

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

J. William Worden

El tratamiento del duelo

**Asesoramiento psicológico
y terapia**

5.^a edición revisada y ampliada



J. William Worden

EL TRATAMIENTO DEL DUELO

Asesoramiento psicológico y terapia
5.ª edición revisada y ampliada

PAIDÓS

Título original: *Grief Counseling and Grief Therapy, Fifth Edition*, de J. William Worden
Publicado originalmente en inglés por Springer Publishing Company, Inc.

1.ª edición, marzo de 2013

1.ª edición en esta presentación, noviembre de 2022

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Springer Publishing Company, 2018

© de la traducción, Genís Sánchez Barberán, 2013

© de la traducción de la nueva edición, Remedios Diéguez Diéguez, 2022

© de todas las ediciones en castellano,

Editorial Planeta, S. A., 2022

Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN 978-84-493-3989-9

Maquetación: Realización Planeta

Depósito legal: B. 18.365-2022

Impresión y encuadernación en Limpergraf, S. L.

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como papel ecológico y procede de bosques gestionados de manera sostenible

Impreso en España – *Printed in Spain*



SUMARIO

Prólogo	15
Introducción	19
Redes sociales y recursos en línea	19
¿Cuál es la naturaleza del duelo complicado?	21
Privación del duelo	22
Vínculos continuos	23
Búsqueda de significado.	24
Entereza.	25
Trauma y duelo	27
Algunas conclusiones.	28
Referencias	29
1. El apego, la pérdida y la experiencia del duelo.	33
La teoría del apego.	33
¿Es el duelo una enfermedad?	36
El duelo normal.	37
Sentimientos.	38
Sensaciones físicas.	44
Cogniciones	45
Conductas.	47
Duelo y depresión	53
Para reflexionar y debatir.	55
Referencias	56
2. Comprender el proceso del duelo	61
Tareas del duelo.	63
Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida	63
Tarea II: elaborar el dolor de la pérdida.	67
Tarea III: adaptarse a un mundo sin el fallecido	69

Tarea IV: hallar un modo de recordar al fallecido al embarcarse en una vida nueva	74
Algunos modelos alternativos que tener en cuenta	77
El modelo de duelo de las seis «R», de Therese Rando	77
El modelo de duelo de dos vías, de Simon Rubin	78
El modelo de proceso dual, de Stroebe y colegas	79
Para reflexionar y debatir	80
Referencias	80
3. El proceso del duelo: mediadores del duelo	84
Mediador 1: Parentesco. ¿Quién ha muerto?	84
Mediador 2: La naturaleza del apego	85
Mediador 3: Cómo ha fallecido la persona.	86
Proximidad	87
Muertes repentinas o inesperadas	88
Muertes violentas/traumáticas.	88
Pérdidas múltiples.	89
Muertes evitables	90
Muertes ambiguas.	90
Muertes estigmatizadas	91
Mediador 4: Antecedentes históricos	91
Mediador 5: Variables de la personalidad.	92
Edad y sexo	92
Estilo de afrontamiento.	93
Estilo de apego	95
Estilo cognitivo.	99
Fuerza personal: autoestima y eficacia	100
Mundo de supuestos (creencias y valores)	101
Mediador 6: Variables sociales	101
Mediador 7: Pérdidas y tensiones concurrentes	104
Advertencia: la conducta durante el duelo obedece a múltiples factores	104
¿Cuándo finaliza el duelo?	105
Para reflexionar y debatir	107
Referencias	108
4. Asesoramiento psicológico en el duelo: facilitar el duelo no complicado.	115
Metas del asesoramiento en el duelo	116

¿Quién realiza el asesoramiento?	116
¿Cuándo realizar el asesoramiento	117
¿Dónde realizar el asesoramiento?	118
¿Quién recibe el asesoramiento?	118
Identificar a personas en duelo con riesgo	119
Principios y procedimientos del asesoramiento	122
Principio 1: ayudar a aceptar la realidad de la pérdida	122
Principio 2: ayudar a identificar y a vivir los sentimientos	124
Principio 3: ayudar a vivir sin el fallecido	130
Principio 4: ayudar a dotar de significado la pérdida	131
Principio 5: ayudar a encontrar modos de recordar al fallecido	133
Principio 6: dar tiempo para elaborar el duelo	134
Principio 7: interpretar la conducta «normal»	135
Principio 8: tener en cuenta las diferencias individuales	136
Principio 9: examinar defensas y estilos de afrontamiento	137
Principio 10: identificar patologías y derivar	138
Técnicas útiles	139
Lenguaje evocador	139
Empleo de símbolos	139
Escribir	140
Dibujar	140
Juego de roles	141
Reestructuración cognitiva	141
Álbumes de recuerdos	141
Imaginación guiada	142
Metáforas	142
Medicación	143
Asesoramiento para grupos	143
Elegir un formato de grupo	144
Selección de los participantes	144
Definir las expectativas	146
Establecer unas reglas básicas	146
Determinar el método de dirección	147
Entender la dinámica interpersonal	149
Abordar con eficacia las conductas perjudiciales	150
Facilitar el duelo mediante el ritual funerario	153
¿Es útil el asesoramiento en el duelo?	155
Para reflexionar y debatir	158
Referencias	158

