



APOYO PSICOLÓGICO EN EL SUFRIMIENTO CAUSADO POR LAS PÉRDIDAS: EL DUELO

M.P. BARRETO MARTÍN* Y M.C. SOLER SÁIZ**

*Profesora Titular de Psicología Clínica. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia (España).

**Psicóloga Clínica. Hospitales «Dr. Moliner» y «Arnau de Vilanova». Valencia (España).

Introducción

Este trabajo trata del sufrimiento que se produce tras la muerte de un ser querido, es decir, de la reacción psicológica ante una pérdida importante en la vida. El proceso psicológico implicado se denomina «duelo» y se refiere al *dolor emocional* que se experimenta tras haber perdido a alguien o algo significativo en nuestras vidas. Se utilizan los términos de «pena» (*grief*) o «aflicción» para describir la emoción más característica.

*M. P. Barreto es Doctora en Psicología por la Universitat de València. Directora del máster universitario de Intervención en Psicología Clínica y de la Salud. Ha realizado trabajos de investigación en el campo de la Psicología de la Salud, fundamentalmente Psico-Oncología, VIH-SIDA, Cuidados al final de la vida, Geriátrica y Duelo y publicaciones sobre los mismos temas.

**M. C. Soler es Doctora en Psicología por la Universitat de València. Su labor investigadora y asistencial se ha centrado en pacientes crónicos, oncológicos, con VIH- SIDA, geriátricos y en los cuidados al final de la vida. Sus publicaciones son sobre estos mismos temas. Es tutor colaborador en formación universitaria sobre Psicología Clínica y de la Salud.

Desde una perspectiva clarificadora, Soler y Jordá¹ definen el duelo como los pensamientos, sentimientos (incluyendo los síntomas físicos y emocionales) y acciones consecuentes a la anticipación o pérdida de una persona o cosa amada. Se incorpora así el duelo anticipado y aquel que se produce por pérdidas diferentes a las de personas queridas.

Abundando en los esfuerzos definitorios, el manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR lo define como la reacción ante la muerte de una persona querida² y lo sitúa en el conjunto de problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

El duelo es un proceso «normal», con una limitación en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable. No se trata pues de una alteración patológica sino que, por el contrario, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez y crecimiento personal. Del mismo modo, se sabe que las pérdidas implican gran sufrimiento para la mayoría de las personas y que en una minoría de ellas pueden producirse además complica-



ciones en el proceso y aparecer trastornos psíquicos. Estudios recientes encuentran que un tercio de las consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos y que una cuarta parte de ellas se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida³.

No existe un punto final delimitado del duelo, pero se puede deducir que ha concluido cuando el dolor intenso da paso al recuerdo afectuoso y tranquilo del pasado. La duración del proceso suele ser de uno a dos años pero dependerá, igual que su intensidad, de la importancia del fallecido, de factores socioculturales y de determinadas circunstancias predictoras de mayor dificultad o facilidad en la resolución del mismo.

Factores predictores de riesgo de complicación

Los factores predictores de riesgo de complicación del duelo son aquellos aspectos que aumentan la probabilidad de que el proceso no se desarrolle adecuadamente y, para describirlos, habitualmente se diferencia entre situacionales, personales e interpersonales.

Los **factores situacionales** apelan a aspectos de la situación que afectan al curso del duelo. En este grupo se incluyen el modo como se ha producido la muerte (por ejemplo, de forma inesperada, múltiple, por homicidio, suicidio y accidente), la ausencia del objeto del duelo (como desaparecidos, cuerpos irreconocibles, abortos o embarazos ectópicos), la duración de la enfermedad (más de 12 meses), la existencia de crisis

concurrentes (cambio de domicilio, presencia de discapacitados en la familia y problemas financieros, entre otros), recursos materiales escasos y las muertes estigmatizadas.

