

Tema 11. El Duelo¹



1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN Y ETAPAS
3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO
4. EL DUELO EN LOS NIÑOS
5. EL DUELO PATOLÓGICO
6. ESTRATEGIAS DE AYUDA A LAS PERSONAS EN DUELO
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Perder a un ser querido representa una transición vital que para muchas personas y familias es difícil de afrontar, máxime cuando la sociedad occidental no facilita los esquemas y los apoyos emocionales e instrumentales necesarios para llevarla a cabo. Recientes investigaciones sobre el proceso de duelo revelan que el modelo sociocultural que pauta una respuesta inmediata a la pérdida y la posterior recuperación presenta una rigidez extrema. Así patrones tan admitidos como decir adiós a la persona fallecida en un tiempo inferior a dos años y finalizar el proceso con una aceptación sin reservas de la pérdida se ha convertido en metas que muchos individuos y familias tratan de alcanzar sin éxito (Ochoa de Alda, 2002).

Los diplomados en enfermería deben poseer las habilidades necesarias para ayudar a las personas que sufren. El sufrimiento humano puede ser causado por diversas razones, la muerte de un ser querido es una de ellas. Los profesionales de la salud, en muchas ocasiones, no podemos evitar la muerte ni el sufrimiento que ello provoca, pero esto no va a impedir que debemos prestar una ayuda necesaria y eficaz en unos momentos de intenso dolor. Además, el conocimiento del proceso de duelo normal y de sus posibles complicaciones nos va a evitar el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias.

¹ Parte del contenido de este tema aparece publicado en el artículo: Ortego MC y Alconero AR (2001). El duelo. *Enfermería Científica* 236-237, 46-51.

2. DEFINICIÓN Y ETAPAS

El duelo, del latín dolus: dolor, puede ser definido como: el proceso por el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido. Existen otras muchas definiciones (Freud,1917; Bowlby,1980; Carpenito,1987; Calvet, 1996; Lafuente,1996; Valdés y Blanco,1997; DSM-IV) y para algunos autores el duelo puede ser experimentado ante cualquier pérdida y no necesariamente implica la muerte de un ser querido.

El duelo es un proceso, y no un estado, natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso. Como señalan Pérez et al. (2000), gráficamente se podría representar por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos, con periodos de descanso aparente y nuevas embestidas, cada vez, generalmente, de menor intensidad.

Se han propuesto repertorios de fenómenos o síntomas que suelen estar presentes en los procesos de duelo. El cuadro 1 presenta un ejemplo de éstos. Se trata de repertorios que son útiles en la medida en que permiten que el profesional de la salud tenga constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal. El inconveniente de estos repertorios es que pueden transmitir la idea de un cuadro fijo y hacer olvidar que el duelo es un proceso, con una historia, en la que unos y otros se suceden o se simultanean (Fernández y Rodríguez, 2002).

<p>SENTIMIENTOS: TRISTEZA, RABIA (INCLUYE RABIA CONTRA SÍ MISMO E IDEAS DE SUICIDIO), IRRITABILIDAD, CULPA Y AUTORREPROCHES, ANSIEDAD, SENTIMIENTOS DE SOLEDAD, CANSANCIO, INDEFENSIÓN, SHOCK, ANHELO. ALIVIO, ANESTESIA EMOCIONAL...</p> <p>SENSACIONES FÍSICAS: MOLESTIAS GÁSTRICAS, DIFICULTADES PARA TRAGAR O ARTICULAR, OPRESIÓN PRECORDIAL, HIPERSENSIBILIDAD AL RUIDO, DESPERSONALIZACIÓN, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, DEBILIDAD MUSCULAR, PÉRDIDA DE ENERGÍA, SEQUEDAD DE BOCA, TRASTORNOS DEL SUEÑO...</p> <p>COGNICIONES: INCREDULIDAD, CONFUSIÓN, DIFICULTADES DE MEMORIA, ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN, PREOCUPACIONES, RUMIACIONES, PENSAMIENTOS OBSESIVOS, PENSAMIENTOS INTRUSIVOS CON ÍMÁGENES DEL MUERTO...</p> <p>ALTERACIONES PERCEPTIVAS ILUSIONES, ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES, GENERALMENTE TRANSITORIAS Y SEGUIDAS DE CRÍTICA, FENÓMENOS DE PRESENCIA...</p> <p>CONDUCTAS: HIPERFAGIA O ANOREXIA, ALTERACIONES DEL SUEÑO, SUEÑOS CON EL FALLECIDO O LA SITUACIÓN, DISTRACCIONES, ABANDONO DE LAS RELACIONES SOCIALES, EVITACIÓN DE LUGARES Y SITUACIONES, CONDUCTA DE BÚSQUEDA O LLAMADA DEL FALLECIDO, SUSPIROS, INQUIETUD, HIPERALERTA, LLANTO, VISITA DE LUGARES SIGNIFICATIVOS, ATESORAMIENTO DE OBJETOS RELACIONADOS CON EL DESAPARECIDO...</p>

CUADRO 1. MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO (FERNÁNDEZ Y RODRÍGUEZ, 2002)

Como ya he indicado en un párrafo anterior, en el proceso de duelo se han establecido varias fases, pero no existe un acuerdo entre los autores a la hora de determinar su número. Así, nos encontramos con autores que afirman la existencia de tres etapas (Grollman, 1986; Rando,1988; Bourgeois y Verdoux, 1994; Filgueira, 1995; Valdés y Blanco, 1997; Neimeyer, 2000 En: Ochoa de Alda, 2002), cuatro (Bowlby, 1983b; Fernández y Rodríguez, 2002) y hasta cinco fases (Kübler-Ross,1974; Parkes, 1975).