5. Reacciones anormales en el duelo: el duelo complicado	165
Por qué hay personas que no pueden elaborar el duelo.	165
Factores relacionales	165
Factores circunstanciales	167
Factores históricos.	168
Factores de personalidad	169
Factores sociales	170
Cómo se complica el duelo	172
Desarrollo de un diagnóstico del duelo complicado	173
Modelo existente del duelo complicado	177
Reacciones de duelo crónicas.	177
Reacciones de duelo retrasadas	179
Reacciones de duelo exageradas.	181
Reacciones de duelo enmascaradas	184
Diagnóstico del duelo complicado.	186
Señal 1	187
Señal 2	187
Señal 3	187
Señal 4	188
Señal 5	188
Señal 6	188
Señal 7	189
Señal 8	189
Señal 9	189
Señal 10	189
Señal 11	190
Señal 12	190
Para reflexionar y debatir	191
Referencias	191
6. Terapia del duelo: cómo resolver un duelo complicado.	196
Marco y objetivos de la terapia del duelo	198
Procedimientos para la terapia del duelo	199
Descartar enfermedades físicas	200
Acordar el contrato y formar una alianza.	200
Revivir recuerdos del fallecido.	200
Evaluar qué tareas del duelo plantean problemas al paciente	201
Afrontar las emociones que suscitan los recuerdos o la ausencia de emociones	202

Explorar y desactivar los objetos de vinculación.	205
Ayudar al paciente a aceptar que la pérdida es definitiva	208
Ayudar al paciente a proyectar una vida nueva sin el fallecido	208
Evaluar las relaciones sociales del paciente y ayudarle a mejorarlas	209
Ayudar al paciente a afrontar la fantasía de finalizar el duelo	209
Consideraciones especiales para la terapia del duelo	210
Técnicas y elección del momento oportuno	211
Los sueños en el asesoramiento y la terapia del duelo	213
Algunas consideraciones.	215
Evaluación de resultados	216
Experiencia subjetiva.	216
Cambios de conducta	217
Alivio de los síntomas	217
Para reflexionar y debatir	218
Referencias	219
7. Duelo por pérdidas especiales	222
Suicidio	222
Asesoramiento a supervivientes de personas fallecidas por suicidio	226
Comprobar la realidad de la culpa propia o ajena	227
Corregir la negación y las distorsiones	227
Explorar fantasías de futuro.	228
Trabajar con la ira.	228
Comprobar la realidad de la sensación de abandono	228
Ayudar a encontrar un significado a la muerte.	229
Muerte repentina, muertes violentas	230
Síndrome de la muerte infantil súbita (SMIS)	236
Abortos espontáneos	239
Muerte perinatal	241
Aborto provocado	243
Duelo anticipado	245
VIH/sida	249
Contagio.	251
Estigmatización.	251
Para reflexionar y debatir	252
Referencias	252
8. Duelo y sistemas familiares	260
La muerte de un niño	265

El duelo de los abuelos	273
Niños que pierden a sus padres	274
Métodos de intervención familiar	280
El duelo y la tercera edad	283
Interdependencia	283
Pérdidas múltiples	284
Conciencia de la propia muerte	284
Soledad	285
Adaptación de los roles	285
Grupos de apoyo	285
Contacto físico	286
Remembranzas	286
Hablar del cambio de domicilio	287
Desarrollo de aptitudes	287
Necesidades familiares frente a necesidades individuales	289
Para reflexionar y debatir	290
Referencias	290
9. El duelo del asesor	299
Historia de pérdidas	302
Estrés y <i>burnout</i>	303
Para reflexionar y debatir	307
Referencias	308
10. Formación para asesorar en los procesos del duelo	311
Índice analítico y de nombres	333

Capítulo 1

EL APEGO, LA PÉRDIDA Y LA EXPERIENCIA DEL DUELO

LA TEORÍA DEL APEGO

Para entender plenamente el impacto de una pérdida y la conducta humana a la que está asociada hace falta cierta comprensión del significado del apego. En la literatura psicológica y psiquiátrica hay muchos escritos sobre la naturaleza del apego, sobre qué es y cómo se desarrolla. Una de las figuras clave y uno de los principales pensadores de este campo ha sido el psiquiatra británico John Bowlby, que dedicó gran parte de su carrera profesional al estudio del apego y de la pérdida y que escribió varios libros y artículos importantes sobre el tema.