Los **factores personales** tienen que ver fundamentalmente con variables individuales del superviviente que influyen en el proceso de recuperación de una pérdida. Las más apoyadas por la investigación son la juventud del fallecido, la edad del doliente (en general los más jóvenes presentan mayor malestar físico y, en el contexto conyugal, se ha encontrado que las personas más jóvenes inicialmente presentan una intensidad de pena mayor pero a los dos años experimentan una mejoría significativa, mientras que las viudas ancianas muestran menos pena al comienzo pero dos años después su salud es más frágil), el género del doliente (aunque no existe acuerdo, Sanders⁴ considera que tras la pérdida de la pareja los hombres sufren consecuencias sobre la salud más graves que las mujeres, aunque todavía no se han hallado razones concluyentes respecto a las causas de esta diferencia), la personalidad (tales como ajuste pobre, dificultad para expresar sus emociones, falta de habilidad para manejar el estrés, escaso sentimiento de control y baja tolerancia a la frustración), la salud previa frágil, la falta de religiosidad, la escasez de aficiones e intereses, la pérdida temprana de los padres, los duelos anteriores no resueltos, la negación de la muerte del ser querido y las reacciones emocionales de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas o el retraso en la reacción emocional.



Los **factores interpersonales** hacen referencia a aspectos relevantes de la relación con el fallecido y con la red social. Dentro de esta categoría destacan el parentesco (pérdida del hijo, del hermano en la adolescencia, del padre o la madre en edad temprana y de la pareja en todas las edades), la relación ambivalente o dependiente, la ausencia de apoyo social (como pertenecer a una familia pequeña, con baja cohesión e incapacidad para ayudar a sus miembros, no trabajar fuera del hogar, la existencia de niños pequeños en casa o el alejamiento del sistema tradicional sociorreligioso de apoyo de los emigrantes) y el recuerdo doloroso (como el control de síntomas deficiente, diagnóstico tardío o relaciones inadecuadas con el personal sanitario).

Aunque los factores predictores comentados son aplicables a todos los grupos de edad, es necesario considerar las **situaciones de riesgo particulares para los niños y adolescentes**. La primera de ellas es el ambiente inestable, con una figura responsable de los cuidados que es alternante. En la medida de lo posible esta situación debe evitarse y habrá que procurar garantizar la continuidad de los cuidados cuando los padres no se encuentren en las condiciones adecuadas para proporcionarlos. La segunda se refiere a la dependencia del progenitor superviviente y de la reacción que éste tenga frente a la pérdida (no se debe olvidar que los niños aprenden por el modelo que reciben del adulto). La tercera es la existencia de segundas nupcias y una relación negativa con la nueva figura. La cuarta es la pérdida de la madre

para niñas menores de 11 años y del padre en varones adolescentes. Y la quinta la falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o al adolescente.

Factores salutogénicos

Del mismo modo que resulta necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que condicionan la posible aparición de complicaciones en el proceso de duelo, también es fundamental, desde una perspectiva clínica salutogénica, detectar aquellos factores que pueden proteger a las personas que van a sufrir un proceso de duelo. La intervención clínica eficiente y eficaz siempre ha considerado al mismo nivel de relevancia el rescate y la promoción de los recursos de la persona y la atención a los déficits que ésta pudiera presentar.

Con fines didácticos, se consideran tres categorías de factores salutogénicos extraídos de la revisión de la literatura científica y de la experiencia clínica: las estrategias de afrontamiento, los protectores deducidos del estudio de los factores de riesgo y, por último, los detectados a partir de la experiencia clínica.

Estrategias de afrontamiento

En la teoría del estrés el duelo se considera un estresor y, en los diferentes momentos del proceso (desde la anticipación de la pérdida a la resolución del duelo), se requieren



dos tipos de afrontamiento: el dirigido al problema y el centrado en la emoción. El primero sería más adecuado en situaciones susceptibles de ser modificadas y el segundo sería más útil ante las irreversibles.