Aunque los autores difieren en el número y en su denominación, en líneas generales, todas ellas tienen bastantes puntos en común, como: un primer momento de aturdimiento, “embotamiento”, incredulidad, negación, shock o gran impacto emocional, en el que la persona puede llegar a poner en duda o no aceptar la triste realidad. Una serie de estadios intermedios (una, dos o tres fases, según los autores) en los que nos podemos encontrar con: desorganización, desesperanza, depresión y sentimientos de cólera e ira generalizada dirigida contra aquellos a quienes se considera responsable de la muerte (los médicos, el propio fallecido por no cuidarse, las enfermeras, etc.), contra si mismo, autculpabilizándose (“si hubiera hecho esto o aquello, ahora estaría vivo”, “si no me hubiera portado mal con él, ...”) e incluso puede manifestar hostilidad contra aquellos que intentan proporcionar consuelo. Por último, una etapa final en la cual aparece la reorganización y la aceptación de la pérdida.

Otra característica común en todos los autores consultados (Küber-Ross, 1974; Parkes, 1975; Bowlby 1983b, Grollman, 1986; Rando, 1988; Bourgeois y Verdoux, 1994; Filgueira, 1995; Valdés y Blanco, 1997; Ochoa de Alda, 2002) es el hecho de considerar las etapas como no universales, es decir que no necesariamente las personas en duelo deben atravesar por todas ellas ni seguir una determinada secuencia.

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO

Superar un duelo requiere tiempo y un gran esfuerzo personal. El esfuerzo que debe hacer el doliente para superar la pérdida de forma “normal” es lo que varios autores han denominado “trabajo de duelo²” (Freud, 1917; Lindeman, 1944; Kübler Ross, 1974; Wordon, 1983; Osterweis et al. 1984; Rando, 1988; Wright, 1991; Ripoll, 1997). El trabajo de duelo incluye: estar activo, expresar los sentimientos, construirse una nueva identidad y rehacer la vida.

La duración del duelo es siempre variable y depende de distintos factores, que posteriormente expondré, pero, en general, los sentimientos más intensos y agudos empiezan a remitir entre los seis meses (Casanueva y Rallo 1985) y uno (Bowlby, 1983a; Filgueira, 1995) o dos años (Bourgeois y Verdoux 1994; Espina et al., 1993; Espina, 1995; Lafuente, 1996; Valdés y Blanco, 1997). Después de la pérdida, algunas personas, continúan experimentando sentimientos de duelo durante un periodo aún más largo. Este largo proceso no se considerará anómalo, a no ser que sea de tal intensidad que le impida al superviviente adaptarse, reorganizando su vida y reintegrándose al mundo real.

Ciertos elementos: una fecha (ej: fiestas de Navidad, cumpleaños, aniversarios, día de la defunción, etc.), una canción, un lugar, etc. pueden reavivar el duelo, después de haber prácticamente desaparecido. Con el paso del tiempo la intensidad de los sentimientos emocionales experimentados se va mitigando. Podemos afirmar, en este sentido, que el tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a recordar con serenidad los hechos, adaptarse al cambio y calmar los sentimientos. Sin embargo, que “el tiempo todo lo cura”, “sólo se necesita tiempo”, “con el tiempo el dolor es menor”, sólo es cierto si se toma el duelo como un trabajo, se afronta la pérdida sin negarla, inhibirla o posponerla y se atraviesa por el dolor sin evitarlo.

Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer algún tipo de intervención a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, falta de personas con las que compartir su dolor, falta de recursos para afrontar la vida sin lo perdido, circunstancias

²Corresponde a Sigmund Freud el mérito de haber abordado el duelo como un trabajo de elaboración de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado (Fernández y Rodríguez, 2002)

especiales de la pérdida o de la relación...) o, bien sólo a aquellas personas que lo solicitan por propia iniciativa, o las que muestran dificultades detectables para afrontar la muerte (Fernández y Rodríguez, 2002; Pérez et al. 2000).

