

# **CUIDADOS PRIMARIOS DE DUELO (CPD)**

## **El nivel primario de atención al doliente**

*Manual para un estudio de intervención en duelo en atención primaria:  
“¿Son eficaces los cuidados primarios de duelo en viudas?”*

*Autores:*

*Jesus Angel García-García  
Victor Landa Petralanda  
Gonzalo Grandes Odriozola  
Amaia Mauriz Etxabe  
Izaskun Andollo Hervás*

*Publica y distribuye:*

*Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya  
Sestao, Vizcaya, Noviembre 2001.*

# **INDICE**

## **I.- INTRODUCCION**

### **II.- LOS CUIDADOS PRIMARIOS DE DUELO (CPD)**

- 2.1.- El porqué de los Cuidados Primarios de Duelo
- 2.2.- Definición de los Cuidados Primarios de Duelo

### **III.- MARCO TEORICO GENERAL**

- 3.1.- Modelos explicativos del proceso de duelo
  - 3.1.1.- Modelo de fases
  - 3.1.2.- Modelo de tareas
  - 3.1.3.- Tareas de la familia en su adaptación a la pérdida
  - 3.1.4.- Modelo Dual
- 3.2.- Duelo de riesgo
  - 3.2.1.- Causas y circunstancias de la muerte
  - 3.2.2.- Identidad del fallecido y relación con el doliente
  - 3.2.3.- Personalidad y antecedentes del doliente
  - 3.2.4.- Soporte socio-familiar del doliente
  - 3.2.5.- Predictores de riesgo
- 3.3.- Duelo patológico
  - 3.3.1.- Duelo crónico
  - 3.3.2.- Duelo ausente
  - 3.3.3.- Duelo exagerado
  - 3.3.4.- Duelo retrasado
  - 3.3.5.- Pistas para el diagnóstico de Duelo patológico

### **IV.- MARCO TEORICO ESPECIFICO**

- 4.1.- Modelo de la unicidad y variabilidad
- 4.2.- Modelo cronológico
  - 4.2.1.- Duelo anticipado
  - 4.2.2.- Duelo agudo
  - 4.2.3.- Duelo temprano
  - 4.2.4.- Duelo intermedio
  - 4.2.5.- Duelo tardío
  - 4.2.6.- Duelo latente

### **V.- INTERVENCION**

- 5.1.- Objetivos
- 5.2.- Técnicas exploratorias: recogida de datos básicos
- 5.3.- Técnicas de intervención generales
  - 5.3.1.- Establecer relación terapéutica
  - 5.3.2.- Escucha activa
  - 5.3.3.- Facilitación
  - 5.3.4.- Informar
  - 5.3.5.- Normalizar
  - 5.3.6.- Orientar
- 5.4.- Técnicas de intervención específicas de uso habitual
  - 5.4.1.- Anticipar fechas y situaciones
  - 5.4.2.- Toma de decisiones y solución de problemas

- 5.4.3.- Relatar historias y desdramatizar
- 5.4.4.- Rituales y tareas
- 5.4.5.- Hablar de los sueños y de las presencias visuales, auditivas,....
- 5.4.6.- "Sondas emocionales" y preguntas terapéuticas
- 5.4.7.- Evitación de tópicos
- 5.4.8.- Prescripción de psicofármacos
- 5.4.9.- Pruebas complementarias
- 5.4.10.- Detección y filtro
- 5.5.- Técnicas de intervención específicas de uso especial
  - 5.5.1.- Comunicación telefónica
  - 5.5.2.- Escribir
  - 5.5.3.- Dibujar
  - 5.5.4.- Libros de autoayuda
  - 5.5.5.- Elaborar un álbum de fotos o atesorar una caja de recuerdos
  - 5.5.6.- Vídeos
  - 5.5.7.- Ejercicios de expresión emocional
  - 5.5.8.- Animales
  - 5.5.9.- Internet
  - 5.5.10.- Silla caliente y juego de roles
  - 5.5.11.- Reestructuración cognitiva
  - 5.5.12.- Ejercicio de polaridades
  - 5.5.13.- Fantasías y visualizaciones dirigidas
  - 5.5.14.- Metáforas
- 5.6.- Seguimiento y guía de sesiones
  - 5.6.1.- Aspectos generales
  - 5.6.2.- Estructura de las sesiones
  - 5.6.3.- Sesiones especiales

## **VI.- BIBLIOGRAFIA**

## **VII.- ANEXOS**

- Anexo I. Hoja de Datos Básicos.
- Anexo II. Folleto informativo para el doliente
- Anexo III. Folleto informativo para familiares y allegados del doliente.
- Anexo IV. Hoja de Control de Sesiones.

# I.- INTRODUCCIÓN

Aunque el *duelo* se defina como una *reacción adaptativa normal ante la pérdida* de un ser querido, es un *acontecimiento vital estresante* de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar casi todos los seres humanos. En las escalas de Reajuste Social de Holmes & Rahe (1967) y Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend (1994), la muerte del hijo/a y la del cónyuge, son considerados como los acontecimientos vitales más estresantes por los que puede pasar un ser humano.

El duelo se relaciona inequívocamente con la aparición de problemas de salud. Se multiplica por cuatro el riesgo de *depresión* en viudos/as durante el primer año (Zisook & Shuchter, 1991) casi la mitad de viudos/as presentan *ansiedad generalizada o crisis de angustia* en el primer año (Jacobs et al, 1990); aumenta el *abuso de alcohol* (Maddison & Viola, 1968) y *fármacos*, la mitad de las viudas utilizan algún psicofármaco en los 18 primeros meses de duelo (Parkes, 1964); entre un 10-34 % de los dolientes desarrollan un *duelo patológico* (Zisook, 1987; Jacobs, 1999); y aumenta el riesgo de muerte -los viudos tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente, durante el primer año (Helsing & Szklo, 1981)- principalmente por *eventos cardiacos* (Kaprio, Koskenvuo, & Rita, 1987) y *suicidio* (Kaprio, Koskenvuo, & Rita, 1987).

Para hacernos una idea de la magnitud del problema y basándonos en los últimos datos sobre la población vasca (Eustat, 1996), si partimos de una tasa bruta de mortalidad del 8,6 por mil y de un tamaño familiar medio de 3,06 miembros (lo que hace que por cada fallecido queden dos dolientes) obtenemos una incidencia *de 17,2 duelos por mil habitantes*. Si el proceso dura aproximadamente 3 años (Osterweis, Solomon, & Morris, 1984), se puede determinar una *prevalencia aproximada del 5,16 %*. Con estos datos podemos calcular que en una consulta “tipo” de atención primaria, con 2000 usuarios, habrá unas 104 personas en duelo “activo”.

La población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, incrementando el *consumo de recursos*, quizá por la pérdida de las redes sociales y con ellas de muchos de los recursos clásicos para el doliente (familiares, religiosos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo,...). En un reciente estudio realizado en atención primaria (Lopez, Ela, Bartolomé, Gomez, & García-García, 2001), la tasa promedio anual de *consultas al centro de salud* resultó ser un 80% mayor entre los dolientes que en el resto de la población. En otros estudios se obtienen resultados similares; en viudas el número de consultas se dispara en un 63% en los 6 primeros meses (Parkes, 1964) y en viudos se multiplica por cuatro durante los 20 primeros meses (Tudiver, Permaul-Woods, Hilditch, Harmina, & Saini, 1995).

Preguntadas las personas en duelo sobre la ayuda que desearían recibir del personal sanitario, solicitan visitas domiciliarias, consultas programadas y consejos médicos (García-García, Landa, Trigueros, Calvo, & Gaminde, 1996). El *médico de familia* es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden normalmente los dolientes y el único que puede *atender la comorbilidad asociada*, así como el dolor, la disfunción e incapacidad ocasionados por el conjunto de circunstancias personales, familiares y sociales que conlleva el proceso del duelo. Sin embargo, a la hora de abordar este problema se plantean dos cuestiones: por un lado *evitar la medicalización* de un proceso que en muchos casos se resuelve a través de los recursos naturales del doliente y de otro

saber cual es el mejor modo de intervenir cuando somos requeridos para ello o cuando observamos duelos de riesgo.

Para encontrar la mejor evidencia científica, acerca de *cual es la ayuda más adecuada en el duelo*, hemos realizado una *revisión cualitativa sistemática de la literatura* científica (datos no publicados). A este efecto se practicó una búsqueda electrónica en las bases de datos: MEDLINE, EMBASE: Psychiatry, Cochrane y PSYCINFO, con las palabras clave: bereavement, grief, clinical trials, random allocation y randomized controlled trials; y una búsqueda manual en Palliative Medicine (1993-2001), Omega (1997-2001) y en todas las revisiones sistemáticas previas sobre intervención en duelo existentes en la literatura: Parkes (1980 y 1996), Osterweis, Killilea, Greer, Silverman, & Klerman (1984), Potocky (1993), Lieberman (1993), Woof & Carter (1997), Kato & Mann (1999), Allumbaugh & Hoyt (1999) y Von Fortner (1999).

Encontramos 35 estudios, de los que sólo 25 se ajustaban a los criterios restrictivos que nos interesaban: que los sujetos del estudio fueran personas en duelo normal o de riesgo, que la asignación al grupo intervenido o no intervenido fuese aleatoria, y que el grupo control fuera no intervenido.

Solamente observamos diferencias significativas a favor de la intervención propuesta en 10 (40 %) estudios:

- en 4 la intervención era grupal; 2 usaban grupos de ayuda mutua con dolientes voluntarios entrenados y 2 grupos de soporte con profesional de salud mental.
- en 5 la intervención era individual; 4 del tipo asesoramiento en duelo (en 2 realizado por voluntarios entrenados y en 2 por profesionales sanitarios o trabajadores sociales) y 1 del tipo psicoterapia de apoyo dispensada por un profesional de salud mental.
- en 1 la intervención era un programa de atención familiar al duelo conducido por terapeutas.

En resumen, para ayudar a la gente en duelo se puede sugerir, en primer lugar el *asesoramiento individual en duelo*, luego los grupos de ayuda mutua y por último los grupos de soporte dirigidos por profesionales especializados. En cualquier caso y dadas las limitaciones de los estudios analizados, *no existe la suficiente evidencia* como para hacer ninguna recomendación definitiva.

Pensamos (García-García, Landa, & Trigueros, 1995), junto con otros autores (Charlton & Dolman, 1995; Lee & Kessler, 1995; Borins, 1995; Harris & Kendrick, 1998; Saunderson & Ridsdale; 1999; Prigerson & Jacobs, 2001) que *la atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo*. El doliente acude a su médico de familia con una confianza casi natural, porque ya le conoce y está habituado a mostrarle los aspectos más vulnerables de sí mismo, sabe que puede expresar sus emociones en un ambiente seguro y, a la vez, mantener una circunstancia social normalizada, que no implica el estigma de la psiquiatría.

Pero para *atender de manera competente esta nueva demanda*, el médico de familia, necesitará adquirir una serie de conocimientos y habilidades indispensables, por lo que parece oportuno desarrollar programas específicos de atención al duelo, diseñados para ser utilizados en atención primaria, pero... ¿cual o cuales serían los más indicados?.

Nosotros proponemos los ***Cuidados Primarios de Duelo (CPD)*** y los definimos por ser: integrales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales); accesibles (el nivel primario de atención es la puerta de entrada del sistema sanitario, es cercano al doliente y está implantado en la comunidad); coordinados (resuelve los problemas o los deriva a otros niveles asistenciales, manteniéndose como referencia); longitudinales en el tiempo (disponibles antes de la muerte del ser querido, durante, después y mucho después); y esenciales (basados en técnicas psicoemocionales básicas, fundamentalmente asesoramiento psicológico).

En conclusión:

- el duelo es el mayor *acontecimiento vital estresante* que afronta el ser humano de manera casi inevitable en la vida adulta.
- el duelo parece estar asociado -hoy claramente- con un *aumento de la morbimortalidad*.
- los dolientes solicitan ayuda del sistema de salud y generan una *mayor utilización* de los recursos sanitarios, fundamentalmente de las consultas de atención primaria.
- las *publicaciones* científicas sobre intervención en duelo, son escasas, poco claras, *no concluyentes* y anglosajonas en su totalidad.
- el *médico de familia*, por su posición en el sistema sanitario y en la comunidad, puede cuidar del doliente sin desplazar ni sustituir a otros recursos clásicos (familia, barrio, vecinos, sacerdote,..) y ser a la vez un hábil y precoz detector de los problemas que puedan surgir a lo largo del proceso. Para atender de manera competente esta nueva demanda, necesitará adquirir una serie de conocimientos y habilidades indispensables.

Nuestro grupo se propone *estudiar la eficacia de un programa de intervención en duelo en atención primaria* -los Cuidados Primarios de Duelo- diseñado para ser utilizado específicamente por los médicos de familia.

## **II.- LOS CUIDADOS PRIMARIOS DE DUELO**

### **2.1.- El porqué de los Cuidados Primarios de Duelo**

La atención primaria es *longitudinal* en el tiempo, y así tras el fallecimiento del marido por una larga enfermedad, un evento cardíaco o un accidente de coche,... queda la esposa a nuestro cargo.

La *viuda*, al principio, está tan confundida, que no sabe muy bien a donde ir, ni como pedir ayuda..., y la busca en general en el *médico de familia*, un *recurso que sigue accesible y próximo* después de la muerte de su marido, y no en el oncólogo, cirujano u otro especialista del hospital.

El médico de familia está *antes, durante y después* de la muerte del familiar,... e incluso años después, cuando ya se han cansado todos los demás.

Con algunos dolientes *la relación que se establece es muy especial*, la intensidad de los tiempos compartidos cuando la muerte estaba tan cerca, los silencios, las miradas,... quedan luego... y en esos momentos los vínculos previos se refuerzan.

El doliente suele venir a la consulta porque aqueja achaques inespecíficos, necesita pastillas para los nervios,... o quiere hacerse unos análisis para comprobar que todo va bien (la enfermedad y la muerte están a flor de piel y aunque quiere morir se tiene un intenso y profundo miedo), un electrocardiograma (si el cónyuge murió de un infarto), una radiografía (si falleció de un cáncer de pulmón),... o consultar por unos síntomas que se habían ido dejando para después..., tomarse la tensión o controlarse el azúcar,... pero en cualquier caso *le gustará que su médico o su enfermera se interesen por su dolor, por cómo le va, cómo lo lleva,*... (García-García, Landa, Trigueros, Calvo, & Gaminde, 1996). También, aunque más raramente, hay quién acudirá pidiendo ayuda explícita para el sufrimiento de duelo que no acaba o que cuando parecía estar mejor, otra vez peor, las pesadillas que no cesan,...

La *promoción de la salud* y sus pilares básicos el *fomento* (que la persona sana esté más sana) y la *protección* (que la persona sana no enferme) constituyen unas de las principales labores del médico de familia. Así, en el doliente lo que nos interesa es... que -si puede ser- salga crecido de su crisis (más sano) pero sobre todo que no enferme, por lo que vamos a *promover los estilos de encarar la pérdida más saludables* (ejercicio físico regular, alimentación sana, compartir, y expresar o distraerse -según su estilo-,...) y *estaremos al tanto de conductas de afrontamiento francamente negativas*: aumento del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas,...(explicar el peligro de abuso en el duelo, periodo de vulnerabilidad “total”).

La incidencia y prevalencia del duelo, su morbimortalidad asociada,... y todo lo dicho atrás *hace que los médicos de familia lo entendamos como parte de nuestro trabajo*, quizás al principio más pasivamente y a demanda, y en el futuro de una manera más proactiva... ya se verá, o la sociedad dirá.

El problema no está tanto en intervenir o no en el duelo en atención primaria, sino de saber el cómo, a quién y cuándo; cuestiones, todas ellas, aún por responder. En cualquier caso, lo mismo que el médico de familia debe conocer la reanimación cardiopulmonar básica, y esto no es discutible, también *debería tener unas nociones elementales sobre el proceso de duelo y sus cuidados primarios*; por ser muy habitual en las consultas de primaria, alarmante y urgente a veces, y precisar de un trato competente y profesional.

En definitiva, los cuidados primarios de duelo deberían formar parte de los conocimientos básicos de todos los profesionales sanitarios, y se pueden ver incluso como de simple *urbanidad* en el trato con alguien apenado por la muerte de un ser querido.

Sin embargo, en el contexto profesional, los *cuidados primarios de duelo son una intervención* y se puede pensar que vamos a medicalizar el duelo, cuando hasta ahora no ha necesitado de médicos y se ha “resuelto” por otros cauces. Esto es cierto y dependerá de nosotros, en parte, que una situación tan natural como el duelo no se convierta en una entidad nosológica.

## 2.2.- Definición de los Cuidados Primarios de Duelo

*La atención primaria al doliente es, por definición (OMS, 1978):*

- *cercana*: próxima al lugar donde viven los interesados, enclavada en la propia comunidad.
- *esencial*: en la provisión de los cuidados se utilizan técnicas médicas, psicológicas,... básicas y sencillas, nada complejas.
- *integral*: la provisión de cuidados se intenta hacer con un abordaje globalizador (físico, psicológico, social y espiritual), que tiene en cuenta las diferentes dimensiones del ser humano que sufre.
- *integrada*: no es una atención aislada del resto del sistema de salud, sino que se integra en él, y se coordina con los otros niveles asistenciales (especializado e institucional).

Si tenemos que elegir lo que realmente define la atención primaria es el ser integral. Proporcionar *cuidados básicos* si, pero *integrales*, es decir, en el nivel primario asistencial lo mismo se realiza una analítica de sangre y se interpreta, que se facilita la expresión de rabia, se evalúa el impacto de la muerte en el ciclo vital familiar o incluso se habla de la trascendencia... Esto va a ser la clave.

A pesar de lo expuesto, es evidente que *en el duelo se pondrá un esmero especial en los cuidados psicoemocionales*, del mismo modo que, por ejemplo, en una neumonía nos orientamos más hacia los aspectos somáticos. Así pues, decimos, que todo nuestro acento está en la atención psicoemocional del doliente como individuo, sin olvidar los aspectos físicos de su proceso, que vive en un contexto sociofamiliar y que tiene una vida espiritual que le hará preguntarse, ahora más que nunca, por la trascendencia y la finalidad de su propia existencia o por la de los que le rodean,... y nosotros estaremos ahí.

