



Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud

B. RODRÍGUEZ VEGA, A. FERNÁNDEZ LIRIA*

Psiquiatra. Hospital La Paz. Centro de Salud Mental de Alcobendas. Universidad Autónoma de Madrid. *Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

Interventions about problems related to grief for Primary Health Care physicians (II): interventions in Primary Health Care

RESUMEN

Ésta es la segunda parte de un trabajo de dos en el que se revisan diferentes concepciones del duelo, y se propone un modelo por el que éste es considerado como un trabajo a realizar por la persona y su entorno. Se describen los problemas de salud mental asociados a las dificultades encontradas en este proceso y las tareas a llevar a cabo por la persona en duelo.

Palabras clave: Duelo. Intervención psicosocial en Atención Primaria.

ABSTRACT

In this second paper of two, we review the different concept of grief process through the psychiatric literature. We propose a model in which the grief is considered as a work to do by the person and his/her significant relationship network. We describe the mental health problems associated with the difficulties found in this problems and the tasks to do by the person in grief.

Key words: Grief. Mourning, psychosocial intervention in Primary Health Care.

¿CUÁNDO, CÓMO, QUIÉN Y PARA QUÉ INTERVENIR?

Muchos autores, entre ellos Worden¹ consideran útil la distinción entre *counselling* o *asesoramiento* y *terapia de duelo*. El *counselling* o *asesoramiento* sería un tipo de intervención que deberían ser capaces de realizar los profesionales sanitarios en general (así como otros profesionales que se relacionan frecuentemente con personas que enfrentan procesos de duelo, como trabajadores sociales, profesionales de ayuda en general, policías, bomberos, religiosos,...) y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo *normal*. Puede aplicarse en el contexto habitual en el que trabajan las personas que la llevan a cabo (desde luego en

las consultas de los médicos o enfermeros de Atención Primaria o en el domicilio de los pacientes visitados por ellos) y no requiere (como la *terapia*) de un encuadre especial. Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer este tipo de ayuda a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, falta de personas con las que compartir su dolor, falta de recursos para afrontar la vida sin lo perdido, circunstancias especiales de la pérdida –suicidio, responsabilidad del doliente,...– o de la relación –hijo, persona con la que se mantenía una relación muy ambivalente,...– exigencias inmoderadas del entorno,...) o, bien, sólo a aquellas personas que lo solicitan espontánea-

Aceptación: 08-11-01

mente, o las que muestran dificultades manifiestas para realizar alguna de las tareas a que nos referíamos en el apartado anterior.

Según este planteamiento, la segunda modalidad de intervención, la *terapia de duelo* propiamente dicha estaría indicada en los casos de duelo *completo* (por contraposición a *normal*) y se realiza por profesionales de salud mental con un encuadre semejante al de otras terapias psicológicas. Según este modo de ver las cosas, los profesionales de Atención Primaria de lo que deberían de ser capaces es de *detectar* los casos de duelo complicado para derivarlos al escalón especializado.

Creemos que esta forma de ver las cosas (que supondría algo así como la necesidad de establecer unos criterios para el diagnóstico diferencial del duelo normal y el patológico) puede ser fuente más de confusión que de esclarecimiento.

En nuestra opinión deberíamos contemplar tres niveles de actuación. El primero consistiría en utilizar los conocimientos sobre los procesos de duelo para facilitar o, al menos, no entorpecer, los procesos de duelo de las personas que contactan en esa situación con el sistema sanitario. Este nivel incluye la aceptación de la expresión de emociones, por ejemplo a través del llanto, una actitud empática ante estos sentimientos, la utilización de términos claros, que faciliten el que se pueda establecer una conexión emocional con la información que se da ("muerte", "amputación",...), la facilitación de instrumentos para realizar las operaciones necesarias para que se lleve a cabo el duelo (una sala donde se puedan encontrar los familiares que van a compartir por primera vez el hecho del fallecimiento, *kleenex*, etc.).

María recuerda con agradecimiento, como la médica de Urgencias del Hospital donde había sido trasladado su marido tras el accidente del autobús en el que viajaba, la llamó, la apartó del resto de las personas que llenaban la sala, a la espera de noticias de sus familiares, y le comunicó con tristeza y respeto que su marido había fallecido, pese a todos los intentos hechos por salvarle la vida.

El segundo nivel se correspondería con el que Worden¹ y otros autores llaman *counselling* o *asesoramiento*, y, según nuestra opinión estaría caracterizado, no por referirse a un determinado tipo de duelo (normal *versus* patológico), sino por el hecho de estar realizada por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente (como un médico o enfermero de Atención Primaria) pero no es un profesional de la salud mental. En un contexto como el de la Atención Primaria, este nivel de intervención se dirige a personas que presentan (o están en claro riesgo de presentar) problemas de salud o para el cuidado de la salud, que parecen en relación con una pérdida y dificultades para llevar a cabo el proceso de duelo.

