

¿CÓMO SOBRELLEVAR MEJOR EL PROCESO DE DUELO?

Enrique Echeburúa y Paz de Corral

mal) no significa estar *deprimido* (un cuadro clínico). Ello quiere decir que, en la mayor parte de los casos, la superación del duelo no requiere una intervención terapéutica. Los recursos psicológicos de la persona, el paso del tiempo, el apoyo familiar y social y la reanudación de la vida cotidiana suelen ser suficientes para asimilar la pérdida y readaptarse a las nuevas circunstancias (Echeburúa y Herrán, 2007).

El problema psicopatológico se plantea cuando la persona experimenta un sufrimiento insufrible, cuando se encuentra clínicamente deprimida y cuando no cuenta con recursos psicológicos suficientes o sus estrategias de afrontamiento son erróneas. En estos casos el superviviente muestra una incapacidad para adaptarse a la nueva situación planteada tras la pérdida. Es entonces cuando la persona muestra un duelo patológico y necesita ayuda externa para salir adelante y readaptarse a la vida cotidiana.

2. DUELO PATOLÓGICO

El duelo por la muerte de un ser querido puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, cefaleas, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente). Puede haber también una disminución de las defensas del organismo, lo que aumenta la vulnerabilidad del sujeto a padecer enfermedades físicas.

Cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, la duración de la reacción es anormalmente larga (dura más allá de un año) y aparecen síntomas inhabituales (por ejemplo, alucinaciones, referidas a visiones o voces del fallecido, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes), se puede hablar de duelo patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1998). La pena mórbida es la intensificación del duelo hasta un punto en que la persona niega la pérdida, se siente desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado, sin mostrar avances en el proceso de resolución del duelo (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980) (*tabla 1*).

vinculación con la persona fallecida, el tipo de muerte o las circunstancias que rodean la pérdida.

Es decir, la muerte de un ser querido explica los daños provocados por el *primer golpe*. Pero es el significado que ese suceso tiene en la persona lo que puede explicar los efectos más o menos devastadores del *segundo golpe*, que es lo que realmente provoca el duelo patológico.

3. VULNERABILIDAD Y RESISTENCIA AL DUELO PATOLÓGICO

Las diferentes reacciones ante el fallecimiento violento de un ser querido permiten vislumbrar la existencia de personalidades vulnerables, pero también la de personalidades resistentes. En realidad, la experimentación de un duelo patológico depende de una serie de factores (Echeburúa y Corral, 2001):

1. *Inestabilidad emocional previa del paciente*. En concreto, las personas con antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad (dependientes emocionalmente, obsesivas, acomplejadas, etcétera) corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico en el caso del fallecimiento violento de un ser querido. Asimismo las personas con una salud delicada son las que tienden a caer más fácilmente enfermas durante el duelo (Clayton, 1985).
2. *Experiencia negativa de pérdidas anteriores*. Es más probable sufrir un duelo patológico cuando una persona ha experimentado muchas o recientes pérdidas y cuando la reacción ante las anteriores ha sido particularmente intensa o duradera.
3. *Variables psicosociales desfavorables*. Así, por ejemplo, son factores de riesgo estar en una situación económica precaria, hacerse cargo de niños pequeños, no tener posibilidad de rehacer la vida, contar con una familia muy reducida, etcétera. Las reacciones de carácter grave ante una pérdida tienen lugar frecuentemente entre las mujeres. Por otra parte, los

4. ¿SOBRELLEVAR EL DUELO O BUSCAR AYUDA TERAPÉUTICA?

Hay personas que han sufrido una pérdida y que, sin embargo, no necesitan una ayuda psicológica o farmacológica. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir la ausencia. De este modo, estas personas, aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos.

Sobrellevar el duelo no es *olvidar* al ser querido muerto, sino *recolocar* al fallecido en el espacio psicológico biográfico del superviviente. Es decir, se trata de recordar al ser querido sin que este recuerdo bloquee el compromiso del superviviente con la vida.

El superviviente de una pérdida sólo debe buscar ayuda terapéutica cuando las reacciones físicas (sueño, apetito, etcétera) o psicológicas perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas, cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela) o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas, con un intenso malestar emocional (Echeburúa y Herrán, 2007).

Otra indicación de la conveniencia de la terapia es la negativa de la víctima a hablar con nadie de la pérdida y la carencia de un apoyo social, bien porque sea ella misma la que se aísla (para evitar el sufrimiento que le produce hablar del suceso, para no molestar a las demás personas con sus problemas, porque su estado anímico se encuentra bajo mínimos, etcétera), o bien porque las personas de su entorno la eviten. En estos casos se corre el riesgo de un aislamiento emocional (relaciones íntimas) y social (red social de apoyo) (Echeburúa, 2004) (*tabla 3*).