Respecto a los estudios realizados se ha de señalar que existen tres tipos de teorías específicas centradas en el estudio del afrontamiento del duelo. Estos son los modelos intrapersonales, interpersonales e integradores. En el primer grupo, resulta clásico el modelo de tareas de Worden⁵ que especifica las acciones importantes a llevar a cabo en los distintos momentos del proceso de duelo. Un importante exponente del segundo grupo es el constructivismo del significado de Neimeyer⁶ que plantea la necesidad de reconstruir la imagen del mundo a partir de la ausencia del fallecido y el tercero está representado por el modelo de los 4 componentes de Bonanno⁷ y el del proceso dual de Stroebe⁸, ambos integradores, enfatizando la presencia tanto del fenómeno del apego, y por tanto la importancia de los vínculos afectivos, como del proceso de afrontamiento de la pérdida. La dificultad que nos encontramos es que estos modelos, a pesar de su aparente validez y utilidad clínica, no han derivado en estudios que indiquen claramente el papel de las estrategias de afrontamiento en la resolución del duelo.

Algunos de los escasos hallazgos en este campo son los de Benight, Flores y Tashiro⁹, quienes encontraron en una muestra de viudas con una media de edad de 54 años que afrontar eficazmente el duelo predecía de manera significativa el bienestar psicológico, el bienestar espiritual y la percepción de la

salud después de más de 6 meses de fallecido el esposo. Tales datos se refieren a mecanismos generales y no específicos del proceso, por lo que de momento carecen de aplicabilidad clínica.

Como puede observarse, son muy pocos los datos a partir de los cuales podemos extraer conclusiones definitivas. Es muy posible que la investigación sobre el duelo revista especiales dificultades y, muy probablemente, los instrumentos diseñados para evaluar el afrontamiento en otros campos resultan inadecuados en este ámbito, tal como mencionan Van Heck y De Ridder¹⁰. Estos autores proponen alternativas al estudio tradicional, planteando nuevos conceptos como el de «afrontamiento familiar».

Protectores extraídos a partir del estudio de factores de riesgo

Evidentemente, muchos de los factores de riesgo pueden ser considerados de modo inverso como protectores. Pensemos, por ejemplo, en el caso del apoyo familiar, la ocupación laboral o la ausencia de dificultades económicas. En el mismo sentido actuarían también los sentimientos de utilidad, la ausencia de patologías previas, el conocimiento del pronóstico de la enfermedad ajustado a la realidad, etc. (véase el epígrafe «Factores predictores de riesgo de complicación»).

Sin embargo, no podemos asumir sin más que la inversa de un factor de riesgo suponga necesariamente un protector; por tanto, necesitamos valorar empíricamente su papel



específico en los estudios que se realicen sobre predicción.

Sí que existen algunos datos referidos a la espiritualidad como recurso que se ha tratado en varios estudios sobre el duelo; sirva como ejemplo el trabajo de Michael, Crowther, Schmid y Allen¹¹. Los datos apuntan a que las creencias religiosas y espirituales, así como las conductas relacionadas, parecen facilitar el ajuste positivo a la pérdida de un ser querido

Factores detectados en la experiencia clínica

Por último, existe otro grupo de variables, que se evidencian en la experiencia clínica, que han mostrado su eficacia como protectores en otros campos de estudio del ámbito de la salud y que sería muy interesante considerar en el que nos ocupa. Nos referimos a la fluidez comunicativa, la percepción de autoeficacia, los sentimientos de utilidad en los cuidados del enfermo, la habilidad para la planificación y resolución de problemas, la flexibilidad mental, como por ejemplo la facilidad para generar alternativas, el autocuidado y la capacidad para encontrar un sentido a la experiencia.

Por tanto, se puede concluir que desde la literatura científica se evidencia una gran carencia de estudios desde la vertiente salutogénica que permitan descubrir las capacidades y recursos personales que facilitan una resolución adaptativa del duelo. Así, sería muy interesante, en primer lugar, explorar de forma exhaustiva cuáles son estos protectores y, en

un segundo momento, valorar su poder predictivo a nivel empírico. Con ello contaríamos con mayor número de herramientas para ayudar a los dolientes, tanto en los momentos previos al fallecimiento de su familiar como posteriormente a lo largo del proceso.

En definitiva, el objetivo último de la intervención en salud siempre es prevenir el mayor número de problemas con el fin de evitar sufrimiento innecesario a las personas y optimizar los costos sanitarios.