Javier acude por primera vez a la consulta de su médico de Atención Primaria después de la amputación de su pierna izquierda tras un accidente. Sus padres le comentan al médico lo orgullosos que están de la valentía de su hijo para encajar lo ocurrido. Javier sonríe sin decir nada y se pone muy colorado. El médico hubiera podido obviar esa información y reconocer, junto con sus padres su valentía, animándole a seguir adelante. Pero este médico, después de revisar con todos lo ocurrido, les pide amablemente a los padres que le dejen unos minutos a solas con Javier. Una vez solos, el médico le pregunta abiertamente por sus sentimientos, el paciente se emociona y llora. Es la primera vez que ha podido expresar su tristeza con otra persona.

El tercer nivel se correspondería con lo que Worden llama *terapia* y vendría definido por ser llevado a cabo por un profesional de la salud mental. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias. En primer lugar cuando las dificultades en el proceso de duelo han dado ya lugar a problemas de salud mental graves que requerirían esta intervención independientemente de su origen (un cuadro psicótico, un cuadro depresivo con ideas de suicidio incoercibles,...). Y en segundo lugar cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas.

Antonia acude a la consulta de Psiquiatría derivada por su médico de cabecera. Presenta un trastorno depresivo grave con ideación de suicidio y fuertes sentimientos de culpa con respecto a la muerte de su padre. Cuando el psiquiatra le pregunta acerca de las circunstancias de la muerte de su padre, Antonia relata que el malestar de su padre había comenzado unas horas antes, como un dolor de estómago. Siendo como era, una persona muy aprensiva, ninguno en la casa le dio más importancia a sus síntomas hasta que de madrugada, el dolor se intensificó tanto que le llevaron a Urgencias. El padre falleció a los dos días de un infarto de miocardio y el médico que le atendió les comentó que lo habían llevado muy tarde, que quizás si hubiera venido antes se podría haber salvado.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo con lo que hemos venido planteado hasta aquí, los objetivos de la intervención consistirán en facilitar que las cuatro tareas que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo. Es decir:

1. Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
2. Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.

3. Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de la persona u objeto perdido.

4. Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN EN DUELO

A continuación describiremos una serie de principios que pueden ser aplicados a los tres niveles de intervención, aunque en el texto y en los ejemplos, se intentarán concretar para el segundo¹.

—*Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar consciencia de la muerte.*

En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió. También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos funerarios, las visitas a la tumba. Si el superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar las fantasías al respecto.

—*Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos.*

La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que el superviviente puede intentar protegerse inconscientemente. Aunque, a veces, posponer la experimentación de esos sentimientos puede ser útil, en general, ignorarlos puede ser causa de problemas y dificultades en el proceso de duelo. El profesional sanitario puede facilitar la expresión de estos sentimientos. A veces, esta tarea puede estar dificultada por el hecho de que quien solicita la ayuda, puede pedirle, precisamente un remedio para evitar el dolor (en forma, por ejemplo, de medicamento).

Los sentimientos puestos en juego por la pérdida pueden ser muy variados. Desde luego está el sentimiento de pena por la pérdida. Nos referiremos también a los de rabia, culpa e indefensión, que también son frecuentes y que, frecuentemente se asocian a problemas en el proceso de duelo.

La *tristeza* o la *pena*, es la emoción que parece más inmediatamente relacionada con la pérdida de alguien o algo que ha sido importante para uno. En ocasiones su expresión puede estar coartada por convenciones sociales, por ser considerada por el sujeto como una muestra inadmisibles de debilidad o una pérdida de dignidad, o por el temor a que su expresión pueda dañar o abrumar a otros.

La expresión más frecuente de la tristeza incluye el llanto. Poder llorar es importante, aunque lo que

parece ser verdaderamente útil para el proceso de duelo es poder hacerlo con alguien que comprende al superviviente y le brinda su apoyo. El deseo de proteger a personas consideradas débiles dentro de una familia o comunidad, en ocasiones hace que se les prive de esta posibilidad.

La expresión de la pena por parte del superviviente a veces, puede inducir un estado de malestar y una sensación de impotencia en el sanitario, que siente que no puede hacer nada por evitarlo. Sin embargo el hecho mismo de dar ocasión de expresarla, al escucharla empáticamente, sin tratar de inducir comportamientos alternativos y sin dejar que la sensación de malestar inducido le impulse a huir o a mostrarse dañado, puede ser excepcionalmente de ayuda. Ofrecer *kleenex* en lugar de intentar calmar, por ejemplo, es un buen método de lograr este objetivo.

