 397-421.
- , K. W Sewell, y L. Easterling, «Scott and White grief study-phase 2: Toward an adaptive model of grief», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 633-660.
- Gardiner, A., y M. Pritchard, «Mourning, mummification, and living with the dead», *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977 págs. 23-28.
- Garfield, C. A., y G. J. Jenkins, «Stress and coping of volunteers counseling the dying and the bereaved», *Omega*, 12, 1981-1982, págs. 1-13.
- Geller, J. L., «The long-term outcome of unresolved grief: An example», *Psychiatric Quarterly*, 57 1985, págs. 142-146.
- Gilbert, K. R., «We've had the same loss, why don't we have the same grief?» Loss and differential grief in families», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 269-283.
- Goalder, J. S., «Morbid grief reaction: A social systems perspective», *Professional Psychology: Research & Practice*, 16, 1985, págs. 833-842.
- Goldsmith, B., R. Morrison, L. Vanderwerker, y H. Prigerson, «Elevated rates of prolonged grief disorders in African Americans», *Death Studies*, 32, 2008, págs. 352-365.
- Gorer G. D., *Death, grief and mourning*, Nueva York, Doubleday 1965.
- Greaves, C. C., «Death in the family: A multifamily therapy approach», *International Journal of Family Psychiatry*, 4, 1983, págs. 247-259.
- Greeff, A., y B. Human, «Resilience in families in which a parent has died», *American Journal of Family Therapy*, 32, 2004, págs. 27-42.
- Greenberger, D., y C. Padesky, *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*, Nueva York, Guilford, 1995 (trad. cast.. *El control de tu estado de ánimo: manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*, Barcelona, Paidós, 1998).

- Grimby A., «Bereavement among elderly people: Grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 1993, págs. 72-80.
- Guarnaccia, C., B. Hayslip, y L. P. Landry, «Influence of perceived preventability of the death and emotional closeness to the deceased: A test of Bugen's model», *Omega*, 39, 1999, págs. 261-276.
- Gundel, H., M. F. O'Connor, L. Littrell, C. Fort, y R. D. Lane, «Functional neuroanatomy of grief: An fMRI study», *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, págs. 1946-1953.
- Hackett, T. P., «Recognizing and treating abnormal grief», *Hospital Physician*, 10, 1974, págs. 49-50, 56.
- Hagemeister, A., y P. Rosenblatt, «Grief and the sexual relationship of couples who have experienced a child's death», *Death Studies*, 21, 1997 págs. 231-252.
- Haine, R. A., T. S. Ayers, I. N. Sandler, S. Wolchik, y J. Weyer, «Locus of control and self-esteem as stress-moderators or stress-mediators in parentally bereaved children», *Death Studies*, 27, 2003, págs. 619-640.
- Harwood, D., K. Hawton, K., y T. Hope, «The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: A descriptive and case-control study», *Journal of Affective Disorders*, 72, 2002, págs. 185-194.
- Havighurst, R. J., *Developmental tasks and education*, Nueva York, Longmans, 1953.
- Hawton, K., y S. Simkin, «Helping people bereaved by suicide», *British Medical Journal*, 327 2003, págs. 177-178.
- Hayes, J. A., Y. Yeh, y A. Eisenberg, «Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy», *Journal of Clinical Psychology*, 63, 2007, págs. 345-355.
- Hays, J. C., D. T. Gold, y C. F. Peiper, «Sibling bereavement in late life», *Omega*, 35, 1997 págs. 25-42.
- Herrmann, N., y G. Eryavec, «Delayed onset post-traumatic stress disorder in World War II veterans», *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 1994, págs. 439-441.
- Hershberger, P. J., y W. B. Walsh, «Multiple role involvements and the adjustment to conjugal bereavement: An exploratory study», *Omega*, 21, 1990, págs. 91-102.
- Hodkinson, P. E., «Abnormal grief: The problem of therapy», *British Journal of Medical Psychology*, 55, 1982, págs. 29-34.
- Hogan, N., D. B. Greenfield, y L. A. Schmidt, «Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist», *Death Studies*, 25, 2001, págs. 1-32.

- , J. Morse, y M. Tason, *-Toward an experiential theory of bereavement*, *Omega*, 33, 1996, págs. 43-65.
- y L. A. Schmidt, *-Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling*, *Death Studies*, 26, 2002, págs. 615-634.
- , J. W Worden, y L. Schmidt, *-An empirical study of the proposed Complicated Grief Disorder criteria*, *Omega*, 48, 2004, págs. 263-277
- Hogan, N. S., J. W. Worden, y L. A. Schmidt, *-Considerations in conceptualizing complicated grief*, *Omega*, 52, 2005, págs. 81-85.
- Horowitz, M. J., *-A model of mourning: Change in schemas of self and other*, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1990, págs. 297-324.
- , *-Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis*, *Omega*, 52, 2005, págs. 87-89.
- , N. Wilner, C. Marmar, y J. Krupnick, *-Pathological grief and the activation of latent self images*, *American Journal of Psychiatry*, 137 1980, págs. 1157-1162.
- Horowitz, N. H., *-Adolescent mourning reactions to infant and fetal loss*, *Social Casework*, 59, 1978, págs. 551-559.
- Houck, J., *-A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement*, *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6, 2007 págs. 97-112.
- Hoy W., *Guiding people through grief: How to start and lead bereavement support groups*, Dallas, TX, Compass Press, 2007
- Hughes, C., y D. Fleming, *-Grief casualties on skid row*, *Omega*, 23, 1991, págs. 109-118.
- Hutton, C. J., y B. S. Bradley, *-Effects of sudden infant death on bereaved siblings: A comparative study*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1994, págs. 723-732.
- Ingram, K. M., D. A. Jones, y N. G. Smith, *-Adjustment among people who have experienced AIDS-related multiple loss: The role of unsupportive social interactions, social support, and coping*, *Omega*, 43, 2001, págs. 287-309.
- Irion, P., *-Changing patterns of ritual responses to death*, *Omega*, 22, 1991, págs. 159-172.
- Irwin, H. J., *-The depiction of loss: Uses of clients' drawings in bereavement counseling*, *Death Studies*, 15, 1991, págs. 481-497
- Jacobs, S., *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1999.
- Jacobs, S., F Hansen, L. Berkman, S. Kasl, y A. Ostfeld, *-Depressions of bereavement*, *Comprehensive Psychiatry*, 30, 1989, págs. 218-224.

- , F. Hansen, S. Kasl, A. Ostfeld, L. Berkman, y K. Kim, «Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors», *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 1990, págs. 269-274.
- y K. Kim, «Psychiatric complications of bereavement», *Psychiatric Annals*, 20, 1990, págs. 314-317.
- , J. Nelson, y S. Zisook, «Treating depression of bereavement with antidepressants: A pilot study», *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 1987, págs. 501-510.
- Janis, I. L., *Psychological stress*, Nueva York, John Wiley, 1958.
- Janoff-Bulman, R., *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, Nueva York, Free Press, 1992.
- Jellinek, M., P. Goldenheim, y M. Jenike, «The impact of grief on ventilatory control», *American Journal of Psychiatry*, 142, 1985, págs. 121-123.
- Johnson, S., «Sexual intimacy and replacement children after the death of a child», *Omega*, 15, 1984, págs. 109-118.
- Jordan, J., «Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature», *Suicide & Life-Threatening Behavior* 31, 2001, págs. 91-102.
- y J. McMenamy, J., «Interventions for suicide survivors: A review of the literature», *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34, 2004, págs. 337-349.
- y R. A. Neimeyer, «Does grief counseling work?», *Death Studies*, 27, 2003, págs. 765-786.
- Joy, S. S., «Abortion: An issue to grieve?», *Journal of Counseling and Development*, 63, 1985, págs. 375-376.
- Kaslow, N., y S. Aronson, «Recommendations for family interventions following suicide», *Professional Psychology: Research & Practice*, 35, 2004, págs. 240-247.
- Kastenbaum, R., «Death and bereavement in later life», en A. H. Kutscher (comp.), *Death and bereavement*, Springfield, IL, Thomas, 1969, págs. 27-54.
- Kato, P., y T. Mann, «A synthesis of psychological interventions for the bereaved», *Clinical Psychology Review*, 19, 1999, págs. 275-296.
- Katz, R., y T. Johnson, *When professionals weep: Emotional and counter-transference responses in end-of-life care*, Nueva York, Routledge, 2006.
- Kemeny, M. E., H. Weiner, S. E. Taylor, S. Schneider, B. Visscher, y J. L. Fahey, «Repeated bereavement, depressed mood, and immune parameters in HIV seropositive and seronegative gay men», *Health Psychology*, 13, 1994, págs. 14-24.
- Kerr, P., «As murder case drags on, the mourning never ends», New York Times, 2 de marzo de 1989. Obtenido de <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=950DE0D7113CF931A35750C0A96P948260>> el 14 de abril de 2008.