La teoría del apego de Bowlby nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia del ser humano a establecer fuertes vínculos afectivos y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando estos vínculos se ven amenazados o se rompen. Para desarrollar sus teorías, Bowlby reunió datos de la etología, la teoría de control, la psicología cognitiva, la neurofisiología y la biología del desarrollo. Se oponía a quienes creen que los vínculos de apego entre individuos solo se desarrollan para satisfacer ciertos impulsos biológicos, como comer o copular. Citando el trabajo de Lorenz con animales y el de Harlow con crías de monos, Bowlby (1977a) señala que el apego se produce en ausencia de un refuerzo de estas necesidades biológicas.

Según Bowlby, estos vínculos de apego surgen de la necesidad de seguridad. Se desarrollan a corta edad, suelen dirigirse a unos pocos individuos concretos y tienden a perdurar durante gran parte de la vida. Establecer vínculos de apego no solo se considera normal en los niños, sino también en los adultos. Bowlby creía que la conducta de apego tiene un valor de supervivencia y citaba su presencia en las crías de casi todas las especies de mamíferos. Pero consideraba que la conducta de apego es distinta de la conducta de alimentación y de la conducta sexual.

La conducta de apego la ilustran muy bien las crías de animales y los niños pequeños que, a medida que crecen, se alejan de la figura primaria de apego durante períodos de tiempo cada vez más largos con el objetivo de explorar su entorno en un radio cada vez mayor. Pero siempre vuelven a la figura de apego en busca de seguridad y apoyo. Cuando la figura del apego desaparece o es amenazada, la respuesta es de ansiedad intensa y de fuerte protesta emocional. Según Bowlby, los padres proporcionan al niño una base de operaciones segura desde la que explorar. Esta relación determina la capacidad del niño para establecer vínculos afectivos en etapas posteriores de la vida. Es algo similar al concepto de confianza básica de Erik Erikson (1950): mediante una buena crianza, la persona se ve capaz de ayudarse a sí misma y merecedora de ser ayudada si se presentan dificultades. En esta pauta se pueden desarrollar aberraciones patológicas manifiestas. Una crianza inadecuada puede hacer que la persona establezca vínculos de apego ansiosos o muy tenues, si es que los llega a establecer (Winnicott, 1953, 1965). En el capítulo 3 se examinarán varios estilos de apego.

Si el objetivo de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo, las situaciones que ponen en peligro este vínculo dan lugar a unas reacciones muy concretas. Cuanto mayor es la posibilidad de pérdida, más intensas y variadas son estas reacciones. «En estas circunstancias se activan las conductas de apego más fuertes: aferrarse, llorar y quizá coaccionar con ira [...]. Cuando estas acciones tienen éxito, se restablece el vínculo y se calman las actividades y los estados de estrés y de aflicción» (Bowlby, 1977b, pág. 429). Si el peligro no desaparece, originará retraimiento, apatía y desesperación.

Los animales también manifiestan esta conducta. En *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, escrito hacia finales del siglo XIX, Charles Darwin (1872) afirmaba que los animales expresan la tristeza igual que los niños y los adultos humanos. El etólogo Konrad Lorenz (1963) ha descrito una conducta similar al duelo en la separación de una oca gris de su pareja:

La primera respuesta a la separación del compañero consiste en un intento ansioso de volver a encontrarlo. La oca se mueve sin cesar, inquieta, de día y de noche, volando a grandes distancias y visitando lugares donde pueda hallar a su pareja, emitiendo sin cesar su penetrante llamada trisilábica de larga distancia [...]. Las expediciones de búsqueda se extienden cada vez más

y, en ocasiones, la oca que busca llega a perderse o muere en un accidente [...]. Todas las características objetivas y observables de la conducta de la oca que ha perdido a su compañero son prácticamente idénticas a las del duelo humano (Lorenz, 1963, citado en Parkes, 2001, pág. 44).

Existen muchos otros ejemplos de duelo en el mundo animal. Hace varios años, unos delfines del zoo de Montreal protagonizaron un caso interesante. Tras la muerte de uno de ellos, su compañero se negó a comer y los cuidadores del zoo se enfrentaron a la tarea difícil, si no imposible, de mantener con vida al delfín superviviente. El delfín, que había dejado de comer, manifestaba unas reacciones de duelo y depresión semejantes a las de una pérdida humana.