En la resolución normal de un duelo influyen una serie de factores (Novel y Lluch, 1991; Espina, 1995; Ripoll, 1997; Valdés y Blanco, 1997) como:

- ✓ Recursos personales de afrontamiento y adaptación a las crisis
- ✓ Circunstancias específicas de la muerte. Resulta más difícil aceptar la muerte cuando es repentina e imprevista (Filgueira, 1995; Valdés y Blanco, 1997; Neimeyer et al., 2002). Autores como Sheskin y Wallace (1976) y Macías et al. (1996) han comprobado que el duelo es de mayor gravedad cuando la muerte no se previno o anticipó, sería lo que Weisman (1976) llamó muerte intempestiva.
- ✓ Vínculos y significado de la pérdida. Comparando las respuestas de los adultos ante la muerte del cónyuge, de un hijo y de un padre, son muertes de mayor impacto la del hijo y la del cónyuge, porque la de los padres, la mayoría de las veces, ha sido anticipada por el sujeto como algo que cabía esperar, y porque es un tipo de muerte que exige mucho menos reajustes cotidianos (Lafuente, 1996). En este sentido, Valdés y Blanco (1997) afirman que la reorganización es mucho más difícil en personas de edades avanzadas que sufren la muerte de un cónyuge lo que ocasiona que, a veces, el fallecimiento del viudo/a acaezca al poco tiempo.
- ✓ Recursos de apoyo disponibles. La red de apoyo (familiares, amigos, vecinos, grupos de autoayuda...) adquiere una importancia capital (Caplan, 1974; Cohen y Syme, 1985). Está demostrado que el apoyo social es un factor fundamental en la salud física y psíquica, de manera que los sujetos con buen apoyo social pueden tolerar las situaciones de estrés sin enfermar, mientras que las mismas situaciones pueden provocar graves desarreglos somáticos y psíquicos si no se cuenta con una buena red de apoyo que ayude a afrontar las situaciones críticas (Espina, 1995).
- ✓ Estado físico y emocional. Clayton (1985) indica que el mejor predictor de desenlace negativo del duelo es la falta de salud física o mental anterior al deceso. Macías et al. (1996), en este sentido, afirman que la existencia de antecedentes psiquiátricos va a repercutir negativamente en el trabajo de duelo. Además, varios autores han puesto de manifiesto un aumento de la vulnerabilidad a la enfermedad en las personas que han perdido un ser querido y se están adaptando a esta pérdida, por lo que es frecuente que presenten alteraciones de la salud (Parkes, 1964; Madison y Viola, 1968; Glick et al., 1974; Hilton, 1974; Prado de Molina, 1978; Osterweis et al., 1984 Bourgeois y Verdoux, 1994; Simón, 1996; Bayés, 2001) lo cual puede también repercutir negativamente en el proceso de duelo.

4. EL DUELO EN LOS NIÑOS

Bastantes adultos consideran que los niños pequeños no comprenden la muerte ni se sienten afectados por ella, pero no es así. Esta falsa idea se desprende de su forma de comportarse muchas veces como si no hubiera pasado nada. El niño tiende a vivir más en el presente, tiene lapsos de atención más cortos y se distrae con facilidad, por lo que son más las ocasiones en las que puede olvidarse de su aflicción, actuando como si nada hubiera pasado. Eso no quiere decir que haya olvidado al difunto o que no lo eche de menos (Lafuente, 1996)

Diversas investigaciones comprueban que los niños son conscientes de la muerte y pueden sentir una gran aflicción por la de un ser querido. Los niños alcanzan un entendimiento de ambos,

enfermedad y muerte, en diferentes etapas, a través de un proceso que depende de su nivel evolutivo y madurez cognitiva, más que de su edad cronológica (Die Trill, 1996). Generalmente a partir de los nueve años los niños poseen una noción madura de lo que significa morir, aunque esta edad puede verse considerablemente disminuida, y así se ha demostrado que algunos niños muestran conciencia de la universalidad de la muerte tan pronto como a los cuatro años. Estudios realizados con niños que padecen una enfermedad terminal han revelado por ejemplo que, como consecuencia de su experiencia directa y cotidiana con ella, tienen de la muerte un conocimiento más exacto, completo y profundo, que niños saludables de su misma edad (Abengózar y Zacarés, 1994; Die Trill, 1996; Lafuente, 1996). Otras experiencias personales (muertes de parientes cercanos, de animales domésticos, ideas transmitidas en la familia y en la escuela, etc.) también pueden favorecer el que los niños de corta edad consideren la muerte como universal e inevitable. En general, el desarrollo del concepto de muerte va a depender de tres factores (Abengózar y Zacarés, 1994): su nivel de maduración, su experiencia y el conocimiento del tema a través de la información aportada por otras personas (ej: padres, abuelos, profesores, etc.).

Las teorías acerca de la adquisición de concepto de muerte en sucesivas etapas representan una expansión de los trabajos originales que realizó Nagy (1948) en niños húngaros de la posguerra. Basándose en sus resultados, Nagy definió tres etapas principales en la adquisición del concepto de muerte: la muerte como partida o sueño, la muerte como hecho negativo inevitable que es consecuencia de malos comportamientos, y la muerte como una experiencia universal que representa el final de la vida corpórea. Algunos autores, posteriormente, han corroborado estos hallazgos aunque otros no.