Intervención psicológica en el duelo

La atención a los dolientes incluye un amplio abanico de intervenciones que van desde la comunicación empática y compasiva del diagnóstico de enfermedad en fase final hasta el tratamiento especializado del duelo complicado o de los trastornos relacionados con la pérdida¹². Como se ha comentado, el duelo es una reacción normal y no está justificado el tratamiento psicológico o farmacológico de forma rutinaria^{13, 14}.

Consideraciones preliminares sobre la intervención en el duelo

Es necesario aclarar el carácter profesional de la ayuda, puesto que la pérdida puede hacer que los dolientes se sientan solos y vulnerables y llevarles a buscar en el terapeuta el «confidente suplente» del ser querido muerto. En este sentido puede ser conveniente plantear previamente un número de



terminado de sesiones de intervención.

Es importante evitar los consuelos fáciles y las frases hechas (como, por ejemplo, «le acompaño en el sentimiento», «ya ha descansado» o «es ley de vida»); en muchas ocasiones es preferible utilizar la comunicación no verbal.

Es necesario tener y dejar claro que el objetivo de la intervención no es «olvidar» al ser querido muerto, sino «encontrarle» un lugar en el espacio psicológico que permita la entrada del presente y los retos de la vida. Por otra parte, la atención al duelo debe encontrar el equilibrio entre estimular el avance y respetar el ritmo personal del doliente. Ambas consideraciones ayudarán a evitar el rechazo frontal o el abandono prematuro de la intervención.

El sufrimiento del duelo puede intensificarse y alargarse si la persona lo considera una forma de pagar el hecho de haber sobrevivido al ser querido («deuda») o una medida del amor. Desde este punto de vista, la mejoría se entendería como olvido y equivaldría a no querer suficientemente al fallecido. Esta perspectiva debe tenerse presente y abordarse para evitar la repercusión que puede tener en los progresos de la intervención.

En los últimos tiempos se está incrementando significativamente el estudio del tema que nos ocupa; por tanto, resulta necesario incorporar al tratamiento los conocimientos aportados por las investigaciones recientes. Por ejemplo, durante décadas la expresión de emociones positivas se asociaba a un bloqueo del desarrollo adecuado del duelo; sin embargo, se ha observado que realmente tal expresión predice un buen pronóstico y, por

tanto, debemos incluirla en las intervenciones en que resulte necesaria.

Además, la atención en el duelo, como toda intervención en la que se promueve bienestar durante un proceso personal de adaptación, exige adaptarse a la singularidad de la persona y a los grupos sociales.

Por último, es necesario trabajar desde un modelo teórico vertebrador que, aprovechando todos los recursos compatibles, busque las estrategias que dinamicen un duelo que no se desarrolla adecuadamente.

Counselling y duelo

El *counselling* es el marco dentro del cual se debe desarrollar la intervención y abarca el apoyo por malestar específico, la prevención dirigida a reducir el riesgo de consecuencias patológicas y el tratamiento de éstas cuando aparecen. Como señalan Arranz, Barbero, Barreto y Bayés¹⁵, es un proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional.

La actuación en el fenómeno del duelo ha de hacerse mediante la colaboración de todo el equipo multidisciplinar; por ello, es importante realizar algunas consideraciones útiles para todos los profesionales y que son especialmente relevantes en relación con la aplicación del sistema de trabajo en este ámbito específico.



El *counselling* requiere de actitudes que determinan el modo de vincularse a la persona en duelo. El respeto a la individualidad y multidimensionalidad, la sensibilidad ante el sufrimiento y el compromiso con el desarrollo de una vida humana digna configuran el marco de acción que permite la promoción de la salud en sentido amplio y minimiza el riesgo de manipulación de la relación¹⁵.