En una sesión clínica de psiquiatría del Massachusetts General Hospital, el psiquiatra George Engel empezó a describir con todo detalle un caso de duelo. El caso mostraba las reacciones típicas que se pueden hallar en un superviviente que ha perdido a su pareja. Más adelante, tras haber leído un largo reportaje de un periódico sobre aquella pérdida, el doctor Engel reveló que estaba describiendo la conducta de un avestruz que había perdido a su pareja.

De la gran cantidad de ejemplos que se pueden hallar en el mundo animal, Bowlby deduce que existen buenas razones biológicas para responder a una separación de una manera automática e instintiva, con una conducta agresiva. También sugiere que no se tiene en cuenta el carácter irreversible de la pérdida y que, en el curso de la evolución, la capacidad instintiva desarrollada en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales que forman parte del proceso del duelo se orientan a restablecer la relación con el objeto perdido (Bowlby, 1980). Esta teoría biológica del duelo ha tenido mucha influencia en el pensamiento de muchos autores, como el psiquiatra británico Colin Murray Parkes (Parkes, 1972; Parkes y Stevenson-Hinde, 1982; Parkes y Weiss, 1983). Otros teóricos destacados del apego son Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) y Mary Main (Main y Hesse, 1990). Las respuestas de duelo de los animales señalan los procesos biológicos primitivos que actúan en el ser humano. Con todo, el duelo normal del ser humano presenta unas características propias que se van a examinar en este capítulo (véase Kosminsky y Jordan, 2016).

Hay pruebas de que todos los seres humanos presentan en mayor o menor medida una reacción de duelo tras una pérdida. Los antropólo-

gos que han estudiado otras sociedades, sus culturas y sus reacciones ante la pérdida de seres queridos dicen que en cualquier sociedad estudiada de cualquier parte del mundo se produce un intento prácticamente universal de recuperar al ser perdido o existe la creencia en una vida después de la muerte donde uno se podrá reunir otra vez con él. Con todo, la patología del duelo parece ser menos frecuente en las sociedades prealfabetizadas que en las más civilizadas (Parkes, Laungani y Young, 2015; Rosenblatt, 2008; Rosenblatt, Walsh y Jackson, 1976).

¿ES EL DUELO UNA ENFERMEDAD?

El psiquiatra George Engel (1961) planteó esta interesante pregunta en un ensayo publicado en *Psychosomatic Medicine* [Medicina psicósomática]. Su tesis era que la pérdida de un ser querido es tan traumática en el plano psicológico como lo es el hecho de herirse o quemarse de gravedad en el plano fisiológico. Argumentaba que el duelo representa una desviación del estado de salud y de bienestar y que, del mismo modo que es necesario curarse en el ámbito de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, hace falta tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio psicológico. Por esta razón, Engel ve el proceso del duelo similar al proceso de curación. Al igual que en la curación física, se puede recuperar un grado de actuación total o casi total, pero también hay casos de actuación y de curación inadecuados. De la misma manera que los términos *sano* y *patológico* se aplican al curso que siguen los procesos de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que sigue un proceso del duelo. Para Engel, restablecer el grado de actuación es un proceso que necesita tiempo. El deterioro de la actuación puede darse en mayor o menor grado (Engel, 1961). En lugar de usar términos como «restablecimiento» o «recuperación», yo prefiero usar «adaptación»: algunas personas se adaptan mejor a la pérdida y otras se adaptan peor. En el capítulo 5 examinaremos el duelo complicado, cuando la persona no se adapta a la pérdida de una manera adecuada.

Antes de examinar las características del duelo normal, será útil estudiar diversos significados posibles de la palabra *duelo*. En este libro empleo la palabra duelo para indicar la *experiencia* de la persona que ha perdido a un ser querido. Comprende pensamientos, sentimientos, conductas y cambios fisiológicos con patrones e intensidad variables en el

tiempo. El término *duelo* se puede aplicar a otros tipos de pérdida, pero este libro trata principalmente de las pérdidas debidas a un fallecimiento. Otro significado hace referencia al *proceso* por el que pasa una persona al adaptarse a la pérdida de un ser querido.

EL DUELO NORMAL

El duelo normal, también llamado duelo no complicado, abarca un amplio abanico de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Uno de los primeros intentos de estudiar las reacciones normales* del duelo de manera sistemática lo realizó Erich Lindemann (1944) cuando era jefe de psiquiatría del Massachusetts General Hospital.