- Kilburn, L. H., *Hospice operations manual*, Arlington, VA, National Hospice Organization, 1988.
- Kissane, D., y S. Bloch, *Family focused grief therapy*, Birmingham, Reino Unido, Open University Press, 2002.
- , M. McKenzie, D. P. McKenzie, A. Forbes, I. O'Neill, y S. Bloch, «Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: Baseline data from the family focused grief therapy controlled trial», *Palliative Medicine*, 17 2003, págs. 527-537
- Klass, D., «Marriage and divorce among bereaved parents in a self-help group», *Omega*, 17 1986-1987, págs. 237-249.
- , *Parental grief: Solace and resolution*, Nueva York, Springer Publishing, 1988.
- , *The spiritual lives of bereaved parents*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1999.
- y S. J. Marwit, «Toward a model of parental grief», *Omega*, 19, 1988-1989, págs. 31-50.
- , P. R. Silverman, y S. Nickman (comps.), *Continuing bonds: New understandings of grief*, Washington, DC, Taylor & Francis, 1996.
- Klein, M., «Mourning and its relationship to manic-depressive states», *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 1940, págs. 125-153.
- Klerman, G., y M. Weissman, «The interpersonal approach to understanding depression», en T. Millon y G. Klerman (comps.), *Contemporary directions in psycho-pathology: Toward the DSM IV*, Nueva York, Guilford, 1986.
- Krupp, G., F. Genovese, y T. Krupp, «To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement», *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14, 1986, págs. 337-348.
- Kübler-Ross, E., *On death and dying*, Nueva York, Macmillan, 1969 (trad. cast.: *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo Mondadori, 2000).
- Kuhn, J. S., «Realignment of emotional forces following loss», *Family*, 5, 1977 págs. 19-24.
- Lamberti, J., y C. Detmer, «Model of family grief assessment and treatment», *Death Studies*, 17, 2003, págs. 55-67
- Lang, A., L. N. Gottlieb, y R. Amsel, «Predictors of husbands' and wives' grief reactions following infant death: The role of marital intimacy», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 33-57
- Larson, D., y W. Hoyt, «What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism», *Professional Psychology: Research & Practice*, 38, 2007 págs. 347-355.
- Lattanzi, M., y M. E. Hale, «Giving grief words: Writing during bereavement», *Omega*, 15, 1984, págs. 45-52.

- Lazare, A., *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1979.
- , «Unresolved grief», en A. Lazare (comp.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1979, págs. 498-512.
- Lazarus, R., y S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*, Nueva York, Springer Publishing, 1984.
- Lebow, J. L. (comp.), *Handbook of clinical family therapy*, Hoboken, NJ, John Wiley, 2005.
- Legg, C., e I. Sherick, «The replacement child: A developmental tragedy», *Child Psychiatry and Human Development*, 7, 1976, págs. 113-126.
- Lehman, D. R., J. H. Ellard, y C. B. Wortman, «Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 1986, págs. 438-446.
- Lensing, V., «Grief support: The role of funeral service», *Journal of Loss & Trauma*, 6, 2001, págs. 45-63.
- Levine, C., «Orphans of the HIV epidemic: Unmet needs in six US cities», *AIDS Care*, 7(Supl. 1), 1995, págs. S57-S62.
- Lewis, C. S., *A grief observed*, Londres, Faber and Faber, 1961 (trad. cast.: *Una pena en observación*, Barcelona, Anagrama, 2007).
- Lindemann, E., «The Symptomatology and management of acute grief», *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944, págs. 141-148.
- e I. M. Greer, «A study of grief: Emotional responses to suicide», *Pastoral Psychology*, 4, 1953, págs. 9-13.
- Littlewood, J. L., D. Cramer, J. Hoekstra, y G. B. Humphrey, «Gender differences in parental coping following their child's death», *British Journal of Guidance and Counseling*, 19, 1991, págs. 139-148.
- Lloyd, M., «Tools for many trades: Reaffirming the use of grief counseling by health, welfare and pastoral workers», *British Journal of Guidance and Counselling*, 20, 1992, págs. 150-163.
- Lopata, H. Z., *Current widowhood: Myths and realities*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
- Lorenz, K., *On aggression*, Londres, Methuen, 1963 (trad. cast.: *Sobre la agresión: el pretendido mal*, Madrid, Siglo XXI, 1992).
- Lund, D. A., *Men coping with grief*, Amityville, NY Baywood, 2001.
- , M. F. Dimond, y M. Juretich, «Bereavement support groups for the elderly: Characteristics of potential participants», *Death Studies*, 9, 1985, págs. 309-321.
- Maciejewski, P. K., B. Zhang, S. D. Block, y H. G. Prigerson, «An empirical examination of the stage theory of grief», *Journal of the American Medical Association*, 297 2007 págs. 716-723.

- Main, M., y E. Hesse, «Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?», en M. T. Greenberg, D. Cicchetti, y E. M. Cummings (comps.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, Chicago, University of Chicago Press, 1990, págs. 161-182.
- y J. Solomon, «Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainesworth strange situation», en M. Greenberg, D. Cicchetti, y E. Cummins (comps.), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago Press, 1990, págs. 121-160.
- Malkinson, R., *Cognitive grief therapy. Constructing a rational meaning to life following loss*, Nueva York, Norton, 2007.
- Marris, P., *Loss and change*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1974.
- Martin, J. L., y L. Dean, «Effects of AIDS-related bereavement and HIV-related illness on psychological distress among gay men: A 7-year longitudinal study 1985-1991», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 1993, págs. 94-103.
- Martin, T., y K. Doka, «Masculine grief», en K. Doka (comp.), *Living with grief: After sudden loss*, Washington, DC, Taylor and Francis, 1996, págs. 161-171.
- Maslach, C., *Burnout: The cost of caring*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982.
- McBride, J., y S. Simms, «Death in the family: Adapting a family systems framework to the grief process», *American Journal of Family Therapy*, 29, 2001, págs. 59-73.
- McCallum, M., W. E. Piper, H. F. Azim, y R. S. Lakoff, «The Edmonton model of short-term group therapy for loss: An integration of theory, practice and research», *Group Analysis*, 24, 1991, págs. 375-388.
- McIntosh, J. L., y L. D. Kelly, «Survivors' reactions: Suicide vs. other causes», *Crisis*, 13, 1992, págs. 82-93.
- McKeough, M., «Dementia in HIV disease: A challenge for palliative care?», *Journal of Palliative Care*, 11, 1995, págs. 30-33.
- McNiel, D. E., C. Hatcher, y R. Reubin, «Family survivors of suicide and accidental death: Consequences for widows», *Suicide & Life-Threatening Behavior* 18, 1988, págs. 137-148.
- Melges, F. T., y D. R. DeMaso, «Grief-resolution therapy: Reliving, revising, and revisiting», *American Journal of Psychotherapy*, 34, 1980, págs. 51-61.
- Middleton, W., B. Raphael, P. Burnett, y N. Martinek, «Psychological distress and bereavement», *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 1997 págs. 447-453.

- Middleton, W., B. Raphael, P. Burnett, y N. Martinek, «A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 1998, págs. 235-241.
- Mikulincer, M., y P. Shaver, «The attachment behavioral system in adulthood», en M. Zanna (comp.), *Advances in experimental social psychology*, Washington, DC, American Psychological Association, 2003, págs. 53-152.
- Miles, M. S., y E. K. B. Crandall, «The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents», *Health Values*, 7 1983, págs. 19-23.
- y A. S. Demi, «A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease», *Omega*, 24, 1991-1992, págs. 203-215.
- Miller, M., E. Frank, C. Comes, S. Imber, B. Anderson, L. Ehrenpreis, y otros, «Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression following loss of a spouse in late life», *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994, págs. 149-162.
- Mitchell, A. M., D. D. Gale, L. Garand, y S. Wesner, «The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors», *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 2003, págs. 91-106.
- Monahan, J. R., «Developing and facilitating AIDS bereavement support groups», *Group*, 18, 1994, págs. 177-185.
- Moore, M. M., y S. J. Freeman, «Counseling survivors of suicide: Implications for group postvention», *Journal for Specialists in Group Work*, 20, 1995, págs. 40-47
- Morgan, J. H., y R. Goering, «Caring for parents who have lost an infant», *Journal of Religion and Health*, 17 1978, págs. 290-298.
- Moss, M. S., S. Z. Moss, y R. O. Hansson, «Bereavement and old age», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 241-260.
- Murphy S., «The use of research findings in bereavement programs: A case study», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 585-602.
- Muse, S., y E. Chase, E., «Healing the wounded healers: "Soul" food for clergy», *Journal of Psychology and Christianity*, 12, 1993, págs. 141-150.
- Nadeau, J. W., *Families making sense of death*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
- Nadeau, J. W., «Meaning making in family bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 329-347