4.1. FORMATO DEL TRATAMIENTO

Los tipos de intervención recomendados para los pacientes que han elaborado un duelo patológico son tanto el tratamiento individual como el grupal y/o familiar, sin descartar en algunos casos la

y de una forma escalonada, son los siguientes: a) facilitar la expresión de los sentimientos inhibidos hacia el fallecido; b) fomentar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida; c) afrontar las emociones negativas (culpa, ira, etcétera); d) centrar la terapia en la solución de los problemas cotidianos y en la readaptación a la vida diaria; y e) proyectar al sujeto hacia el futuro de forma gradual, implicándole en la realización de actividades gratificantes.

4.3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Los enfoques clínicos han oscilado entre un modelo más psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etcétera), y un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del duelo en sí mismo.

El proceso terapéutico puede dividirse en diversas fases (Echeburúa, 2004; Echeburúa, Corral y Amor, 2001; Raphael, 1977, 1983; Ruiz y Cano, 2002):

1. Explorar la relación del paciente con el fallecido. De lo que se trata es de resituar la imagen del fallecido en su biografía, evitando imágenes excesivamente idealizadas u hostiles. En este contexto se analizan las emociones negativas suscitadas (tristeza, culpa, ira, etcétera) y se facilita el procesamiento de la información adecuado, introduciendo las reatribuciones correspondientes.
2. Interrumpir la cadena de conductas que anclan al paciente al pasado y le impiden romper amarras con situaciones irreversibles. Por ejemplo, se trata de programar la interrupción gradual de las visitas al cementerio (sólo cuando éstas tienen una alta frecuencia), así como de impedir al paciente recrearse en un pasado de añoranza (ver fotos del fallecido continuamente, hablar de él de forma constante) o de mantener conductas supersticiosas (no utilizar la silla en donde se sentaba, mantener toda su ropa en el armario, etcétera).
3. Facilitar la autoaceptación de las limitaciones personales (defectos personales, errores cometidos, etcétera) y enfatizar los aspectos positivos.

4. Atender a los problemas cotidianos planteados por el paciente y facilitar la readaptación a la vida diaria. En este sentido, atender a la salud, prestar atención a la relación familiar y social, facilitar la adaptación al trabajo y vigilar de cerca los hábitos de vida se constituyen en objetivos preferentes.
5. Programar actividades gratificantes gradualmente, especialmente aquellas que implican una relación social, y facilitar el establecimiento de metas futuras. Todo lo que suponga sacar al paciente de su caparazón y hacerle sentirse útil ante sí mismo y ante los demás contribuye a su recuperación.

La superación del duelo patológico sigue una secuencia peculiar. Concretamente, un primer paso es aceptar la realidad de la pérdida. La experiencia compartida del dolor y de la pena es un segundo paso para la superación del duelo. Como dice un proverbio sueco, la alegría compartida es doble alegría y la pena compartida es media pena. Un tercer paso es proceder a la reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto. Y un cuarto paso es establecer nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual no es siempre fácil por el sentimiento de lealtad al fallecido y por el temor a nuevas pérdidas. En ocasiones, la resignación y el consuelo religioso, así como el apoyo emocional de otros seres queridos (otros hijos, familiares, amigos, etcétera), contribuyen a acelerar este proceso de recuperación (Lee, 1995; Rando, 1993).

5. EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Una primera señal de recuperación básica es que la persona recobre las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito. Asimismo, un indicador positivo del proceso de mejoría del paciente es cuando reaparece la expresión verbal de los sentimientos y se pone orden en el caos de las imágenes y recuerdos de la pérdida sufrida. A veces, y más allá de las palabras, la reaparición de expresiones de afecto gestuales, como sonrisas, o físicas, como abrazos o besos, es una señal de mejoría.

La implicación en conductas gratificantes, el establecimiento de metas concretas, la reanudación de la vida social o la participación

en actividades de voluntariado denotan la recuperación de la persona porque todo ello contribuye a aumentar la autoestima y a imprimir un significado a su vida.

En resumen, el alivio de los síntomas, una experiencia subjetiva de mayor bienestar y el cambio en el estilo de vida están estrechamente asociados a la superación del duelo patológico. En definitiva, el duelo se asimila cuando la persona, aun con dolor, es capaz de integrar la pérdida como algo pasado que forma parte de su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas (como rabia, culpa o tristeza profunda) y sin sentirse abrumada por los recuerdos. Se ha conseguido integrar la memoria del fallecido en la vida del superviviente y se es capaz de evocar los recuerdos de las experiencias positivas vividas junto a la persona fallecida. En estos casos la persona puede vivir con normalidad el día a día, disfruta con la vida cotidiana, utiliza unas estrategias de afrontamiento positivas y establece metas futuras (Latiegui, 1999; Lee, 1995; Morganett, 1995; Worden, 1998).