Actualmente, más que el establecimiento de una serie de etapas, los estudiosos del tema indican una serie de ideas asociadas a la muerte relacionadas con un rango de edad (Die Trill, 1996, Lafuente, 1996). Estas son las siguientes:

Hacia los cuatro o cinco años los niños empiezan a desarrollar algunas nociones acerca de la muerte por ejemplo, el niño observa que la ausencia de movilidad es una característica de los organismos muertos. Piensa que la muerte es algo temporal causado por una fuerza externa de la cual no es imposible el rescate, y que los muertos comen, oyen, respiran, ven y piensan. Durante esta etapa rige el pensamiento mágico. Es por ello que con frecuencia la enfermedad y la muerte se perciben como un castigo por malos pensamientos o acciones. Se asocia la muerte a la vejez y no se relaciona con las personas próximas, ni consigo mismo. A medida que el niño crece, su experiencia le lleva a conocer otras cosas que pueden provocar la muerte además de la vejez: accidente, enfermedad y violencia.

Entre el quinto y el noveno año (etapa escolar) el niño comprende que los organismos muertos no sólo permanecen inmóviles sino que también desaparecen. Fantasías y realidad se siguen confundiendo en la mente del niño, de modo que no es sorprendente que relacione la muerte con el sueño o con un ser sobrenatural.

A partir de los nueve años, la mayor parte de los niños, poseen un concepto maduro, abstracto de la muerte que implica: universalidad, irreversibilidad y permanencia (Die Trill, 1996).

En cuanto al proceso de duelo, los niños suelen pasar en su duelo por etapas similares a las descritas en los adultos (Lafuente, 1996). Los síntomas más comunes del duelo infantil son conducta regresiva superdependiente, miedos, ansiedad de separación, trastornos del sueño, problemas de disciplina, impaciencia y desasosiego, dificultades de aprendizaje, trastornos de la alimentación, enuresis, conducta agresiva, conducta inhibida, aislamiento social tristeza, depresión, fantasías de muerte, quejas somáticas, sentimientos de culpabilidad, de desamparo y de rechazo, rabietas, y explosiones emocionales (Lafuente, 1996). Cuanto más pequeños son los niños más probable es que muestren síntomas conductuales (Lafuente, 1996).

En nuestra sociedad es bastante habitual mantener apartados a los niños de la muerte y de cuanto la rodea y, con frecuencia se les oculta información o se enmascara, proporcionándoles información deformada y equivoca. No es raro que se le diga a un niño pequeño que quien ha muerto se ha ido de viaje, que ha sido trasladado a otro hospital, que es como si se hubiera dormido, o que se ha ido al cielo. Todas estas imprecisiones pueden acarrear más inconvenientes que ventajas (Lafuente, 1996).

Por ejemplo, la última explicación resulta lógica en una familia creyente, pero provoca discrepancias en una que no lo es. Y en cualquier caso, si no se le dan explicaciones precisas al niño, éste puede pensar que el cielo es un lugar distante, pero del que se puede volver. La explicación que utiliza la metáfora del sueño, puede conducir a que el niño considere que irse a dormir es peligroso. El viaje o el traslado no son sino una forma de demorar la noticia.

Hablar con un niño acerca de la muerte suscita elevada ansiedad en los adultos, pero es importante que fomentemos una comunicación clara en las familias donde se ha producido la muerte de un familiar significativo para el niño. Debemos tener en cuenta que el nivel cognitivo y la experiencia de un niño son menores, por lo que es más fácil que haga inferencias erróneas si no se le ofrece información clara y precisa, o si no se le deja hacer preguntas. Por eso es importante proporcionar al niño una información veraz y adaptada a edad, así como permitir que nos pregunte, aclarando sus dudas, errores y temores. A veces los niños, como consecuencia de la pérdida, pueden temer otras pérdidas y esa ansiedad puede llevarles a conductas difíciles de comprender: se pueden mostrar, por ejemplo, muy ansiosos ante cualquier situación que implique separación respecto a sus figuras de apego.

No existe una manera apropiada o correcta de hablar sobre la muerte con un niño. Si existen términos que facilitan el diálogo y maneras de comunicarse que favorecerán la aceptación de la información por parte del niño, y la expresión de sus ansiedades. El tono de voz y el comportamiento no verbal frecuentemente transmitirán tanta información como la conversación misma. De ahí la importancia del contacto físico durante la discusión. Se debe hablar con sencillez y ser consistentes en la información que se transmite. Se deben evitar, asimismo, las explicaciones demasiado detalladas que puedan confundir al niño, y los conceptos que se transmitan deben traducirse al lenguaje y nivel de comprensión del niño (Die Trill, 1996).

Se debe evitar el uso de eufemismos³ o palabras que pueden crear confusión o tener significados diferentes para el niño, utilizándose los términos “muerte” o “morir” cuando sea necesario. Así, es más adecuado decir “Juan se ha muerto” que “hemos perdido a Juan” o que “Juan está haciendo un viaje del que nunca va a regresar”. Se debe aclarar, asimismo, que la muerte no es el resultado de malas acciones o pensamientos, así como se deben observar las reacciones del niño y responder a sus preguntas honesta y sencillamente (Die Trill, 1996).