Nuestra intervención psicoemocional en duelo, por tanto, sostiene su especificidad en:

- la utilización de unas *técnicas básicas*
- el *abordaje integral*
- la *oportunidad*, lo mismo se hará una entrevista larga programada con el objetivo de valorar la situación de duelo, que se tratará la cuestión en el contexto de una consulta por otro motivo, un catarro, fiebre,... tanto en el centro como en el domicilio
- la *anticipación*, los cuidados primarios de duelo comienzan antes de la muerte y esto nos permite trabajar con anticipación, más intensivamente en la situación de terminalidad, donde los *cuidados paliativos primarios de calidad* (Bajo, García-García, Landa, Marijuán, & Rodríguez, 1990) son fundamentales para evitar los recuerdos traumáticos de los últimos momentos o las culpas por cosas que se podían haber hecho, y legitimar en todo momento el proceder de la familia (¡nunca nos cansaremos de repetir esto!),... o más a largo plazo a través de la *educación comunitaria en pérdida, muerte y duelo*, de momento con nuestra actitud abierta para afrontar temas socialmente “tabús” y casi de mal agüero o contagiosos (hay quien piensa que la muerte se contagia o que la muerte llama a más muerte...) vamos dando un patrón diferente a los que acuden a de nuestras consultas, y que evidentemente forman parte de esa comunidad.



- que *trabajamos con la muerte*, el hecho mismo de la muerte va a diferenciar esta intervención, de otros tipos de atención psicoemocional básica dispensados en atención primaria. La muerte se plantea como un acontecimiento incontrovertible, definitivo e irreversible, punto de no retorno que marca un antes y después en la biografía del ser humano que sobrevive, que hará plantearse más que ninguna otra situación (salvo la muerte propia) la cosmovisión del sujeto, redimensionando todos los valores, tanto internos como externos, acontecimiento vital estresante de máxima intensidad, usado como patrón comparativo y proceso único que *requiere de una atención única y diferencial*, separándose netamente de trastornos adaptativos, somatoformes, crisis de angustia,... Hay un imponderable, el muerto no vuelve.
- que *trabajamos con la salud*, el duelo no es ninguna enfermedad y no hay nada que curar.

Así pues, los cuidados de la persona en duelo tras la muerte de un ser querido son característicos, diferenciados y sin parangón con los de otras situaciones de pérdida, tan propias del desarrollo individual del ser humano, y que también atendemos en nuestras consultas.

Podemos decir que estamos haciendo Cuidados Primarios de Duelo cuando...

- *acompañamos a los familiares de los enfermos en situación terminal*. En el caso del cáncer, todo suele empezar con el diagnóstico, llegándose a la situación de terminalidad después de un prolongado y agotador periplo de idas y venidas a consultas, al hospital,... ; en este tiempo de premuerte y duelo anticipado es fundamental que los cuidados paliativos primarios al familiar enfermo, sean de calidad, como antes hemos dicho (Bajo, García-García, Landa, Marijuán, & Rodríguez, 1990), para hacerse exquisitos en la perimuerte, donde nos volcamos en los cuidados de la familia en agonía y duelo agudo (Landa, 1999). En muertes inesperadas (traumáticas, cardíacas, etc.) estos tiempos se acortan o son inexistentes, y se viven en otros entornos peculiares (la cuneta de una carretera, el tanatorio forense con la autopsia por medio, la ambulancia medicalizada, las urgencias de un gran hospital, la unidad de cuidados intensivos, la petición de órganos para transplantes,...).
- *damos calor humano y nos interesamos respetuosamente por lo que cuenta el doliente* que acude a la consulta (después de haber sacado las fuerzas suficientes para ello) a tomarse la tensión, traernos las pastillas que sobraron o simplemente a contárnoslo...
- *prestamos una atención psicoemocional básica individual* (estructurada en entrevistas largas programadas, cuyos objetivos, número, duración y periodicidad hemos negociado previamente con el doliente) porque se nos pida expresamente o lo sugerimos nosotros en duelos difíciles, ocultos (muerte de un amante, una pareja del mismo sexo,...), con riesgo de complicaciones (depresiones previas, consumo excesivo de alcohol,...), límites (borderline) o ya complicados.
- *derivamos a otros niveles especializados* (equipo de salud mental,...) y hacemos la función de filtro y detección precoz de duelos complicados.
- ofertamos, a dolientes seleccionados, la posibilidad de integrarse en un grupo abierto de autoayuda en duelo con profesional de uno de nuestros centros (García-García, Oruña, Bajo, & Pérez, 1998).

## **III.- MARCO TEÓRICO GENERAL**

Nuestros marcos teóricos de referencia proceden fundamentalmente de la teorización de la propia *atención primaria*, de los *modelos de duelo*, pérdida, vínculo,... y de las grandes *escuelas de asesoramiento psicológico* (“counselling”).

Así, los Cuidados Primarios de Duelo que desarrollamos, aunque son una intervención en parte intuitiva y de sentido común, tienen detrás *un amplio marco conceptual de referencia*:

- inspirados inicialmente en Ruben Edgardo Bild (Bild, García-García, & Landa, 1988) y su teoría sobre el *acompañamiento creativo*;
- luego en *autores más clásicos* tales como: Elisabeth Kübler-Ross (1969) y las fases del morir, John Bowlby (1980) con la teoría del vínculo y las fases de duelo, Colin Murray Parkes (1972) con las fases de duelo y su teoría sobre la transición psicosocial y James Willian Worden (1991) con las tareas del lamento y el asesoramiento en duelo;
- integrando después a *autores más modernos* y con diferentes puntos de vista, como: Froma Walsh & Mónica McGoldrick (1991) con las tareas de la familia en su adaptación a la pérdida, Margaret Stroebe (1998) y su modelo dual, Tony Walter (1996) y el modelo biográfico, en el que para dolerse no es necesario romper los lazos con el fallecido, o Marisol Olmeda (1998) con su pensamiento mágico de la mente de duelo;
- y finalmente *autores tan críticos* con los modelos fásicos y catárticos previos, que suponen un revulsivo para el paradigma establecido, como: Camille Wortman & Roxane Silver (1989), Michael Caserta & Dale Lund (1992), y George Bonano, Dacher Keltner, Are Holen & Mardi Horowitz (1995), quienes nos recuerdan que la expectativa de llegar a aceptar la pérdida es un mito, que la recuperación no tiene porqué ser un objetivo terapéutico en sí mismo y que no todo el mundo se duele de la misma manera, por ejemplo algunas personas son más evitadoras e inhiben sus emociones, las reprimen, se autoengañan, pero terminan adaptándose igual que las otras.

### **3.1. Modelos explicativos del proceso de duelo.**

#### **3.1.1.- Modelo de fases.**

Para Bowlby & Parkes (1970), Parkes (1972) y Bowlby (1980) las personas en su adaptación a la pérdida pasan por una serie de fases, y aunque sus límites no son nítidos, es posible distinguir una secuencia general.

Los dos autores distinguen cuatro fases:

1. fase de *embotamiento* de la sensibilidad, negación e incredulidad. Puede durar desde algunas horas hasta semanas.
2. fase de *anhelo y búsqueda* de la figura perdida, se caracteriza también por el enfado y la rabia, y los “tironazos” de duelo, que son agudos episodios de intensa añoranza por la persona fallecida y ansiedad severa. Puede durar varios meses y con frecuencia años.
3. fase de *desesperanza y desorganización*

4. fase de un mayor o menor grado de *reorganización*.

### 3.1.2.- Modelo de tareas.

Para Worden (1991) la idea de tarea supone un cierto control al doliente sobre lo que él activamente puede y no puede hacer, y las fases son algo por lo que hay que pasar. Este modelo encaja muy bien con el concepto de “trabajo de duelo” de Freud (1917), y además da esperanza a la persona inmersa en el proceso de duelo porque si cumple con sus tareas llegará a algún sitio.

Las cuatro tareas de duelo de Worden son:

1. *asumir la realidad de la pérdida*, solo así podrá emprender el duelo.
2. *dolerse y liberar emociones*.
3. *adaptarse*, acostumbrarse a vivir sin la presencia de la persona fallecida.
4. resituar emocionalmente al fallecido en su interior y *volver a vivir*.

Al principio la pérdida es abrumadora, casi abstracta, la persona no se percató muy bien de lo que ha ocurrido, pero luego se materializa en pérdidas parciales, más concretas, que se van llorando y elaborando sucesivamente en el trabajo del duelo.

Estas tareas ocurren secuencialmente ante cada nueva toma de conciencia de pérdidas concretas, por ejemplo se da uno cuenta de que está durmiendo solo, que no tiene con quien pasear los domingos, con quien desayunar.... Es por esto que los dolientes, a veces, refieren encontrarse peor a medida que transcurre el tiempo.

### 3.1.3.- Tareas de la familia en su adaptación a la pérdida.

Para Walsh y McGoldrick (1991) *la familia se duele como un todo* y tiene que afrontar dos grandes tareas para adaptarse a la desaparición de uno de sus miembros:

1. primero *compartir la realidad de la muerte y la experiencia de pérdida* en el seno de la familia.
2. y luego *reorganizar el sistema familiar y continuar viviendo*.

Con la muerte se rompe el equilibrio de la unidad familiar y los patrones de interacción previos, teniendo que readaptarse las relaciones y redistribuirse todos los roles. En todo este proceso la cohesión y flexibilidad del sistema son fundamentales.

### 3.1.4.- El modelo dual.

Para Stroebe (1998) el duelo es un proceso dual, *oscilante o de balanceo*, como un péndulo, entre:

- estar orientado a la *pérdida* o a la *recuperación*.
- *afrontar* la pérdida y encararla o *evitarla* y distraerse de ella.
- concentrarse en las *emociones* o en *cuestiones prácticas*: resolución de problemas, adquisición de habilidades,...
- *dejarse ir emocionalmente* o racionalizar, intelectualizar, *intentar dar un sentido* a la pérdida enmarcándola filosóficamente
- *expresión abierta* de las emociones o *expresión privada* del duelo
- estilo de afrontamiento de la pérdida *femenino* o *masculino*.

El doliente se mueve entre estos dos estados, a veces afrontará y a veces evitará. Rompe con el rígido modelo del trabajo de duelo y da cabida a la evitación emocional como mecanismo adaptativo, además permite explicar las diferencias de género al afrontar la pérdida y es aplicable en otras culturas.

## 3.2.- Duelo de Riesgo

Toda *pérdida* “*mayor*” (hablamos de familiares o allegados significativos) supone un cambio en la vida del doliente, cuya magnitud dependerá del “valor” que el fallecido tenía para él. En cualquier caso ya nunca será lo mismo, la pérdida producirá cambios en la forma de pensar, sentir y comportarse del doliente, a veces tan radicales, que llegan a conformar *una nueva personalidad* (Olmeda, 1998; Tizón, 1996a). Este cambio puede ser positivo y contribuir al *crecimiento* personal o por el contrario ser una verdadera *catástrofe*, que condicionará una vida anclada en el pasado. Para unas personas, la muerte de un ser querido es algo devastador y paralizante, mientras que para otras, se transforma en una experiencia de crecimiento personal (Pangrazzi, 1993; Tizón, 1996a).

Para que el duelo evolucione de un modo satisfactorio, los caminos que la persona puede recorrer son muy variados. Existe una *amplia gama de reacciones de duelo “normales”*, pero parece que siempre hay un reajuste -más o menos costoso, más o menos doloroso-, un tiempo de elaboración de la pérdida o de trabajo de duelo, para adaptarse a la nueva situación y restaurarse el “equilibrio” (Worden, 1991). Hay duelos que son inicialmente muy tormentosos, otros que requieren un tiempo para iniciarse; algunos que duran poco tiempo y otros que no parecen acabar nunca.

El *duelo de riesgo*, es un duelo que *tiene muchas posibilidades para elaborarse con dificultad* y terminar en duelo patológico. La ausencia o presencia de estas “dificultades”, que llamaremos *factores predictores o pronósticos*, pueden condicionar una evolución más o menos favorable del proceso.

Los principales factores son los siguientes (Worden, 1991):

### 3.2.1. Causas y circunstancias de la muerte.

*La muerte llega de formas muy diversas*, tiene distintos rostros, que van a influir en el duelo de los supervivientes (Pangrazzi, 1993):

- las *muertes repentinas e inesperadas* son las que más perturbaciones emocionales producen, así la muerte por accidente, catástrofes, asesinato, e incluso por enfermedad aguda, son más difíciles de asumir que la muerte tras un período previo de enfermedad y suponen por lo general duelos prolongados.
- la *edad del fallecido* es un factor importante, así la muerte de un niño, de un adolescente, es más inexplicable y difícil de asumir que la de un anciano, que se supone que ya ha realizado su ciclo vital y la expectativa de vida es corta. Son duelos que generan un enorme enfado. Cuando se unen las dos situaciones de muerte repentina y juventud, los duelos son aún más difíciles.
- un *suicidio* deja, además de un dolor intenso, numerosas preguntas sin respuesta. El suicidio genera mucha agresividad hacia el fallecido y hace sentirse a todo el mundo cercano, culpable de algún modo. Además, supone un estigma para la familia por el

impacto social que produce. Todo esto provoca importantes distorsiones en el sistema familiar, con riesgo de evolución patológica (Olmeda, 1998; Tizón, 1996).

- la muerte por *SIDA*, estigmatiza socialmente a la familia (Fawzy, Fawzy, & Pasnau, 1991), ya que se asocia a prácticas de riesgo, relaciones sexuales no habituales, etc. Además provoca un enorme miedo a ser contagiado, tanto en la familia como en el entorno social, que será más acentuado cuanto más desconocimiento se tenga sobre la enfermedad.

También las *circunstancias de la muerte* tienen una gran influencia en la elaboración del duelo:

- la muerte que se produce *tras una larga enfermedad*, sobre todo si ha precisado de grandes cuidados, puede generar culpa y la sensación de no haber hecho lo suficiente ya que, inevitablemente, a lo largo del proceso aparece el deseo de que todo acabe cuanto antes, junto al deseo de que el enfermo siga viviendo. Cuando el cuidado recae sobre una sola persona, el peligro de un duelo complicado es aún mucho mayor.
- el *modo en que se ha dado la noticia* de la muerte, la *distancia geográfica* del fallecido, las *pérdidas múltiples*, etc. son circunstancias que influirán en el proceso del duelo.
- si no se ha podido ver el cuerpo, o peor aún, si ha *desaparecido*, se potencia la negación de la pérdida y el doliente se queda prácticamente sin posibilidades de elaborar el duelo.
- el *aspecto del cadáver* visto por última vez, es importante. La visión de un cadáver deformado e irreconocible, sobre todo tras accidentes, puede generar imágenes recurrentes durante un tiempo.
- también hay situaciones de duelo complicadas con culpas desmesuradas, cuando el doliente es *el superviviente de un accidente*, circunstancia muy frecuente en los accidentes de tráfico.

### **3.2.2.- Identidad del fallecido y relación con el doliente.**

La pérdida de un ser querido supone la pérdida de una parte de nosotros mismos. Lo que nos descubría su relación, los sentimientos y las sensaciones que nos despertaban su presencia, conformaban esa parte de nuestra imagen que el otro nos devolvía y que desaparece con su muerte (Grimberg, 1971). El *¿quién era el fallecido para el doliente?*: su parentesco, la intensidad de la relación, roles desempeñados por ambos, etc. nos dan una idea del alcance de la pérdida. Así, por ejemplo, podemos encontrarnos con personas que desarrollan un duelo normal por la muerte del padre y decididamente patológico tras el fallecimiento de la madre (Olmeda, 1998).

Hay diversos estudios epidemiológicos que investigan la relación entre duelo patológico y *lazos familiares* en la cultura occidental. Casi todos los casos de duelo patológico son consecuencia de la pérdida de un miembro íntimo de la familia, (pérdidas “mayores” o “grandes pérdidas”); el duelo patológico más frecuente es por la pérdida del *marido* y con menos frecuencia la *esposa*, un *padre* o un *hijo* y ocasionalmente un hermano o abuelo (Bowlby, 1980). Los casos de duelo patológico que siguen a la pérdida de un hijo son comparativamente pequeños, aunque los estudiosos de este tema quedaron impresionados por la intensidad de los casos de los que fueron testigos (Bowlby, 1980); la pérdida de un hijo se sigue de períodos prolongados de duelo, que a veces empeoran con el tiempo y en muchos casos conducen

a la separación de la pareja, por la diferente elaboración del duelo entre hombre y mujer (Worden, 1991).

El *estilo relacional* determina también en gran medida la respuesta al duelo, siendo los casos más complicados aquellos en los que el doliente *dependía* en gran medida del fallecido, cuando la relación entre ambos era *ambivalente* y cuando quedaban entre ellos *conflictos no resueltos* (Worden, 1991).

Hay vínculos no aceptados socialmente, son relaciones que no existen y producen *duelos ocultos*: parejas de homosexuales, un amante, un padre muy anciano, un paciente, una persona del mismo sexo, un animal doméstico (Doka, 1989; Kennet, 1989; Sklar & Hartley, 1990), el duelo por abortos o recién nacidos (Weiss, Frischer, & Richman, 1989; Worden, 1991); en estas situaciones la falta de reconocimiento público de la pérdida hace que sean duelos de difícil elaboración.

### **3.2.3. - Personalidad y antecedentes del doliente.**

La *personalidad* del doliente es una de las piezas clave como determinante de la evolución del duelo. Así, aspectos como su carácter, visión de la vida, recursos personales (trabajo, aficiones, etc.), capacidad de expresar sentimientos, tolerancia al dolor, patrón de manejo del estrés, concepto de sí mismo, habilidades sociales, etc. van a contribuir en el curso del proceso. Para unas personas, la muerte de un ser querido es algo devastador y paralizante, mientras que para otras, se transforma en una experiencia de crecimiento personal (Pangrazzi, 1993; Tizón, 1996a).

Los *trastornos psicopatológicos previos*, indudablemente complicarán la elaboración del duelo (Tizón, 1996b).

La *edad* es otro de los factores a tener en cuenta. Las edades más tempranas y las más tardías parecen ser las más vulnerables (Bowlby, 1980; Montoya-Carrasquilla, 1992; Tizón, 1996a).

En cuanto al *sexo*, los estudios hechos hasta el momento son contradictorios. Se dice en general, que la *mujer* es más propensa al duelo patológico (Bowlby, 1980), pero hablando en términos absolutos por las menores tasas de mortalidad de la mujer. Hay otros autores que hablan de una mayor proporción de duelos patológicos y mortalidad en los hombres durante el primer año y por último en estudios de seguimiento a largo plazo de 2 a 3 años se habla de una misma proporción de casos (Olmeda, 1998).

La experiencia en *pérdidas previas* va a indicar, con bastante probabilidad, el camino que va a llevar el duelo de esa persona (Worden, 1991).

### **3.2.4.- Soporte socio-familiar del doliente.**

Para conseguir una buena evolución del duelo, es básico un adecuado *apoyo social*. Bowlby (1980) lo divide en tres partes :

- círculo de convivencia: cuando el doliente *vive sólo*, la evolución del duelo es mucho peor que si vive acompañado. Si el doliente tiene *responsabilidad sobre hijos* pequeños o adolescentes, se compensa la desventaja de asumir en solitario la

responsabilidad en el cuidado de los hijos, con el estímulo que suponen estos para seguir viviendo (Parkes, 1996).

