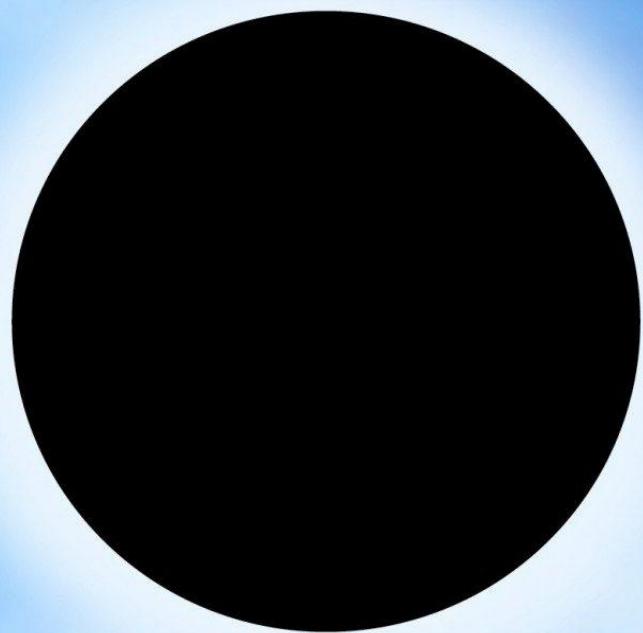


**Alba Payás Puigarnau**

# **Las tareas del duelo**

**Psicoterapia de duelo desde  
un modelo integrativo relacional**



LAS  
TAREAS  
DEL DUELO

ALBA PAYÀS  
PUIGARNAU

## Índice

Portada

Dedicatoria

Cita

Agradecimientos

Introducción

1. Conceptualización del duelo: perspectivas clásicas y contemporáneas

2. El proceso de la experiencia de duelo: un modelo integrativo de afrontamiento

3. Desarrollo evolutivo del duelo: un modelo de tareas y necesidades

4. Psicoterapia integrativa-relacional: un nuevo modelo de intervención terapéutica en el duelo

5. Ejemplos de intervención

Epílogo

Referencias bibliográficas

Créditos

Te damos las gracias por adquirir este EBOOK

Visita [Planetadelibros.com](http://Planetadelibros.com) y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

---

**¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!**

Próximos lanzamientos  
Clubs de lectura con autores  
Concursos y promociones  
Áreas temáticas  
Presentaciones de libros  
Noticias destacadas

[PlanetadeLibros.com](http://PlanetadeLibros.com)

---

Comparte tu opinión en la ficha del libro  
y en nuestras redes sociales:



**Explora Descubre Comparte**

*Als meus fills Lau, Dani i Biel, i per l'Esteve, els meus millors mestres en estimar i deixar  
anar*

*Avec conviction et avec une tristesse rigoureuse*

ERIK SATIE, *Gnossiennes*, n° 6

## AGRADECIMIENTOS

Este libro es fruto de mi experiencia de trabajo con tantas personas en duelo a las que he tenido el honor de acompañar a lo largo de estos nueve años y que han sido fuente de inspiración y motivación. Por mencionar algunas de ellas: Magda, Sandra y Cristian, Albert, Brígida, Missus, Anna, Celine, Merce, Carmen, Vicky, Edward, Loreto. A todas ellas, mi gratitud, admiración y respeto. Su compromiso en su trabajo personal de recuperación; su valor al afrontar incondicionalmente toda la experiencia vital de su dolor, y las lecciones de amor que han extraído de todo ello han sido un alimento para mi crecimiento como persona y como profesional. Gracias.

El proyecto del Servicio de Apoyo al Duelo en Girona ha sido posible gracias a la contribución de muchas personas. En primer lugar, deseo manifestar mi agradecimiento a María Torres por su primera visión, tenacidad y amor que hicieron posible la fundación del proyecto; y a Xavier Poch, responsable de los Servicios Funerarios de Girona, sin cuya generosa aportación económica los primeros pasos del proyecto no hubieran sido viables. A Lidia Orra, Anna Roses, Mónica Cunill, Montse Olaria y Angélica Giralt por su contribución a lo largo de los años de vida del servicio y por su compromiso personal y profesional en el trabajo y acompañamiento a personas en duelo. Su dedicación, sensibilidad y rigor han hecho que se mantenga la excelencia clínica y humana a lo largo de toda la vida del servicio. A Mª Angels Gil por sus innumerables horas de voluntariado acompañándome en las sesiones grupales, por su paciencia y por su buen hacer y su amistad. Y a Sergi González, asesor, colaborador, inspirador y amigo sin cuyo sabio criterio este proyecto no hubiera sobrevivido a los constantes retos y a los desafíos personales, profesionales y materiales a que ha estado sometido.