En el área de Boston hay dos universidades católicas bien conocidas por su rivalidad en el fútbol americano. En el otoño de 1942 jugaron uno de sus tradicionales encuentros de los sábados. Holy Cross ganó a Boston College y, después del partido, muchas personas fueron a celebrarlo a un club nocturno local llamado Cocoanut Grove. Durante la juerga, un ayudante de camarero encendió una cerilla para alumbrarse mientras intentaba cambiar una bombilla y, accidentalmente, prendió fuego a una palmera decorativa. Casi de inmediato, todo el club nocturno, que estaba más lleno de lo que permitía su aforo legal, fue devorado por las llamas. Casi quinientas personas perdieron la vida en aquella tragedia.

Lindemann y sus colaboradores trabajaron con personas que habían perdido a algún miembro de su familia en aquella tragedia y, a partir de aquellos y otros datos, Lindemann escribió el artículo, hoy clásico, «Symptomatology and management of acute grief» [La sintomatología y la gestión del duelo agudo] (1944). En sus observaciones de ciento un pacientes con un duelo reciente, Lindemann identificó las características patognómicas del duelo normal o agudo:

1. Alguna forma de malestar somático o corporal.
2. Preocupación por la imagen del fallecido.

* Empleo la palabra *normal* tanto en un sentido clínico como en un sentido estadístico. En el sentido *clínico* se refiere a lo que los médicos consideran una conducta de duelo normal, mientras que en el sentido *estadístico* se refiere a la frecuencia de aparición de una conducta en una población aleatoria de personas en duelo. Cuanto más frecuente es una conducta, más se define como normal.

3. Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte.
4. Reacciones hostiles.
5. Incapacidad para actuar como antes de la pérdida.

Además de estas cinco características observó que muchos pacientes manifestaban otra: parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta.

El estudio de Lindemann tiene muchas limitaciones. Algunas han sido señaladas por Parkes (2001), quien cita el hecho de que Lindemann no presenta cifras que indiquen la frecuencia relativa de los síndromes descritos. Tampoco dice cuántas entrevistas tuvo con los pacientes ni cuánto tiempo había pasado entre las entrevistas y la pérdida. Con todo, el estudio de Lindemann sigue siendo importante y es muy citado.

Lo que tiene un interés especial para mí es que las personas en duelo que vemos hoy en día en el Massachusetts General Hospital tienen una conducta muy similar a la de las personas que describió Lindemann hace más de setenta años. En un gran número de personas que sufran una reacción aguda de duelo, encontraremos algunos o todos los fenómenos que se examinan a continuación. Puesto que la lista de conductas normales en un duelo es tan extensa y variada, estas conductas se pueden agrupar en cuatro categorías generales: sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas. Quien asesore a una persona en duelo deberá conocer el amplio abanico de conductas que conforman la descripción del duelo normal.

Sentimientos

Tristeza

La tristeza, que es el sentimiento más frecuente en las personas en duelo, no precisa muchos comentarios. Aunque este sentimiento no se expresa necesariamente mediante el llanto, casi siempre se exterioriza así. Para Parkes y Weiss (1983), llorar es una señal que suscita en los demás una reacción de comprensión y protección y establece una situación social en la que se suspenden las leyes normales de conducta competitiva. Algunas personas que han sufrido la pérdida de un ser querido temen la tristeza, sobre todo su intensidad (Taylor y Rachman, 1991). Es fre-

cuenta oír decir a alguien: «Durante el funeral me he venido abajo». Otras personas tratan de bloquear la tristeza mediante un exceso de actividad, pero descubren que la tristeza las embarga por la noche. Impedir que la tristeza se exprese, con lágrimas o sin ellas, puede conducir a un duelo complicado (véase el capítulo 5).

Ira

Después de una pérdida es frecuente sentir ira. Puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el superviviente y, como tal, se encuentra en la base de muchos problemas del proceso del duelo (Cerney y Buskirk, 1991). Una mujer cuyo marido murió de cáncer me dijo: «¿Cómo puedo estar enfadada con él? No quería morir». La verdad es que sentía ira hacia él por haber muerto y haberla dejado. Si la ira no se reconoce de una manera adecuada, puede dar lugar a un duelo complicado.