- factores socioeconómicos: la *situación económica* en la que queda la familia tras la muerte, puede ser un importante obstáculo para la elaboración del duelo, sobre todo, los casos de viudas solas o con hijos, ya que habitualmente empeora su situación económica y se ven obligadas a buscar otras fuentes de ingresos, a veces en condiciones muy precarias.
- creencias y prácticas que facilitan u obstaculizan un duelo sano: las *creencias* y *costumbres* sobre el duelo, varían de unas culturas a otras y de unas religiones a otras e influyen en la orientación y elaboración del duelo, ya que en unos casos pueden favorecer la expresión de sentimientos y en otros casos orientar hacia el estoicismo. Hay estudios que indican que no hay una clara relación entre el credo religioso y la resolución del duelo entre viudas y viudos (Parkes, 1996).

En cualquier caso, parece que siempre es mejor la existencia de *rituales* sobre el duelo, que su falta, ya que los rituales facilitan la participación social (familia, amigos, vecinos, etc.) (Tizón, 1996a).

Está por último *el papel de la familia y el entorno social*, que también pueden facilitar o entorpecer la resolución del duelo, según sea su postura. El permitir la expresión del dolor y hablar del fallecido, las circunstancias de la muerte, etc. parece que es la actitud que más agradecen los dolientes y la que más facilita el duelo sano. Por el contrario, la actitud de negación y represión en la expresión de sentimientos es la más nociva.

### **3.2.5.- Predictores de riesgo.**

Como resumen, podemos decir que son *predictores de malos resultados o de dificultades en la elaboración del duelo*, los siguientes (Bowlby, 1980; Osterweis, Solomon, & Morris, 1984; Pangrazzi, 1993; Parkes, 1996; Sanders, 1989; Tizón, 1996a; Worden, 1991) :

- muertes repentinas o inesperadas.
- circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, asesinato)
- pérdidas múltiples u otro acontecimiento vital estresante concurrente.
- pérdidas inciertas (no aparece el cadáver).
- muerte de un niño, adolescente, (joven en general).
- muerte tras una larga enfermedad terminal.
- doliente lejos del lugar de fallecimiento.
- doliente desconocedor del diagnóstico y pronóstico.
- muerte por SIDA.
- doliente demasiado dependiente.
- relación ambivalente.
- conflictos ocultos en la relación.
- doliente en edades tempranas o tardías de la vida.
- historia previa de duelos difíciles, depresiones, u otras enfermedades mentales.
- enviudar y tener hijos pequeños que cuidar.
- tener problemas económicos.
- escasos recursos personales como trabajo, aficiones.
- poco apoyo sociofamiliar real o sentido.

- vivir sólo y/o no tener familiares cercanos.
- alejamiento del sistema tradicional socioreligioso de apoyo (emigrantes).
- la cultura y/o la familia y/o la religión inhiben la expresión emocional o la desvían.
- valoración subjetiva de que el doliente precisa ayuda.

### 3.3. - Duelo Patológico

El hecho de considerar el duelo un proceso transitorio normal, tanto a nivel popular como profesional, hace que no se conozca en profundidad. Quizá por esta razón, no hay un claro consenso en cuanto a la duración, manifestaciones habituales, complicaciones, etc., de un duelo normal y cuándo hay que pensar en que deja de serlo. Este hecho se refleja en la *poca claridad* que se observa en la definición de duelo patológico, dentro de las clasificaciones de enfermedad mental, tanto de psiquiatría (ICD-10, DSM-IV) (Olmeda, 1998) como de atención primaria (CIE-10 AP).

Mujer de 43 años, nacida en Cáceres. Su marido murió en accidente laboral. Trabaja como empleada de hogar tres días a la semana. Tiene un hijo de 21 años trabajando y una hija de 17 años estudiante. Su padre murió con 42 años, cuando ella tenía 4, de cardiopatía crónica. Trabajó desde los 11 años de “sirvienta”. Se casó a los 22 años. No otros antecedentes de interés. Su situación económica es buena tras la indemnización que recibió por el accidente de su marido.

Conoció a su marido trabajando “como sirvienta” en Bilbao. Para ella “mi marido lo era todo”, “no ha habido otro hombre en mi vida”. Su marido murió en accidente laboral al caerse de un tejado. Ese día nos avisaron a su casa por crisis nerviosa tras la noticia. En medio de toda la confusión de familia, vecinos, etc. consigo hablar con ella. Está pesarosa por no haber podido ver el cadáver, ya que le habían aconsejado no hacerlo; le digo que si lo quiere ver que lo haga. Hablo también con su hijo, tratando de normalizar reacciones. Prescribo ansiolíticos puntualmente para los actos públicos.

Tres días después acude a la consulta, diciéndome con orgullo que vio a su marido. Le vio en el depósito de cadáveres del hospital, sin ninguna preparación, su aspecto no era bueno pero que no le importó demasiado porque le pudo ver y “se quedó mas tranquila”.

Acordamos hacer un seguimiento de una visita cada 15 días. Los tres primeros meses precisó tratamiento discontinuo y a pequeñas dosis de ansiolíticos e hipnóticos porque apenas dormía y sentía una gran angustia interior, que mejoraba algo con la medicación. En estos primeros meses presenta llanto fácil, sensación de presencia continua, “no se me va del pensamiento en todo el día”, tiene miedo a salir de casa y encontrarse con la gente, comienza a distanciarse la relación con las parejas de amigos con los que salían. El resto del primer año sigue una tónica parecida con altibajos, tiene una clara mejoría del sueño y los recuerdos son cada vez más soportables.

Hace visitas diarias al cementerio y las vive “como si iría a visitarle al hospital”; en estas visitas, establece un rito que lo mantendrá y es abrir la puerta del nicho “porque a él no le gustaba estar cerrado”. Mantiene sin tocar sus ropas y fotos y le molesta que su hijo utilice la ropa de su padre. Desde el principio duerme con su hija en contra de mi consejo. Sus hijos eluden hablar con ella de su padre. Su estado de ánimo empeora en Navidades, aniversario de boda, cumpleaños, etc. No toma ninguna medicación desde los tres meses. En dos ocasiones me habla de ideas de suicidio, el primer y 7º mes, en ambos casos como ideas pasadas, una de ellas muy elaborada.

Presenta una fuerte crisis religiosa y está enfadada con Dios porque considera injusta la muerte de su marido. Las relaciones sociales se limitan a su trabajo y familia; las relaciones con sus anteriores amigos se han roto y reconoce que a ella tampoco le apetece estar con ellos porque “me darían mucha envidia”. Dice que donde está a gusto es con las viudas que coinciden en el cementerio, donde sigue yendo casi a diario y manteniendo el rito de la puerta. Tiene gran interés por todo lo que sucede en el cementerio, entierros, levantamiento de tumbas, etc. y se imagina que su marido “estará bien conservado cuando le saquen”.



Con su marido dice que no habla, le siente, en el cementerio, en sus ropas, en la sala donde tiene tres fotos de él y, cuando dan un partido por la tele, las orienta “para que vea bien”. Le comento en una ocasión si no ha pensado en deshacerse de la ropa de su marido y me dice que eso sería reconocer que ya no volverá; al decir esto ella se da cuenta de que es irracional, pero no quiere perder esa fantasía. Sueña con él a menudo y la experiencia no le resulta agradable ya que le ve siempre borroso, no le habla claro, está siempre evasivo, “es como si no quisiera nada conmigo”, esto lo relata entre ofendida y enfadada.

No ha tenido nunca aficiones personales como lectura, cine, deporte, etc. Le gustaba hacer la casa, cocinar para él, porque él se lo valoraba, pero a sus hijos les da lo mismo. A los 9 meses y tras mucha insistencia se apunta a un curso de ganchillo y a espaciar las visitas al cementerio 2-3 veces por semana. Ha salido sólo en alguna ocasión y ha sido con mujeres viudas. A los 10 meses presenta una importante crisis en mi ausencia ya que coincidió su cumpleaños, las vacaciones de verano y su hija de vacaciones.

Al año es capaz de expresar enfado con el difunto, “para qué se subió al tejado”, “él siempre tenía solución para todo y va a subir a un tejado y dejarse morir tontamente”. Las relaciones con sus hijos se estabilizan; la evolución del duelo ha ido por caminos separados. Su hijo al principio tomó el rol del padre, ella notaba que se crecía en casa, que tomaba actitudes “machistas” con ella y su hija, que le tenía menos respeto, etc. pero se enfrentó a él y con el tiempo su actitud se ha corregido.

Pasados 12 meses y al ver su situación estancada y sin un reinicio de relaciones sociales, le planteo la derivación a psiquiatría. Ella se resiste y no es hasta los 18 meses cuando accede a ir, pero sin demasiadas esperanzas en que cambien las cosas.

Diversos autores han tratado de definir las características que diferencian un duelo normal de uno patológico, todos ellos coinciden en que hay dos magnitudes que lo definen, como son la *intensidad* y la *duración* del duelo

Según Bowlby (1980) los criterios que distinguen más claramente las formas saludables de las formas patológicas de duelo son: el *tiempo que duran los procesos defensivos* (fundamentalmente la negación) y en qué medida influyen, si sólo en una parte del *funcionamiento mental* o si llegan a dominarlo por completo.

Para Horowitz, Wilner, Marmar, & Krupnick (1980) debe de considerarse patológico todo duelo por encima de un nivel en el que la *persona* que lo sufre se sienta *sobrepasada* en sus capacidades de afrontarlo, presente *conductas maladaptativas* o *persista interminablemente* en un estado de duelo sin progresión del proceso hasta su terminación.

Finalmente, Prigerson et al (1999) definen *cuatro criterios* -modificados en Prigerson & Jacobs (2001)- para el diagnóstico de duelo complicado (traducidos con el permiso de Prigerson):

- Criterio A:
  1. Haber perdido por muerte a alguien significativo.
  2. Presentar, muchas veces, 3 de los 4 síntomas siguientes:
    - a) Pensamientos intrusivos acerca del fallecido.
    - b) Añoranza del fallecido.
    - c) Búsqueda del fallecido.
    - d) Soledad como resultado de la pérdida.
- Criterio B:

En respuesta a la pérdida presentar, muchas veces, 4 de los 8 síntomas siguientes:

  1. Falta de metas o sensación de inutilidad con respecto al futuro.
  2. Sensación subjetiva de insensibilidad, indiferencia o ausencia de respuesta emocional.

3. Dificultad para asumir la realidad de la pérdida (p. ej. incredulidad).
  4. Sensación de que la vida carece de sentido.
  5. Sensación de que se ha muerto algo de uno mismo.
  6. Ver el mundo hecho pedazos (p. ej. perder la sensación de seguridad, confianza, control).
  7. Hacer suyos síntomas o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
  8. Excesiva irritabilidad, amargura, o enfado en relación al fallecido.
- Criterio C:  
Duración de los síntomas al menos de 6 meses.
  - Criterio D:  
La presencia de los síntomas causa deterioro de la vida laboral, social o en otras áreas importantes de la vida.

Se han hecho también muy diversas *clasificaciones del duelo patológico*, nosotros nos inclinamos por la que hace Worden (1991), por ser quizá la que más se aproxima a la presentación que podemos identificar en atención primaria:

- duelo crónico
- duelo ausente
- duelo exagerado
- duelo retrasado

### 3.3.1.- Duelo Crónico.

La duración del duelo es anormalmente prolongada o incluso permanente, en un estado que puede considerarse como “versiones extendidas y deformadas de las fases de anhelo y búsqueda, de desorganización y desesperanza” (Bowlby, 1980).

*El dolor emocional persiste en el tiempo y no parece acabar nunca.* Es un duelo de duración excesiva que nunca llega a una conclusión satisfactoria, que se arrastra durante años. Las reacciones del aniversario, que son muy intensas, se producen incluso varios años después de la pérdida. El superviviente es *absorbido por constantes recuerdos* y es incapaz de reinsertarse de nuevo en el tejido social (Pangrazzi, 1993). En algunos casos, de forma semiconsciente, *persiste la idea del regreso de la persona fallecida* y para ello mantendrá, a veces sin tocar, sus objetos personales tal y como los tenía (momificación).

La *vida* de estas personas suele mantenerse *desorganizada*, y es frecuente encontrar en su evolución *episodios de ansiedad, depresión, alcoholismo*, etc. (Olmeda, 1998).

*Circunstancias previas* como relaciones de *dependencia* fuertes, reparto de papeles de “fuerte” y “débil” y relaciones *ambivalentes*, entre otras, pueden conducir a este tipo de duelos (Worden, 1991).

### 3.3.2.- Duelo Ausente

También llamado duelo enmascarado, evitado, reprimido o no liberado. Se produce una *falta de aflicción consciente*, siendo como una prolongación de la fase de embotamiento afectivo inicial del duelo. El doliente mantendrá una *vida aparentemente normal casi desde el principio*, incorporándose a su trabajo y labores caseras como si

nada hubiese pasado, negando los aspectos afectivos de la pérdida (Bowlby, 1980), pero su conducta esconde una *sintomatología fóbica hacia todo lo que le recuerde al fallecido*, para ello se deshará de fotos y objetos del difunto, evitará visitas al cementerio, etc.

Es frecuente en su evolución una actitud tensa, llena de insatisfacción y resentimiento hacia los demás, ya que cualquier pequeño desencadenante puede provocar una crisis psicológica. También suelen desarrollarse conductas de dependencia de los demás como un cuidado compulsivo o, por el contrario, un marcado aislamiento.

Es habitual la presencia de *sintomatología sin aparente relación con la pérdida*, síntomas y conductas que le causan dificultades, pero sin darse cuenta que están relacionadas con la pérdida, llamados por Parkes (1996) “*equivalentes afectivos del duelo*”:

- *sintomatología física inespecífica* (cefaleas, dolores vagos y, en general, síntomas y signos mal definidos),
- *trastornos somatoformes* (dolor crónico, intervenciones quirúrgicas múltiples, conducta de enfermo crónico e hipocondríaco),
- *enfermedades psicósomáticas* (úlceras pépticas, asma, cardiopatía coronaria, etc.),
- *síntomas psicológicos vagos* (ansiedad, sensación de vaciedad, etc.),
- desarrollo de una *enfermedad "copia"*, calcada, de la que tuvo el fallecido,
- *depresión inexplicable*,
- *conductas maladaptativas* como, por ejemplo, la delincuencia.

### **3.3.3.- Duelo Exagerado.**

El doliente experimenta *una intensa reacción de duelo*, se siente aplastado, desbordado y busca ayuda o recurre a una conducta maladaptativa. Es consciente de que los síntomas y las conductas que está desarrollando tienen relación con la pérdida (Worden, 1991). Se puede decir que la reacción exagerada es una vía de escape.

El modo de manifestarse puede ser diverso:

- *depresión mayor*, según Freud (1917), la gran diferencia entre la depresión y la depresión en duelo es que, en esta última, el mundo parece pobre y vacío, mientras que en la primera, es la persona la que se siente pobre y vacía. Sentirse deprimido y sin esperanza después de la muerte de un ser querido es una reacción normal y transitoria, pero en estos casos, la depresión adquiere características de duración y/o intensidad excesivas y hablamos ya de una depresión mayor.
- *ansiedad excesiva*, la ansiedad es otra de las manifestaciones habituales de duelo, pero cuando se manifiesta por ataques de pánico, conductas fóbicas, etc., debemos de pensar en un duelo exagerado.
- *trastorno similar al estrés postraumático*, que ocurre ante muertes repentinas, intempestivas en el ciclo vital, pérdidas múltiples o mutilaciones horribles. En estos casos el doliente, reexperimenta el acontecimiento traumático persistentemente, evitando con gran ansiedad cualquier estímulo asociado con el trauma (Parkes, 1993).
- *abuso de alcohol u otras sustancias* tras una muerte, podía ser otro modo de manifestación de este duelo.

### **3.3.4.- Duelo Retrasado.**

También llamado duelo retardado, aplazado, diferido, inhibido o pospuesto. El duelo *se inhibe inicialmente y aparece más tarde*, con motivo de otra pérdida a la que se responde de forma desmesurada.

El paciente sufre en el momento de la pérdida una reacción emocional, que al parecer no es suficientemente intensa para "disparar" el proceso del duelo y se queda bloqueado en su elaboración (Worden, 1991).

El cuadro se descubre posteriormente, cuando aparece una reacción desproporcionada tras una pérdida de menor importancia, como el duelo de otra persona incluso visto en el cine o la TV, un divorcio, el aniversario de su muerte o el llegar a la misma edad del padre o madre fallecidos. (Bowlby, 1980).

Suele ocurrir ante pérdidas que sobrepasan emocionalmente al doliente, p. ej. un aborto espontáneo, un suicidio, etc.

Se debe sospechar en personas que en las fases iniciales del duelo parecen controlar la situación y se dedican a los preparativos del funeral, sin tiempo para sí mismos, o se vuelcan en actividades frenéticas para no tener que pensar en lo sucedido (Pangrazzi, 1993).

### **3.3.5.- "Pistas" para el Diagnóstico de Duelo Patológico.**

El diagnóstico o la sospecha de un duelo patológico es el fruto de un seguimiento del proceso con el paciente. En este seguimiento pueden surgir una serie de "pistas" que nos van a orientar hacia un duelo complicado (Bowlby, 1980; Olmeda, 1998; Parkes, 1996; Sanders, 1989; Tizón, 1996b; Worden, 1991):

- falta de respuesta en los primeros días o respuesta débil o nula pasadas 2 semanas tras la pérdida.
- falsa euforia tras la muerte.
- cambio radical de vida, personalidad o conducta tras el fallecimiento.
- tras las primeras semanas persisten la cólera y el resentimiento y/o tristeza y culpa intensas.
- pesadillas reiteradas relacionadas con la muerte o con la forma de producirse.
- el doliente no está dispuesto a deshacerse de las pertenencias del fallecido (momificación), o por el contrario, se deshace precipitadamente y sin selección alguna de todos sus objetos.
- actitud de escape a otro lugar (cura geográfica).
- el doliente no hace la menor referencia a la pérdida, evitando cualquier circunstancia que pudiera recordarla y ni siquiera permite que otras personas se lo recuerden.
- el doliente presenta síntomas similares a los del fallecido o le imita en gestos, conducta, etc.
- idealización excesiva e irreal del fallecido.
- depresión mayor o depresión subclínica prolongada.
- frecuentes discusiones con sus parientes.
- creencia de que las personas cercanas le son inútiles o perjudiciales
- impulsos autodestructivos.

- fobia a la enfermedad o conducta hipocondríaca. Miedo desmesurado a la muerte.
- cuando un pequeño suceso como el aniversario de la muerte, una pérdida menor, las vacaciones, etc. ha desencadenado una intensa reacción de duelo.
- si tras el primer año no hay un comienzo de recuperación.
- cuando a los dos o tres años de la pérdida no hay una evolución satisfactoria.
- el doliente pasados varios años de la pérdida, cuando habla del fallecido, no puede hacerlo sin experimentar un dolor intenso.
- si el tema del duelo surge en la entrevista sin haberlo sacado el profesional.