El modelo presentado también es consecuencia, en parte, de mi experiencia de formación a lo largo de estos últimos cuatro años. Gracias a todos mis alumnos por permitirme contrastarlo y refinarlo y por contribuir a mejorarlo con sus constantes aportaciones, ejemplos y comentarios. Los grupos de formación no hubieran sido posibles sin la confianza de Julia López, de la Fundación Verde Esmeralda, de Alicante; Dulce Camacho, de la Asociación Alaia en Madrid; Ángel Pascual y Julio Gómez, de Ades-Unidad de Duelo en Bilbao; Anna Gallardo, del Servicio de Apoyo al Duelo de Lérida, y Claudio Priore, del Centro ABB de Sevilla. Quiero darles las gracias por su voluntad y perseverancia en la dirección de sus centros, y por su lucha constante por mantener los programas de duelo abiertos. Por su fe, ilusión y compromiso con las personas en duelo, a todos ellos mi absoluta gratitud.

También quiero dar las gracias a mis formadores en psicoterapia a lo largo de estos años, con especial reconocimiento al grupo Kübler-Ross, que tanto ha contribuido a la expansión en nuestro país del modelo relacional para el acompañamiento de personas con pérdidas: en especial a Lois Pollock, Jeannette Phillips, Rochelle Griffin y Geoff Hopping. No puedo

olvidar la inapreciable ayuda de Esteban Llobet, Luis Camino, Bartolomé de Haro, Rafel Metlikovez, Xenxi Encarnación, Peter Sewlyn y Hervé Mignot en los talleres para personas en duelo que durante los años de la pandemia de sida ofrecieron un espacio seguro y de sanación para tantas personas heridas, desatendidas y rechazadas. También a los que os fuisteis: Javier, Jordi y Mateo. Vuestro esfuerzo desinteresado, amor y profesionalidad siguen dando frutos en los corazones de tantas personas a las que tocasteis.

Este libro no hubiera sido posible sin las revisiones y comentarios de José Manuel Martínez y de Jesús Ángel García García. Su ánimo en la recepción del primer manuscrito parcial y sus sugerencias han hecho posible que el libro fuera gestándose y creciendo, y para ello sus comentarios y aclaraciones han sido esenciales. Me siento honrada al conservar su amistad: su valor como personas, su humanidad y generosidad han sido tan importantes para mí como su profesionalidad. Gracias a Josep López, por su asesoramiento editorial y sus palabras de aliento continuo a lo largo de estos dos años. Y cómo no, a mis otros asesores personales: Loreto, entrenadora, amiga y hermana, sin nuestros paseos en bici y los largos de piscina mi espalda no hubiera sobrevivido al esfuerzo, y a Stephane y los *nens* por su infinita paciencia a lo largo de tantas, tantas ausencias.

## INTRODUCCIÓN

Tras el fallecimiento de un ser amado, el duelo aparece como una respuesta natural del ser humano. Una experiencia universal que todos hemos vivido o estamos predestinados a vivir; el precio que pagamos, algunos muy a gusto, por estar vinculados a nuestros seres queridos y poder experimentar la conexión de afecto e intimidad necesaria para vivir, crecer y desarrollarnos como personas. La mayoría de los que han vivido un duelo importante en sus vidas, pese al intenso sufrimiento, con el tiempo y la ayuda de familiares y amigos son capaces de sobrevivir y adaptarse a la nueva situación sin el ser querido y consiguen rehacerse. Es importante subrayar que la mayoría de las personas que sufren la experiencia de pérdida de un ser querido no necesitan ayuda psicológica especializada para recuperarse. Sin embargo, hoy sabemos que hay un porcentaje de personas afectadas para las que la experiencia es mucho más compleja, pues no son capaces de reorganizar su vida a pesar del tiempo transcurrido, ni de sobreponerse al intenso dolor, y acaban con problemas de salud y psicológicos como depresión, ansiedad, a veces consumo de alcohol y en casos extremos hasta desórdenes psiquiátricos. En la literatura sobre duelo se describen para esta minoría cuadros físicos con somatizaciones, infecciones, distintas enfermedades y mayor riesgo de muerte (Genevro, 2004; Stroebe y otros, 2001b; Stroebe y otros, 2007; Parkes, 1972). Esta sintomatología asociada a duelos difíciles es la responsable de que estas personas acudan más a menudo al médico de atención primaria, sean derivadas a servicios de salud mental con más frecuencia y presenten un mayor consumo de medicación así como un índice de hospitalizaciones y bajas laborales más alto (López y otros 2001). Cuando estos síntomas de malestar psicológico acaban provocando una incapacidad para la vida y las relaciones, hablamos de *duelo complicado o patología de duelo*. Es en estas situaciones donde las personas afectadas van a necesitar una ayuda profesional especializada. Pese a que el duelo se considera una respuesta esperable y culturalmente aceptable ante la muerte de un ser querido, en esta última década se está empezando a contemplar la posibilidad de que, *per se*, pueda ser una patología en sí mismo (Prigerson y otros, 2008a-b), y de ahí que despierte una preocupación creciente entre el colectivo de profesionales llamados a atenderlos.