La ira surge de dos fuentes: de una sensación de frustración por el hecho de no haber podido hacer nada para evitar la muerte, y de una especie de experiencia regresiva que se produce tras la pérdida de alguien cercano. Podemos haber tenido una de estas experiencias regresivas de niños, al ir de compras a unos grandes almacenes con nuestra madre. De repente, alzamos la vista y descubrimos que nuestra madre había desaparecido. Sentimos pánico y ansiedad hasta que volvió, pero después, en lugar de expresar una reacción afectuosa, la empujamos y le dimos patadas en la espinilla. Esta conducta, que para Bowlby forma parte de nuestra herencia genética, simboliza el mensaje: «¡No me vuelvas a dejar!».

Ante la pérdida de alguien importante se da una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a sentir la ira que acompaña a esa sensación de ansiedad. La ira que siente la persona en duelo se debe identificar y dirigir de una manera adecuada al fallecido para que la adaptación a la pérdida sea sana.

Una de las inadaptaciones más peligrosas en el caso de la ira es dirigirla hacia uno mismo. En casos graves de retroflexión, la persona con ira siente tal aversión a sí misma que puede desarrollar una depresión grave o conductas suicidas. Melanie Klein (1940) propuso una interpretación más psicodinámica de esta respuesta de retroflexión según la cual

el «triunfo» sobre el fallecido es la causa de que la persona en duelo dirija su ira contra sí misma o hacia otras personas que tenga cerca.

Culpar a otros

La ira se maneja con frecuencia de otras maneras menos efectivas. Una de ellas es la sublimación, que consiste en dirigirla hacia otra persona y culparla de la muerte (Drenovsky, 1994). El razonamiento es que si se puede culpar a alguien, esa persona es responsable y, por tanto, la pérdida podría haberse evitado. La gente puede culpar al médico, al director de la funeraria, a los miembros de la familia, a un amigo insensible y, en muchos casos, a Dios. «Me siento engañada, pero también confusa porque no sé quién me ha engañado. Dios puso en mi camino algo tan precioso y ahora me lo quita. ¿Es justo?», se preguntaba una viuda (Exline, Park, Smyth y Carey, 2011).

Field y Bonanno (2001) observaron dos tipos de culpabilización en su investigación. Uno consistía en culpar al fallecido; el segundo, en culparse a uno mismo. Los que culpaban al fallecido experimentaban más ira y otros síntomas en los primeros meses posteriores a la muerte, y tenían menos vínculos continuos. Los que se culpaban a sí mismos experimentaban más síntomas de duelo de todo tipo y tenían dificultades para aceptar la realidad de la pérdida. Mostraban tendencia a conservar las posesiones de la persona fallecida y a aferrarse a la culpa que los mantenía unidos a ella en lugar de aferrarse a los recuerdos como una forma de continuar con los vínculos.

Culpa y remordimiento

El sentimiento de culpabilidad, la vergüenza y la culpa son experiencias habituales entre las personas en duelo, y pueden influir en las consecuencias del proceso (Duncan y Cacciatore, 2015). La culpa y el remordimiento —por no haber sido lo bastante amable, por no haber llevado antes a la persona al hospital, etcétera— son frecuentes en los supervivientes. Normalmente, la culpa se manifiesta respecto a algo que ha sucedido o algo que se ha pasado por alto cerca del momento de la muerte (Li, Stroebe, Chan y Chow, 2014). La mayoría de las veces esta

sensación de culpa es irracional y se alivia mediante una comprobación de la realidad. Naturalmente, existe la posibilidad de que la culpa esté fundada, como cuando la persona ha hecho algo que ha causado la muerte. En estos casos estarían indicadas unas intervenciones distintas de la comprobación de la realidad.

Ansiedad

La ansiedad en el superviviente puede ir desde una leve sensación de inseguridad hasta fuertes ataques de pánico, y cuanto más intensa y persistente es la ansiedad, más indicativa es de una reacción patológica de duelo (Onrust y Cuijpers, 2006). La ansiedad suele obedecer a dos causas. La primera es que los supervivientes temen no poder cuidar de sí mismos por sí solos (suelen decir cosas como: «No podré sobrevivir sin él (o ella)»); (Meier, Carr, Currier y Neimeyer, 2013). La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la propia muerte (Worden, 1976). Llevada al extremo, esta ansiedad puede transformarse en una verdadera fobia. El conocido escritor C. S. Lewis (1961) sintió esta ansiedad tras perder a su esposa: «Nadie me había dicho que el duelo se parece tanto al miedo. Miedo no tengo, pero la sensación es como de tener miedo. El mismo vacío en el estómago, la misma inquietud, los bostezos. La constante necesidad de tragar saliva» (pág. 38).