## **IV.- MARCO TEORICO ESPECÍFICO.**

El marco teórico específico -de los Cuidados Primarios de Duelo- desarrollado por nosotros, parte de la creencia de que lo único que relaciona *una persona en duelo con otra*, aparte de su humanidad, es el hecho de haber sido *golpeados por la muerte* de un familiar o un ser significativo para ellos y se fundamenta en dos postulados básicos:

### **4.1.- Unicidad y variabilidad del duelo.**

*Cada persona es única* por definición y así expresará y vivirá "su duelo". De este modo el proceso será totalmente variable y no sometido a ninguna regla, *cambiante y dinámico momento a momento* en el mismo individuo, de *individuo a individuo*, de *familia a familia*, de *cultura a cultura*,... de *contexto a contexto*, dependiendo de las circunstancias individuales, familiares, sociales,... Solamente habrá unas grandes líneas o vigas maestras -cuestionables incluso- que marcarán nuestros pasos en la intervención, pero por supuesto –fundamental- abiertas a cualquier manifestación o expresión idiosincrática de sufrimiento, y con un máximo y extremado cuidado a la hora de etiquetar alguna manifestación o a alguien de patológico.

*Los grandes paradigmas* del "trabajo de duelo"(Worden, 1991) y los modelos de "fases" (Bowlby, 1980; Parkes, 1972) *tienen*, como hemos visto, sus *pegas*. Es cada vez más evidente que la reacción del ser humano ante la pérdida por muerte de un ser querido, aunque sea universal, tiene una enorme variabilidad que depende, sobre todo, del entorno socio-cultural donde se produzca (Wambach, 1985-86; García-García, 1997; Klass, 1999).

*Cada realidad social tiene su propio constructo de duelo* que marca los "tempos" del luto y las normas acerca de lo que es adecuado sentir y expresar en cada momento. Es como un mapa-guía que ayudará al doliente en su viaje para saber siempre donde situarse, pero que también puede crear dificultades añadidas a los que se aparten del camino. Estos últimos tendrán que vérselas con sus familiares, vecinos, amigos, enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, que intentarán "calzarles" amablemente unos zapatos que no son los suyos.

El modelo que podríamos definir como de "variabilidad y unicidad" del duelo (García-García, 1998), es el modelo del "todo es posible o cualquier cosa vale", si le sirve a ese doliente en concreto, aun cuando sus placeres y conductas nos parezcan a los

demás macabros y escatológicos, y sus objetivos vitales nada convenientes. Es el modelo de la tolerancia y del *respeto por la diferencia*, del temor por etiquetar como patológico algo que simplemente es distinto y no nos encaja, en el que cada uno se trabaja el duelo como quiere, como puede o como le dejan, pero el "suyo", a su manera.

Los modelos de duelo han estado hasta ahora, en este sentido, bastante "encorsetados" y *no explicaban* formas de afrontamiento, tan válidas, como *la evitación o la distracción*. Además, se basaban en impresiones de renombrados autores (aceptadas sin contestar) y repetidas endogámicamente hasta nuestros días, y en observaciones no controladas y probablemente sesgadas, por los prejuicios del propio paradigma en donde encajaban y al que mantenían.

Tener en cuenta la "variabilidad y unicidad" del duelo nos permite (como observadores de una realidad cambiante) *dudar* y estar *abiertos a situaciones nuevas* y sorprendentes, sin intentar embutirlas automáticamente en los modelos vigentes, lo que pasaría por negar su singularidad e impedir la sincera expresión emocional del doliente al que pretendíamos ayudar.

Pensar en el proceso de duelo como "variable y único" no significa que su estudio y sistematización sean imposibles, sino todo lo contrario, evidencia la necesidad de buscar otros marcos teóricos en que tengan cabida estos nuevos retos.

## **4.2.- Modelo Cronológico.**

En el modelo cronológico delimitamos y estructuramos sistemáticamente el proceso de duelo simplemente por sus *hitos cronológicos* (García-García, Landa, & Trigueros, 1995), sin presuponer nada acerca de lo que cada uno de estos tiempos significan.

Diferenciamos tres momentos: una *antes*, un *durante* y un *después* de la muerte, considerando que el después es para siempre, que es un huella biográfica indeleble, como un dermatoglifo de la vida.

Estos *tiempos de duelo*, aunque los resumamos descriptivamente con objetivo pedagógico, *son* por definición como el duelo: *únicos* y *variables*, e impredecibles en su duración y características. Por otro lado, sus límites (como en los "modelos de fases") no serán netos, solapándose muchas veces; y el doliente y la familia, dependiendo de su circunstancia emocional, afrontarán o evitarán (según el "modelo dual") cada una de las tareas del trabajo de duelo ("modelos de tareas") para poder, poco a poco, ajustarse a la nueva situación.

Nuestra cronología, es integradora y abierta, limitada solamente por dos hechos: el momento del diagnóstico de la última enfermedad y el de la muerte; y así hablamos de:

### **4.2.1.- Duelo anticipado: premuerte.**

Comienza cuando se conoce el diagnóstico fatal de la persona querida. Se produce en la familia un *shock inicial* ante la posibilidad de la pérdida y después una *negación* más o menos radical, que habitualmente dura hasta el fallecimiento. Una consecuencia de esta negación suele ser la *sorpres*a que se produce en el momento del fallecimiento, a

pesar de estar anunciado repetidamente. Este mecanismo de defensa psicológica crea un *desfase emocional entre enfermo y familia*, que dificulta la comunicación, por ello, esta fase está cargada de *ansiedad y miedo*, debido al autocontrol tan intenso que se hace para poder cumplir con las obligaciones hacia el paciente y proporcionarle el cuidado adecuado y por la escasa elaboración de la futura pérdida. Este período se puede acompañar de múltiples *síntomas físicos*, como *astenia, anorexia, insomnio*, etc.

Es un tiempo que se recordará siempre y donde *todo cobra un valor especial*: lo que hicieron, lo que dijeron, cómo se comportaron, cómo cuidaron, etc., ocupando la familia y el sistema sanitario un lugar preeminente. Esta fase es trascendental en la elaboración del duelo, *dejando profundas huellas en la memoria*, culpas potentísimas e intensas sensaciones personales de haber estado o no a la altura de lo que cada uno esperaba de sí mismo (García-García, Landa, Trigueros, Calvo, & Gaminde, 1996).

#### **4.2.2.- Duelo agudo: muerte y perimuerte.**

Son momentos intensísimos y excepcionales. Las últimas horas, la agonía, el mismísimo instante de la muerte, el tránsito, y la conmoción inicial de los presentes.

Este período es una auténtica *catástrofe psicológica*. Se produce un fuerte *shock emocional y un embotamiento de la sensibilidad* (Pangrazzi, 1993), con reacciones de sorpresa e *incredulidad*, parálisis psicológica, anestesia emocional. Se actúa de forma robotizada, mecánica, según los usos y rutinas sociales

Las *reacciones físicas* en los primeros momentos pueden ser diversas: llanto intenso, gritos, hiperventilación, dificultad para respirar, opresión en el pecho, en la garganta, dolor de estómago, espanto o rigidez física, sequedad de boca, temblores, desfallecimientos, debilidad muscular, etc.

#### **4.2.3.- Duelo temprano.**

Sigue después un período de semanas a meses, en el que la florida sintomatología va cediendo en intensidad. El pensamiento está dominado por la *negación*, se acepta la muerte intelectualmente, pero no emocionalmente (Pangrazzi, 1993). Esta negación de la pérdida va seguida de la búsqueda de la persona perdida. Puede seguir con su vida normal de forma casi automática, con una intensa *sensación de tensión y temor*, le *busca* a través de sus ropas u objetos, visitas al cementerio, episodios de *presencia* (oye o ve a la persona fallecida en casa, en la calle, etc.) y son frecuentes *estallidos de enojo* y sentimientos de *miedo*, ya sea del difunto o de la propia muerte (Pangrazzi, 1993). Pasado un tiempo comienza a percibir, aunque solo sea de forma episódica, la realidad de la pérdida, con *intensos oleadas de dolor y pena y accesos de llanto* (Bowlby, 1980). Debido a todo este movimiento emocional, pasa por situaciones de ansiedad e irritabilidad con una sensación de tristeza subyacente.

A *nivel físico*, los síntomas son también más suaves: pinchazos en el pecho, episodios de pánico o asfixia, cefaleas o sensación de opresión en la cabeza, etc. Algunos de ellos se pueden cronificar, como el insomnio, cefaleas, anorexia y, sobre todo, una sintomatología física inespecífica.

#### 4.2.4.- Duelo intermedio.

Este período está a caballo entre el duelo temprano y el tardío, pero en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años, es un tiempo de *tormenta emocional y vivencias contradictorias*, de presencias, de autorreproches y culpas, etc.

Tras el tormentoso período inicial, el doliente *reinicia su vida cotidiana* y comienza a percibir progresivamente la *realidad de la pérdida* (Bowlby, 1980), iniciando los múltiples duelos por las múltiples pérdidas que, poco a poco, va percibiendo en su vida diaria y, sobre todo, en las numerosas circunstancias cíclicas que aparecen a lo largo del primer año (cumpleaños, aniversarios, fiestas, etc.). Se va dando cuenta de que falta la persona que arreglaba las averías, la que hacía la comida, la que le hacía compañía, el conversador, el confidente, la pareja para los acontecimientos familiares y sociales, el compañero en la cama, etc. Con cierta frecuencia, se produce por vez primera la experiencia de vivir sólo.

Predomina el sentimiento de *búsqueda* de la persona querida (Bowlby, 1980), con frecuentes episodios de *presencia*. La sensación de presencia se afianza pasado un tiempo, al contrario de otros componentes de la fase temprana de duelo, que se debilitan progresivamente. Son frecuentes las *conversaciones con el fallecido*, los *sueños* en los que este aparece aún vivo, el realizar tareas que antes las hacía él, etc. (Bowlby, 1980). Se da una continua lucha contra la negación, a través de la realidad que se va imponiendo. Aparecen *sentimientos de cólera* por la inutilidad de la búsqueda y *sentimientos de culpa*, quizá pensando en no haber hecho lo suficiente, el haber fallado en algo. También sentimientos de ira, de enfado, llenos de reproches a los demás: familia, médicos, sacerdotes, etc. por supuestos o verdaderos fallos. Así mismo, puede haber sentimientos de enfado y reproche hacia el fallecido por haberle abandonado, que a veces se verbalizan.

Tras un período inicial de conexión emocional con los familiares y amigos cercanos, se produce una progresiva desconexión, por la diferente velocidad que lleva el proceso del duelo en unos y otros. Esto genera *aislamiento*, sensación de incompreensión y una intensa *soledad emocional*, y a veces, tensiones familiares por el apremio de éstos para que vuelva a la normalidad.

Hay un *pensamiento obsesivo* hacia el fallecido, al principio acompañado de una intensa sensación de dolor y accesos de llanto, que poco a poco va cediendo espacios en el día a momentos de normalidad, en los que la persona va siendo capaz de incorporarse a la vida de su entorno.

El doliente va descubriendo la necesidad de *descartar patrones de conducta previos* que no le sirven, puesto que su situación ha variado, p. ej. ya no es pareja, es un viudo/a. Tiene que *establecer nuevos patrones* que tengan en cuenta su situación actual de pérdida. Estos cambios en algunos momentos parecen imposibles y es frecuente que caiga en la depresión y la apatía (Bowlby, 1980).

Finalmente se va *aceptando emocionalmente* la pérdida y la persona se va redefiniendo y resituando en su mundo. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona



perdida (Bowlby, 1980). Cuanto más éxito tenga en estos nuevos roles, más confianza e independencia sentirá. Los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Este período dura entre uno y dos años.

#### 4.2.5.- Duelo tardío.

Transcurridos entre dos y cuatro años, el doliente puede haber establecido un modo de vida, basado en *nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta*. Un modo de vida que puede ser tan grato como antes, dependiendo del éxito que haya tenido en este proceso. Sentimientos como el de *soledad*, pueden permanecer para siempre, aunque dejan de ser invalidantes. Se puede decir que *empieza a vivir* pensando en el futuro, no en el pasado.

#### 4.2.6.- Duelo Latente.

A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente preduelo (Olmeda, 1998), aunque sí parece llegarse con el tiempo a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que *se dispara en cualquier momento* ante estímulos que recuerden...; este umbral de disparo será muy particular de cada persona. La recuperación es a veces un mito inalcanzable, origen de ansiedades y frustraciones para las personas que no lo consiguen (García-García, 1998; Wortman & Silver, 1989).

## V.- INTERVENCIÓN

### 5.1.-¿Cuales son los objetivos de nuestra intervención?

Los objetivos generales de los Cuidados Primarios de Duelo son:

- en prevención 1ª *cuidar que la persona elabore su duelo de la manera más natural y saludable posible -saliendo incluso crecido de la crisis- y que no enferme.*
- en prevención 2ª *detectar precozmente el duelo complicado*, para poder establecer una terapia temprana y/o derivar a otro nivel, y realizar labores de *seguimiento y/o soporte* de personas con *duelos complicados* ya diagnosticados,
- en prevención 3ª *asumir -también- el seguimiento y/o soporte* de personas con duelos crónicos, de años de evolución y *secuelas* de por vida.

En el proyecto actual, nuestro reto es *conseguir que con los Cuidados Primarios de Duelo las viudas se adapten mejor a la pérdida*, es decir, que sufran un duelo menos intenso, aquejen menos malestar psicológico, tengan una calidad de vida aceptable y que no se complique su proceso.

Para lograrlo *utilizaremos técnicas exploratorias y de intervención* propias de los CPD. Aunque separemos artificialmente las técnicas, raramente van aisladas, de hecho *suelen ir solapadas en exploración*  
♦ intervención ♦ nueva exploración ♦ nueva intervención,...

o *totalmente amalgamadas*, como en el caso de las preguntas sonda, preguntas que buscan información y a la vez producen un efecto terapéutico directo.

Así pues, la práctica de los Cuidados Primarios de Duelo consistiría en:

- *primero* desplegar las *técnicas exploratorias*; averiguando quien es el doliente, su familia, como era la relación con el fallecido,... y en que punto se encuentra ahora su proceso,... dibujando en definitiva *un perfil* de los aspectos que nos interesan y de las posibles áreas de trabajo.
- y *después* poner en marcha las *técnicas de intervención*; utilizando *siempre las generales* y, dependiendo del momento del proceso y del área que pretendamos trabajar, algunas de las *específicas de uso habitual* (anticipación de fechas, preguntas sondas, etc). Las *técnicas específicas de uso especial* serán de indicación muy concreta.

No obstante, insistir en que *se interviene ya desde el inicio de la exploración*. Las técnicas generales de intervención son el ABC de cualquier encuentro clínico y se utilizan en todo momento, especialmente si exploramos aspectos psicoemocionales; el establecer una relación adecuada, escuchar activamente, facilitar, informar, normalizar y orientar, son técnicas tan obvias, que se suelen pasar por alto en el aprendizaje y en el análisis, pero que son susceptibles de enseñarse y evaluarse.

Las técnicas generales, a pesar de estar siempre presentes, también *tienen sus momentos* de máximo rendimiento, y lo mismo ocurre, como antes decíamos, con las específicas; a continuación -inspirados en Olmeda (1998)- damos una guía de los tiempos y sus técnicas más apropiadas:

- muy al principio, en *duelo agudo y temprano*, trabajaremos el “*darse cuenta*” de la realidad de la pérdida, para lo cual utilizaremos fundamentalmente: de entre las técnicas generales la *escucha* y la *facilitación*; de entre las específicas de uso habitual el *ritual* (velatorio y visión del cadáver, funeral, visitas al cementerio,...) y la *narración* repetitiva de los hechos; y en caso necesario, de entre las específicas de uso especial los *símbolos* (fotos, un llavero, una joya,...), la *escritura* (el epitafio, la carta de despedida,...), etc.
- luego, en *duelo temprano e intermedio*, el área de trabajo tendrá que ver más con lo afectivo, el *mundo interior*, las emociones, los sentimientos,... y emplearemos: de las generales la *facilitación* y la *normalización*; de las específicas de uso habitual las *preguntas sonda* y la *narración* de la biografía del muerto; y en caso necesario, de las especiales *ejercicios de expresión emocional*, *videos*, etc.
- más adelante, quizás en *duelo intermedio*, se hará mucho más hincapié en lo cognitivo, el *mundo creencial*, las ideas, los pensamientos,... se tratará de desactivar la mente mágica de duelo,... y usaremos de las generales la *información* y *normalización*; de las específicas de uso habitual la *visualización* de situaciones, la prescripción de *rituales* y hablar de *sueños* y *presencias*; y de las especiales, si es necesario, *biblioterapia*, *silla caliente*, etc.
- y posteriormente, en *duelo intermedio y tardío*, probablemente el área de trabajo sea más conductual, lo comportamental y motor, el *mundo exterior*, lo cotidiano, lo relacional,... y sea preciso de las generales el *informar* y *orientar*; de las específicas ayudar en la *toma de decisiones* y en la *solución de problemas* (adquisición de nuevas habilidades,...); y de las especiales, si es preciso, *reestructurar los pensamientos*.

A veces, nos resultará realmente difícil diferenciar, en un plano teórico, entre lo que es una técnica, habilidad, método, procedimiento, recurso, destreza, aptitud, táctica, idea, subterfugio, sutileza, etc. Nosotros en general hablaremos de técnicas, siendo sin embargo conscientes, en el sentido de lo dicho atrás, que hay muchos puntos de vista al respecto y muchas maneras de nombrar a las mismas cosas.

## 5.2.- Técnicas exploratorias: recogida de datos básicos

Las técnicas exploratorias tienen como *objetivo*, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo. Estos datos proporcionan un “*perfil de duelo*” que servirá para orientar nuestra intervención, priorizando los problemas detectados y nos ayudará a saber si estamos ante un duelo aparentemente normal o de riesgo.

Para recoger estos datos de una forma ordenada, se establece una *rutina en la recogida*, (ver Anexo I) dividida en:

- aspectos generales,
- datos sociofamiliares,
- antecedentes personales
- y evolución del proceso del duelo.

No es necesario preguntar por los datos que dispongamos previamente, a no ser que queramos utilizar la pregunta para abordar algún tema de nuestro interés.

El orden en la recogida de los datos se ha establecido pensando *en la secuencia mas adecuada de una entrevista*.