Es necesario recordar a este respecto las actitudes planteadas por Rogers, uno de los indudables promotores del *counselling*, a saber: la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional. La primera recuerda la importancia de la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona que se acompaña, es decir, entender respetando su punto de vista, la situación vital en que se encuentra y que necesita cambiar. En cuanto a la segunda –congruencia y veracidad– requiere un sólido asentamiento en valores del profesional que presta la ayuda, expresar con sinceridad que se siente solidaridad con el sufrimiento del otro y que de verdad se pretende ayudar con todas las herramientas disponibles. Evidentemente, este proceso implica riesgo para el que proporciona la ayuda, pues el compromiso con el sufrimiento produce a su vez dolor; sin embargo, permite una praxis profesional que genera mayor satisfacción personal que la mera aplicación técnica de conocimientos. Más aún, su práctica facilita el establecimiento de una relación de confianza significativa que permite y apoya la promoción futura del bienestar en la otra persona. Por

último, la aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas, la biografía de la otra persona, su estilo de vida, sus comportamientos. Esta actitud promueve también la fortaleza de la relación terapéutica e impide procesos de reactividad y contracontrol innecesarios que generan sufrimiento en ambas partes de la relación.

Lo anteriormente expuesto lleva a la reflexión sobre la formación de las personas que trabajan apoyando a otras en su proceso de duelo. Poder ayudar a una persona ante la pérdida de un ser querido supone, además de la posesión de conocimientos sobre el proceso y de las herramientas técnicas profesionales, una firmeza de valores y actitudes que es necesario cuidar. Tal cuidado se ve como particularmente necesario dada la especial vulnerabilidad de todo ser humano ante la presencia del sufrimiento intenso y de las pérdidas irreparables. Sin estrategias de autocuidado adecuadas, existe el peligro de que se ponga en marcha el mecanismo de evitación como forma de huida, siendo ésta la más inadecuada cuando lo que se pretende es acercarse a la persona y acompañarla en su proceso de cambio.

Además, el *counselling* se sustenta en habilidades relacionales, fundamentalmente las de comunicación asertiva, la provisión de soporte emocional, el planteamiento de solución de problemas y la capacidad de control de emociones.

A continuación se repasan los objetivos del *counselling* en relación al duelo diferenciando entre adultos y niños y adolescentes.



Counselling en adultos

a) Objetivo de promoción de salud. Es igualmente importante en todos los momentos del proceso en que se tenga contacto con el familiar. Algunas de las acciones específicas que ayudan a llevarlo a cabo serían:

- Durante el proceso de enfermedad, facilitar los protectores referidos a autoeficacia, competencia y utilidad (estoy cuidando lo mejor que puedo y sé a mi familiar...; estoy facilitando que su tiempo sea lo más sereno y pleno posible...).
- También en esta primera etapa, fomentar el autocuidado que permite, a su vez, cuidar mejor (si descanso, mañana podré estar en mejores condiciones para acompañarle...).
- Tras la muerte de la persona querida y en cualquier momento del proceso, normalizar y desculpabilizar la expresión de emociones positivas (sentirse bien, reír, disfrutar, no son incompatibles con el amor a quien ya no está presente...).

b) Objetivo de prevención de futuros problemas. Además de los anteriormente comentados, que indudablemente inciden en la prevención de problemáticas futuras, resulta importante:

- Fomentar las ideas de planificación del futuro y reforzar la flexibilidad mental ante las dificultades presentes.
- Reducir la vulnerabilidad emocional buscando alternativas para los factores de

riesgo que son modificables (por ejemplo, un control de síntomas adecuado evita el «recuerdo doloroso», y la implicación en los cuidados del enfermo y la reconciliación reducen los sentimientos de culpa posteriores).

- Informar sobre el duelo, su duración y la normalidad de sus manifestaciones.
- Si es posible, anticipar rituales, despedidas y ayudar a decir adiós del modo más adaptativo para la persona.
- Durante el proceso de duelo, normalizar las respuestas habituales tales como tristeza, impotencia e incluso las alucinaciones iniciales.
- Abordar las circunstancias de la muerte y favorecer todo aquello que aumente la realidad de la pérdida (como puede ser ver al fallecido e ir al entierro).
- Hablar de la historia de la relación perdida y revisarla tanto en sus aspectos positivos como en los negativos.
- Favorecer la expresión de los afectos del duelo y el luto psicológico y practicar los ritos propios de su religión y cultura.
- Estimular el afrontamiento de la nueva realidad resultante de la pérdida (incluso cualquier alteración en el estatus o rol) y promover el desarrollo de las tareas prácticas necesarias.
- Potenciar el manejo de los estresores de vida concurrentes.
- Favorecer la toma de decisiones y la resolución de problemas.