Soledad

La soledad es un sentimiento del que hablan con mucha frecuencia los supervivientes, sobre todo si han perdido al cónyuge y mantenían con él una relación cotidiana muy estrecha. Aunque están muy solas, muchas viudas no salen porque se sienten más seguras en casa. «Ahora me siento tan sola...», dijo una viuda que había estado casada durante cincuenta y dos años. «Es como si el mundo se hubiera acabado», me dijo diez meses después de la muerte de su marido. Stroebe, Stroebe, Abakoumkin y Schut (1996) distinguen entre la soledad emocional y la soledad social. El apoyo social puede ser útil para la soledad social, pero no alivia la soledad emocional que provoca la ruptura de un vínculo.

Esta solo se puede remediar mediante la integración de otro vínculo (Stroebe, Schut y Stroebe, 2005). A veces, la necesidad de ser tocado es un correlato de la soledad, sobre todo en el duelo conyugal (Van Baarsen, Van Duijn, Smit, Snijders y Knipscheer, 2002).

Fatiga

Los pacientes de Lindemann presentaban fatiga, algo que nosotros vemos con frecuencia en los supervivientes. A veces, esta fatiga se expresa en forma de indiferencia o apatía. Esta sensación de fatiga tan profunda puede ser sorprendente y angustiosa para las personas que son muy activas. «Por la mañana soy incapaz de salir de la cama —decía una viuda—. Tengo la casa abandonada porque me siento cansada todo el día.» La fatiga suele ser autolimitadora. Por otro lado, puede ser un síntoma clínico de depresión.

Desamparo

Un factor que hace que una muerte sea muy estresante es la sensación de desamparo que puede generar. Este correlato cercano de la ansiedad suele presentarse en las primeras fases de la pérdida. Las viudas en particular suelen sentirse muy desamparadas. Una viuda joven con un hijo de siete semanas de edad dijo: «Mi familia vino a vivir conmigo los primeros cinco meses. Tenía miedo de perder la cabeza y no poder cuidar de mi hijo». El desamparo se asocia con el locus de control (interno *versus* externo). Las personas con más locus de control externo se sienten a merced de las circunstancias y con menos capacidad de obrar con control y eficacia (Rubinstein, 2004).

Shock

El *shock* aparece, sobre todo, en el caso de las muertes repentinas. Por ejemplo, alguien coge el teléfono y se entera de que ha muerto un ser querido o un amigo. A veces, aunque la muerte se espere como consecuencia de una enfermedad progresiva y deteriorante, el superviviente

puede sufrir el *shock* y experimentar conmoción e incredulidad al recibir la llamada telefónica.

Añoranza

Parkes (2001; Parkes y Prigerson, 2010) ha observado que la añoranza es una sensación frecuente en los supervivientes, sobre todo en las viudas que examinó en su estudio. Es una respuesta normal a la pérdida. Cuando se reduce puede ser señal de que el duelo se acerca a su fin. Si no es así, puede ser un síntoma clínico que indica un duelo complicado (W. Stroebe, Abakoumkin y Stroebe, 2010). El duelo traumático como una de las complicaciones del duelo y el papel de la añoranza en su diagnóstico (Robinaugh y otros, 2016) se examinan en el capítulo 5.

Emancipación

La emancipación puede ser una sensación positiva tras una muerte. En una ocasión trabajé con una joven cuyo padre, un verdadero potentado, la había tratado con la dureza y el carácter inflexible de un dictador. Después de la muerte repentina del padre a causa de un ataque al corazón, la joven experimentó los sentimientos normales de un duelo, pero también se sintió liberada porque ya no tenía que vivir bajo aquella tiranía. Al principio estaba incómoda con esa sensación, pero más tarde fue capaz de aceptarla como una respuesta normal al cambio que se había producido en su vida.

Alivio

Muchas personas sienten alivio tras la muerte de un ser querido, sobre todo si la muerte se ha producido tras una enfermedad larga o especialmente dolorosa. «Saber que ha dejado de sufrir física y mentalmente me ayuda a superar su pérdida», dijo una viuda de edad ya avanzada. El alivio también puede aparecer cuando el superviviente ha mantenido una relación especialmente difícil y prolongada con el falle-

cido. Sin embargo, esta sensación de alivio suele ir acompañada de un sentimiento de culpa.

Insensibilidad

También es importante mencionar que algunas personas dicen no sentir nada. Después de una pérdida caen en un estado de embotamiento. Esta insensibilidad suele aparecer al principio del proceso del duelo, justo después de tener noticia de la pérdida. Es probable que aparezca porque hay muchos sentimientos que afrontar y sería abrumador dejar que todos se hicieran conscientes; así pues, esta insensibilidad es como una protección ante la avalancha de sentimientos. Según Parkes y Weiss (1983): «No hemos encontrado *ninguna* prueba de que [la insensibilidad] no sea una reacción sana. El bloqueo de las sensaciones como defensa ante lo que sería un dolor abrumador parece ser totalmente “normal”» (pág. 55).