### 5.2.1.- Datos generales.

Al principio exploramos un *primer bloque de datos generales, con poco contenido emocional*, que se podían formular por ejemplo del siguiente modo:

- “Me gustaría confirmar algunos datos suyos y de su marido, ¿le parece?,
- ¿cuántos años tiene ?
  - ¿cuándo nació ?
  - ¿cómo se llamaba su marido ?
  - ¿cuántos años tenía ?
  - ¿fecha de nacimiento ?
  - ¿cuándo falleció ?” (esta última con posible impacto emocional)

### 5.2.2.- Datos sociofamiliares.

Luego los *aspectos familiares*, que son un poco mas personales, con lo que vamos entrando en la privacidad de la viuda. Un posible abordaje sería:

- “Quisiera conocer algunos datos acerca de su familia, ¿bien?,
- ¿tiene Vd. hijos? ¿edades ? (aprovechar para hacer el genograma)
  - ¿siente el apoyo de sus familiares, amigos, etc.?
  - ¿cómo calificaría las relaciones con sus familiares? ¿buenas, malas, regulares...?
  - ¿cómo se ha quedado económicamente tras el fallecimiento de su marido?”

### 5.2.3.- Antecedentes personales.

El abordaje de los *antecedentes personales*, lo hacemos empezando por los *problemas de salud*, para llegar *progresivamente* a aspectos que pueden despertar, en algunos casos, un fuerte *contenido emocional* y al final de este bloque exploramos los *recuerdos de la vida con su marido*:

“Además de lo que me ha contado sobre su familia, me gustaría conocer otros datos suyos, ¿sí?,

- ¿antecedentes personales psicofísicos (si no se conocen)
- ¿tomaba bebidas alcohólicas antes del fallecimiento de su esposo ?.
- ¿cree que ahora bebe mas que antes o ha comenzado a beber después del fallecimiento?
- ¿tuvo en su infancia algún problema de abusos, malos tratos, o se quedó huérfana?
- ¿aparte de su marido, a lo largo de su vida ha sufrido la muerte de personas que eran importantes para Vd.? cuándo fueron y cómo las ha sobrellevado?
- ¿en el último año aparte del fallecimiento de su marido, ha tenido algún otro disgusto importante por problemas en su familia, amigos, algún problema de trabajo o algo que le halla ocurrido a Vd.?
- ¿cuánto tiempo llevaban juntos Vd. y su marido ?, ¿cómo era su relación con él?, ¿cómo se llevaban ?” (o valoración del médico de este dato).

### 5.2.4.- Datos sobre la evolución del proceso de duelo.

*Finalmente* entramos a valorar el área mas emotiva de la exploración, que es la *evolución del duelo* propiamente dicho. La primera parte se refiere a la *perimuerte* y suele ser la parte en la que mas se suele centrar el doliente, contando con todo lujo de detalles cómo y dónde fue, cómo se portó el sistema sanitario, la familia, el fallecido y cómo lo vivió el propio doliente. Aquí el orden de las preguntas no tiene demasiada importancia porque cualquiera de ellas, desencadena el relato de lo que rodeó el fallecimiento:

“Su marido ..... (decir el nombre)

- ¿dónde falleció?
- ¿de qué?
- ¿Vd. sabía que se moría? ¿desde cuándo lo sabía?”

Posteriormente valoramos, ya sea a través de nuestro propio registro o preguntando, si ha habido cambios en los *problemas de salud* que tenía antes del fallecimiento.

Exploramos después la intensidad de los *sentimientos* mas comunes que aparecen en el doliente, recordando lo manifestado por la viuda en las entrevistas previas, o a través de preguntas directas:

- “¿le echa mucho de menos? ¿en qué situaciones le añora mas?
- ¿le parece injusto que se halla muerto?
- ¿ha pensado que se podía haber hecho por él, mas de lo que se hizo?, ¿se siente de algún modo culpable por la muerte de su marido?
- ¿se siente en cierta forma enfadada con él?, ¿cree que no se cuidaba lo suficiente?”

Por último valoramos el *apoyo* emocional que recibe *de su familia*, explorando el nivel de comunicación sobre el fallecido:

- “¿le gusta hablar de su marido (nombre) .....con su familia?, ¿lo hace con frecuencia?”

Acabamos la técnica exploratoria, haciendo un resumen de lo mas relevante en cada uno de los apartados explorados, esto nos dará un *perfil del duelo* y de él sacaremos un *listado de problemas* que debemos de abordar en la intervención.

## 5.3.- Técnicas de Intervención Generales

Las técnicas de intervención generales que desarrollamos en CPD son:

- R relación
- E escucha
- F facilitación
- I informar
- N normalizar
- O orientar

Como regla nemotécnica con la primera letra de cada una de ellas se puede formar la palabra R E F I N O.

### 5.3.1.- Establecer una “buena” relación con el doliente.

Construir una adecuada relación profesional con el doliente es el fundamento y el principio de todo.

Una buena relación de cuidados se caracterizará por:

- tener una estrategia
- producirse en un tiempo y en un espacio
- desarrollarse entre iguales
- ser unidireccional
- la empatía
- ser genuina y auténtica
- el respeto
- y mantenerse dentro del marco profesional establecido.

La *estrategia* viene definida por unos *objetivos* específicos, centrados en el doliente, que son los que marcan el rumbo y la dirección de nuestra intervención, y una serie de *actividades* orientadas a su consecución. Para no crear falsas expectativas, conviene *negociar*, ya desde el principio, los objetivos de los cuidados, la disponibilidad del profesional (cómo localizarle y en que situaciones, horarios, etc.) y las pautas del seguimiento (número de encuentros en forma de entrevistas programadas largas, periodicidad, etc.); asegurando la *continuidad* y dejando claro que se estará ahí, acompañando, mientras dure el viaje, o por lo menos en la tormenta.

Como vemos es una relación controlada con unos tiempos y unos espacios específicos.

Desde el momento en que *no tenemos todo el tiempo del mundo*, nos vemos obligados a dosificarlo, acotarlo y negociarlo. Pero los médicos tenemos grandes dificultades con la *gestión del tiempo*, no sabemos como *poner fin al encuentro* y a veces lo hacemos atropelladamente con un burdo “hasta aquí hemos llegado”... y abrimos la puerta. Podemos probar, algo tan aparentemente sencillo, como intentar prefijar el tiempo de antemano y cumplirlo, incluso ser capaces en un momento dado -p. ej. 10 minutos antes de la hora límite- de informar con naturalidad, que se nos está acabando el tiempo y que ya queda poco, esto nos facilitaría mucho las cosas porque tendremos “tiempo” para un enfriamiento progresivo, y podría convertirse en un ritual para las próximas sesiones, en las que ambos tras ese “gong” sabríamos qué hacer y empezaríamos a cerrar.

En cuanto al *diseño del espacio* de una consulta médica, existen muchos prejuicios e ideas preconcebidas de cómo orientar la mesa, las sillas,... de donde debe sentarse el médico y donde el paciente o los familiares,... Cuando intentamos crear un determinado espacio relacional, no cabe duda que *la mesa* situada en el centro, entre ambos a modo de barricada y “no pasarán”, resulta incómoda, máxime si pensamos p. ej. en una explosión emocional del doliente, donde *el contacto físico* es imprescindible, tendremos primero que sortear la mesa, luego situarnos al lado del doliente, y en última instancia cogerle la mano o ponerle la nuestra en su espalda (“tocarle el trapecio”),... lo que le resitúa en si mismo y le hace ver que no está solo en su dolor,... toda una peripecia y mucho “ruido” ambiental en el proceso. Con la mesa en esta posición también se pierde parte del mensaje, el lenguaje corporal queda reducido exactamente a la mitad, pues solo nos vemos la parte superior del cuerpo,... Es por lo que recomendamos, en la medida de lo posible y conocedores de las limitaciones, situarnos los dos a un sólo lado de la mesa, es decir nosotros ocupar el lugar que habitualmente ocupa el acompañante. Pero como antes decíamos con los límites de tiempo, primero probar... y luego decidir qué es mejor.

Desarrollarse *entre iguales*, adulto a adulto, significa que el profesional no juega a ser el “padre médico” (salvador) que ayuda al “niño doliente” (víctima). En una teórica relación entre pares, ambos se mantienen *en el mismo nivel de poder*. El médico y el doliente son simplemente *dos seres humanos* que interactúan en un marco profesional de dispensación de cuidados.

La *unidireccionalidad* se refiere a que los objetivos son los del doliente, por supuesto negociados, pero del doliente, es decir, que aunque es una relación entre iguales, hay una persona que ayuda (el profesional) y otra persona que recibe la ayuda (el doliente), y no a la inversa. Esto a veces se confunde y es el propio profesional quien recibe consuelo del doliente porque le desborda la situación. Un ejemplo de bidireccionalidad sería un grupo de autoayuda, en el hay dolientes que se ayudan mutuamente, la relación ayudador y ayudado es cambiante. En el caso de una relación profesional, ésta debería ser siempre en una dirección: uno ayuda y el otro es el ayudado.

En una *relación empática* el profesional trata de sintonizar con las emociones del doliente (intenta “resonar emocionalmente” al unísono con el otro, como un diapasón) y además se lo hace ver, le hace ver que está “rozando” lo que siente (lo de ponerse en su lugar sería una “chulería imposible” y siempre es mejor reconocerlo desde la humildad: “aunque intento ponerme en tu lugar y he conocido otras personas que como

tú han perdido a su marido, no puedo ni llegar a imaginarme por lo que estás pasando, porque esto es algo que no me ha ocurrido a mí, y entiendo lo que me dices, que una cosa es contarlo y otra es vivirlo”). Además de ser cierto se llega más.

Mostrar interés *genuino y auténtico* por lo que nos cuenta la persona en duelo, aunque pueda parecerlo, en el trabajo con el doliente no es ninguna pose terapéutica ni papel mojado, y se consigue la mayoría de las veces tomando conciencia del sufrimiento del otro; notarás que estás en ello por las ganas de salir corriendo.

El *respeto* supone no dejar entrar en nuestra mente los juicios de valor que automáticamente se nos activan cuando tenemos una persona delante; es evidente que en un marco profesional esto hay que controlarlo. Pero también entraña ser sensible a las diferencias -culturales, sociales, religiosas, políticas,...- y tenerlas en cuenta en lo que puede afectar a la relación, por ejemplo no se puede usar el mismo lenguaje informando a un estudiante universitario que a un anciano iletrado, esto también es obvio y no significa discriminar a la tercera edad o hacer un juicio de valor sobre alguien analfabeto, significa solamente que has tenido en cuenta un “hecho” objetivo y lo has utilizado en tu trabajo.

Además es importante subrayar las características “profesionales” de la relación. Se puede ser genuino y a la vez *mantenerse dentro del marco profesional*. Conviene aclararlo desde el principio (la mayoría de las veces se hace sin palabras), esto evitará malos entendidos y reacciones de transferencia contratransferencia dramáticas. Un ejemplo: es muy habitual, que en el juego relacional, se nos reemplaze por el muerto y seamos circunstancialmente un “sustituto interino” del que falta, sobre todo si tenemos el mismo sexo y una edad similar; la situación quizás alivie la ansiedad de separación del doliente temporalmente, pero ¡ojo! ¿hasta donde llegamos?: aquí es fundamental darse cuenta y utilizarlo en beneficio del doliente, manejando los límites ya desde el comienzo, porque si nos dejamos absorber, cuando nos queremos dar cuenta... se produce una segunda pérdida para el doliente y un extraordinario desgaste emocional para el profesional.

### **5.3.2.- Escucha activa.**

La escucha activa es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo; de lo verbal, aparente y externo, y de lo no verbal, mas profundo e interno.

La escucha activa es una “escucha”:

- atenta
- centrada
- intensa
- del otro
- de nosotros mismos
  - emociones
  - juicios
- de lo verbal
  - palabras
  - exclamaciones
- de lo no verbal
  - paralinguaje (intensidad, tono, pausas, silencios,...)

- gestual (facial, microexpresiones,...)
- posición (gestión del espacio)

Es *atenta*, porque el profesional está con los cinco sentidos y con el sexto..., teniendo en cuenta lo que se dice y lo que no se dice, el lenguaje empleado, el tono, la posición del cuerpo, los gestos, las microexpresiones,...

Es *centrada*, debido a que se vive el aquí y ahora del momento en cuerpo y alma, es como si no hubiera nada antes ni después.

Es *intensa*, ya que el profesional se sitúa en una metaposición, casi flotando sobre la escena, suspendido, colgado de ese espacio/tiempo único que está viviendo, escuchándose a sí mismo, observándose y penetrando en sus emociones, y a la vez en las del otro.

*La escucha de nosotros mismos* mientras estamos con el doliente, el conectarnos con nuestras emociones (resonantes con las del otro) y tomar conciencia de lo que nos dicen "nuestras tripas", probablemente nos sirva para ser más auténticos, genuinos y empáticos, y para ser capaces de escuchar la situación como un todo indisoluble en el que estamos incluidos.

En la atención de personas que sufren profundamente tenemos que recordar, casi de continuo, que: "yo soy yo... y el otro es el otro". Lo mismo que no se puede morir con cada muriente,... no se puede perder a nuestra pareja, nuestro hijo,... con cada doliente. Esto ocurre a veces en la escucha, te quedas tan "colgado", tan fuera de tu realidad que disocias, y el tornado emocional del otro te lleva, te absorbe y quedas tocado. ¡Ojo! observar tus límites para *evitar esta aglutinación emocional* tan dolorosa.

### 5.3.3.- Facilitación

Técnicas facilitadoras

- de la comunicación
  - preguntas abiertas
  - baja reactividad
  - miradas
  - silencios
  - ecos
  - doblajes (ecos traducidos)
  - asentimientos
  - ruidos guturales: "... hum, hum, ..."
  - monosílabos: "... ya, ya, ...", "... sí, sí, ..."
  - palabras: "... bien, bien, ...", "sigue, sigue, ...", "continua"
  - pedir expresamente aclaraciones o que se extienda más sobre un tema
  - hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente
- de la expresión emocional
  - (prácticamente las mismas)

Facilitar es *favorecer la comunicación*, esperar, tener paciencia, es también *hacerle un espacio* al otro (al doliente) y darle "permiso" con nuestra actitud y ese *clima "seguro"* que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra ("que habla con el



muerto cada día o que después de meses sigue su albornoz usado, colgado en el baño y lo huele...”) o exprese sus emociones más profundas (“que su rabia le ciega y mataría a ese médico porque lo hizo tarde y mal...o al conductor del autobús que mató a su hijo”), y si aparece el llanto, ser capaces de dejarlo fluir naturalmente (sin pañuelos intempestivos o “tú no tienes la culpa” automáticos), como auténticos “parteros de desatinos y emociones de dolientes”. La tristeza, culpa, miedo, amor y alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir; mientras que la rabia siempre será un parto difícil.

En la fluidez de la comunicación habrá momentos en que se produce un *atasco o punto de inflexión*; en esos momentos el profesional y el doliente están participando del *bloqueo*; el doliente ha estado en varias ocasiones mencionando el mismo sentimiento, de manera repetida, le ha llegado a saturar y ha impregando al profesional, quedándose los dos atascados en esa emoción,... y entonces se puede aguantar o intentar ir hacia delante... por ejemplo *proponer una silla vacía*: “... o sea que los recuerdos te son tristes y te duelen... ¿que recuerdos? ¿uno concreto?... en el parque... ya... en el banco,... y si le tuvieras ahora en este banco ¿que le dirías?, háblale...”. Esto tan simple enfoca la emoción, la valida y deshace el bloqueo. A veces lo podemos hacer simplemente con un *doblaje* (eco traducido) ante el sentimiento de tristeza expresado... repetimos las últimas o la última palabra pero dobladas: “sientes dolor...”, o podemos meternos más “sientes rabia...”, dando permiso nuevamente para la emoción...

Muchas veces las *preguntas cerradas y directas* son facilitadoras si dan en el blanco, y con lo que sabemos del duelo es a veces sencillo hacer diana, parecer un adivino o un mago, y sobre todo mostrar cercanía; si preguntamos a un doliente si le ve al muerto o le oye,... o si se echa la culpa de estar vivo, o por la rabia que tiene, o por su impotencia, frustración o indefensión ante un mundo tan inseguro, o que si se siente como más niño que antes,... o si duerme mal o come menos,... se puede ser muy certero; y la comunicación se ve facilitada porque inevitablemente nuestro interlocutor pensará: “este sabe lo que dice..., cuando me pregunta da en el clavo..., se puede hablar con él”. Estas preguntas son terapéuticas en sí mismas, normalizan y dan permiso para sentir y expresar lo que se tiene dentro... y utilizadas oportunamente pueden ser muy eficaces.

Facilitar la *libre verbalización sobre el fallecido* permite al doliente desahogarse sin tener que hacerlo con familiares y amigos,... a los que a veces... ya les “carga” hablar siempre de lo mismo, “mira, yo..., era mi padre, y sin embargo lo llevo de otra manera, no estoy siempre con esta historia...”.

También podemos posibilitar que se aligeren algunos miedos,... la muerte,... la muerte propia. El *miedo a la muerte* emerge ahora con fuerza, se toma conciencia de lo vulnerables y frágiles que somos, de que estamos de paso,... y el mundo ya no vuelve a ser el lugar seguro que era. Quizás hasta ese momento, el doliente nunca antes se había enfrentado a su propia muerte ni a la de sus seres queridos, y de repente... ¡¡esa posibilidad existe!!, ¡¡es real!!, y surge una nueva ansiedad, diferente, existencial, de vértigo, que casi produce náusea,... y es que además... ¿con quién compartir todo esto? si se ha perdido al principal confidente,... ¿o cómo contárselo a otra persona?.

### 5.3.4.- Informar

Informar al doliente es explicarle lo hoy define la psicología occidental como el *constructo duelo*, insistiendo -sin embargo- en la calidad de único de su sufrimiento; es darle *un mapa* marcado por los “mojones cronológicos” que nuestro ambiente sociocultural ha ido caracterizando del proceso, y por donde probablemente tenga que pasar, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera... (nunca nos cansaremos de repetir esto).

Es decirle que... “al principio estás aturdido, no te das muy bien cuenta, es como si hubieras recibido *un fagonazo en la cara* y solo ves una luz blanca,... pero luego vuelves a ver poco a poco... como si salieras de la niebla, dándote cuenta de los detalles, de lo que has perdido de verdad, de las cosas concretas, y es cuando parece que duele más, o de manera distinta...”

Es también aclararle que *la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste*, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones, intentan sobrevivir con lo que tienen, aprendiendo a vivir de otra manera, con otros medios,... ; haciéndole ver que probablemente alcanzará una situación mas satisfactoria que la actual, pero sin darle falsas esperanzas..., hay un antes y un después, nada ni nadie le devolverá a su marido, al menos como lo ha conocido hasta ahora.

La información tratará de enseñar los distintos aspectos del proceso de duelo y educar a la vez, de algún modo se le está diciendo *lo que se espera de ella...* La información siempre tiene un doble filo, por eso insistimos tanto en transmitir el carácter de “único” de la persona en duelo.