Llorar no es suficiente. El superviviente ha de preguntarse por el significado de sus lágrimas y quien pretende ayudarlo ha de facilitarle esta tarea. Un significado que es diferente según la persona avanza en el proceso duelo².

La *rabia* es otro sentimiento que frecuentemente aparece en los procesos de duelo. Puede aparecer como rabia hacia la persona que se ha perdido (por abandonarnos, por no haberse cuidado,...). Pero también es posible que lo haga contra otras personas implicadas en el hecho de la pérdida (los compañeros, los médicos, el conductor de la ambulancia, la policía los bomberos, otros implicados en el accidente, Dios,...). La rabia también puede aparecer contra uno mismo en forma de sentimientos de culpa o de depresión. El médico debe explorar la posibilidad de ideas de suicidio, preguntando primero sobre si en esa situación se ha planteado que no valga la pena seguir viviendo, caso de respuesta positiva, si ha pensado en hacer algo para quitarse la vida, en ese caso si ha pensado en la forma, si es así, si ha hecho planes concretos y, en caso afirmativo, si lo ha intentado. El temor a hacer este tipo de preguntas que frecuentemente muestra el personal sanitario, no está justificado. Hasta la fecha no se conoce que nadie que no se haya planteado seriamente el suicidio lo haya llevado a cabo porque se le haya ocurrido a partir de una pregunta de su médico u otro personal de ayuda. En cambio el que quien pretende ser de ayuda ignore que el superviviente está haciendo planes al respecto, cuando esto es así, puede tener consecuencias fatales. En el duelo, los impulsos suicidas pueden tener que ver también con el deseo de reunirse con el muerto.

Los sentimientos negativos hacia alguien que ha muerto, pueden resultar inaceptables para quien los experimenta y ser negados o despertar fuertes sentimientos de culpa. Pensemos que la frase más corrientemente oída en los funerales es algo así como

“qué bueno era”. Por ello es probable que el superviviente niegue este tipo de sentimientos si la persona que intenta ayudarle le pregunta por ellos. En esta situación es útil la recomendación de Worden de dar primero ocasión de expresar los sentimientos positivos y escucharlos empáticamente con detenimiento para, una vez que el superviviente está convencido de que nos hacemos cargo de ellos poder entrar en los negativos. Una fórmula que, a veces, es útil es preguntar: “¿qué es lo que cree que más va a echar de menos?” y sólo después: “¿habrá cosas que, en cambio no echará de menos (aunque sea sus ronquidos)?”. O la utilización de fórmulas que facilitan la expresión de la ambivalencia.

Me hago cargo de que tuvo una relación de mucho afecto y que su pérdida ha sido muy dura. Hay muchas cosas que va usted a echar mucho en falta. Pero en toda relación hay algunos momentos me - nos buenos. ¿Cómo eran los momentos en los que pudo haber problemas entre ustedes?

Desde luego hay casos en los que sucede es precisamente lo contrario y todo lo que se expresan son sentimientos negativos. Aquí los sentimientos negativos pueden estar protegiendo al superviviente de la pena profunda que supondría reconocer que la pérdida (a veces no la ocurrida con la muerte, sino con la historia de la relación) fue importante para él.

También es frecuente que en el duelo aparezcan sentimientos de culpa. Muy frecuentemente ésta se organiza sobre formulaciones del tipo “¿y si...?” (“Si no le hubiera pedido que viniera”, “si le hubiera llevado antes al médico”, “si no hubiera hecho caso de lo que me dijeron”, “si hubiera conducido yo”, etc.). En esta situación puede ser útil ayudar al superviviente a preguntarse cuáles son las opciones reales que hubo y por qué hubiera debido elegir una diferente.

La culpa puede tener que ver con las emociones experimentadas en relación a la pérdida. En ocasiones el superviviente puede pensar que se ha sentido insuficientemente afectado. En otras, puede sentir malestar por la experimentación de sentimientos de alivio, de satisfacción o de rabia hacia el fallecido. En tales situaciones es de utilidad la exploración del conjunto de sentimientos implicados tanto en la relación anterior con lo perdido como en la pérdida misma.

El sentimiento de culpa es más difícil de trabajar cuando hay responsabilidad real en la pérdida (el superviviente que conducía borracho, el compañero que abandonó al desaparecido, el familiar que cometió una negligencia clara,...). Worden propone el uso de técnicas psicodramáticas para encarar esta tarea.

Los sentimientos de *angustia e indefensión* son también frecuentes. De hecho Parkes señala en la última edición de su clásico libro³ que la angustia

es incluso más frecuente que la pena. La angustia puede provenir del sentimiento de indefensión o desamparo por tener que afrontar la vida sin lo perdido. El sanitario puede facilitar el manejo de este sentimiento, facilitando el que el superviviente analice las posibilidades de desempeño que tiene en su nueva situación.