5. EL DUELO PATOLÓGICO

El duelo no se considera como un trastorno psíquico, sino como una reacción normal ante una situación de pérdida (Lindeman, 1944; Macías et al., 1996; Allué, 1998). En este sentido, no sería normal la ausencia de esta respuesta. La diferencia entre un duelo normal y uno patológico estriba en la intensidad y duración de las reacciones emocionales (Pancrazzi, 1993; Filgueira, 1995). La incidencia⁴ y prevalencia⁵ de duelo patológico oscilan según diferentes autores entre el

³ Eufemismo: Manifestación suave o decorosa de ideas cuya recta y franca expresión sería dura o malsonante (Diccionario de la Real Academia Española, vigésima primera edición)

⁴ Incidencia: el número de casos nuevos que aparece en un tiempo determinado (Figuerola, 1997, p.10). La incidencia se suele expresar con formulas del tipo: nº de personas inicialmente libres de una enfermedad que han

5-20% de las reacciones de duelo. Además de la presencia intensa o duradera de este tipo de conductas, también se consideran duelos patológicos los siguientes (Abengózar y Zacarés, 1994; Lafuente, 1996):

- ✓ Duelo reprimido. El sujeto no se aflige por la pérdida e incluso a veces se vanagloria de su autocontrol, como si rehusara sentir dolor por el fallecimiento de un ser querido. Sin embargo, aunque no manifiesta sus emociones, como suele ser habitual en el duelo normal, presenta diversos síntomas físicos, producto de su represión, como jaquecas, trastornos gastrointestinales, etc.
- ✓ Duelo aplazado. El sujeto no exterioriza ningún tipo de sentimiento relativo a su pérdida, pero al cabo de cierto tiempo, con motivo de una pérdida diferente e incluso menos importante, la muerte de un animal de compañía, por ejemplo, reacciona con manifestaciones de aflicción bastante exageradas, que están motivadas realmente por la primera pérdida.
- ✓ Duelo crónico. El sujeto manifiesta un duelo intenso, durante un tiempo más prolongado de lo que se considera normal. La aflicción es tal, que no le permite reorganizar su vida. Es posible que se combine con la “momificación” (Gorer, 1965), que consiste en dejar las cosas del difunto tal y como estaban cuando vivía. También puede aparecer la “conmemoración”, hacer algún tipo de homenaje o ritual diario en relación con el difunto.
- ✓ Idealización. El sujeto recuerda únicamente las características positivas del difunto y, a veces, establece comparaciones continuas entre aquél y otras personas, saliendo éstas siempre en desventaja de esta confrontación. Esta desvalorización de toda persona, distinta del fallecido puede acarrear serios problemas en las relaciones con ellas, e impedir que el superviviente entable otras relaciones, porque piensa que la “perfección” sólo se alcanza una vez.
- ✓ Identificación. El sujeto manifiesta comportamientos, síntomas, actitudes, calcadas a las del difunto, como si así pretendiera mantenerlo “vivo”.
- ✓ Euforia. Este es el menos frecuente. Se pueden presentar en dos maneras diferentes: en la primera de ellas, la euforia va acompañada de un no reconocimiento de que la pérdida ha ocurrido de hecho, así como de sentimientos persistentes de que el difunto se halla presente. En la segunda modalidad, se acepta la muerte como gratificante para el que ha vivido la pérdida.

Si la idealización o la identificación con el difunto es leve, pasajera y no impide al superviviente reorganizar su vida, pueden ser parte de un duelo normal (Lafuente, 1996).

La presencia de alucinaciones aisladas no debe considerarse patológica ya que resultan relativamente frecuentes, especialmente en ancianos (Macías y cols, 1996). En este sentido, Grimby (1993) encontró que el 82% de las personas viudas ancianas experimentaban, durante el primer mes, ilusiones de presencia del difunto o alucinaciones visuales, auditivas o táctiles. Además, una gran mayoría, manifestaban que este fenómeno alucinatorio les resultaba agradable.

6. ESTRATEGIAS DE AYUDA A LAS PERSONAS EN DUELO

desarrollado la enfermedad durante el periodo de estudio / Total acumulado de población durante el periodo de estudio.

⁵Prevalencia: número de personas que en un momento dado sufren una enfermedad. Se suele expresar en % (Figuerola, 1997, p.10) aplicando fórmulas del tipo: (nº de personas con una determinada enfermedad en el momento en el que se hace un estudio / Población estudiada en el momento que se hace el estudio) x 100.

Los profesionales de la salud, estamos muy cerca de los dolientes y sus familiares. Si tenemos conocimientos del duelo, habilidades para el manejo de emociones y experiencias vitales con el dolor humano, estamos en condiciones de ayudar y consolar de manera eficaz a las personas que pasan por el trance de perder a un ser querido.

De acuerdo con lo que he venido planteado hasta aquí, los objetivos de la intervención deben consistir en favorecer el trabajo de duelo, para ello es importante (Fernández y Rodríguez, 2002):

- ✓ Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- ✓ Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- ✓ Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido.
- ✓ Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

Con el fin de conseguir estos objetivos existen una serie de estrategias que pueden utilizar los diplomados en enfermería para ayudar a las personas en duelo (Cook y Oltjenbruns 1989; Ripoll, 1997;; Fernández y Rodríguez, 2002):

- ✓ Permitir la contemplación del cuerpo del fallecido. Esto es muy importante para evitar posteriores fantasías, temores y fantasmas. Previamente, debemos advertir, si existen, de posibles alteraciones visibles en el cuerpo o de su aspecto actual (intubado, conectado al respirador si es donante de órganos, etc.). También se les permitirá que le toquen y le hablen, “que puedan despedirse”.
- ✓ Avisar, si lo desean, a algún familiar o amigo.
- ✓ Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte. En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió. También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos funerarios, las visitas a la tumba. Si el superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar las fantasías al respecto.
- ✓ Ayudar a identificar y expresar sus sentimientos “a su modo y manera”, manteniendo una comprensión empática y sin forzar nunca la situación.