c) Objetivo de provisión de apoyo psicosocial. También durante todo el proceso es im-



portante ayudar a mantener las relaciones interpersonales que suponen una fuente de afecto real para el doliente. Cada momento puede presentar diferentes necesidades relacionales que impliquen distintas actividades. Así, se podría:

- Facilitar la expresión de necesidades a las personas afectivamente relevantes, reforzando la idea de que nuestros seres queridos se sentirán bien sabiendo qué es lo que necesitamos compartir con ellos.
- Brindar «ayuda práctica» y potenciar que su entorno más próximo también lo haga.

Counselling en niños y adolescentes

a) Objetivos de promoción de salud. A nivel general, convendría devolver a la muerte su significado natural hablando de ella con «normalidad»¹ y proporcionando una información clara y adecuada sobre lo sucedido. Otras acciones salutogénicas son:

- Durante el proceso de enfermedad, facilitar los protectores referidos a autoeficacia, competencia y utilidad implicándoles en los cuidados de forma adecuada a su edad.
- Tras la muerte del ser querido y en cualquier momento del proceso, normalizar y reforzar la expresión de emociones positivas. Es importante que los adultos entiendan y conozcan las peculiaridades del duelo en los niños (no toleran períodos largos de dolor emocional y buscan actividades que les distraigan); con ello se evi-

tarán interpretaciones erróneas y rechazos infundados.

b) Objetivo de prevención de futuros problemas. Junto a la promoción de la salud es necesario prevenir las complicaciones evitables y causantes de malestar injustificado.

- Eliminar el sentimiento de culpa explicando la diferencia entre deseo y realidad.
- Favorecer la expresión de emociones utilizando canales adecuados: el juego, el dibujo y/o la dramatización.
- Recordar que son niños o adolescentes, evitando por tanto plantearles expectativas o responsabilidades muy altas y/o papeles que no les corresponden. En ningún momento deben asumir tareas del ser querido muerto.
- Reafirmar su personalidad sin identificarle con la persona fallecida, ya que nunca podrá sustituirle o igualarle por más que se esfuerce.
- Dotar de modelos que compartan con naturalidad los estados de ánimo del luto.

c) Objetivo de provisión de apoyo psicosocial. Los adultos tienden a dejar al margen a los niños y a los adolescentes como forma de evitarles el sufrimiento y olvidan que la sobreprotección lo incrementa al causarles aislamiento. Los menores de la casa son conscientes de la muerte y de los cambios que produce, y la forma real de reducir su malestar es hacerles partícipes de la vida familiar^{16, 17}. Por todo ello conviene:



- Potenciar su participación voluntaria en los diferentes ritos funerarios evitando las prohibiciones y los engaños (pueden concluir que aquello que les ocultan... ¡debe de ser horrible!). Es preferible explicarles previamente la situación y acompañarles en aquello que quieran hacer.
- Garantizar la atención y el afecto. Si los padres están muy desbordados y no pueden asumir sus responsabilidades, es importante buscar una figura significativa que garantice las atenciones necesarias mientras los padres se recuperan emocionalmente.
- Mantener las «rutinas» y las «normas» establecidas de forma que el niño o el adolescente no tenga la sensación de que el mundo entero se desestabiliza y se desorganiza ante él.

Modalidades de intervención

Las principales modalidades de intervención son la individual, la grupal y/o familiar y la combinada. La primera de ellas favorece la individualización de la intervención a las conductas problemáticas del sujeto. La intervención grupal y/o familiar optimiza los recursos y los resultados al brindar apoyo social, facilitar un espacio de encuentro donde expresar pensamientos y emociones, normalizar las manifestaciones de duelo, romper el aislamiento y ofrecer modelos «iguales»¹³. En ocasiones puede ser útil combinar ambas formas de tratamiento para obtener las ventajas de cada una de ellas.