La angustia también puede provenir de la reactivación de la consciencia de la propia muerte. Tal reagudización se produce casi como regla general y suele ser pasajera. Si no es así, puede ser de utilidad hablar y compartir los temores.

—*Principio 3: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido.*

Supone ayudar al superviviente a poder enfrentar los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin aquello perdido. La dificultad de esta tarea depende mucho del tipo de relación que existía entre la persona u objeto perdido y el superviviente. Puede haberse perdido a la persona que tomaba las decisiones en la pareja, a la que aportaba el sustento o a la que se hacía cargo de tareas imprescindibles como el cuidado del hogar o la educación de los hijos. Puede haberse perdido un compañero sexual. Puede haberse perdido un elemento que ha sido esencial para la supervivencia (el empleo, la vivienda,...). Y de ello derivan problemas prácticos de distinto orden.

Es frecuente que la persona que ha sufrido una grave pérdida se sienta impelido a hacer grandes cambios que le permitan sortear su dolor (cambiar de casa, de ciudad o de compañero,...) En general, deben desaconsejarse medidas drásticas e irreversibles sobre decisiones tomadas en los primeros momentos, aunque, al hacerlo, conviene tener cuidado para no promover actitudes de indefensión. Se trata de posponer las decisiones para el momento en el que la persona esté capacitada para hacerlo pensando en las consecuencias y no sólo en la utilidad de la decisión para disminuir el sufrimiento en un momento dado.

—*Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido.*

La recolocación es, con frecuencia, interpretada como sustitución u olvido de lo perdido y, en tal caso, su anticipación puede mover un rechazo a la idea de progresar en el proceso de duelo, cuyo final se anticipa en la fantasía como una especie de traición a lo perdido o como signifiante de que el vínculo que anteriormente unía al superviviente con ello no era suficientemente fuerte como para dejar una marca permanente.

En realidad recolocar no significa abrir el camino a reemplazar (reemplazar es imposible), sino dar a lo perdido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo (tan cargado afectivamente como sea necesario) no vete la posibilidad de

que el superviviente pueda sentir interés y afecto por otras cosas o personas. Es frecuente, que las personas que atraviesan procesos de duelos cuenten que al avanzar en esta tarea se les ha hecho más accesible, más nítido y más capaz de proporcionar gratificación, el recuerdo de lo perdido.

También hay supervivientes que se apresuran a rellenar el hueco dejado por lo perdido con nuevas relaciones o actividades, como procedimiento de evitar el dolor suscitado por la pérdida. En estas situaciones no podemos hablar de recolocación sino de defensas que entorpecen la tarea 2 (experimentar las emociones suscitadas por la pérdida).

—*Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo.*

Como hemos señalado anteriormente, el duelo requiere tiempo. Esto, a veces, no es tan obvio ni para el superviviente, ni para las personas de su entorno, que, en ocasiones pueden presionarle para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

Hay fechas o momentos que pueden ser particularmente difíciles. Son muy comunes las llamadas *reacciones de aniversario* (el primer aniversario suele ser particularmente difícil). También pueden ser difíciles el primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo, que se celebran sin el fallecido,...

—*Principio 6: Evitar los formulismos.*

Como regla general puede decirse que los comentarios sociales al uso (“Te acompaño en el sentimiento”, “Hay que seguir adelante”, “Hay que ser fuerte”) no suelen ser de utilidad y que generalmente, los supervivientes ya los han oído y si presentan problemas es porque no les han servido. Si el ayudador no sabe que decir es preferible que lo reconozca diciendo algo así como “No sé que decirte”.

—*Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal.*

Es frecuente que algunos de los fenómenos que son normales en los procesos de duelo provoquen el superviviente o en su entorno miedo a que sean señales de que se está trastornando. Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se cuentan entre los que más frecuentemente provocan estas reacciones. En estas situaciones el médico o el enfermero pueden tranquilizar informando al paciente y a su familia de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo.

—*Principio 8: Permitir diferencias individuales.*

También puede causar extrañeza y, a veces, alarma el hecho de que personas diferentes, aún dentro de un mismo grupo familiar y cultural, puedan manifestar comportamientos, emociones y modos de expresar éstas últimas muy diferentes entre sí. A veces eso puede hacer que la de alguno de ellos sea

interpretada como patológica. También puede ser que los requerimientos diferentes de personas que están siguiendo trayectorias diferentes hagan que cosas que siente uno de ellos como necesaria para su progreso, puedan resultar entorpecedores para el proceso del otro. Tales posibilidades pueden ser anticipadas y discutidas por la persona que pretende ayudar.