- Neimeyer, R., «Narrative strategies in grief therapy», *Journal of Constructive Psychology*, 12, 1999, págs. 65-85.
- , «Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction», *Death Studies*, 24, 2000, págs. 541-558.
- (comp.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001.
- , *Lessons of loss: A guide to coping*, Nueva York, Routledge, 2003 (trad. cast.: *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*, Barcelona, Paidós, 2007).
- , H. G. Prigerson, y B. Davies, «Mourning and meaning», *American Behavioral Scientist*, 46, 2002, págs. 235-251.
- Nesbitt, W. H., M. W. Ross, B. H. Sunderland, y E. Shelp, «Prediction of grief and HIV/AIDS-related burnout in volunteers», *AIDS Care*, 8, 1996, págs. 137-143.
- Neugebauer, R., J. G. Rahkin, J. B. Williams, R. H. Remien, J. Goetz, y J. M. Gorman, «Bereavement reactions among homosexual men experiencing multiple losses in the AIDS epidemic», *American Journal of Psychiatry*, 149, 1992, págs. 1374-1379.
- Nolen-Hoeksema, S., «Ruminative coping and adjustment to bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 545-562.
- , A. McBride, y J. Larson, «Rumination and psychological distress among bereaved partners», *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1997, págs. 855-862.
- y J. Morrow, «A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake», *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1991, págs. 115-121.
- Nord, D., «Issues and implications in the counseling of survivors of multiple AIDS-related loss», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 389-413.
- O'Connor, M., S. Nikoletti, L. J. Kristjanson, R. Lob, y B. Willcock, «Writing therapy for the bereaved: Evaluation of an intervention», *Journal of Palliative Medicine*, 6, 2003, págs. 195-204.
- O'Neill, B., «A father's grief: Dealing with stillbirth», *Nursing Forum*, 33, 1998, págs. 33-37.
- Ott, C., «Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 2007 págs. 332-341.
- Papadatou, D., «A proposed model of health professionals' grieving process», *Omega*, 41, 2000, págs. 59-77

- , •Caregivers in death, dying, and bereavement situations•, *Death Studies*, 30, 2006, págs. 649-663.
- Parkes, C. M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press, 1972.
- , •Determinants of outcome following bereavement•, *Omega*, 6, 1975, págs. 303-323.
- , •Bereavement counselling: Does it work?•, *British Medical Journal*, 281, 1980, págs. 3-6.
- , •Orienteering the caregiver's grief•, *Journal of Palliative Care*, 1, 1986, págs. 5-7.
- , •Bereavement and mental health in the elderly•, *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, 1992, págs. 45-51.
- , •Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter•, *British Journal of Psychiatry*, 162, 1993, págs. 49-54.
- , •Editorial•, *Bereavement Care*, 17, 1998, pág. 18.
- , *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3<sup>a</sup> ed.), Filadelfia, Taylor and Francis, 2001.
- , •A historical overview of the scientific study of bereavement•, en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Press, págs. 25-45.
- , •Grief: Lessons from the past, visions for the future•, *Death Studies*, 26, 2002, págs. 367-385.
- , *Love and loss: The roots of grief and its complications*, Nueva York, Routledge, 2006.
- , P Laungani, y B. Young, *Death and bereavement across cultures*, Londres, Routledge, 1997
- y J. Stevenson-Hinde (comps.), *The place of attachment in human behavior* Nueva York, Basic Books, 1982.
- y R. Weiss, *Recovery from bereavement*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- Parrish, M., y J. Tunkle, •Working with families following their child's suicide•, *Family Therapy*, 30, 2003, págs. 63-76.
- Paterson, G. W., •Managing grief and bereavement•, *Primary Care*, 14, 1987 págs. 403-415.
- Paul, N. L., •The paradoxical nature of the grief experience•, *Contemporary Family Therapy*, 8, 1986, págs. 5-19.
- y G. H. Grosser, •Operational mourning and its role in conjoint family therapy•, *Community Mental Health Journal*, 1, 1965, págs. 339-345.
- Pearlman, R. A., C. Hsu, H. Starks, A. L. Back, J. R. Gordon, A. J. Bharucha,

- y otros, «Motivations for physician-assisted suicide», *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 20, 2005, págs. 234-239.
- Peterson, G., «Chains of grief: The impact of perinatal loss on subsequent pregnancy», *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 9, 1994, págs. 149-158.
- Piaget, J., y B. Inhelder, *The psychology of the child*, Nueva York, Basic Books, 1969 (trad. cast.: *Psicología del niño*, Madrid, Morata, 1997).
- Pincus, L., *Death and the family: The importance of mourning*, Nueva York, Pantheon, 1974.
- Polatinsky S., e Y Esprey, «An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child», *Journal of Traumatic Stress*, 13, 2000, págs. 709-718.
- Polombo, J., «Parent loss and childhood bereavement», ponencia presentada en la Conference on Children & Death, University of Chicago, 1978.
- Polster, E., y M. Polster. M., *Gestalt therapy Integrated*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1973.
- Powers, L. E., y B. E. Wampold, «Cognitive-behavioral factors in adjustment to adult bereavement», *Death Studies*, 18, 1994, págs. 1-24.
- Poznanski, E. O., «The replacement child: A saga of unresolved parental grief», *Journal of Pediatrics*, 81, 1972, págs. 1190-1193.
- Prigerson, H. G., A. Bierhals, S. V Kasl, y C. F Reynolds, «Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study», *American Journal of Psychiatry*, 153, 1996, págs. 1484-1486.
- , E. Frank, S. V Kasl, C. F Reynolds, B. Anderson, G. S. Zubenko, y otros, «Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses», *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, págs. 22-30.
- y S. Jacobs, «Traumatic grief as a distinct disorder», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 613-645.
- y P. K. Maciejewski, «A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V», *Omega*, 52, 2005-2006, págs. 9-19.
- , M. K. Shear, S. C. Jacobs, C. F. Reynolds III, P. K. Maciejewski, J. R. Davidson, y otros, «Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test», *British Journal of Psychiatry*, 174, 1999, págs. 67-73.
- Randall, L., «Abnormal grief and eating disorders within a mother-son dyad», *British Journal of Medical Psychology*, 66, 1993, págs. 89-96.

- Rando, T. A., *Treatment of complicated mourning*, Champaign, IL, Research Press, 1993.
- (comp.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning*, Champaign, IL, Research Press, 2000.
- , «Public tragedy and complicated mourning», en M. Lattanzi-Lieht y K. Doka (comps.), *Living with grief: Coping with public tragedy*, Nueva York, Brunner-Routledge, 2003, págs. 263-274.
- Range, L. M., y L. G. Calhoun, «Responses following suicide and other types of death: The perspective of the bereaved», *Omega*, 21, 1990, págs. 311-320.
- Raphael, B., «Preventive intervention with the recently bereaved», *Archives of General Psychiatry*, 34, 1977 págs. 1450-1454.
- y W. Middleton, «What is pathologic grief?», *Psychiatric Annals*, 20, 1990, págs. 304-307
- , C. Minkov y M. Dobson, «Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 587-612.
- Redinbaugh, E., J. Schuerger, L. Weiss, A. Brufsky, y R. Arnold, «Health care professionals' grief: A model based on occupational style and coping», *Psycho-Oncology*, 10, 2001, págs. 187-198.
- Reed, M. D., «Sudden death and bereavement outcomes: The impact of resources on grief symptomatology and detachment», *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 1993, págs. 204-220.
- Reich, J., y A. Zautra, «Experimental and measurement approaches to internal control in at-risk older adults», *Journal of Social Issues*, 47, 1991, págs. 143-158.
- Reid, M., «Joshua—life after death: The replacement child», *Journal of Child Psychotherapy*, 18, 1992, págs. 109-138.
- Reilly D. M., «Death propensity dying, and bereavement: A family systems perspective», *Family Therapy*, 5, 1978, págs. 35-55.
- Reilly-Smorawski, B., A. V. Armstrong, y E. A. Catlin, «Bereavement support for couples following the death of a baby: Program Development and 14-Year Exit Analysis», *Death Studies*, 26, 2002, págs. 21-37
- Riley, L. P., L. L. LaMontagne, J. T. Hepworth, y B. A. Murphy, «Parental grief responses and personal growth following the death of a child», *Death Studies*, 31, 2007 págs. 277-299.
- Robinson, M., L. Baker, y L. Nackerud, «The relationship of attachment theory and perinatal loss», *Death Studies*, 23, 1999, págs. 257-270.