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

Los sentimientos puestos en juego por la pérdida pueden ser muy variados. Desde luego está el sentimiento de pena por la pérdida. Pero también los de rabia, culpa e indefensión.

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

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

La expresión de la pena por parte del superviviente a veces, puede inducir un estado de malestar y una sensación de impotencia en la persona que trata de brindar ayuda, que siente que no puede hacer nada por evitarlo. Sin embargo el hecho mismo de dar ocasión de expresarla, al escucharla empáticamente, sin tratar de inducir comportamientos alternativos y sin dejar que la sensación de malestar inducido le impulse a huir o a mostrarse dañado, puede ser de excepcional ayuda.

La rabia es otro sentimiento que frecuentemente aparece en los procesos de duelo. Puede aparecer como rabia hacia la persona que se ha perdido (por abandonarnos, por no haberse cuidado...). Pero también es posible que lo haga contra otras personas implicadas en el hecho de la pérdida (los compañeros, los médicos, el conductor de la ambulancia, la policía, los bomberos, otros implicados en el accidente, Dios...). La rabia también puede aparecer contra uno mismo en forma de sentimientos de culpa o de tristeza.

La ideación suicida puede estar también presente. Quien pretende ayudar en esta situación debe explorar la posibilidad de ideas de suicidio, preguntando, por ejemplo, sobre si se ha planteado que no valga la pena seguir viviendo. Si la respuesta es positiva, se debe seguir explorando este aspecto con el fin de averiguar lo estructurada y planeada que está esta idea. Cuando mayor es la estructuración más posibilidades existen de que el sujeto lo lleve a cabo. Frecuentemente los profesionales de la salud, muestra un temor, no justificado, a hacer preguntas encaminadas a explorar la posibilidad de ideación suicida. Explorar la posibilidad de un suicidio, como he mencionado anteriormente, es un temor infundado que puede inhibir la exploración de este aspecto en una persona con elevado riesgo a la que no podremos ayudar si desconocemos este hecho. Hasta la fecha no se conoce ningún caso que sin haberse planteado seriamente el suicidio lo haya llevado a cabo porque se le haya ocurrido a partir de una pregunta de su médico u otro profesional de la salud. En cambio, si el que pretende ser de ayuda ignora que el superviviente está haciendo planes al respecto, cuando esto es así, puede tener consecuencias fatales que quizás se pueden evitar si se le brinda la posibilidad de ventilar esta idea,

Los sentimientos negativos hacia alguien que ha muerto, pueden resultar inaceptables para quien los experimenta y ser negados o despertar fuertes sentimientos de culpa. Pensemos que la frase más corrientemente oída en los funerales es algo así como *“qué bueno era”*. Por ello es probable que el superviviente niegue este tipo de sentimientos si la persona que intenta ayudarle le pregunta por ellos. En esta situación es útil dar primero ocasión de expresar los sentimientos positivos y escucharlos empáticamente con detenimiento para, una vez que el superviviente está convencido de que nos hacemos cargo de ellos explorar los negativos. Una fórmula que, a veces, es útil es preguntar *“¿Qué es lo que le parece que más va a echar en falta de la persona que ha desaparecido?”* y sólo después *“¿Habrá cosas que, en cambio no echará de menos?”*. O la utilización de fórmulas que facilitan la expresión de la ambivalencia *“Me hago cargo de que tuvo una relación de mucho afecto y que su pérdida ha sido muy dura. Hay muchas cosas que va usted a echar mucho en falta. Pero en toda relación hay algunos momentos menos buenos. ¿Cómo eran los momentos en los que pudo haber problemas entre ustedes?”*

Desde luego hay casos en los que sucede precisamente lo contrario y todo lo que se expresan son sentimientos negativos. Aquí los sentimientos negativos pueden estar protegiendo al superviviente de la pena profunda que supondría reconocer que la pérdida

fue importante para él.

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

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

El sentimiento de culpa es más difícil de trabajar cuando hay responsabilidad real en la pérdida (el superviviente que conducía borracho, el compañero que traicionó o abandonó al desaparecido, el familiar que cometió una negligencia clara...).

Los sentimientos de angustia e indefensión son también frecuentes. La angustia puede provenir del sentimiento de indefensión o desamparo por tener que afrontar la vida sin lo perdido. El sujeto que pretende ayudar puede facilitar el manejo de este sentimiento, haciendo que el superviviente analice las posibilidades de desempeño que tiene en su nueva situación.