Por último, comentaremos que los grupos de ayuda mutua han tenido gran difusión en los países anglosajones y que podemos aplicar las conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones expuestas en la introducción, subrayando su utilidad en el caso de personas dolientes rumiativas que carecen de apoyo social o en el de muertes estigmatizadas o aisladas.

Conclusiones

El proceso de duelo se produce ante las pérdidas o ante la anticipación de las mismas y siempre implica sufrimiento para la persona sin que necesariamente suponga alteración patológica (el duelo complicado se presenta en un número limitado de personas). La intervención no se puede recomendar a la ligera; tiene un gran valor potencial para el que la necesita pero puede producir daño en el que no la precisa.

Desde una perspectiva clínica es importante detectar tanto los factores que suponen un riesgo especial como los que protegen a los dolientes de sufrir complicaciones en su proceso de duelo. Aunque la investigación al respecto aún no es concluyente, resulta especialmente útil realizar esfuerzos que permitan obtener resultados aplicables.

El *counselling* es el marco de trabajo recomendado para apoyar a los dolientes, ya que en situaciones de sufrimiento intenso se hace más palpable la necesidad de las actitudes, conocimientos y habilidades que con-



templa. Las personas que se hallan en un proceso de duelo complicado y las que presentan trastornos relacionados con la pérdida son las que más se benefician y obtienen resultados más positivos de la intervención, especialmente si es el doliente el que inicia el contacto (probablemente porque refleja mayor motivación, confianza en el terapeuta y sufrimiento personal).

Es importante señalar que, aunque la mayoría de los sujetos que presentan duelo complicado se benefician del tratamiento, hay un número pequeño pero significativo de ellos que no responden y que siguen encerrados en su patología¹⁴.

Referencias bibliográficas

1. Soler MC, Jordá E. (1996). El duelo: manejo y prevención de complicaciones. *Medicina Paliativa* 1996;3(2):66-75.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson, S.A., 2001.
3. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez-Roca, 2001.
4. Sanders CM. (1999). Risk factors in bereavement outcome. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO (ed.). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999; 255-267.
5. Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997.
6. Neimeyer RA. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2002.
7. Bonanno G. New Directions in Bereavement Research and Theory. *American Behavioral Scientist* 2001;44 (5).
8. Stroebe MS. (2001). Bereavement research and retrospective and prospective. *American Behavioral Scientist* 2001;44, No. 5.
9. Benight C, Flores J, Tashiro T. Bereavement coping self-efficacy in cancer widows. *Death Studies* 2001;25(2):97-125.
10. Van Heck GL, De Rider TD. (2001). Assessment of coping with loss: Dimensions and measurement. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001; 449-469.
11. Michael S, Crowther M, Schmid B, Allen R. Widowhood and spirituality: coping responses to bereavement. *Journal of Women & Aging* 2003;15 (2-3):145-65.
12. Raphael B, Middleton W, Martinek N, Misso V. Counselling and therapy of the bereaved. En: Stroebe M, Stroebe W, Hansson RO (ed.). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999; 427-453.
13. Lacasta MA, Sastre P. El manejo del duelo. En: Die M, López E (ed.). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ades Ediciones, 2000; 491-506.
14. Raphael B, Minkov C, Dobson M. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001; 587-612.
15. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003.
16. Balk DE, Corr CA. Bereavement during adolescence: A review of research. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001; 199-218.
17. Oltjenbruns KA. Developmental context of childhood: Grief and regrief phenomena. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001; 169-197.



Lecturas recomendadas

Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003.

Bonanno GA. Grief and emotion: A social-funtional perspective. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W y Schut H (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001; 493-515.

Neimeyer RA. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2002.

Parkes CM. Coping with loss. Bereavement in adult life. *BMJ* 1998; 316: 856-859.

Soler MC, Jordá E. (1996). El duelo: manejo y prevención de complicaciones. *Medicina Paliativa* 1996;3/2:66-75.

Worden JL. *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Piados, 1997.