- Robinson, P., y S. Fleming, «Depressotypic cognitive patterns in major depression and conjugal bereavement», *Omega*, 25, 1992, págs. 291-305.
- Robinson, T., y S. J. Marwit, «An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers», *Grief Studies*, 30, 2006, págs. 677-696.
- Rosen, E. J., *Families facing death*, Lexington, MA, Lexington Books, 1990.
- Rosenblatt, P. C., R. P. Walsh, y D. A. Jackson, *Grief and mourning in cross-cultural perspective*, New Haven, CT, HRAF Press, 1976.
- Rosenman, S. J., y H. Tayler, «Mania following bereavement: A case report», *British Journal of Psychiatry*, 148, 1986, págs. 468-470.
- Rotheram-Borus, M. J., R. Weiss, S. Alber, y P. Lester, «Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 2005, págs. 221-228.
- Rotter, J., «Family grief and mourning», *Family Journal of Counseling & Therapy for Couples & Families*, 8, 2000, págs. 275-277.
- Rubin, S. S., «Treating the bereaved spouse: A focus on the loss process, the self and the other», *Psychotherapy Patient*, 6, 1990, págs. 189-205.
- Rynearson, E. K., «Psychotherapy of bereavement after homicide», *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994, págs. 341-347
- y J. M. McCreery, «Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss», *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, págs. 258-261.
- Sahakian, B. J., y G. Charlesworth, «Masked bereavement presenting as agoraphobia», *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 1994, págs. 177-180.
- Saldinger, A., K. Porterfield, y A. Cain, «Meeting the needs of parentally bereaved children: A framework for child-centered parenting», *Psychiatry*, 67, 2005, págs. 331-352.
- Sanders, C., «A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent», *Omega*, 10, 1979, págs. 303-322.
- , *Grief: The mourning after* Nueva York, John Wiley, 1989.
- , *Grief, the mourning after: Dealing with adult bereavement* (2<sup>a</sup> ed.), Nueva York, John Wiley 1999.
- Sandler, I., S. Wolchik, y T. Ayers, «Resilience rather than recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement», *Death Studies*, 32, 2008, págs. 59-73.
- Saunders, J. M., y S. M. Valente, «Nurses' grief», *Cancer Nursing*, 17, 1994, págs. 318-325.
- Schnider, K. R., J. D. Elhai, y M. J. Gray, «Coping style use predicts post-traumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss», *Journal of Counseling Psychology*, 54, 2007 págs. 344-350.

- Schumacher, J. D., «Helping children cope with a sibling's death», en J. C. Hansen, y T. Frantz (comps.), *Death and grief in the family*, Rockville, MD, Aspen, 1984, págs. 82-94.
- Schut, H., J. De Keijser, J. van den Bout, y M. S. Stroebe, «Cross-modality group therapy: Description and assessment of a new program», *Journal of Clinical Psychology*, 52, 1996, págs. 357-365.
- , M. S. Stroebe, J. De Keijser, y J. Van den Bout, «Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of grief counseling», *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 1997 págs. 63-72.
- , M. S. Stroebe, y J. van den Bout, «The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 705-737
- Schutz, W., *Joy: Expanding human awareness*, Nueva York, Grove, 1967
- Schwab, R., «Gender differences in parental grief», *Death Studies*, 20, 1996, págs. 103-113.
- Schwartzberg, S., y R. Halgin, «Treating grieving clients: The importance of cognitive change», *Professional Psychology*, 22, 1991, págs. 240-246.
- Schwartzberg, S. S., y R. Janoff-Bulman, «Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students», *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1991, 10, págs. 270-288.
- Schwartz-Borden, G., «Grief work: Prevention and intervention», *Social Casework*, 1986, págs. 499-505.
- , «Metaphor: Visual aid in grief work», *Omega*, 25, 1992, págs. 239-248.
- Sedney M. A., J. E. Baker, y E. Gross, «“The story” of a death: Therapeutic considerations with bereaved families», *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 1994, págs. 287-296.
- Shear, K., «Adapting imaginal exposure to the treatment of complicated grief», en B. O. Rothbaum (comp.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*, Nueva York, Guilford Press, 2006, págs. 215-226.
- , E. Frank, P. R. Houck, y C. F. Reynolds, «Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial», *Journal of the American Medical Association*, 293, 2005, págs. 2601-2608.
- Shear, M. K., A. Zuckoff, y N. Melhem, «The syndrome of traumatic grief and its treatment», en L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, P. R. Muskin, y S. Vargo (comps.), *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment*, Nueva York, Haworth Press, 2006, págs. 287-333.

- Sheldon, A., J. Cochrane, M. Vachon, W. Lyall, J. Rogers, y S. Freeman, ·A psychosocial analysis of risk of psychological impairment following bereavement·, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 1981, págs. 253-255.
- Sherkat, D. E., y M. D. Reed, ·The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved·, *Social Indicators Research*, 26, 1992, págs. 259-275.
- Shoor, M., y M. N. Speed, ·Delinquency as a manifestation of the mourning process·, *Psychiatric Quarterly*, 37 1963, págs. 540-558.
- Shuchter, S. R., y S. Zisook, ·Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach·, *Psychiatric Annals*, 16, 1986, págs. 295-305.
- y S. Zisook, ·The therapeutic tasks of grief·, en S. Zisook (comp.), *Bio-psychosocial aspects of bereavement*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987
- y S. Zisook, ·Widowhood: The continuing relationship with the dead spouse·, *Bulletin Menninger Clinic*, 52, 1988, págs. 269-279.
- Sikkema, K. J., N. B. Hansen, y M. Ghebremichael, ·A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: Longitudinal effects of grief·, *Health Psychology*, 25, 2006, págs. 563-570.
- Silverman, P. R., *Widow to widow*, Nueva York, Springer Publishing, 1986.
- , *Never too young to know: Death in children's lives*, Nueva York, Oxford University Press, 2000.
- , S. Nickman, y J. W. Worden, ·Detachment revisited: The child's reconstruction of a dead parent·, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1992, págs. 494-503.
- Simos, B. G., *A time to grieve*, Nueva York, Family Service Association, 1979.
- Smilansky S., *On death: Helping children understand and cope*, Nueva York, Peter Lang, 1987
- Smith, P. C., L. M. Range, y A. Ulmer, ·Belief in afterlife as a buffer in suicidal and other bereavement·, *Omega*, 24, 1991-1992, págs. 217-225.
- Sobel, H., y J. W. Worden, *Helping cancer patients cope*, Nueva York, Guilford Press, 1982.
- Solomon, R., y T. Rando, ·Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning·, *Journal of EMDR Practice & Research*, 1, 2007 págs. 109-117
- Speckhard, A., y V. Rue, ·Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief·, *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 8, 1993, págs. 5-32.
- Sprang, G., *The use of EMDR in the treatment of traumatic stress and com-*

- plicated mourning: Psychological and behavioral outcomes», *Research on Social Work Practice*, 11, 2001, págs. 300-320.
- Steele, D. W., *The funeral director's guide to designing and implementing programs for the widowed*, Milwaukee, WI, National Funeral Directors Association, 1975.
- Stroebe, M. S., «Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis», *Omega*, 26, 1992, págs. 19-42.
- , R. O. Hansson, y W Stroebe, «Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 3-22.
- , R. O. Hansson, W Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001.
- y H. Schut, «The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description», *Death Studies*, 23, 1999, págs. 197-224.
- y H. Schut, «Meaning making in the dual process model of coping with bereavement», en R. A. Neimeyer (comp.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (págs. 55-73), Washington, DC, American Psychological Association 2001.
- y H. Schut, «Models of coping with bereavement: A review», en M. Stroebe, R. Hansson, W Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 375-403.
- y H. Schut, «Complicated grief: A conceptual analysis of the field», *Omega*, 52, 2005, págs. 53-70.
- y H. Schut, «To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved», *Death Studies*, 29, 2005, págs. 477-494.
- , H. Schut, y C. Finkenauer, «The traumatization of grief: A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface», *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 2001, págs. 185-201.
- , H. Schut, y W Stroebe, «Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration», *Review of General Psychology*, 9, 2005, págs. 48-66.
- , H. Schut, y W Stroebe, «Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions», *Clinical Psychology Review*, 26, 2006, págs. 133-139.
- Stroebe, W., H. Schut, y M. S. Stroebe, «Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved?», *Clinical Psychology Review*, 25, 2005, págs. 395-414.