Hemos elaborado un *folleto informativo para el doliente* (ver Anexo II) que explica todo lo dicho, haciendo especial hincapié en el carácter único y cambiante de su duelo, y que este “mapa ” es sólo muy, muy, aproximado. La información escrita le servirá como recordatorio donde recurrir ante la desesperanza de un nuevo tironazo de dolor, (“...cuando ya creía que estaba más tranquila... te coge de improviso y te vuelves a hundir y te desesperas ...”). Donde puede leer que esto le ocurre a otras personas, o si aparecen nuevas sensaciones que no sabe exactamente si son normales, confirmar que otros dolientes también pasan por lo mismo.

Conviene advertir que *los “tempos” individuales son bien distintos incluso dentro de la misma familia*, sino las presiones recíprocas de unos sobre otros pueden llevar a malentendidos, discusiones familiares y añadir más sufrimiento. Es evidente que los tempos de la esposa que pierde a su marido y se queda sola, y de su hijo casado y con dos hijos, que vive en otra ciudad y ha perdido a su padre, no tienen nada que ver... la presión sociofamiliar y laboral que recibe el hijo le harán incorporarse rápidamente a lo cotidiano sin apenas tiempo emocional para dolerse y, sin embargo, su madre viuda, sola, llevará mucho más lento el proceso,... y así le dice el hijo a la madre: “pero si hace ya nueve meses de lo de papá y sigues llorando por las esquinas y de negro... esto no puede ser,... tienes que poner más de tu parte”.

Incluimos en el manual un *folleto informativo para los familiares y allegados* (ver Anexo III), modificado y con el permiso de Olmeda (1998), que puede servir, en parte,

para deshacer estos equívocos, pero a veces tendremos que convocar una reunión familiar de carácter informativo.

Es posible que usemos alguna *metáfora* para hacernos entender mejor, antes hemos mencionado el “*fogonazo en la cara*”. Podemos utilizar la imagen de una “*olla a presión*” para hablar de las emociones y de la necesidad de ir dándolas salida de una manera controlada, abriendo la válvula de salida del vapor de la olla, y no explosivamente lo que pudiera dañar a alguien. La representación de la vida como un “*combate de boxeo*” (la vida te golpea...) y el rincón del cuadrilátero donde el luchador se retira a descansar, coger aire, recibir un masaje,... donde le cuidan, le dan agua, se toma su tiempo, le dan palabras de ánimo,... (los familiares, amigos, etc.) y de donde sale cuando tocan la campana (el mapa guía que la sociedad impone en el duelo, los rigores sociales,...) o se siente preparado, y a donde puede volver de vez en cuando o cuando quiera, pero que en último término sabe que está ahí para cuando lo necesite.

*Aclarar las dudas más habituales:* “¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto...?, ¿porqué ahora no me fío de nada (es imposible confiar en un mundo en el que puede pasar cualquier cosa) ni de nadie, y porqué me parece todo distinto?, ¿porqué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?, ¿porqué ahora me cuesta tanto relacionarme con la gente?,...”

Abordar *cuestiones espinosas*, como *el sexo*, es realmente difícil porque no es sólo hablar de sexo a “palo seco”, es hablar de la *carencia de intimidad física* (los abrazos, que te toquen, te besen,... tus hijos, amigos, hermanos,...) y *afectiva* (esa complicidad, ese conocerse y con la mirada saber qué se quería decir). Esta carencia tiene que ver con la soledad del doliente, obligada o buscada, pero que le conduce al aislamiento sensorial y afectivo, desnutriéndose social y emocionalmente en los momentos en que el soporte de familiares, amigos y vecinos sería más necesario. Soledad forzosa y desgarradora a veces, pero en ciertos momentos placentera y necesaria para “ir a su rincón de recuerdos y viajar en el tiempo o simplemente llorar a solas”. Si la desconexión es importante, se puede llegar incluso a una situación de desafrentización afectiva tipo lavado de cerebro en la que se pierde parcialmente el contacto con la realidad referencial. Un cúmulo de contradicciones y turbulencias

Probablemente *todo*, en cualquier momento, *sea susceptible de ser informado*.

Aunque somos conscientes de lo difícil que resulta, intentaremos informar lo más *neutra y objetivamente* posible, compartiendo y poniendo a disposición del otro nuestro conocimiento, para hacerle más capaz en la toma de sus decisiones, que en último término es el objetivo de estar informado.

### **5.3.5.- Normalizar**

Normalizar es asegurarle al doliente –y se lo está diciendo su médico- que lo que siente, piensa, hace... es totalmente normal y lo natural en su situación... Esto *valida* sus reacciones, las *legítima y confirma*, y también *desculpabiliza* acerca de lo que le ocurre: no es un ser extraño ni perverso, ni se está volviendo loca, y además puede seguir sintiéndolo... , “sentir eso es lo natural en tus circunstancias, no estás enferma, ni eres un bicho raro, ni te estás haciendo mala... probablemente estés cargada de rabia, por lo que te ha pasado... y tengas envidia de otras parejas... o compares inevitablemente y

pienses que porqué no se ha muerto ese otro, que lleva años enfermo,... en lugar de tu marido”.

Normalizar es el “yo también”, “yo siento lo mismo que tú”, la *identidad de humano con humano*, “las personas que viven lo que tú estás viviendo ahora tienen unas reacciones muy parecidas a las tuyas”, “esto que te ocurre le sucede a la mayoría de la gente cuando pasa por lo que tú estás pasando”, “... y en este sentido esto es lo normal, no te estás volviendo loca ni enfermado de la cabeza o cayendo en una depresión”.

No es recomendable *la normalización inmediata* porque *banaliza* la queja. Si el doliente comenta “he perdido peso, ¿estaré enfer... ?” y casi sin acabar la frase decimos “eso es normal”, puede parecer que no lo hemos dado la suficiente importancia ni mostrado mucho interés por ello, ya que ni siquiera preguntamos, ni nos hemos tomado algo de tiempo para pensar en ello... saltamos directamente a decir: “normal”, es evidente que hemos trivializado algo importante para el doliente, lo suficiente como para querer consultarlo. Esto no es normalizar.

Cuando normalizamos es mejor *tomarnos tiempo* y tener en cuenta *la cadencia del encuentro*; controlando nuestra reactividad,... dejando transcurrir un tiempo entre el estímulo del doliente y la respuesta que damos, entre acción y reacción,... iremos marcando un ritmo mucho más comfortable. Primero escuchar atentamente facilitando el relato,... dejar un tiempo, luego preguntar por alguna característica específica de la queja para delimitarla,... dejar un tiempo, después comprobar con un resumen si lo que hemos entendido es exactamente lo que se nos ha querido decir,... dejar un tiempo en el que reflexionamos,... y finalmente damos nuestra opinión al respecto, normalizando la situación. Es ir más allá del consuelo fácil del “amigo” que te encuentras en la calle y te “normaliza” de antemano -casi antes de oírte- con un “¿como va todo?, bien, ¿verdad?”, sin darte oportunidad a decir lo mal que te encuentras... y que pasa -por lo menos es ese momento- un poco de ti.

Normalizaremos especialmente, que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar... que se continúe hablando con él o que se refiera a él en presente,... todas estas cuestiones no sancionadas -hasta ahora- por los modelos más clásicos de duelo. Por ejemplo: “... puedes seguir teniéndolo contigo, a tú modo, *no necesitas olvidar*, él de alguna manera está en ti, en vosotros dos, en lo que habéis hecho y sido juntos...”. El vínculo con la persona que se ha ido -aunque redimensionado y diferente- permanecerá toda la vida, elaborar el duelo es -de alguna manera- construir una nueva relación con el fallecido.

Aquí en este punto llamamos la atención sobre la posible “lealtad enfermiza” con el muerto, es decir: “yo para ser leal contigo tengo que funcionar como una zombi, estar muerta en vida”. Con el doliente estaremos en muchas ocasiones en el “filo de la navaja”, pasándonos o quedándonos cortos, “no necesitas olvidar pero tampoco estar “colgada” del muerto, en cualquier caso, tú serás la única que sepas lo que necesitas, y conozcas tu distancia, tu nuevo vínculo”.

En el sufrimiento y en el dolor de la pérdida *es posible cualquier sentimiento, emoción, ....*, y se puede añadir que no sólo posible sino *legítimo*.

### 5.3.6.- Orientar

Orientar es *guiar, sugerir, aconsejar...* o incluso *prescribir* mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales, y a veces lo contrario; por ejemplo, disuadir de una decisión precipitada,... “quiero vender este piso, creo que aquí no puedo vivir, son muchos recuerdos, entro en casa y es como una losa que se me viene encima...”.

Es frecuente que se nos pidan *consejos*, aunque nos horrorice, y en lo posible, debemos evitarlos. Algunas personas piensan que nosotros (los médicos) por todo lo que vemos y oímos, sabemos “cosas” que otros no saben... y podemos, desde esa autoridad que se nos otorga, aconsejar o hacer determinadas recomendaciones,... y a veces probablemente aconsejaremos, especialmente cuando se nos pida, tendremos que mojarlos, aunque - hasta ahora - nos haya provocado siempre un auténtico terror. Probablemente en este punto, haya que *distinguir entre el consejo de un amigo y el de un profesional*.

Se puede considerar *la prescripción como un consejo profesional*. A veces, el consejo, la prescripción, la orden facultativa, se realiza activamente porque es lo que se considera como más apropiado en esas circunstancias, por ejemplo, aconsejar que se deje el tabaco, que se consuma alcohol con moderación o que no se conduzca si se ha bebido en exceso,...; y en otras ocasiones se hace pasivamente, a demanda del doliente, quien explícitamente pide un consejo para...

Como orientación general, *desanimamos de la toma de decisiones importantes* (gestar un nuevo embarazo buscando un niño “clónico” del que se ha ido; decidir la separación por la disonancia emocional de los duelos, tan distintos, del padre y de la madre; hacer una “cura geográfica”, trasladándose de lugar de residencia; buscar rápidamente una pareja de "repuesto";...) *durante el primer año*; pero a la vez fomentamos la toma independiente de decisiones menores.

También podemos *asesorar en la reorganización familiar*, explicando que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo,... interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía,... todo se tiene que renegociar y reconstituir... ; aquí vale el ejemplo de la piedra que cae al lago e inevitablemente lo modifica en su globalidad, aunque parezca el mismo. El espacio que ocupaba el fallecido y su rol desaparecen, y el vacío que se produce lo tiene que absorber el resto de la red familiar reconfigurándose, cada miembro asume una parte de ese espacio y de ese rol, como un legado, excepto en lo irreplicable que inevitablemente se lo lleva el muerto.

Orientaremos sobre los *posibles conflictos y malentendidos* que puede traer todo esto. Los miedos a los roles nuevos, a tener que adquirir nuevas habilidades, al cambio, el miedo a ocupar todo su espacio y que no fuera realmente irreplicable e imprescindible, rivalidades entre hermanos por el poder,...

## 5.4.- Técnicas de Intervención Específicas de uso habitual

### 5.4.1.- Anticipación de fechas y situaciones.

La anticipación y el ensayo, aunque sea a través de la *visualización*, ayuda a *rebajar la angustia* que se genera en la situación real y da más *sensación de control*.

Por ejemplo anticipar las dificultades del doliente en la *integración social* y entender con él las reacciones del entorno: “es normal que hagan como que no te ven para no saludarte,...”, “ahora eres una mujer sin pareja y cuando vayas con tus amigos, que van cada uno con su pareja, pues va a ser diferente y quizás te sientas...”, “te será difícil al principio, volver a hablar con la gente que hablabas antes de la muerte de tu marido”

Algunas *fechas* son *especiales* y con ellas llegarán *nuevos tirones de dolor* que sorprenden y desmoralizan al doliente, porque cuando creía estar mejor se ve otra vez sumido en una tristeza tan profunda como al principio, pero ahora peor, porque se mezcla con la frustración de lo que parece un paso atrás. Las sesiones pueden, a veces, acabar o empezar interrogando por las fechas significativas que se avecinan o han pasado, para adelantarse si están por venir, adivinando o imaginando como se vivirán, o averiguar el impacto y la estela que han dejado atrás si ya han ocurrido.

Puedes situarle sugiriéndole “imagínate que es Navidad y estáis todos sentados a la mesa, pero falta él, en su silla se ha sentado otra persona o está vacía,... ¿qué estás sintiendo en estos momentos?...”, lo mismo con las primeras vacaciones de verano o de Semana Santa, los cumpleaños, el aniversario de boda, el “cabo de año”, Todos los Santos,... A veces incluso, ver a otras parejas haciendo los preparativos para el puente o que cada fin de semana “escapan” al apartamento... traerá dolor, esto también se puede trabajar con imaginación dirigida.

### 5.4.2.- Toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades.

A veces la persona en duelo *es incapaz de decidir* si cerrar o no la ventana de la sala, salir o no a la calle,... hasta realizar gestiones en el banco o hacer alguna pequeña obra en casa,... tiene un auténtico bloqueo cognitivo mezclado con miedo, el mundo se le ha venido abajo y todo puede ser extremadamente peligroso. Poco a poco podemos *ayudar a concretar los problemas*, perfilar una respuesta, analizar fortalezas y debilidades (pros y contras), generar alternativas, valorar consecuencias, elegir una opción, ponerla en marcha y evaluar resultados. La toma de decisiones es como una *destilación* desde lo global y abstracto a lo específico y concreto; es el *arte de la concreción*. Concretar el problema, concretar la solución.

Unas veces será un problema de *adquisición de nuevas habilidades*, pues habrá actividades delegadas que solo desarrollaba el fallecido (por la obligada complementariedad y el reparto de funciones propios de la vida en pareja) y serán totalmente novedosas para el doliente, p. ej. : la declaración de hacienda, conducir un coche,... y aquí se impone el aprendizaje, jugando con la curiosidad innata que despiertan. Pero es necesario tomar esta decisión, dar el paso de querer aprender, lo que siempre requerirá un monto de energía adicional, en una persona a veces “seca”,...

Nosotros podemos *estimular y fomentar* este aprendizaje, pero como antes decíamos, poco a poco e intentando no entrar en ello como un elefante en una cacharrería,... Aquí aprovechar para implantar hábitos de vida más saludables, especialmente cualquier deporte (ejercicio físico) que canse, entretenga, socialice y divierta.

Y en otras ocasiones el problema será más de *recuperar habilidades que se tenían* pero que se han perdido. Son situaciones con las que el doliente estaba familiarizado pero que ahora se ve imposibilitado para resolver por indecisión, inseguridad,... pueden ser cosas tan cotidianas como antes decíamos: salir a la calle, cocinar, comprar una televisión nueva, llamar al fontanero, hacer recados,... y aquí *enseñar a tomar decisiones “menores”* y solucionar “pequeños” problemas, serán realmente útiles, consiguiendo algunos éxitos que motiven en el reaprendizaje y vayan dando seguridad, casi como si se tratara de un niño que empieza a andar.

#### **5.4.3.- Narración repetitiva de la muerte y “contar” historias o sucedidos.**

*La narración de un hecho trágico lo desdramatiza en parte;* p. ej. cómo fueron aquellos últimos momentos,... el accidente, la moto, el coche, el camión,... la llamada de teléfono a esas horas de la noche,... el infarto, la ambulancia, la última enfermedad, el hospital, los médicos, las enfermeras,... los familiares del enfermo -que murió un poco antes que él- de la cama de al lado,... luego el ataúd, la incineración, los ritos,... Todo se recuerda, hasta el último detalle, y si no es en la primera versión lo será en la siguiente: “se quedó como un pajarillo, no decía nada, estaba ya muy cansado,... esa misma mañana se afeitó, le ayudé yo, pero se afeitó él, y después de comer parecía que se había quedado dormido,... pero le noté frío...”.

La descripción del drama de la muerte *será espontáneamente reiterativo*, no importa, se repetirá una y otra vez, como en una letanía, es posible que en cada una de las sesiones salga, o que lo haga de vez en cuando incluso pasados los años, y vuelva en parte la emoción pero no el desgarró y la amargura de las primeras veces que se contaba, ahora también hay tristeza pero no esa emoción incontinida y desbordada de entonces, no ese desgarró, aunque todavía duele y vibra algo por dentro.

El relato pormenorizado y redundante de la muerte es *catártico*, lava, purga, abre la espita de la emoción y además libera, *ordena* y estructura el pensamiento, templea el ánimo y descarga,... casi hace de la muerte una parte de nosotros mismos, la *normaliza*,... permitiendo en el doliente que se infiltre en su mente y coja cuerpo, para muy poco a poco -como siempre- poder digerirla (¿elaborar la pérdida?) en su corazón.

*Hablar de los muertos*, de los que se han ido, de nuestros muertos, de sus historias,... *integra* en el mundo emocional de los vivos al muerto. Contarles a los hijos, familiares, vecinos,... lo que hacía, lo que pensaba, lo que decía,... *le hace también pervivir* en la memoria de los demás, *en lo social*, y de alguna manera estar más en el nosotros grupal, no olvidarle del todo en lo público, incluso hacerlo presente en las conversaciones cotidianas, posibilita -da menos culpa- distraerse de él, un poco y a ratos, en la privacidad del mundo interior del doliente.

Relatar historias del fallecido, p. ej. su vida, su biografía,... (“¿cómo era?, ¿cómo nos conocimos?, ¿qué cosas hacía?, ¿cómo nos hacía reír?,...”), lo integra en el nosotros

social pero sobre todo ayuda al doliente a *establecer y resituar el nuevo vínculo* con él, lo que probablemente tenga que ver -en parte- con la idea de “elaborar la pérdida”.

El profesional puede preguntar directamente por estos retazos de vida, extraerlos del viejo archivo de la memoria y actualizarlos: “¿porqué no me cuenta alguna anécdota o viejas historias...?, de su marido,... de su marido y usted,... o de su marido y sus hijos, ¿cómo se conocieron?... cuénteme algo de su marido, de su vida, .... ¿cómo le pidió que se casaran?”; con ello el doliente perfila *lo que fue y lo que es...*, reflexiona, busca, rebusca y tiene la oportunidad de ver que *los vínculos... son ahora distintos* pero perviven, los puede seguir manteniendo, *nunca se romperán*, ni siquiera con la muerte,... puede hacer nuevas amistades, ilusionarse con los nietos, la vida,... sin miedo, nunca se va a olvidar,... porque el olvido es imposible, reírse no quiere decir traición y tener ganas de seguir viviendo no es deshonorar su memoria, ni ser infiel a su recuerdo...

#### **5.4.4.- Prescripción de tareas y rituales.**

La prescripción es una “orden” *concreta e individualizada*, negociada y pactada previamente entre las partes, que compromete al doliente y le obliga en su consecución; es un “contrato”, un acuerdo de conducta confirmable y programable.

Es como recetar una pastilla que para conseguir un efecto determinado, ha de tomarse 2 ó 3 veces al día y a una dosis adecuada.