Otras acciones que igualmente facilitan el proceso de duelo son:

- ✓ Respetar el silencio si el doliente nos hace llegar, mediante comunicación verbal como no verbal, este deseo.
- ✓ Acompañar
- ✓ Escuchar al afligido: dejar que nos cuenten su historia común con el difunto, detalles de su muerte, anécdotas de su vida, sentimientos relacionados con ese ser querido.
- ✓ Compartir información sobre el proceso de aflicción. Hacerles conocer cuáles son las reacciones habituales en estos casos, para que comprendan que no es anormal lo que experimentan. En este sentido es frecuente que algunos de los fenómenos que son normales en los procesos de duelo provoquen en el superviviente o en su entorno miedo a que sean señales de que se está trastornando. Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se cuentan entre los que más frecuentemente provocan estas reacciones. En estas situaciones la persona que pretende ayudar puede tranquilizar informando de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo
- ✓ Permitir diferencias individuales. A pesar de existir manifestaciones comunes, la aflicción de cada persona es única, aun dentro de un mismo grupo familiar y cultural, por ello es preciso indicar que no existen formas correctas o incorrectas de afligirse. Esto evita sentimientos de culpa, si no se ajustan a lo “normativo”.
- ✓ Informarles sobre el hecho de que la duración del duelo es bastante prolongada y que es normal que no desaparezca al poco tiempo. Como he señalado anteriormente, el duelo requiere tiempo. Esto, a veces, no es tan obvio ni para el superviviente, ni para las personas de su entorno, que, en ocasiones pueden presionarle para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

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

- ✓ Informarles de la probabilidad de experimentar un sentimiento transitorio de culpabilidad y traición en el inicio del proceso de reorganización por considerar que no son fieles a la memoria del fallecido, por ejemplo: al intentar rehacer su vida, por ocupar y utilizar lo que era del difunto, etc.
- ✓ Indicar la importancia de mantener una comunicación abierta dentro del sistema familiar.
- ✓ Promover el apoyo emocional e instrumental de otros miembros de la familia y allegados
- ✓ Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin la persona perdida. Supone ayudar al superviviente a poder enfrentar a los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin la persona perdida. La dificultad de esta tarea depende mucho del tipo de relación que existía entre la persona perdida y el superviviente. Puede haberse perdido a la persona que tomaba las decisiones en la pareja, a la que aportaba el sustento o a la que se hacía cargo de tareas imprescindibles como el cuidado del hogar o la educación de los hijos. Puede haberse perdido un compañero sexual. Y de ello derivan problemas prácticos de distinto orden.

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

- ✓ Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones. Los procedimientos puestos en juego para hacer frente al dolor pueden ser, en ocasiones potencialmente peligrosos para la salud mental o para la salud en general, la persona que pretende ayudar debe estar atento a ellos.
- ✓ Identificar patología y derivar. La persona que pretende ayudar a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación. Por ejemplo, en los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y perdurable, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos, etc. En estas situaciones es preciso la derivación a un especialista.

7. CONCLUSIONES

En la sociedad industrial en la que vivimos se ha producido un cambio importante en las costumbres. Uno de estos cambios está relacionado con la muerte. A diferencia de lo que ocurría en épocas pasadas, actualmente la mayoría de las personas que mueren lo hacen en los hospitales. Los diplomados en enfermería (y otros profesionales de la salud) a pesar de estar en contacto continuo con la muerte carecen, en muchas ocasiones, de conocimientos y estrategias para el manejo adecuado de las emociones relacionadas con el sufrimiento humano, lo cual redundará de forma negativa sobre la calidad y la eficacia de su trabajo. Por otro lado, algunos profesionales de la salud consideran que aspectos relacionados con las emociones humanas no

forman parte de su competencia laboral dejando desatendida una gran e importante tarea de su quehacer diario.

Los diplomados de enfermería debemos conocer el proceso de duelo y contar con estrategias para ayudar a las personas que están atravesando esta situación. El objetivo de nuestra intervención no va encaminada a hacer desaparecer el duelo, ya que este es un proceso natural que debe ser atravesado, pero sí que podemos ayudar a mitigar el dolor. Como en otros momentos de la vida debemos permitir a las personas que sufren que nos hablen de su dolor, que expresen sus sentimientos y que sepan que a pesar de no poder evitar la muerte somos capaces de afrontarla, podemos ayudar y, en definitiva, ofrecer un trabajo de calidad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Abengózar MC y Zacarés JJ (1994). Duelo y rituales en terapia de familia: una aportación desde la psicología evolutiva. *Cuadernos de terapia familiar*, 25, 21-40
2. Allué M. (1998). La ritualización de la pérdida. *Anuario de Psicología*, 29(4), 67-82
3. Bayés R. (2001). El duelo. En: Bayés R. *Psicología del sufrimiento y la muerte*. (pp. 174-192). Barcelona: Martínez Roca
4. Bourgeois M y Verdoux H. (1994). Deuil: Clinique et Pathologie: *Encycl. Méd. Chir. Paris Psychiatrie* 37-395.
5. Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss, vol. 111. Loss. Sadness and Depression*. London: The Hogart Press.
6. Bowlby, J. (1983a). The Impact of Death on the Family System. *Journal of Family Therapy*, 5, 279-294.
7. Bowlby, J. (1983b) *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
8. Calvet R. (1996). Una tristeza que no engaña. *Revista Freudiana* (16), 57-68.
9. Caplan, G. (1974). *Support systems asid community mental health*. New York: Behavioral Publications.
10. Carpenito J.L. (1987). *Diagnóstico de enfermería*. México: Interamericana.
11. Casanueva M.A. y Rallo J. (1985). Maternidad y duelo. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* (11), 83-97.
12. Clayton, P.J. (1985). Duelo. En: E.S. Paykel. *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 601-621). Madrid: Pirámide.
13. Cohen, S. y Syme. (1985). *Social support and health*. Orlando FL: Academic Press.
14. Cook, A.S. y Oltjenbruns, K.A. (1989). *Dying and grieving. Lifespan and family perspectives*. N. York: Holt, Rinehart and Winston.
15. Die Trill M. (1996). Aspectos psicológicos del niño con cáncer terminal. Medidas de apoyo y adaptación para el enfermo y su familia. En: González Barón (coord.). *Tratado de medicina paliativa* (pp. 1271-1285). Madrid: Pirámide.
16. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). *Duelo* (pp. 700). Barcelona: Masson.
17. Espina A., Gago J. y Pérez M.M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 4(13), 77-87.
18. Espina A. (1995). El enfermo terminal. Asistencia a la familia y el proceso del duelo. *Cuadernos de terapia familiar* (29), 53-64.

19. Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. *Revista de Psicoterapia*, 13(49), 95-122.
20. Figuerola D (1997). *La comunicación con los pacientes*. Barcelona: ACV
21. Filgueira M. (1995). Psicodrama focal del duelo patológico. *SISO/SAUDE* (25), 17-32..
22. Freud S. (1917). Mourning and melancholia. En: Strachey J(edit.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogar Press.
23. Glick I.O, Weiss R.S. y Parkers C.M. (1974). *The first year of bereavement*. New York: Wiley.
24. Gorer, G. (1965). *Death. grief and Mourning in Contemporary Britain*. London: Tavistock Publications.
25. Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr. Scand*, 87, 72-80.
26. Grollman, E.A.(1986). *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Barcelona: Ediciones 29.
27. Hinton J.M. (1974) *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Ariel.
28. Kübler-Ross, E. (1974). *Questions and answers on death and dying*. NewYork: McMillan.
29. Lafuente M.J. (1996). Familia y muerte. En: Millan M. (dir.). *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico*. (pp. 259-288). Valencia: Promolibro.
30. Lindeman E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *Am. Journal Psychiat.*, 101, 141-148.
31. Maddison DC y Viola A (1968). The health of widows in two year following bereavement. *Journal of Psychosom* 12, 297-306.
32. Macías J.A., Vargas M.L. y Rodríguez M.J. (1996). Perfil clínico del paciente con reacción de duelo. *Informaciones psiquiátricas* (146), 527-534.
33. Nagy M.(1948). The child's theories concerning death. *Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27
34. Neimeyer R., Prigerson H., y Davies B. (2002). Duelo y significado. *Revista de Psicoterapia*, 13(49), 5-24
35. Novel G. y Lluch M.T. (1991). Las pérdidas y el proceso de duelo. En: Novel G. et al. (coord.). *Enfermería psico-social II* (pp. 185-191). Barcelona: Salvat.
36. Ochoa de Alda I. (2002). La experiencia transformadora de la terapia narrativa de duelo. *Revista de Psicoterapia* 13(49), 77-94.
37. Osterweis, M., Solomon, E. y Green, M. (1984). *Bereavement Reactions, Consequences and Care*. Washington. DC. National Academy Press.
38. Pangrazzi, A.(1993). *La pérdida de un ser querido*. Madrid: Ediciones Paulinas.
39. Parkes C.M.(1964) Effects of bereavement on physical and mental health: a study of the medical records of widows. *Br. Med. Journal*, 2, 274.
40. Parkes, C.M. (1975). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Penguin: Hardmondos worth.
41. Pérez P., Hernangómez L y Santiago C. (2000).Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 273-284.
42. Prado de Molina M. (1978). Aspectos psicológicos y sociológicos del duelo. *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 10(1), 57-69.
43. Rando, T.A.(1988). *How to go on living when someone you love dies*. New York: Bantam Books.
44. Ripoll J. (1997).El duelo. *Familia y donación*. Alicante: [http://donación.organos.ua.es/proceso/el duelo3. htm](http://donación.organos.ua.es/proceso/el%20duelo3.htm).
45. Sheskin A. y Wallace S.E. (1976). Differing bereavements: suicide natural and accidental death. *Omega*,7 (2), 29-42.
46. Simón T. (1996). Duelo. Intervención en crisis. *Clínica y Salud*, 7(1), 67-79.

47. Valdés M. y Blanco A. (1997). Reacciones de la familia después de la muerte de un ser querido: duelo, aflicción y luto. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 25(3), 190-196.
48. Weisman A.D. (1976). Coping with untimely death. En: Moos RH (edit.). *Human Adaptation: coping with life crisis*. Levington Mass: DC. Heath & Co.
49. Wordon, J. (1983). *Grief counselling and grief therapy*. London: Tavistock.
50. Wright, B. (1991). *Sudden Death*. Churchill Livingstone. New York: McMillan.