- y M. S. Stroebe, *Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987
- , M. S. Stroebe, y G. Abakoumkin, •Does differential social support cause sex differences in bereavement outcome?•, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9, 1999, págs. 1-12.
- , M. S. Stroebe, G. Abakoumkin, y H. Schut, •The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory•, *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1996, págs. 1241-1249.
- Summers, J., S. Zisook, J. H. Atkinson, A. Sciolla, W. Whitehall, S. Brown, y otros, •Psychiatric morbidity associated with acquired immune deficiency syndrome-related grief resolution•, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 1995, págs. 384-389.
- Taylor, S., y S. J. Rachman, •Fear of sadness•, *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 1991, págs. 375-381.
- Telonidis, J. S., D. A. Lund, M. S. Caserta, J. M. Guralnik, y J. L. Pennington Jr., •The effects of widowhood on disabled older women•, *Omega*, 50, 2005, págs. 217-235.
- Traylor, E., B. Hayslip Jr., P. Kaminski, y C. York, •Relationships between grief and family system characteristics: A cross lagged longitudinal analysis•, *Death Studies*, 27, 2003, págs. 575-601.
- Tubbs, C., y P. Boss, •An essay for practitioners: Dealing with ambiguous loss•, *Family Relations*, 49, 2000, págs. 285-286.
- Turetsky, C. J., y R. Hays, •Development of an art psychotherapy model for the prevention and treatment of unresolved grief during midlife•, *Art Therapy*, 20, 2003, págs. 148-156.
- Vachon, M. L. S., •Staff stress in the care of the terminally ill•, *Quality Review Bulletin*, 251, 1979, págs. 13-17
- , *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*, Washington, DC, Hemisphere, 1987
- Vaillant, G. E., •Loss as a metaphor for attachment•, *American Journal of Psychoanalysis*, 45, 1985, págs. 59-67
- Valsanen, L., •Family grief and recovery process when a baby dies•, *Psychiatria Fennica*, 29, 1998, págs. 163-174.
- Van Baarsen, B., M. van Duijn, J. Smit, T. Snijders, y K. Knipscheer, •Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study•, *Omega*, 44, 2001, págs. 5-36.
- Van der Hart, O., •An imaginary leave-taking ritual in mourning therapy: A brief communication•, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 1988, págs. 63-69.

- Vess, J., J. Moreland, y A. Schwebel, «Understanding family role reallocation following a death: A theoretical framework», *Omega*, 16, 1985-1986, págs. 115-128.
- Volkan, V., «The linking objects of pathological mourners», *Archives of General Psychiatry*, 27, 1972, págs. 215-221.
- Volkan, V. D., «Complicated mourning», *Annual of Psychoanalysis*, 12, 1985, págs. 323-348.
- Wade, T., y D. Wade, «Integrative psychotherapy: Combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context», *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 2001, págs. 233-245.
- Wagner, B., C. Knaevelsrud, y A. Maercker, «Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study», *Journal of Loss & Trauma*, 10, 2005, págs. 409-423.
- Wagner, K. G., y L. G. Calhoun, «Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks», *Omega*, 24, 1991, págs. 61-73.
- Wakefield, J. C., «Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: Evidence from the National Comorbidity Study», *Archives of General Psychiatry*, 64, 2007, págs. 433-440.
- Wallis, J., «Continuing bonds: Relationship between the living and the dead within contemporary Spiritualism», *Mortality*, 6, 2001, págs. 127-145.
- Walsh, F., y M. McGoldrick, *Living beyond loss: Death in the family*, Nueva York, Norton, 1991.
- Weisman, A. D., *On dying and denying*, Nueva York, Aronson, 1972.
- y T. P. Hackett, «Predilection to death», *Psychosomatic Medicine*, 23, 1961, págs. 232-255.
- y J. W. Worden, *Psychological screening and intervention with cancer patients*, Boston, Massachusetts General Hospital, 1980.
- Werth, J., «The role of the mental health professional in helping significant others of persons who are assisted in death», *Death Studies*, 23, 1999, págs. 239-255.
- Wheeler, I., «Parental bereavement: The crisis of meaning», *Death Studies*, 25, 2001, págs. 51-66.
- White, R. W., *Lives in progress*, Nueva York, Holt, Rinehart, and Winston, 1952.
- Wijngaards-de Meij, L., M. S. Stroebe, y H. Schut, «Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 2005, págs. 617-623.
- Wilson, R., «Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal death», *Early Human Development*, 61, 2001, págs. 55-65.

- Winnicott, D., «Transitional objects and transitional phenomena», *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 1953, págs. 89-97.
- Wolfenstein, M., «How is mourning possible?», *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 1966, págs. 93-123.
- Worden, J. W., *Personal death awareness*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.
- , *Children & grief: When a parent dies*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- , «Towards an appropriate death», en T. Rando (comp.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning*, Champaign, IL, Research Press, 2000, págs. 267-277.
- , B. Davies, y D. McCown, «Comparing parent loss with sibling loss», *Death Studies*, 23, 2000, págs. 1-15.
- y E. Kübler-Ross, «Attitudes and experiences of death workshop attendees», *Omega*, 8, 1977-1978, págs. 91-106.
- y J. Monahan, «Caring for bereaved parents», en A. Armstrong-Daily, y S. Goltzer (comps.), *Hospice care for children*, Nueva York, Oxford University Press, 2001, 2<sup>a</sup> ed., págs. 137-156.
- y P. R. Silverman, «Grief and depression in newly widowed parents with school-age children», *Omega*, 27, 1993, págs. 251-260.
- Wortman, C. B., y R. C. Silver, «The myths of coping with loss», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 1989, págs. 349-357
- y R. C. Silver, «The myths of coping with loss revisited», en M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, Washington, DC, American Psychological Association, 2001, págs. 405-429.
- Zaiger, N., «Women and bereavement», *Women and Therapy*, 4, 1985-1986, págs. 33-43.
- Zerbe, K. J., «Uncharted waters: Psychodynamic considerations in the diagnosis and treatment of social phobia», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58 (2, Supl. A), 1994, págs. A3-A20.
- Zisook, S., y R. A. DeVaul, «Grief-related facsimile illness», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1977, págs. 329-336.
- y K. S. Kendler, «Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression?», *Psychological Medicine*, 37, 2007 págs. 779-794.
- , M. Paulus, S. R. Shuchter, y L. L. Judd, «The many faces of depression following spousal bereavement», *Journal of Affective Disorders*, 45, 1997 págs. 85-94.
- y S. R. Shuchter, «Uncomplicated bereavement», *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 1993, págs. 365-372.

## ÍNDICE ANALÍTICO Y DE NOMBRES

- abandono, suicidio y, 212  
aborto, 157 226-228  
actitud despreocupada, 226  
adolescentes, 228  
asesoramiento antes, 226-227  
asesoramiento después, 227-228  
como pérdida de la que no se habla, 226  
consecuencias a largo plazo, 227-228  
duelo retrasado, 226  
aborto espontáneo, 222-224  
como pérdida negada socialmente, 222  
culpa, 222-223  
datos estadísticos, 222  
embarazos posteriores, 223  
rituales establecidos, 224  
sensación de aislamiento, 222  
Abraham, K., 158  
abstinencia sexual, 255  
abuso y maltratos a la infancia  
    síndrome de la muerte infantil súbita, 220  
    suicidio, 209  
abusos sexuales, 79, 152, 295  
aceptación emocional, 60  
aceptación intelectual, 60  
acompañamiento, 24  
adaptaciones  
    espirituales, 20, 67-68  
    externas, 64-65  
    internas, 21, 65-67 81  
afrontamiento, estilos de, 72-73, 85, 126-127  
basado en la resolución de problemas, 85  
comprensión, 283  
emocional activo, 86-87, 126  
emocional evitador, 86-87 126  
mitos y, 97  
agorafobia, 168  
aislamiento social, 158  
alcohol, consumo abusivo, 305  
Alcohólicos Anónimos, 126  
alcoholismo, 126, 168  
    y suicidio, 209  
Aldrich, Knight, 229  
alimentación, trastornos de la, 44  
alivio, 39  
Allport, Gordon, 24  
alucinaciones, 42-43  
Alzheimer, enfermedad de, 239  
amistades y decepción, 192  
amputación, 131  
angustia de la separación, 72, 88, 160  
angustia traumática, 160  
anorexia, 170  
ansiedad, 36-37, 117-118, 160, 167  
    causas, 117-118  
    existencial, 118, 282  
    separación, 230  
    trastorno, 180  
    y objetos de vinculación, 189  
ansiolíticos, 132  
*año del pensamiento mágico. El* (Didion), 58  
añoranza, 38