—*Principio 9: Ofrecer apoyo continuo.*

Como los requerimientos de las personas en duelo son diferentes a lo largo del proceso, es útil que la persona que pretende ser de ayuda se muestre disponible durante el mismo, estableciendo, por lo menos las condiciones y el procedimiento por el que el superviviente o sus allegados pueden buscar un nuevo contacto. La iniciativa de establecer contacto por parte del sanitario en determinados momentos (aniversarios,...) puede estar indicado en casos especiales. Los grupos de autoayuda son especialmente útiles para este tipo de trabajo.

—*Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones.*

Los procedimientos puestos en juego para hacer frente al dolor pueden ser, en ocasiones, potencialmente peligrosos para la salud mental o para la salud en general y la persona que pretende ayudar puede tener que señalarlo. Hay personas que pueden utilizar el alcohol o las drogas (incluidos los psicofármacos) para evitar el dolor, que pueden exponerse en conductas peligrosas o que pueden utilizar mecanismos extremos de negación que pueden hacer previsible una dificultad para completar el proceso de duelo.

—*Principio 11: Identificar patología y derivar.*

La persona que pretende ayudar a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación. En los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y prolongada en el tiempo, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos clínicos está indicado el tratamiento de estos cuadros y, donde el sistema sanitario lo establezca así, la derivación a un especialista.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DUELO

Detección de problemas relacionados con el duelo

Es frecuente que la existencia misma de pérdidas y, consiguientemente de procesos de duelo subsecuentes a ellas pase desapercibida para la persona que pretende prestar ayuda al superviviente. También lo es el que, aunque las pérdidas sean conocidas por él, pasen desapercibidas señales de que está habiendo problemas en su elabora-

ción. La presencia de pérdidas puede ser explorada a través de preguntas explícitas (“¿ha ocurrido algo importante en su vida durante este periodo?”). En caso de respuesta positiva deben explorarse los sentimientos ideas y comportamientos suscitados por la misma (“¿qué le hizo sentir eso?”, “¿qué le vino a la cabeza?”, “¿qué es lo que hizo entonces?”, “¿cómo se sintió después?”, “¿y ahora?”). Deben rastrearse no sólo las pérdidas actuales, con la posibilidad de que se presenten problemas de los considerados como “duelo distorsionado” sino, los posibles efectos de pérdidas pasadas que puedan causar actualmente problemas como “duelo diferido” (por ejemplo, en forma de reacción de aniversario o reacción desmedida ante una nueva pérdida, aparentemente intrascendente).

La tabla I presenta una serie de situaciones que podrían orientar a la presencia de problemas en un proceso de duelo en curso y las preguntas que podrían ayudar a ponerlos de manifiesto. En ocasiones, lo que puede ser más prominente no es la presencia de fenómenos preocupantes, sino la ausencia de los que suelen ser normales. Tal ausencia puede ser explícitamente explorada.

"He observado que Vd. no mencionó a su madre cuando hablamos de sus padres.(...) ¿Ha muerto recientemente alguien próximo a Vd.? (...) ¿Podría hablarme sobre esta muerte? (...) ¿Cuándo? (...) ¿Dónde? (...) ¿Cómo fue? (...) ¿Cómo se sintió cuando se enteró de la muerte? (...) ¿Cómo estuvo las semanas siguientes? (...) ¿Qué cosas cambiaron en su modo de comportarse?"

Estrategias de intervención⁴

Lo anteriormente expuesto puede concretarse en una estrategia en la que el superviviente y la persona que pretende ayudarle se embarcan en una serie de tareas. Así lo hacen Klerman et al⁴, cuyo esquema desarrollaremos a continuación.

Facilitar la expresión de los sentimientos y explorar sin emitir juicios

La persona que pretende ayudar puede facilitar esto animando al paciente a pensar en la pérdida, facilitándole, con el manejo de los silencios y de las señales de que se le está escuchando tiempo y espacio para ello, y pidiéndole que relate la secuencia de hechos que se organizaron alrededor de la misma y las emociones asociadas a ellos (“¿cómo se enteró?”, “¿qué estaba usted haciendo entonces?”, “¿qué es lo que le dijeron exactamente?”, “¿cómo se sintió?”, “¿qué le vino a la cabeza?”, “¿qué hizo?”, “¿cómo se siente ahora al recordarlo?”, “¿qué le hace pensar esto?”...o, también “cuénteme cosas sobre cómo era...”, “¿qué hacían juntos?”, “¿cómo se enteró usted de su enfermedad?” “describalo...” “¿cómo se enteró de su muerte?”, “¿cómo se siente sobre todo esto?”).