En nuestro caso en vez de prescribir un medicamento “*recetamos*” una *conducta, una tarea, un rito*,... que se ha de ejecutar tantas veces al día o a la semana,... durante tanto tiempo o de tal hora a tal hora,... y en un lugar o en unas circunstancias determinadas; casi magia...

La recomendación de realizar *ejercicio físico* con unas pautas determinadas, entraría de lleno en la educación para la salud, consiguiéndose además -por el efecto dominó y casi sin querer- cambios en otros hábitos de vida del doliente, y sobre todo evitando maneras de afrontar su pérdida, claramente perjudiciales: abusar del alcohol, del tabaco, del vídeo, de la televisión, del juego, etc.

Con la prescripción de tareas también ayudamos a *reestructurar la cotidianeidad*; por ejemplo “realizar 20 minutos de paseo diario después de comprar el pan,...”, obligamos a salir a comprar el pan, sin pensarlo, sin tener que decidir,... inevitablemente se va a encontrar con la vecina, quién la incomodará al principio, porque tendrá que explicar..., pero socializará,... luego en el paseo se cansará, hará algo de ejercicio, se distraerá, verá el bullicio de las calles y todo lo de normal que tienen, a pesar de haberse muerto su marido, lo que resultará a veces inmoral para ella y carente de sentido ante su dolor, pero tiene que seguir caminando porque se lo ha dicho su médico, quien luego le repasará la tarea,...

Prescribiendo rituales individualizados, es decir adaptados a esa persona en duelo y sus creencias, *controlamos situaciones aparentemente incontrolables*; por ejemplo visitar el cementerio dos veces a la semana, llevar flores una vez al mes, poner a las noches una vela delante de la foto antes de ir a dormir y hablar durante media hora con el fallecido,...



Para aproximarnos a cual es la prescripción más correcta, se podría utilizar la pregunta del millón: “¿qué cosas harías -que ahora no haces- si Juan estuviera vivo?, ¿crees que podríamos recuperar algo de todo eso?, ¿podrías salir a la calle 20 minutos cada día?”. Pero, como veis, siempre negociando y en último término planteando *tareas realistas y de muy fácil cumplimiento al principio*, casi naderías, para ir cogiendo seguridad y conseguir logros sencillos, que luego faciliten empresas mayores. Recuerda que es casi como aprender a andar de nuevo; primero un pie y luego el otro.

#### **5.4.5.- Hablar de los sueños y de las presencias: visuales, auditivas, táctiles...**

*Los sueños* a veces asustan e inquietan, porque son muy vívidos o se ve al marido ya muerto en la tumba o destrozado después del accidente,... y en otras ocasiones alivian y reparan, producen sosiego: se le ve al marido despedirse y decir que todo está bien por allá, que tranquilos todos, que se va, que el viaje está siendo según lo previsto... y en su cara tenía una sonrisa,... o se le ve rodeado de familiares ya fallecidos, su madre, hermanos,... En cualquier caso siempre *suelen estar cargados* de alegorías, representaciones y sentidos figurados que podemos aprovechar en la labor terapéutica.

*Las presencias*: “se le ve, se le oye, se le nota, se le huele, se le siente, te toca,...”, ¿fenómenos normales?, ¿*paranormales*? (Berger, 1995)..., lo que diga el doliente, en cualquier caso aparte de normalizar, nos pueden servir también para enganchar contenidos simbólicos con los que trabajar. Por ejemplo, la viuda que ve a su marido muerto y cree que vuelve porque hay algo inconcluso, piensa de corazón que su alma está en pena, y hace una misa para que pueda seguir su camino... ¡pues adelante! y *lo reciclamos*.

En la pena por la muerte el misterio se enciende y la razón se apaga. La mente de duelo se activa y con ella el proceso de *pensamiento mágico* (Olmeda, 1998), más instintivo, primitivo y emocional, interpretando los hechos en este sentido: “su fuerza ha pasado a mí, así lo siento...y esto me hace seguir”. Es la imperiosa necesidad de ver señales del muerto o del más allá: “no había corrientes porque las ventanas estaban cerradas y sin embargo se apagó su vela, la que tengo delante de su foto”. Probablemente si esto no ocurriera muchos dolientes sucumbirían al sufrimiento de la nada, de la extinción y desaparición más absoluta y oscura del ser querido, esto -que la mente racional nos dice- sería realmente abominable.

Algunos dolientes recurren a adivinatoras, *médiums*, videntes, echadoras de cartas,... personas que pueden entrar en contacto con esa otra dimensión, con la magia, el más allá,... y por eso es que gozan de la credibilidad necesaria para poder explicarles que “él vuelve y mueve la cama, no son imaginaciones mías, la mueve y está ahí esperando para hacerme daño” o que “al poco de morirse la abuela, todas las noches se mete en mis sueños, al principio no me preocupaba pero ahora me desvela y no me deja dormir”. A veces son estos los únicos recursos capaces de resolver estas situaciones.

#### **5.4.6.- “Sondas emocionales” y preguntas terapéuticas.**

Son *preguntas que penetran y rastrean las emociones del otro*, y en general siempre nos devuelven (como un sonar emocional) respuestas jugosas, asuntos que rondaban en la cabeza de doliente y se han “soltado” finalmente,... Son preguntas “sacacorchos” que

“calan en lo más hondo” y tiran hacia fuera. El doliente siente que le han “tocado”, se estremece, baja las defensas y, por un momento, libera parte de su tormenta interior.

Una buena pregunta puede ser: “desde la última vez que nos vimos... *¿habías pensado en hablar hoy de algo que se te haya quedado colgado?...*, aquí... (señalándose el centro de la cara anterior del tórax, la zona de la corbata), que no te pasa..., como un nudo en el estómago..., o aquí... (señalándose la cabeza), eso que te ronda a veces en la cabeza, y le das vueltas y vueltas,... *¿querías comentarlo conmigo?*”.

Otra pregunta que también a veces conecta: “*¿ha habido alguna fecha o se acerca alguna fecha significativa para el recuerdo?*”, por ejemplo el cumpleaños, aniversario de boda, nacimiento del primer hijo, cuando se conocieron, cabo de año, fiesta de Todos los Santos,... son todos puntos álgidos y si hacemos "diana" nos permitirá hablar de ello y sacarlo.

A veces es útil preguntar directamente por el relato de los hechos: “*¿cómo fue el accidente?*”, la llamada de teléfono, la ambulancia, el hospital, la urgencia, el depósito de cadáveres, la UCI, la petición de órganos para trasplante, el crematorio, la fosa, la tierra,... Esto en la teoría clásica eran “detalles morbosos” que ayudaban a darse cuenta de la pérdida, con la máxima de que “el hablar de la muerte alivia”, pero ¡ojo! a veces también expone a un dolor innecesario que no conduce a nada, por eso hay que estar muy atentos a cuándo lanzamos estas preguntas, evaluando previamente su oportunidad. Como antes apuntábamos, a veces la narración de los hechos cercanos a la muerte surge espontánea y repetitivamente, casi sin necesitar de ningún estímulo especial.

En el caso de personas que compensan químicamente la pérdida, (fuman, beben, o consumen más hipnóticos o tranquilizantes...) *una pregunta oportuna acerca de su estilo de afrontamiento*, nos posibilita entrar en su sufrimiento y desmenuzar juntos lo que le está ocurriendo: “... de cómo a través de *la anestesia emocional que produce la química*, intenta mitigar un dolor aparentemente insoportable por otros medios, consiguiéndolo a veces y es por lo que repite, y repite,... quedándose enganchado”. Si consigue entender todo esto, se le da la oportunidad de ver las cosas de otra manera y sobre todo el permiso para hablar de ello.

Es inexcusable preguntar: “*¿has pensado quitarte la vida?*”, “*¿cómo y cuándo?*”, para valorar el riesgo de suicidio, si es algo concreto o sólo una idea fugaz, o la pérdida del “norte” existencial (propia del duelo), y qué cosas (frenos y anclajes) se lo impiden y lo pegan a la vida; con estas preguntas se abre además otra puerta -más íntima y profunda- para explorar el sufrimiento.

#### **5.4.7.- Huir de los tópicos sociales al uso.**

Es aconsejable *evitar las frases hechas*: “se te pasará con el tiempo”, “aun eres joven”, “ya ha pasado un año”, “tú eres fuerte”, “tienes que pasarlo tú sola”,... porque esto nos alejará emocionalmente e incluso puede provocar enfado. Aunque por la tensión del momento se nos escape algún tópicazo de este tipo, en ese momento es mejor pedir disculpas directamente: “perdóname, porque soy tan torpe como los demás y, a veces, sin querer, te diré las mismas cosas que te dice todo el mundo, discúlpame...”.

Si como profesionales no sabemos qué decir (porque nosotros también estamos angustiados, nerviosos, afectados, tristes, conmovidos, emocionados o simplemente bloqueados por lo inesperado,...) es mejor verbalizarlo así: “*no se qué decirte... esto también me afecta...*”, o expresarlo con un apretón de manos, una abrazo, *una mirada en silencio*,... que no soltar la primera frase al uso que se nos venga a la cabeza.

#### **5.4.8.- Fármacos.**

En el duelo normal los psicofármacos serán de *uso sintomático y ocasional* ya que, medicalizar el duelo supone darle categoría de enfermedad, y esto va a tener importantes repercusiones en su elaboración, tanto para la viuda como para la familia.

Se debe controlar la utilización de ansiolíticos e hipnóticos. En general se puede recomendar su prescripción sólo en caso necesario, por períodos cortos o a demanda y a dosis mínimas para evitar tanto la “anestesia emocional” como la dependencia.

Si nos planteamos la administración de antidepresivos, debemos de diferenciar la depresión mayor, de la tristeza propia del duelo, ya que en ésta son totalmente ineficaces.

#### **5.4.9.- Pruebas complementarias: análisis, radiografías, electrocardiograma,...**

El doliente, a pesar de las ganas de morir, tiene miedo a la muerte, a la enfermedad, al dolor, a pasar por lo mismo que su marido,... y aquí tienen cabida las pruebas complementarias -no excesivamente yatrógenas- *que tranquilicen y confirmen la salud.*

#### **5.4.10.- Detección de complicaciones y filtro del sistema.**

Estaremos especialmente atentos a personas con estilos de afrontamiento claramente perjudiciales, p. ej. “*compensadores químicos*” que van a echar mano de sustancias para curar su dolor y su impotencia, léase alcohol, nicotina, pastillas,... o conductas repetitivas y compulsivas del tipo “*trabajo adictos*”, “*jugadores de máquinas*”,... que anclen el dolor y lo narcoticen por la repetición,...

Actuaremos de filtro y derivaremos al nivel especializado, Equipo de Salud Mental, en caso de:

- *estilos de afrontamiento abiertamente autolesivos* a corto o largo plazo, en el sentido de lo referido atrás, u otros.
- aparición de *comorbilidad asociada*: trastorno por estrés postraumático, fobias, crisis de angustia, etc.
- sospecha de *duelo patológico*: aparente ausencia de duelo, cronificación,... o cumplirse los criterios de duelo “complicado”
- duelos límites (borderline), duelos ocultos, duelos “cargados” con factores de riesgo, etc.

## **5.5.- Técnicas de intervención específicas de uso especial.**

### **5.5.1.- Comunicación telefónica.**

El teléfono será fundamental en el *apoyo y seguimiento puntual*, por ejemplo el profesional quiere hacer un seguimiento telefónico ante una fecha significativa que se avecina o en el caso del doliente que necesita aclarar una duda,...

### **5.5.2.- Escribir.**

En determinadas personas, el *escribir alivia y aclara u ordena sus ideas y emociones*. El material generado se puede utilizar luego en las programadas como un estímulo más para la comunicación.

No tiene porque ser una *carta de despedida* (suelta de amarras emocionales), algo que antes se prodigaba tanto, porque “no es necesario despedirse... si él sigue en ti...”. Pero quizás algunas personas necesiten decir adiós *a determinados aspectos o situaciones* que se producían cuando él estaba vivo.

Se puede sugerir escribir acerca de “*las cosas que le dirías y no le has dicho*”, o “*tener un diario* escrito (redimensiona la relación, aclara ideas y permite ver una evolución) con tus conversaciones con él, en ese momento que reservas cada día tan tuyo, tan privado, cuando te sientas a escribir y le cuentas lo que te ha pasado... o por lo que estás pasando desde que se fue...”

También se pueden escribir *frases funerarias*, de obituario, “¿que le pondrías en la lápida de cementerio o que le vas a poner?, ¿lo tienes ya pensado?”...; *poesías*, cartas, *historias*, recuerdos, *una biografía*, *una oración* o un escrito para leer en las honras fúnebres del aniversario de su muerte, o para conmemorar su cumpleaños,...

A veces el fallecido ha dejado escritos, cartas... o la viuda tendrá cartas de cuando se conocieron y estuvieron separados por el servicio militar

### **5.5.3.- Dibujar.**

El dibujo, del mismo modo que la escritura, es un *medio de expresión* que puede conectar con nuestras profundidades y permitirá en determinadas personas sacar emociones o sentimientos, que luego también se pueden comentar en la consulta.

### **5.5.4.- Libros de autoayuda (biblioterapia).**

Se puede recomendar, en un momento dado y dependiendo del contexto, la lectura de un libro de autoayuda:

- “*Vivir sin él. Cómo superar el trauma de la viudedad*” de Joyce Brothers, Grijalbo, Barcelona, 1992;
- “*La pérdida de un ser querido*” de Arnaldo Pangrazzi, Ediciones Paulinas, Madrid 1993;

- “*No estás sola cuando él se va, consejos de viuda a viuda*” de Genevieve Davids Ginsburg, Martinez Roca, Barcelona, 1999.
- “*La muerte: un amanecer*” de Elisabeth Kübler-Ross, Luciérnaga, Barcelona 1991

### **5.5.5.- Elaborar un álbum de fotos o atesorar una caja con recuerdos.**

Un álbum de fotografías... o un cajón de recuerdos: un trozo de cabello..., una joya, una moneda,... una entrada de fútbol de aquella tarde..., cosas que no le sirven a nadie para nada, pero tan personales... un auténtico relicario. Se puede hablar de verdaderas *máquinas del tiempo* programables, en la que tocas esta o esa tecla - los *objetos de transferencia* - y te transporta a...

Las fotos, los objetos... ayudarán a redefinir la “nueva relación”, la que se está estableciendo con el marido muerto: cómo se le recuerda, cómo era, que hacía, las últimas vacaciones que pasaron todos juntos,... los pequeños tesoros que se han ido encontrando en el bolsillo de su chaqueta, el billete de renfe de esa mañana, su cartera, su DNI, el mechero,... *cosas cargadas de significado*, y a través de las cuales - como si fueran “médium”- se experimenta *el nosotros que se fue* y se conecta, poco a poco, con *el nosotros de aquí y ahora*,... “que será como tú quieres que sea”.

Estos “símbolos” se pueden usar en las sesiones como *evocadores del recuerdo* y estímulos *provocadores de emociones*, es una manera de tener presente al muerto, lo que también sirve al profesional para hacerse mejor una idea de quién era físicamente, y ponerse en situación más rápidamente.

### **5.5.6.- Vídeos,...**

Visualizar vídeos del fallecido añade la dimensión del movimiento y el sonido a la foto, todo *parece más real*, y sirve como las fotos o los recuerdos para lo mismo, para redimensionar la nueva relación con el marido muerto, autonegociar cómo se le va a recordar,...

Se pueden utilizar en las prescripciones e instruir 15-20 minutos diarios de vídeo cada día, en un tiempo privado, exclusivamente suyo y del muerto, o de quién lo quiera compartir.

Cada cosa en su momento y a su paso.

### **5.5.7.- Ejercicios de expresión emocional.**

Para poder *sacar la rabia* quizás sea necesario hacer algunos ejercicios en casa: por ejemplo, *romper papeles de periódico* y hablar con enfado a la persona contra la que se lanza la hostilidad: el médico, la madre, la cuñada, el muerto,...; o *machacar un cojín con una toalla retorcida y doblada*, también dirigiéndose con enfado a la persona diana de la agresividad y llamándole lo que en ese momento se le ocurra. Debemos de cuidar que en estos ejercicios el doliente no se haga daño y asegurarnos que entiende que a quien está golpeando y gritando, no es “de verdad” su cuñada, su marido,... sino una imagen imaginada.

La expresión de la *tristeza* se puede facilitar *retorciendo una toalla y llorando*, también verbalizando la aflicción.

El *cariño* se puede expresar, por ejemplo, cogiendo una *almohada*, abrazarse a ella y hablarle con ternura.

En cualquier caso siempre hay que *invertir a un objeto de significado* (esta inducción se puede realizar en consulta hacia cualquier cosa: un pañuelo, un cuaderno, unas llaves,...) y expresarle verbal y físicamente (rabia → golpear y romper; tristeza → apretar y llorar; amor → abrazar y acariciar) la emoción.

### **5.5.8.- Animales.**

Los animales domésticos que han convivido con el fallecido *también quedan "tocados"* y puede que se comporten de una manera peculiar en los días, semanas,... siguientes al fallecimiento, quizás se muestren más agresivos o tristes, estén más taciturnos, aburridos, pierdan el apetito, busquen, maúllen o ladren lloriqueando o llamando... Las anécdotas al respecto son numerosas: el loro que se muere poco después que su amo, el gato que hace guardia frente al cofre de las cenizas de su dueño,...

En el duelo, los animales domésticos, *a veces juegan un papel fundamental*, enganchan a la vida, permiten expresar cariño, hablar de cosas que probablemente no hablarías con nadie, recuerdan al fallecido y permiten ponerte triste, incluso desahogar la rabia... "les damos cuatro gritos y poco después.... tan amigos", al acariciarles se tiene el calor del contacto físico, y con el paseo (p. ej. si es un perro) la socialización obligada,... En último caso siempre supone un tema de conversación al que recurrir cuando se quieren eludir otras cuestiones.

### **5.5.9.- Internet.**

En internet cada vez hay más recursos para las personas en duelo (Roberts & Vidal, 1999-2000). Desde los "*chats*" de autoayuda en duelo hasta los *cibercementerios* en los que se pueden erigir verdaderos "monumentos" funerarios conmemorativos, pasando por *psicólogos y asesores* de duelo que desarrollan sus sesiones terapéuticas directamente "on line", *páginas de grupos de autoayuda* nacionales o internacionales (CRUSE,...) que se anuncian en la red,...

Para algunas personas internet puede ser una fuente importante de ayuda, porque *permite el anonimato*, no es necesario ser reconocido como doliente por la sociedad ni "cargar" a tu vecino, siendo especialmente útil en los *duelos ocultos*: amante, pareja del mismo sexo, padre anciano,... el perro; en este último caso, hay incluso un chat exclusivo para personas que han perdido a su mascota; quizás *personas tremendamente tímidas* o con dificultades para la relación cara a cara, o que no se atreverían a desvelar ciertas emociones a sus allegados,... probablemente legión.