- apego  
ansioso/ambivalente, 89-90  
ansioso/preocupado, 89  
de evitación/rechazo, 90-91  
de evitación/temor, 91  
en el mundo animal, 31  
estilo inseguro del, 88-91  
estilo seguro de, 88  
estilos, 62, 87-91  
eterno, 274  
fuerza del, 78  
naturaleza del, 78-79  
objetivo, 30  
relaciones airadas, 90  
seguridad del, 78  
seguridad y, 30  
sueños y, 199  
teoría del, 29-32  
y ambivalencia, 78  
apoyo satisfactorio, 95  
*Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo* (Neimeyer), 185  
aptitudes sociales, reaprendizaje, 185  
asesor en procesos de duelo, 26  
cuestiones pendientes, 283  
limitaciones, 284  
temor a sufrir pérdidas, 281-282  
voluntarios, 288  
asesoramiento en procesos de duelo  
adaptar la intervención, 145  
clases, 106  
como servicio al cliente, 146  
cuándo realizarlo, 107  
dibujar en, 129  
diferencias con la terapia, 105  
dónde realizarlo, 108  
efectos negativos, 145  
eficacia de, 144-145  
empleo de símbolos, 128  
escribir, 129  
familia, 302  
filosofías, 108  
imaginación guiada, 131  
inicio, 107  
instrumentos de criba, 145-146  
intervención, 145-146  
lenguaje evocador, 128  
metáforas, 131  
métodos, 109  
modelo preventivo de la salud mental, 109  
objetivos, 106-109  
principios, 112-128  
procedimientos, 112-118  
retos, 283  
síndrome de la muerte infantil súbita (SMIS), 222  
suicidio, 210-214  
técnicas útiles, 128-131  
visualizaciones guiadas con música, 129  
asesoramiento en procesos de duelo para grupos, 132-142  
afecto, 138-139  
amistades en, 142  
anonimato, 135  
comentarios que no vienen al caso, 141  
conductas perjudiciales, 139-142  
confidencialidad, 136  
control, 138  
cuestionar al líder, 141-142  
dar consejos, 139  
dinámica interpersonal, 138-139  
dirección compartida, 137  
emociones inoportunas, 141  
estructura, 133  
expectativas, 135  
explicar demasiado, 141  
fines sociales, 133  
fonnato, 133  
inclusión, 138  
interrumpir, 141  
líder, 136-138  
logística de, 133  
«mi pérdida es peor que la tuya», 139  
moralista, 140  
no participar, 140  
objetivos, 137

- para dar apoyo, 133  
para dar formación, 133  
reglas básicas, 135-136, 142  
selección de los participantes, 133-135
- autoestima, 65, 93  
pérdida de, 122  
refuerzo, 266  
retos, 93
- autonomía, 90
- autosuficiencia, 91
- ayudar a vivir sin el fallecido, 120-121
- Beck, cuestionario para la depresión de, 201
- Bowen, Murray, 245
- Bowlby, John, 29, 63
- búsqueda, 46, 200
- cambios radicales en la vida, 174
- cáncer, pacientes de, 163
- Candlelighters Childhood Cancer Foundation, 233
- catecolaminas, 47
- cementerio, visitas, 113
- CES-D, medida de la depresión, 201
- Changing Lives of Older Couples Study, 95
- chivo expiatorio, 254, 267
- Compassionate Friends, programa, 106-107, 136, 233, 256, 257
- conducta delictiva, 170
- conducta distraída, 44
- conductas de autocastigo, 207
- conductas fuera de lugar, 246
- confianza, 30
- confianza en uno mismo, 90
- conflictos, 79
- conflictos de separación, 179
- confundir a alguien con el fallecido, 57
- confusión, 41
- conocimiento intermedio, 61
- Conrad, Mary, 291
- consumo abusivo  
alcohol, 305
- drogas, 126, 246
- físico, 79, 295
- sexual, 79, 152, 295
- sustancias, 168
- consumo de sustancias, 126, 246, 305
- Continuing Bonds: New Understandings of Grief* (Klass, Silverman, Nickam), 19
- creencias, 93-94
- crisis económicas, 96
- uestionario sobre el duelo complicado, 201
- uestiones pendientes  
del asesor, 283  
muerte, 232  
muerte repentina y, 215-216
- cuidados terminales, 284
- culpa, 36, 86, 116-117, 187  
causal, 253  
comprobar su realidad, 187, 210, 296
- culpar a otros, 207
- culparse a uno mismo, 152  
de recuperación, 253  
del superviviente, 238, 253
- identificación, 187
- irracional, 117
- moral, 253  
muerte de un niño, 253-254
- muerte perinatal, 223
- muerte repentina, 215
- sida y, 235  
suicidio y, 206
- culparse a uno mismo, 152
- Darwin, Charles, 30
- decepción, 115
- defensas, examen, 126
- definición de uno mismo, 65
- dependencia, 152, 155
- depresión, 91, 160  
clínica, 167
- duelo y, 48-51  
subclínica, 174
- derivar, 127
- desahogo, 86

- desamparo, 38, 117-118  
 muerte súbita, 215-216
- desaparecidos en combate, 153
- desarrollo, problemas de, 264
- desensibilización sistemática, 187
- desensibilización y reprocessamiento por movimientos oculares (EMDR), 187
- Deutsch, Helene, 166, 189
- Didion, Joan, 58
- disfunción sexual, 172
- distracción, 86
- divorcio, 256  
 índice, 256
- dolor  
 amputación y dolor fantasma, 131  
 cura geográfica, 63  
 elaboración del, 62-64, 184-185  
 dolor fantasma, 131  
 dosificar sentimientos, 194  
 duelo, 23-26, 33  
 activo, 286  
 animales, 32  
 anormal, 24-25  
 anticipado, 228-233  
 ausente, 166, 169  
 capacidad de los niños, 259, 264  
 características patológicas, 33  
 categorías, 34-48  
 cogniciones, 40-43  
 como fenómeno multideterminado, 188  
 como proceso de largo plazo, 98  
 como proceso natural, 105  
 compartirlo, 288  
 conductas, 43-48  
 conductas normales, 124-125  
 crónico, 127, 162-164, 179  
 depresión, 48-51  
 desencadenamiento, 172-173  
 diferencias individuales, 125  
 enmascarado, 169-171, 180  
 estilo, 254  
 etapas del, 55  
 exagerado, 167-169, 170, 179-180
- excesivo, 165  
 expresión afectiva, 248  
 familia, 123  
 fantasía de finalizarlo, 193  
 fases, 55-56  
 finalizar, 97-99  
 Freud sobre, 68, 99, 105  
 identificador, 97  
 inacabado, 153  
 incapacidad de finalizarlo, 98-99  
 inducido, 179  
 inhibido, 164  
 insuficiente, 179  
 mediación, 25  
 mediadores, 77, 162, 312  
 miedo a renunciar a él, 193  
 modelo de proceso dual, 72  
 no complicado, 33-34  
 normal, 33-34  
 operacional, 267  
 patológico, 188  
 pospuesto, 164  
 privación, 18-19, 83, 157  
 procesar el dolor, 62-64, 184  
 prolongado, 127  
 reglas para afrontar, 287-288  
 relaciones no aprobadas socialmente, 236  
 reimpreso, 165  
 retrasado, 164-166, 179-180, 227  
 sensaciones físicas, 40  
 sentimientos, 34-40, 113-119  
 subgrupos, 19  
 tareas del, 56-71, 162, 184-185, 311  
 tensiones concurrentes, 96  
 tiempo, 123-124  
 variables sociales, 94-96  
 y edad, 84-85  
 y sexo, 84-85, 254-255
- duelo, sobrecarga de, 82  
 duelo complicado, 25, 158  
 abordarlo con prudencia, 176  
 Abraham sobre, 158-159  
 como trastorno, 159-160