Tranquilizar

El superviviente puede experimentar miedo a muchas cosas. En primer lugar al significado de

Tabla I

SOSPECHA DE DUELO PROBLEMÁTICO (ADAPTADO DE KLERMAN 1984)	
HECHO	PREGUNTA
1. Múltiples pérdidas	¿Qué más estaba sucediendo en su vida en el momento de esta muerte? ¿Alguien más murió o se fue? ¿qué recuerda de ello desde entonces? ¿Alguien ha muerto de forma o en circunstancias similares?
2. Afecto inadecuado en el periodo de duelo normal	En los meses que siguieron a la muerte, ¿cómo se sintió? ¿Tuvo problemas de sueño? ¿Se condujo como de costumbre? ¿Tenía ganas de llorar?
3. Evitación de las conductas referidas a la muerte	¿Evitó ir al funeral o visitar la tumba?
4. Síntomas en torno a una fecha significativa	¿Cuándo murió esta persona? ¿En qué fecha? ¿No empezó a tener síntomas por entonces?
5. Miedo a la enfermedad que causó la muerte	¿De qué murió esta persona? ¿Cuáles fueron los síntomas? ¿Teme Vd. tener la misma enfermedad?
6. Historia de conservación del entorno cómo era cuando vivía la persona querida	¿Qué hizo Vd. con sus pertenencias? ¿Y con la habitación? ¿Lo dejó igual que cuando murió?
7. Ausencia de la familia u otros apoyos durante el duelo	¿Con quién contó Vd. entonces? ¿Quién le ayudó? ¿A quién buscó? ¿En quién pudo confiar?

algunas de las manifestaciones del proceso de duelo. El profesional de Atención Primaria puede aplicar los principios anteriormente reseñados sobre interpretar como normal el comportamiento normal y permitir las diferencias individuales. Pero también se puede manifestar el miedo del paciente a hablar de la pérdida o recordar determinados hechos. En este caso el médico o enfermero puede manifestar su disposición a apoyarle y su idea de que tal expresión no suele dar lugar a problemas incontrolables. Horowitz (1976) relaciona una colección de miedos que son frecuentes y conviene que sean explorados. Aquí los recogemos en la tabla II.

Reconstruir la relación

La labor de construcción de nuevas narrativas a la que estamos refiriéndonos, se ve facilitada por la reconsideración de la historia de la relación con lo perdido. Por ello es de utilidad animar al superviviente a que nos narre su relación con ello y facilitarle en que lo haga haciendo hincapié en los afectos (positivos o negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados.

“*Cuénteme como fue su vida con...*” (...) “*¿Cómo ha cambiado su vida desde que murió?*” (...), “*Toda relación tiene sus altos y bajos. ¿Cuáles fueron los suyos?*”.

Esclarecer

Se trata aquí de ayudar al paciente a desarrollar un nuevo modo de ver los hechos para lo que deben explorarse respuestas tanto afectivas como de conducta. Conviene evitar el refugio en sobreentendidos como “ya se puede usted imaginar”, “lo

normal”, “como todos los matrimonios”, “como cualquier padre”, y pedir al paciente que concrete, porque nos interesa precisamente el modo en el que esto le sucedía a él o ella personalmente. En cualquier caso ayudan preguntas como las siguientes:

“*¿Cuáles eran las cosas que le gustaban de...?*
¿Y cuáles las que no?”.

Explorar los cambios de comportamiento

La exploración de los cambios experimentados tras la pérdida puede señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemáticos.

“*¿Cómo es su vida ahora? ¿Cómo ha intentado compensar la pérdida? ¿Quiénes son sus amigos? ¿Con qué actividades disfruta?*”

Técnicas

Para llevar a cabo esta propuesta de actuación, puede ser útil la utilización de algunas técnicas concretas. Revisaremos a continuación el listado propuesto por Worden:

—Utilización de un *lenguaje evocador*. Como la contemplación del sufrimiento de otra persona es dolorosa, las costumbres y las buenas maneras suelen consagrar precisamente el uso de términos que no evoquen sentimientos dolorosos a nuestros interlocutores. En los hospitales, por ejemplo, lo frecuente es la utilización de términos como *exitus*, *óbito* o, en todo caso, del verbo “fallecer” para referirse a la muerte o al morir. Ni que decir tiene que estos términos no facilitan el que el superviviente ponga en juego sus sentimientos en su relación con nosotros. La utilización de términos evocadores (“muerte”, “perder”, “viudo”...) y de tiempos verbales adecuados, facilita tanto el que el superviviente tome conciencia del hecho de la pérdida, como que contacte con sus sentimientos (tareas 1 y 2).