Aparentemente, y en nuestro contexto es casi ciencia-ficción, pero ahí está... con sus potencialidades y sus problemas (individualismo exagerado, virtualidad de las relaciones, imposibilidad del contacto físico,...) pero es seguro que servirá para aliviar a muchísimos dolientes.

### **5.5.10.- Silla caliente y juego de roles.**

Mediante la *imaginación dirigida* podemos ayudar al doliente a *visualizar al muerto* en una silla vacía y *hablarle*, llorarle, suplicarle, pedirle perdón, añorarle,... o incluso sentarse el doliente en la silla y cambiar el rol, y entonces el muerto hablaría por boca del doliente. Son técnicas potentes y eficaces para cerrar cuestiones pendientes.

Se utiliza la silla o lo que se tenga más a mano: p.ej., la foto, “díselo a su foto” (es fácil que las viudas conserven el carnet de identidad de su marido y lo lleven en su cartera...),... o siempre se puede recurrir a que cierre los ojos, lo vea y le diga lo que le tenga que decir en ese momento.

Los juegos de roles nos pueden servir para *recrear situaciones* que den miedo al doliente o le produzcan angustia, representándolas conseguiremos desinflarlas un poquito y sobre todo desmitificarlas. Si es preciso podemos utilizarnos a nosotros mismos para representar algún papel.

### **5.5.11.- Reestructuración cognitiva.**

La reestructuración cognitiva en el duelo es muy útil. Ayudando al doliente a identificar los inevitables pensamientos automáticos disparadores de sentimientos negativos asociados a la pérdida, del tipo “no podré conseguirlo,... me pondré a llorar y arruinaré el bautizo,... ya no sirvo para nada, qué pinto yo en este mundo, nada tiene sentido,...”, y enseñándoles a pararlos mediante detención de pensamientos e inocular ideas positivas, como: “seguro que puedo,... me contendré,... ahora puedo ayudar a mi hija, ella me necesita,... puedo hacerlo,... puedo vivir”, haremos que se sientan francamente mejor y desde luego más capaces. Es una técnica muy rica por su sencillez e inmediatez.

### **5.5.12.- Ejercicio de polaridades.**

En el ejercicio de polaridades hay *dos partes de uno mismo en lucha*, la parte que piensa y la que siente, la que quiere y la que no quiere,... como en el modelo dual; y *una parte habla con la otra*, p. ej. la parte racional habla con la emocional, la masculina con la femenina, ... limándose asperezas y contradicciones entre ambas, haciéndose más tolerables o por lo menos entendibles.

### **5.5.13.- Fantasías y visualizaciones dirigidas.**

Las fantasías y visualizaciones dirigidas, suponen imaginar una situación futura, con rasgos positivos, que se desea alcanzar. Generalmente se tratará de trabajar con las dificultades que presenta la viuda en el presente, ya sea la adquisición de nuevas habilidades o la superación de problemas actuales.

El vivir fantaseando con la imaginación estas situaciones ideales, tratando de lograr el máximo de detalles de esa vivencia ideal, propicia cambios en el presente, para que se puedan conseguir. Del mismo modo sucede, cuando la visualización del futuro es totalmente negativa, influye en el presente impidiendo la mejoría.

### 5.5.14.- Metáforas

El uso de las metáforas como herramienta en las sesiones es también algo a tener en cuenta. El hecho de plantear en una sola imagen (metáfora simple) o en una *narración completa* (en semi-cuento) que contenga la esencia del proceso de la persona, aporta imágenes que permitirán:

- *Elaborar* emociones
- Transmitir *mensajes*. La narración contiene una especie de “moraleja” que el oyente interpreta situando lo que escucha en su propio marco de referencia (y no el del otro), sus preferencias y prioridades. Permite obtener conclusiones, permisos y prever un desenlace más deseable y diferente.
- *Crear* imágenes que acompañan y “aconsejan” de forma simple, sintética y más allá de lo racional

La ventaja del uso de las metáforas (simples o complejas) consiste en que presentan el material de forma simbólica y relevante y que va a acompañar a la persona durante un *largo período de tiempo*; además, con la sola evocación de la metáfora se produce un cambio de óptica en el problema o situación.

Por ejemplo, cuando una mujer que tras la pérdida de su pareja queda como enfadada con la vida, llena de resentimiento y buscando conflictos que resolver (propios o de otros), el relatar una narración en forma de cuento que presente un transcurso similar, le permitirá poner en perspectiva la situación, “aconsejar” al personaje o incluso hacer la crítica de la situación, sin la necesidad de involucrarse ni sentirse juzgada por el terapeuta. O si optamos por una metáfora simple y más directa, decirle que es como un paladín guerrero en su caballo, con la armadura y la lanza buscando guerras para descargar el dolor. Encontramos una fórmula que transmite en una sola imagen un conjunto de mensajes y alternativas.

## 5.6.- Seguimiento y guía de sesiones.

### 5.6.1.- Aspectos generales

- Se harán un total de 7 sesiones.
- La duración de cada sesión será de 45'.
- Si es posible, las sesiones se harán estando *médico y doliente en el mismo lado de la mesa*, con idea de poder utilizar y valorar tanto la comunicación verbal como la no verbal. Esta posición será utilizada siempre que el médico se sienta cómodo en ella.
- Si en algún momento de la sesión nos parece adecuado el *contacto físico* es conveniente, ante la mínima duda, *pedir permiso* previamente a la viuda.
- Las *sesiones en las primeras fases* del duelo serán *cercanas* (cada dos semanas) ya que tratamos de que afloren los aspectos afectivos, emocionales, relacionados con los recuerdos. *Posteriormente* se van *espaciando*, en la medida en que abordamos otros aspectos con menor componente emocional y más relacionados con la vivencia actualizada de su situación y sus creencias. *Finalmente* con sesiones aún *mas separadas*, que llegan hasta pasado el primer año de duelo, abordamos aspectos del futuro, más prácticos, como la recuperación de habilidades cotidianas que le darán independencia, y *el cierre* de la relación -en esta forma tan especial- con el médico.



- Las hojas de *Datos Básicos* se rellenarán en las primeras sesiones ya que nos van a servir de guía para orientar nuestra intervención.
- *Antes* de cada sesión, revisar los Datos Básicos de la persona en duelo y las notas de las sesiones previas.
- *A lo largo de cada sesión* tener en cuenta la aplicación de las técnicas generales (REFINO), utilizar las específicas en la medida que sean adecuadas a la situación (tenerlas en la mente como recursos terapéuticos a utilizar), y traer también a la mente el esquema temporal, abordando y relacionando el pasado, presente y futuro.
- *Después* de cada sesión, hacer un resumen de los contenidos indicando además las técnicas aplicadas. Se puede usar como guía la Hoja de Control de Sesiones (Anexo IV).

### 5.6.2.- Estructura de las sesiones

- Antes de comenzar la sesión se hará una *acogida “social”* sin entrar en el tema.
- *Utilizar siempre el nombre de la persona en duelo* y también el de el fallecido.
- Comenzar cada sesión haciendo *un resumen* del contenido de la última sesión (“si te parece bien, vamos a recordar lo que hablamos la última vez”) o más amplio si nos parece adecuado (“quizá sería bueno recordar, cómo han ido las cosas desde que murió tu marido”). *Dar un espacio*, por si quiere hacer algún comentario antes de empezar la sesión o si quiere abordar ese día algún tema específico. Si queda algún tema pendiente, recordarlo también.
- Los contenidos de las sesiones los marcará la persona en duelo. La primera fase de duelo agudo se orienta al apoyo y acompañamiento para facilitar la verbalización y libre *expresión de sentimientos y recuerdos*. Posteriormente se prestará mas atención a sus *creencias* en relación con el difunto (lo que piensa, lo que siente, lo que hace etc.) y se fomentará una actitud crítica hacia ellas, mirándose desde fuera como un espectador. Finalmente abordaremos las dificultades que tiene para integrarse de nuevo en su mundo, clarificando sus *habilidades*, utilizando los recursos de que dispone, fomentando las actividades lúdicas y las *relaciones sociales*, que deberán enfocarse desde otro contexto (ya no es pareja y esto dificulta o impide las relaciones con parejas, como antes), buscando crear nuevas relaciones, aprendiendo de nuevo a gozar sin sentirse culpable.
- El uso del tiempo a lo largo de las entrevistas, es un importante instrumento para elaborar las emociones, integrar las pérdidas y proyectar los cambios y metas a establecer en el futuro. Es por ello que en cada entrevista debemos tener presente que hay que “recorrer” con el paciente tres espacios diferentes del tiempo, pero que confluyen en su proceso:
  - 1.- *El pasado*: En cada entrevista, atender a la expresión de sentimientos, emociones y/o recuerdos. Para ello utilizaremos al menos, la escucha activa y/o la facilitación de la expresión emocional.
  - 2.- *El aquí y ahora*: Revisando, escuchando y/o analizando cómo el pasado se integra (o no), se asienta (o no) en el presente, y facilitando en lo posible la toma de decisiones apropiadas a la sana satisfacción de necesidades.
  - 3.- *Futuro*: Cerrando la sesión con:
    - a) Un acuerdo (“contrato”) claro, concreto y simple que implique en el futuro (puede ser próximo o medio) la realización de conductas orientadas a lo que explicábamos en el párrafo anterior.
    - b) Una visualización de sí misma: imaginándose logros, situaciones de bienestar social, personal, etc. que resuelven la tendencia que a menudo

estaba larvada de “lealtad” al ausente desde el mantenimiento del malestar. Imágenes o fantasías que transmitan en definitiva un “permiso” para entrar y sentirse progresivamente mejor en su propia vida.

- Al final de la sesión hacer un *resumen* de las técnicas de Informar, Normalizar y Orientar utilizadas, que le sirvan de reflexión y ayuda hasta la próxima cita, haciendo quizá hincapie en los aspectos de un *futuro* esperanzador (ej. “como ves el dolor y el enfado que sientes, es algo que sucede normalmente a las personas cuando pierden a alguien tan importante en su vida. Este sufrimiento irá mejorando pero lo más probable es que pases por momentos buenos y malos durante un tiempo”)

### 5.6.3.- Sesiones especiales

- En la *primera* sesión se explicará el número, periodicidad y duración de las sesiones.
- En la *sexta* sesión, próxima al cabo de año, se hará una prevención específica del empeoramiento por el aniversario y se anunciará que la siguiente será la última.
- Al final de la *última* sesión se hará un resumen del contenido de las sesiones previas y una orientación positiva hacia el futuro, dejando abierta la posibilidad de posteriores consultas.

## VI.- BIBLIOGRAFIA

Allumbaugh DL, Hoyt WT. Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. Journal of Counselling Psychology 1999; 46: 370-80.

Bajo J, García-García JA, Landa V, Marijuán L, Rodríguez JJ. Cuidado del enfermo terminal visto por el médico de familia. Aten Primaria 1990; 7: 538-46

Berger AS. Quoth the raven: bereavement and the paranormal. Omega 1995; 31: 1-10.

Bild RE, García-García JA, Landa V. Aproximación al paciente muriente. Bilbao: Sociedad Vasco-Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria; 1988.

Bonanno GA, Keltner D, Holen A, Horowitz MJ. When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. J Pers Soc Psychol 1995; 69: 975-89.

Bowlby J, Parkes CM. Separation and loss. In: Anthony EJ, Koupernick C, eds. The child in his family, Vol 1 of The International Yearbook of Child Psychiatry. New York: Wiley; 1970. p 197-216. [Traducido al castellano: Bowlby J y otros. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata; 1986. p. 105-27]

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 3. Loss, sadness and depression. London: The Hogar Press; 1980. [Traducido al castellano: La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Paidós; 1990]

Borins M. Grief counselling. Can Fam Physician 1995; 41: 1207-11

Caserta MS, Lund DA. Bereavement stress and coping among older adults: expectations versus the actual experience. *Omega*; 1992; 25: 33-45.

Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 427-30.

Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR, Dohrenwend BP. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. En: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, eds. *Psychiatric Epidemiology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994. p 401-36.

Doka KJ. Disenfranchised grief. Doka KJ, ed. *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. New York: Lexington Books; 1989. p 3-11.

<http://www.eustat.es/spanish/estad/tablas/tbl0000700/tbl703.html>

Fawzy MI, Fawzy NW, Pasnau RO. Bereavement in AIDS. *Psychiatr Med*, 1991; 9: 469-82.

Fortner BV. The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review [dissertation]. Memphis Univ.; 1999.

Freud S. Traner und melancholie. *Int Z Psychoanal* 1917; 4: 288-301. [Traducido al castellano: Duelo y melancolía. En: *Biblioteca Sigmund Freud*. Tomo 6. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997: 2090-100].

García-García JA. How applicable are Anglo/American concepts of bereavement care in palliative care settings in Spain?. En: *Proceedings of the 5th Congress of the European Association for Palliative Care*; 10-13 September 1997; London, U.K. London: EAPC; 1997. p. S18-19.

García-García JA. De la multidimensionalidad del duelo o las distintas caras de la pérdida. En: *Proceedings del II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*; 6-9 Mayo 1998; Santander, España; 1998. p. 275-81.

García-García JA, Landa V, Trigueros MC. El proceso de duelo en atención primaria. En: *De la Revilla L, ed. Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria* 1995. Madrid: Saned, 1995; 181-207.

García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 475-83.

García-García JA, Oruña O, Bajo J, Pérez M. Implementación de un grupo de duelo en atención primaria. En: *Proceedings del II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*; 6-9 Mayo 1998; Santander, España; 1998. p. 338-9.

Grimberg L. *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1971.

- Harris T, Kendrick T. Bereavement in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br J Gen Pract* 1998; 46: 1560-4.
- Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 41-52.
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
- Horowitz MJ, Wilner N, Marmar C, Krupnick J. Pathological grief and the activation of latent self images. *Am J Psychiatry*, 1980; 137: 1157-62.
- Jacobs S. *Traumatic Grief: Diagnosis, Treatment, and Prevention*. Philadelphia: Taylor&Francis; 1999. p 89-101.
- Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman I, Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 269-74.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77: 283-7.
- Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 275-96.
- Kennet JD. *Disenfranchised Grief*. En : Kenneth JD. *Disenfranchised Grief: recognizing hidden sorrow*. New York: Lexington Books, 1989; 3-11.
- Klass D. Developing a cross-cultural model of grief: the state of the field. *Omega*: 1999; 39: 153-78.
- Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan; 1969. [Traducido al castellano: *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo; 1989].
- Landa V. Intervención en duelo antes y después de la muerte. En: *Proceedings del III Congrés de la Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives; 20-22 Maig 1999; Reus, España; 1999*).
- Lee E, Kessler D. Bereavement care. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 689.
- Lieberman MA. Bereavement self-help groups: a review of conceptual and methodological issues. En: Stroebe MS, Sroebe W, Hanson RO, eds. *Handbook of bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p 411-26.
- López M, Ela M, Bartolomé N, Gómez J, García-García JA. Is the use of the health care system increased by grief?. *Proceedings of the 7<sup>th</sup> Congress of the European Association for Palliative Care; 2001 April 1-5; Palermo, Italy*. Milano: EAPC; 2001. p. 157.
- Maddison D, Viola A. The health of the widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res* 1968; 12: 297-306.

- Montoya-Carrasquilla J. Facilitando el duelo normal del adulto. *Psicogeriatría* 1993; 9: 35-44.
- Olmeda MS. *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Master Line; 1998.
- OMS. *Alma Ata 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978
- Osterweis M, Killilea M, Greer D, Silverman P, Klerman G. Bereavement intervention programs. En: Osterweis M, Solomon F, Morris G, eds. *Bereavement. Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: National Academy Press; 1984. p 239-79.
- Osterweis M, Solomon F, Morris G. Conclusions and recommendations. En: Osterweis M, Solomon F, Morris G, eds. *Bereavement. Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: National Academy Press; 1984. p 283-95.
- Pangrazzi A. *La perdida de un ser querido*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993.
- Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health-a study of the medical records of widows. *Brit Med J* 1964; 2: 274-9.
- Parkes CM. *Bereavement. Studies of grief in adult life*. London: Tavistock; 1972.
- Parkes CM. Bereavement counselling: does it work? *BMJ* 1980; 281: 3-6.
- Parkes CM. Bereavement. En : Doyle D, Hanks GWC, Mc Donald N, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1993; 665-78.
- Parkes CM. *Bereavement. Studies of grief in adult life*. London: Routledge; 1996.
- Parkes CM. Bereavement in adult life. *BMJ* 1998; 316: 856-9.
- Potocky M. Effective services for bereaved spouses: a content analysis of the empirical literature. *Health Soc Work* 1993; 18: 288-301.
- Prigerson HG, Shear MK, Jacob SC, Reynolds III CF, Maciejewski PK, Davidson JRT et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 67-73.
- Prigerson HG, Jacobs SC. Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". *JAMA* 2001; 286: 1369-76.
- Roberts P, Vidal LA. Perpetual care in cyberspace: a portrait of memorials on the web. *Omega* 1999-2000; 40: 521-45.
- Sanders CM. *Grief: the mourning after*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- Saunderson EM, Ridsdale L. General Practitioner' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ* 1999; 319: 293-6.

Sklar F, Hartley SF. Close friends as survivors: bereavement patterns in a "hidden" population. *Omega*, 1990; 21: 103-12.

Stroebe MS. New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *Palliat Med* 1998; 12: 5-12.

Tizón JL. El duelo en atención primaria a la salud (I). *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1996(a); 3: 547-66.

Tizón JL. El duelo en atención primaria a la salud (II). *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1996(b); 3: 642-63.

Tudiver F, Permaul-Woods JA, Hilditch J, Harmina J, Saini S. Do widowers use the health care system differently? Does intervention make a difference? *Can Fam Physician* 1995; 41: 392-400.

Wambach JA. The grief process as a social construct: *Omega*: 1985-86; 16: 201-11.

Walsh F, McGoldrick M. *Living beyond loss. Death in the family*. New York: Norton; 1991. p 1-29.

Walter T. A new model of grief: bereavement and biography. *Mortality* 1996; 1: 7-25.

Weiss L, Frischer L, Richman J. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital-based support program. *Clin Perinatol* 1989; 16(4): 1009-19.

Woof WR, Carter YH. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (part 2). *Br J Gen Pract* 1997; 47: 509-14.

Worden JW. *Grief counselling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner*. London: Routledge; 1991. [Traducido al castellano: *Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 1997]

Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol* 1989; 3: 349-57.

Zisook S. Unresolved grief. En: Zisook S, ed. *Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987. p 23-34.

Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1346-52.

## **VII.- ANEXOS**

### **Anexo I.**

Hoja de Datos Básicos

## **Anexo II.**

Folleto para la viuda

## **Anexo III.**

Folleto para familiares y allegados

## **Anexo IV.**

Hoja de Control de Sesiones