- criterios, 160, 161  
 diagnóstico, 161, 171-176  
 evaluación, 160  
 Freud sobre, 158-159  
 modelo de, 162  
 propuesta de diagnóstico, 159-162  
 reacciones, 162-163  
**duelo en la tercera edad**, 268-274  
 adaptación de los roles, 270  
 cambio de domicilio, 272  
 conciencia de la propia muerte, 269  
 contacto físico, 271  
 desarrollo de aptitudes, 273-274  
 grupos de apoyo, 270-271  
 interdependencia, 268-269  
 pérdidas múltiples, 269  
 remembranzas, 271-272  
 soledad, 270  
 tiempo para adaptarse, 273  
**duelo traumático**, 23  
**Duelo y melancolía** (Freud), 48, 105  
**Dying Patient's Grief**, The (Aldrich), 229
- eficacia personal**, 65-66, 81, 93  
 baja, 89  
 pérdida de, 122  
 retos, 93  
**emancipación**, 39  
**embarazos**  
 tras un aborto espontáneo, 222  
 tras una muerte infantil súbita, 221  
 tras una muerte perinatal, 224  
**EMDR**, véase desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares  
**Engel, George**, 31, 32  
**entereza**, 21-22  
 niños y, 22  
**Erikson, Erik**, 30  
**espiritismo**, 59-60  
**estilo cognitivo**, 91-92  
**estresores**, 285-289  
 ancianos, 272  
 niños, 260  
 orientados a la pérdida, 72  
 orientados al restablecimiento, 72  
 evitar recordar, 46  
 expectativas étnicas, 95-96  
*expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, La (Darwin), 30-31
- familia**  
 alianzas, 266  
 asesoramiento en el duelo, 302  
 ciclo vital, 245  
 conflictos intergeneracionales, 247  
 dinámica, 245  
 duelo y, 123  
 integración emocional, 248  
 métodos de intervención, 265-268  
 mitos, 246  
 papel de los niños, 247  
 problemas, 83  
 reestructurar roles, 265  
 roles, 247, 265  
 terapia de, 246  
 fatiga, 37-38  
**Flasbacks**, 197  
**fobias**, 37-168  
 a la enfermedad, 175  
 social, 168  
**Freud, Sigmund**, 48, 49  
 sobre el duelo, 68, 99, 105  
 sobre el duelo complicado, 158  
**fuerza personal**, 93  
**funeral**, 61, 286  
 apoyo social, 143  
 atenuación de los efectos, 143  
 cambios, 143  
 crítica, 142-144  
 niños, 261, 263  
**Funman, Erma**, 259
- Garfield, Charles**, 289  
**generalización excesiva**, 92, 130  
**Gorer, Geoffrey**, 58, 62, 98-99  
 grabaciones de audio, 288  
 grupos de apoyo, 232  
 para ancianos en duelo, 270-271

- véanse también grupos de apoyo concretos*
- grupos de autoayuda, 106
- hablar con otros de estas cosas-, 301
- Hackett, Thomas P., 132
- Handbook of Clinical Family Therapy* (Lebow), 245
- Harvard Child Bereavement Study, 259-262
- Harvard Laboratory for Community Psychiatry, 106
- Havinghurst, Robert, 57
- hiperactividad y agitación, 47
- hiperexcitación, 197
  - muerte súbita, 217-218
- historias personales, 19-20
- Hogan Grief Reaction Checklist, 18, 201
- Horowitz, Mardi, 159, 161
- hospice* de Pasadena, 133, 137
- hospices*, centros, 107
- humor, 86, 126
- identidad, mantenimiento de, 272
- imagen de uno mismo, 155
- imitación del fallecido, 174
- impulsos autodestructivos, 175
- incineración, 143
- incredulidad, 41, 61
- insensibilidad, 39-40
- \* integración social, 95
  - mejora, 192
- interdependencia, 268-269
- intervenciones
  - asesoramiento en procesos de duelo, 145
  - familiares, 265-268
  - muerte súbita, 217
  - que estimulan la resolución de problemas, 85
  - que estimulan sentimientos, 84-85
  - rumiación, 92
  - intimidad sexual, 255
  - ira, 35-36, 114-116
- admitir que se siente, 114-115
- blancos, 223
- causas, 35, 114
- desplazamiento, 267
- identificación, 186, 193
- inadaptada, 36
- no expresada, 185-186, 193
- reprimida, 186
- revivirla, 186
- y apego, 90
- y suicidio, 211-212
- Johnson, T., 285
- Jonestown, en Guyana, 154
- Jordan, John, 144
- Katz, R., 285
- Klerman, Gerald, 49
- Kübler-Ross, Elisabeth, 55
- Lazare, Aaron, 18
- Lebow, J. J., 245-246
- Lewis, C. S., 37
- limitaciones personales, 286
- Lindemann, Erich, 33
- Lives in Progress*, 24
- llamar, 46, 57
- llanto, 47
  - alentar, 118-119
- locus de control, 93
- Lorenz, Konrad, 30-31
- maltratos físicos, 79, 295
- marco contextual de la adaptación, 22
- McGee, Richard, 205
- mediadores, 77-162, 312
- medicación
  - antidepresiva, 50, 132, 167
  - uso, 132
- \*Meditating on Complicated Grief Disorder as a Diagnosis- (Horowitz), 161
- métodos para dejar de pensar, 63
- miedo
  - a la muerte, 168

- a la tristeza, 35
- a renunciar al dolor, 193
- al sida, 235
- como respuesta al suicidio, 208
- del asesor, 282
- tras una muerte perinatal, 225
- mitos
  - estilo de afrontamiento, 97
  - familia, 246
- momificación, 59
- muerte
  - aceptar su realidad, 112-113, 184, 191, 293
  - ambigua, 82-83
  - ambivalencia, 231-232
  - aniversario, 124
  - categorías, 79
  - circunstancias, 175
  - como rechazo, 208
  - conciencia de la propia muerte, 162-163
  - cuestiones pendientes, 232
  - de la madre, 261
  - de la que no se habla, 156
  - de un niño, 251-258
  - de un progenitor, 258-265
  - de un progenitor en la infancia, 154
  - del jefe de un clan patriarcal, 248
  - del padre, 261, 265
  - estigmatizada, 83
  - evitable, 82
  - heridas reabiertas, 152
  - historia personal de pérdidas, 283
  - miedo de, 168
  - múltiple, 269, 282
  - natural, 79
  - negada socialmente, 157
  - negar su carácter definitivo, 59
  - no adaptarse, 68
  - pensamiento mágico, 252
  - por accidente, 79
  - por homicidio, 79
  - prematura, 237
  - prevista, 229
  - proximidad, 80
  - respuesta eufórica, 63
  - significado, 121-122, 185, 212-214
  - tiempo anterior, 232
  - traumática, 81
  - violenta, 81, 186-187, 214
  - muerte inesperada, 80-81
  - muerte perinatal, 224-226
    - búsqueda de significado, 225
    - comprensión de los niños, 225-226
    - embarazo inmediatamente después, 224
    - hermanos, 225
    - temores después, 225
  - muerte repentina, 80-81, 214-219
    - aceptar su realidad, 217
    - autoridades y, 215
    - búsqueda de significado, 216
    - cuestiones pendientes, 216
    - culpa y, 214-215
    - cumplimiento de un deseo adverso, 215
    - desamparo, 215
    - expresiones «No debí», 215
    - hiperexcitación, 218
    - intervención en crisis, 217
    - irrealidad, 214
    - objetos de vinculación, 190
    - pensamiento evitador, 218
    - pesadillas, 215
    - trastorno por estrés postraumático, 218
    - trauma y, 218
  - muertes múltiples, 153-154, 237-238, 298
    - ancianos, 270
    - culpa del superviviente, 238
  - mundo, visión del, 93-94
  - Nadeau, Janice, 250
  - narcisista de la personalidad, trastorno, 91
  - Narcóticos Anónimos, 126
  - narraciones, 20
  - National SIDS and Infant Death Program Support Center, 222

- negación, 58, 63, 86  
del suicidio, 211
- Neimeyer, Robert, 20, 144, 185
- niños  
abusos y maltratos, 209, 220  
capacidad de duelo, 259, 264  
contagio, 263  
cuidados, 262  
decisiones, 263  
enteresa, 22  
estresores, 260  
funerales, 261, 263  
identidad plenamente formada, 259  
permanencia de los objetos, 258-259  
preparación, 263  
reacción emocional a una separación, 259  
rol en la familia, 247  
síndrome de inmunodeficiencia adquirida, 233  
singularidad, 257  
sustitutos, 257  
vínculos continuos, 261  
niños, muerte de, 251-258  
culpa y, 253  
culpar de, 253-254  
necesidades de los padres, 255  
ocultar los hechos, 251  
pensamiento mágico, 252  
pertenencias, 257  
respuestas de los padres, 255  
significado, 257-258  
sustitutos, 251  
•no vivir-, 71
- objetos  
atesorar 48  
de vinculación, 188-191
- objetos de recuerdo, 190
- objetos de transición, 189
- obstaculizan el proceso de duelo, factores que, 151-159  
circunstanciales, 153-154  
de personalidad, 155-156
- históricos, 154-155  
relacionales, 151-153  
sociales, 156-158
- oca gris, 31
- olvido selectivo, 59
- 11 de septiembre de 2001, 67, 83, 154
- oralidad, 152
- PanAm, accidente del vuelo 103 de, 67
- Papadatou, Danai, 287
- pareja sexual, pérdida, 120
- parentesco, 77
- Parents of Murdered Children, 218
- patología, identificación, 127-128
- Paul, Norman, 248
- pensamiento evitador, 218
- pensamiento mágico, 252
- pensamientos suicidas e ira, 114
- pérdidas de las que no se habla, 19  
aborted provocado, 226  
sida como, 235  
suicidio como, 210
- pérdidas negadas socialmente, 18-19, 157  
aborted espontáneo, 222
- persona en duelo, interacción con la sociedad, 62
- personalidad neurótica de tipo dependiente, 182
- pertenencias del fallecido, no querer desprenderse de, 173
- pesadillas, 310
- preocupación, 41-42
- Prigerson, Holly, 159
- Project Omega, 80
- psicodinámica, 127
- psicodrama, 187 196
- Psychosomatic Medicine*, 32
- Rando, Therese, 166
- Raphael, Beverley, 110, 147
- realidad, comprobación de la, 36, 45, 117  
culpar a otros, 210
- culparse a uno mismo, 187 210, 296
- incapacidad de hacerlo, 207