—Utilización de *símbolos y objetos de vinculación*. Puede ser de utilidad permitir o pedir al superviviente que muestre fotos, imágenes o recuerdos del fallecido o de lo que se ha perdido, ya que ello facilita la emergencia de los afectos en la relación con nosotros. Un caso especial son los llamados *objetos de vinculación*. Se trata de objetos cargados con un simbolismo, a través de los cuales se mantiene la relación con la persona muerta. En ocasiones pueden dificultar completar el proceso de duelo. Pueden ser de muchos tipos: objetos que el muerto utilizó en vida, como relojes o joyas, una representación del muerto, como una fotografía o algo que el superviviente tenía a mano cuando se enteró de la noticia o cuando vio el cuerpo. Cuando existen, el

Tabla II

EMOCIONES FRECUENTES EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DUELO (HOROWITZ 1976)

1. Miedo a la repetición del acontecimiento
2. Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho
3. Rabia hacia el fallecido
4. Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías destructivos
5. Culpa del superviviente
6. Miedo de identificación o fusión con la víctima
7. Tristeza en relación con las pérdidas

superviviente necesita saber siempre exactamente donde está para no sentir angustia. Son similares a los objetos transicionales de los niños. Son diferentes de otros recuerdos, pues están investidos de mucho más significado y causan una gran ansiedad cuando se pierden. En el trabajo con personas en duelo, se puede explorar la existencia de tales objetos, preguntando qué cosas han conservado después de la muerte. Si se cree que el superviviente está utilizando algo como objeto de vinculación se debe discutir en la terapia. Puede ser útil animarle a traer estos objetos a la sesión de terapia.

—Con algunos pacientes es útil el uso de *escritos* porque el acto de escribir facilita el contacto con sus emociones y la búsqueda de significados. Pueden por ejemplo escribir al difunto expresando sus emociones, hacer un diario del proceso de duelo o utilizar este medio para “resolver” discusiones pendientes o decir cosas que no tuvieron ocasión de comunicar antes.

—La utilización de *dibujos* juega el mismo papel para otros pacientes. Es particularmente útil en niños.

—El *rol playing* es útil al menos con dos objetivos. En primer lugar para facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de nuevos significados, así como actualizar conflictos pendientes con la persona ausente. Una modalidad especialmente útil en estas situaciones es la de la silla vacía, en la que el superviviente puede comunicar al desaparecido algo pendiente imaginándolo en una silla colocada a su lado. También puede ocupar esa silla e imaginar cómo será recibido por el desaparecido lo que acaba de decir, para luego volver a ocupar la suya y continuar la “conversación”. El *rol playing* también puede ser utilizado para modelar o entrenar habilidades, sobre todo en personas que están teniendo dificultades en la tercera tarea (enfrentar los problemas prácticos de la vida sin lo que se ha perdido).

—La *reestructuración cognitiva*, por la que se tratan de analizar asunciones implícitas y diálogos internos, es particularmente útil por ejemplo, para tratar con los problemas referentes a los sentimientos de culpa o responsabilidad que parecen en forma de “¿y si...?” (“si yo no le hubiera pedido que viniera, si se lo hubiera advertido, si hubiera ido yo,...”).

—En algunos casos puede ser útil la confección de un *libro de memorias que*, además, puede emprenderse como una tarea colectiva, facilitando el que la familia entera, incluidos los niños, comparta el intento de reconstruir la relación con el ausente, reuniendo, fotos, escritos, recuerdos,...

—El uso de la *imaginación guiada* (en la que el paciente imagina al muerto, con los ojos cerrados y tiene ocasión de establecer algún tipo de *diálogo* con él) cumple la misma función que la técnica de la silla vacía a la que hacíamos referencia anteriormente.

—La utilización de *psicofármacos* ha sido objeto de polémica. En general se admite su uso puntual para aliviar el insomnio o la ansiedad. El uso de antidepresivos no está indicado salvo en el caso de que aparezca, como complicación una depresión clínica.

DUELO Y FAMILIA

Enfrentar el proceso de duelo por la muerte de uno de sus miembros es, quizás, una de las tareas más duras que una familia ha de llevar a cabo a lo largo de su vida. Desde un pensamiento sistémico, la muerte se entiende como un proceso que, al mismo tiempo que implica a la persona que se muere, también implica a los supervivientes, poniéndose de manifiesto así, el ciclo de vida compartido familiar que reconoce la finalidad de la muerte y la continuidad de la vida simultáneamente⁶⁻¹⁰.