Hay veces, sin embargo, en que el duelo se cronifica. El factor más problemático para la recuperación del superviviente es la inestabilidad emocional anterior, la dependencia excesiva de la pareja o la existencia de actitudes hipocondríacas. Son también indicadores negativos relevantes haber sufrido pérdidas anteriores próximas o acumuladas, tener una salud delicada y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones adversas en la vida anterior. Pero, en general, la evolución de la recuperación depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el duelo. En concreto, el pronóstico es más sombrío cuando la persona, en lugar de encarar el problema adecuadamente, adopta estrategias de afrontamiento negativas (como beber alcohol en exceso, automedicarse con tranquilizantes, no expresar las emociones o volcarse en el trabajo de una forma compulsiva), mantiene una baja laboral indefinida o se refugia en el pasado. Otras veces la evolución negativa depende de la presencia de sentimientos intensos de culpa o de ira o de la aparición de circunstancias vitales adversas (abandono de los hijos, pérdida de empleo, etcétera).

6. CONCLUSIONES

La muerte de una persona querida supone una experiencia profundamente dolorosa vivida por la mayoría de las personas. Concretamente, casi el 5% de la población sufren anualmente la pérdida de un ser querido muy cercano. Sin embargo, la mayor parte de las personas (del 50% al 85%) son capaces de superar adecuadamente esta situación, salvo cuando se trata de la muerte de un hijo (Bonanno y Kaltman, 2001; Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999). Sólo en un 10% de los casos el duelo persiste más allá de 18 meses y se cronifica.

El duelo supone, en general, una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida desde una perspectiva distinta (Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999).

Hay muchas diferencias de unas personas a otras en la forma de sufrir y de recuperarse del trauma y del duelo. Hay quienes están afectadas profundamente durante años y sólo con dificultad consiguen llevar un tipo de vida normal, pero muy limitado. Otras sufren intensamente, pero durante un período corto de tiempo. Y, por último, hay quienes superan lo acontecido casi de inmediato y reanudan su vida en condiciones de normalidad (Bonanno y Kaltman, 2001).

No existe una receta mágica sobre la manera de afrontar la experiencia amarga de la pérdida de un ser querido, pero sí hay ciertas directrices que pueden facilitar este trance. En primer lugar, cada persona necesita su propio tiempo y va a sobrellevar el duelo a su manera, de una forma que no es necesariamente intercambiable con la de otras personas. Y en segundo lugar, el paso del tiempo, la expresión de las emociones sentidas, el apoyo social y familiar, la reanudación de la vida cotidiana y la implicación en actividades gratificantes pueden contribuir a superar el malestar emocional (Echeburúa y Herrán, 2007).

Hay algunos casos, sin embargo, en que por diversas circunstancias personales (una personalidad vulnerable, la acumulación de pérdidas anteriores, etcétera), situacionales (el fallecimiento de un hijo, mucho más si es violento) o sociales (la falta de apoyo requerida) el malestar emocional por la muerte de un ser querido se con-

vierte en un duelo patológico que interfiere negativamente en la vida de la persona. Es en estos casos cuando se requiere una intervención profesional psicológica y/o médica (Echeburúa, 2004).

Un reto de futuro es detectar de forma temprana a las personas realmente necesitadas de tratamiento, establecer programas eficaces protocolizados de intervención para personas afectadas por un duelo patológico e integrar los recursos terapéuticos existentes (Centros de Salud Mental, Grupos de Autoayuda, asistencia privada, etcétera). Otro reto de interés es abordar el problema del duelo de forma diferenciada según las peculiaridades del ciclo evolutivo (infancia, tercera edad, etcétera). Queda asimismo por conocer el perfil diferencial de las personas que pueden beneficiarse de los grupos de autoayuda.

¿Cuál es el significado profundo de la superación del duelo? Recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la persona ni interfieran negativamente en su vida futura. Y recuperarse significa, sobre todo, volver a tener la conciencia de que se ocupa de nuevo el asiento del conductor de la vida (Herbert y Wetmore, 1999).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVIA, M.D. y VÁZQUEZ, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza Editorial.
- BACA, E. (2003). La actitud ante la víctima: reacciones personales, sociales y profesionales. En E. Baca y M.L. CABANAS (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- BARBERO, J. (2006). *La muerte de un ser querido. Duelo y adaptación en las personas mayores*. Madrid. Portal Mayores.
- BARRETO, M.P. y SOLER, M.C. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. En R. Bayés (Ed.). *Monografías Humanitas 2: Dolor y Sufrimiento en la Práctica Clínica*. Barcelona. Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- BONANNO, G.A. y KALTMAN, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.

- PÉREZ CUESTA, M. y NICUESA, M.J. (1999). Afrontar el proceso de duelo. En W. Astudillo, A. García de Acilu, C. Mendinueta y C. Arrieta (Eds.). *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- RANDO, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL.
- RAPHAEL, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454
- RUIZ, J.J. y CANO, J.J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Jaén. R&C Editores.
- WORDEN, J.W. (1998). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.