- reconstrucción de significado, 20  
 recuerdos, álbumes de, 130-131, 264  
 recursos religiosos, 95-96  
 redefinición, 86  
 reestructuración cognitiva, 118, 130  
 relaciones  
   de dependencia, 79  
   no aprobadas por la sociedad, 236  
   sobreprotectoras, 282  
 rememorar, 122  
   ancianos en duelo, 271-272  
 remordimiento, 36  
 resolución de problemas, 120  
 responsabilidad excesiva, 266  
 retirada emocional, 70  
 retraimiento, 44-45, 87 91  
   antes de la muerte, 231  
 reunión, esperanza crónica de, 191  
 reuniones de personal, 287  
 revisar la vida, 271  
 riesgo de duelo  
   identificación, 109-112  
   índice, 111  
   significado de la muerte, 110  
   variables de apoyo social, 111  
   variables de la personalidad, 110  
   variables sociodemográficas, 111  
 roles, ensayo de, 230  
 roles, juego de, 130, 196, 292  
 roles sociales, desempeño de, 95  
 rumiación, 89, 92  
   de forma persistente y repetitiva, 42  
   intervenciones y, 92  
  
 salir con otras personas, padres, 262  
 salud mental, historia de, 83-84  
*Salvar al soldado Ryan*, película, 169  
 Samaritans, grupo, 208  
*schmerz*, 62  
 SCL-90, 201  
 seguridad, 29  
 sensación de presencia, 42  
 separación  
   angustia, 72, 87 160  
   conflicto, 179  
 sexo  
   duelo y, 84-85  
   rigidez de los roles, 249  
 Shakespeare, William, 113  
 Shanti Program, 289  
 Shneidman, Edwin, 205  
 shock, 38  
 sida, véase síndrome de inmunodeficiencia adquirida  
 significado, búsqueda de, 20-21, 65  
   muerte perinatal, 224-225  
   muerte súbita, 216  
   sueños, 197  
 «silla vacía», técnica, 164, 167 195  
   alternativa, 195-196  
 Silverman, Phyllis R., 21, 259, 288  
 síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), 233-239, 303  
   cambios de conducta, 238-239  
   como enfermedad crónica, 234  
   como enfermedad ligada a la homosexualidad, 233  
   como pérdida de la que no se habla, 235  
   complicaciones neurológicas, 239  
   contagio, 234-235  
   culpa, 235  
   desfiguración, 238-239  
   enfermedad prolongada, 238-239  
   estigmatización, 235  
   falta de apoyo social, 236  
   niños, 233  
   temor al contagio, 235  
 síndrome de la muerte infantil súbita (SMIS), 219-222, 308  
 afrontamiento, 220  
 asesoramiento, 221-222  
 autorizar la autopsia, 221  
 causas, 219  
 embarazos posteriores, 221  
 impacto en los hermanos, 220  
 información para la familia, 221  
 negligencia, 219  
 prevención, 219

- ruptura de la comunicación, 220  
sistema judicial, 219-220  
tensiones en la pareja, 220  
y maltratos, 219-220  
síntomas físicos, 173  
síntomas similares al fallecido, 170  
SMIS, véase síndrome de la muerte infantil súbita  
*Sobre la muerte y los moribundos* (Kübler-Ross), 55  
sobreprotectoras, relaciones, 282  
sociedad, interacción con la persona en duelo, 62  
soledad, 37  
emocional, 37, 270  
en la tercera edad, 270  
social, 37, 270  
Stroebe, Margaret, 147  
Stroebe, Wolfgang, 147  
sucesos violentos, 23-24, 81, 186-187 214  
SUDS, véase unidades subjetivas de angustia  
sueño, alteraciones del, 43-44, 295  
pesadillas, 310  
sueños, 197-200  
apariciones en, 199  
apego y, 199  
búsqueda de significado, 197  
del fallecido, 45-46  
estudio, 197-198  
fragmentos de, 199  
temas, 199  
tomar nota, 198  
suicidio, 134-135, 156, 205-214, 300, 305  
abandono y, 212  
abusos infantiles, 209  
alcoholismo, 209  
asesoramiento a los supervivientes, 210-214  
asistido, 209  
como pérdida de la que no se habla, 210  
comunicación distorsionada, 209, 210  
control del riesgo, 213  
culpa, 206-207  
en masa, 154  
estigmatización, 206  
explicar, 212  
fallidos, 206  
ira, 114, 207  
miedo como reacción al, 208  
movimiento de prevención, 205, 208  
negación del, 211  
preocupación, 208  
presenciar, 211  
realidad, 210  
sentimientos abrumadores, 165  
silencio, 156  
tenus principales, 206  
y trastorno mental, 212  
y trastorno por estrés postraumático, 206  
suspirar, 46-47  
*Symptomatology and Management of Acute Grief, The*, 33  
TEP véase trastorno por estrés postraumático  
terapia del duelo, 146  
alianza en, 183  
alivio de los síntomas, 201-202  
asignación de tareas, 196  
cambios de conducta, 200-201  
categorías, 179  
consideraciones especiales, 193-195  
contrato, 183  
criba previa, 182  
descartar enfermedades físicas, 183  
diferencias con el asesoramiento, 105  
elegir el momento oportuno, 196  
en grupo, 195  
evaluación, 201  
experiencia subjetiva, 200  
importancia de finalizar el duelo, 193  
instrumentos clínicos, 201  
marco, 108, 181-182  
objetivo, 179, 181-182  
primer paso, 181  
procedimientos, 182-193

- resistencia, 182  
resolución de problemas, 184-185  
revivir recuerdos, 183-184  
sensaciones embarazosas, 194  
técnicas, 195-197
- Texas Revised Inventory of Grief (TRIG),  
18, 201
- tiroteos  
callejeros, 67, 93-94  
en centros de enseñanza, 23-24
- toma de decisiones independiente, 120
- tópicos, 127
- trastorno límite de la personalidad, 91
- trastorno por estrés postraumático (TEP),  
81, 169  
muerte repentina, 218-219  
suicidio, 205
- trauma, 23-26  
duelo sin, 23  
muerte, 81  
muerte repentina, 218  
sin duelo, 23  
síntomas clásicos de, 23
- TRIG, véase Texas Revised Inventory of  
Grief
- tristeza, 34-35, 119  
alentarla, 118  
equilibrio y, 119  
identificar el significado, 119  
inxlicable, 175  
temerla, 35
- Tubingen Longitudinal Study of Bereave-  
ment, 95
- unidades subjetivas de angustia (SUDS),  
194, 201
- vacaciones, 124  
Vachon, Mary, 285, 288  
valores, 93-94  
variables de la personalidad, 84-94  
vergüenza, 206
- Vietnam, Guerra de, 82, 153, 165  
veteranos de, 168
- Vietnam Memorial de Washington, 165
- vinculación, objetos de  
categorías, 188  
como «señal de triunfo», 189  
desactivación, 188-191  
exploración, 188-191  
muerte súbita, 190  
objetos de recuerdo, 190  
para extender la vista, 188  
y ansiedad, 189  
y objetos de transición, 189
- vínculos continuos, 19-20, 68, 272  
controversia, 19  
interrogantes, 19  
niños, 261
- vínculos de los padres, 252
- viudas, programas de apoyo para, 106,  
144, 288
- Volkan, Vamik, 188, 189, 190
- Weisman, Avery, 61
- When Professionals Weep* (Katz y John-  
son), 285
- White, Robert, 24
- Wolfelt, Alan, 24
- Wolfenstein, Martha, 259
- Zeigarnik, principio psicológico de, 283