El cómo la familia lleve adelante esta tarea se considera como un determinante crucial para la adaptación individual y del grupo. Como ocurría cuando hablábamos desde una perspectiva más individual, variables que van a influir en este proceso de adaptación son la manera de morir, la existencia de una red social de apoyo, el tiempo de la muerte en el ciclo de la vida y el contexto socio-cultural de la pérdida. Con ello, se pone de relieve la “unicidad” de cada caso y la necesidad de respeto a las diferencias individuales, culturales y familiares.

Para Bowen, el impacto de la muerte en el equilibrio familiar dependerá del nivel de integración emocional de la familia en el momento de la pérdida y de la importancia funcional del miembro perdido. Una familia adecuadamente integrada, mostrará una reacción emocional más abierta, mientras que una menos integrada responderá con menos reacción emocional inmediata, pero con más problemas emocionales o físicos más tarde.

El sufrimiento individual que sigue a la pérdida no es sólo debido al duelo, sino consecuencia de los cambios en la dinámica familiar. La pérdida modifica la estructura familiar y la respuesta de cada miembro estará modelada por el sistema de creencias familiar, que a su vez es modificado por la experiencia individual de la pérdida.

Las familias, como los individuos, necesitan estar en armonía con el pasado, no en lucha por recapturarlo, escapar de él u olvidarlo.

La muerte plantea retos adaptativos, que requieren reorganizaciones familiares a corto y largo plazo y cambios en la definición familiar de su identidad y propósitos.

La adaptación no significa resolución, más bien formas de poner la muerte en perspectiva y continuar con la vida. La idea psicoanalítica de trabajar a través de la pérdida para conseguir una completa

resolución de ésta, no encaja con la experiencia de la mayoría de las personas. Hay pérdidas muy significativas o traumáticas que no se resuelven nunca.

Tareas familiares de adaptación

Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y experiencia compartida de la pérdida

Bowen apoya la inclusión de los niños diciendo que él nunca ha visto a un niño dañado por la exposición a la muerte, lo que si ha visto son niños dañados por la ansiedad de los supervivientes.

Los ritos funerales ayudan en esa confrontación.

La comunicación familiar es vital en este proceso. Un clima de confianza, empatía y tolerancia hacia las distintas respuestas es importante. El proceso de duelo también implica intentos compartidos para colocar la pérdida en una perspectiva significativa que encaja coherentemente con el resto de la experiencia familiar y sistema de creencias.

Surgen sentimientos de gran intensidad y es preciso afrontar sentimientos negativos, que, en nuestra cultura tienden a producir malestar en el otro, por lo que con frecuencia son callados y la comunicación bloqueada.

Es precisa la tolerancia ante las distintas respuestas emocionales y estar preparados para que los miembros de la familia puedan estar en distintas fases, reflejando la individualidad de las respuestas de afrontamiento.

En familias donde ciertos sentimientos, pensamientos o recuerdos, son evitados en base a lealta-

des familiares o tabús sociales, el bloqueo de la comunicación puede contribuir la conducta sintomática o sentimientos sintomáticos que pueden surgir a la superficie, en otros contextos desconectados de su fuente. Cuando la familia es incapaz de tolerar sentimientos, el miembro que expresa lo inexpressable puede ser utilizado como cabeza de turco o excluido.

Reorganización del sistema familiar y reinversión de otras relaciones y metas vitales

La muerte de un miembro familiar trastorna el equilibrio familiar y los patrones de interacción establecidos. El proceso de recuperación implica un realineamiento de relaciones y redistribución de las funciones de rol necesarias para compensar la pérdida y continuar con la vida familiar. Promover la cohesión y la flexibilidad en el sistema familiar es crucial para la reestabilización. La experiencia de desorganización inmediatamente después de la pérdida puede llevar a las familias a hacer movimientos precipitados hacia nuevos matrimonios u hogares.

CORRESPONDENCIA:

Alberto Fernández Liria
Servicio de Psiquiatría
Hospital Príncipe de Asturias
Ctra. de Meco, s/n
28805 Madrid

Bibliografía

1. Worden JW. Grief counselling and grief therapy. New York: Routledge, 1991.
2. Simos BG. A time to grief. New York: Family Service association, 1979.
3. Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. London: Penguin Books, 1996.
4. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York: Basic Books, 1984.
5. Horowitz MJ. Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.
6. Kissane DW, Bloch B. Family Grief. Br J Psychiatry 1994; 164: 728-40.
7. Stroebe, Stroebe and Hansson Handbook of bereavement. New York: Cambridge University press, 1993; 44-62.
8. Raphael B. The anatomy of bereavement. London: Aronson, 1994.
9. Walsh F, McGoldrick M Living beyond loss. New York: Norton, 1991.
10. Stylianos S, Vachon ML. The role of social support in bereavement. En: Stroebe, Stroebe and Hansson Handbook of bereavement. New York: Cambridge University Press, 1993. p. 397-411.