Al revisar esta lista deberemos recordar que todos estos sentimientos son normales en un duelo y que no hay nada patológico en ninguno de ellos. Con todo, los sentimientos que duran un tiempo anormalmente largo y con una intensidad excesiva pueden indicar una reacción de duelo complicado. Esta cuestión se examinará más a fondo en el capítulo 5.

Sensaciones físicas

Uno de los aspectos interesantes del influyente artículo de Lindemann es que no solo describía los sentimientos de las personas, sino también las sensaciones físicas asociadas a sus reacciones agudas de duelo. Estas sensaciones se suelen pasar por alto, pero desempeñan un papel importante en el proceso del duelo. A continuación se presenta una lista de las sensaciones que han comunicado con más frecuencia las personas en duelo a las que hemos asesorado:

1. Vacío en el estómago.
2. Opresión en el pecho.
3. Opresión en la garganta.
4. Hipersensibilidad al ruido.

5. Sensación de despersonalización: «Camino por la calle y nada parece real, ni siquiera yo».
6. Falta de aire o de aliento.
7. Debilidad muscular.
8. Falta de energía.
9. Sequedad de boca.

En muchas ocasiones, estas sensaciones físicas preocupan tanto a los supervivientes que acaban acudiendo al médico. Los médicos deben investigar si estas personas han sufrido alguna pérdida.

Cogniciones

Existen muchas pautas diferentes de pensamiento que marcan la experiencia del duelo. Ciertos pensamientos son normales en las primeras fases del duelo y suelen desaparecer tras un breve espacio de tiempo. Pero a veces los pensamientos persisten y desencadenan sentimientos que pueden provocar depresión o ansiedad.

Incredulidad

«No puede ser, debe ser un error. No puedo creer que haya pasado, no quiero creer que haya pasado.» Estos suelen ser los primeros pensamientos que surgen cuando se tiene noticia de una muerte, sobre todo si ha sido repentina. Una joven viuda me dijo: «Aún espero que alguien me despierte y me diga que ha sido un sueño». Otra dijo: «La muerte de mi marido me causó una gran impresión, aunque ya llevaba tiempo enfermo. Nunca llegas a estar preparada para algo así».

Confusión

Muchas personas que acaban de perder a alguien dicen que su pensamiento es muy confuso, que no pueden ordenar sus pensamientos, que les cuesta concentrarse o se olvidan de cosas. Una vez, tras salir de una reunión en Boston, tomé un taxi para volver a casa. Le dije la direc-

ción al taxista y me recosté en el asiento mientras se ponía en marcha. Un poco más tarde me volvió a preguntar por el destino. Pensé que quizá era un taxista sin experiencia que no conocía la ciudad, pero me dijo que tenía muchas cosas en la cabeza. Un poco más tarde me lo preguntó otra vez y entonces se disculpó y me dijo que se sentía muy confuso. Como esto ocurrió varias veces más, decidí que no pasaría nada si le preguntaba por qué se sentía así. Me dijo que su hijo había muerto hacía una semana en un accidente de tráfico.

Preocupación

La preocupación puede adoptar la forma de pensamientos obsesivos sobre el fallecido. Con frecuencia incluyen ideas obsesivas centradas en recuperar a la persona perdida. La preocupación también puede adoptar la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo. En el Harvard Child Bereavement Study los padres supervivientes con unos niveles más elevados de pensamientos intrusivos habían perdido de manera inesperada a un cónyuge con el que habían mantenido una relación muy conflictiva (Worden, 1996). La rumiación es otra forma de preocupación en la que la persona piensa de una manera persistente y repetitiva sobre lo mal que se siente y sobre las circunstancias que han dado origen a esos sentimientos (Eisma y otros, 2015; Nolen-Hoeksema, 2001).

Sensación de presencia

Se trata del equivalente cognitivo de la añoranza. La persona en duelo puede pensar que el fallecido, de alguna manera, aún se encuentra en el marco espaciotemporal actual, sobre todo en los momentos posteriores a la muerte. En nuestro estudio del duelo infantil, el ochenta y uno por ciento de los niños se sentían observados por sus padres fallecidos cuatro meses después de la muerte, y muchos de los niños (el sesenta y seis por ciento) seguían teniendo esta sensación dos años después. Algunos hallaban consuelo en esta sensación de presencia, mientras que a otros les daba miedo (Worden, 1996).