Aunque los índices exactos de incidencia de patologías de duelo aún no están muy claros, aproximadamente se calcula que entre un 8 y un 10 % de personas en duelo acaban presentando complicaciones como las descritas. Teniendo en cuenta que en España hay aproximadamente 100.000 defunciones anuales por cáncer, y que, según el índice de duelo o *grief index* (Latham y Prigerson, 2004; Barry y otros, 2001), hay un promedio de 6 personas afectadas por muerte, cada año tendríamos unos 60.000 nuevos casos de duelos complicados en nuestro país sólo por procesos oncológicos. Es evidente que el duelo debería ser una preocupación importante en la planificación de servicios sanitarios públicos. De hecho, las publicaciones existentes hoy en la literatura científica sobre el tema apuntan a que al menos un

30 % de los pacientes ambulatorios de salud mental tienen un duelo complicado (Piper y otros, 2001). Sin embargo, a pesar de esta alta incidencia, los psicólogos, los médicos y los psiquiatras de instituciones sociosanitarias en general manifiestan tener muchas dificultades en su detección y en su tratamiento (Payàs, 2006). Esto parece deberse a que los pacientes con duelos complicados que acuden a la consulta no hablan de sus pérdidas como el motivo para pedir ayuda o tratamiento, sino de los problemas y sintomatología relacionados que emergen como consecuencia (Lazare, 1979). Todos los profesionales de salud mental deberían hacer una valoración rutinaria y sistemática a sus pacientes para tratar la posibilidad de un duelo complicado en lugar de la sintomatología manifiesta, que es la razón de la consulta pero no el problema real, el cual queda sumergido y tratado inadecuadamente. Otro problema que afecta a la atención de las personas en duelo que acuden en demanda de ayuda profesional es que muchos de los profesionales de la red pública sanitaria de nuestro país carecen de formación específica para ello y no tienen criterios claros de modelos de intervención más allá de «la escucha, la empatía o el sentido común». El corpus de conocimientos que se ha generado en la literatura científica en esta última década sobre diagnóstico, tratamiento e investigación sobre duelo es aún desconocido para este colectivo (Payàs, 2006), y esta situación no es exclusiva de nuestro país. Jordan y Neymeyer (2003) critican a los profesionales de salud mental por adoptar teorías sobre intervenciones basadas exclusivamente en convicciones o marcos teóricos personales construidos a partir de fuentes diversas según sus respectivas especialidades, y por no tener en cuenta los últimos hallazgos de la investigación ni las contribuciones realizadas desde la práctica clínica. Hoy tenemos evidencias de que muchos de los constructos clínicos que han guiado las intervenciones de duelo a lo largo de los últimos años no son más que presunciones colectivas compartidas (Bonanno y Kaltman, 1999; Stroebe y Stroebe, 1991).

En la última década han aparecido en nuestro país diversos programas de intervención asistencial, educación comunitaria y formación de profesionales en la atención al duelo. Se trata de iniciativas públicas o privadas que, de forma puntual y local, surgen como un intento de dar respuesta al creciente número de personas que necesitan y demandan servicios especializados. Es una oferta muy fragmentada y realizada desde modelos terapéuticos diversos. Podemos hoy escuchar a personas que han sido diagnosticadas de «duelo histérico» o «duelo neurótico» para referirse a duelos complicados; en ocasiones vemos cómo la intervención propuesta ha sido dirigida al alivio de la sintomatología mediante medicación o prescripciones de cambios cognitivos o conductuales, sin tener en cuenta la posible funcionalidad de ese malestar psicológico o de estas mal llamadas conductas disruptivas. Es frecuente también escuchar cómo a veces se tilda aún al doliente de «resistente» cuando no sigue las propuestas del terapeuta o «no avanza» en su proceso de recuperación. Todos estos ejemplos evidencian la ausencia de un modelo claro de intervención que guíe el diagnóstico y la praxis clínica.

Otra consecuencia de esta falta de consenso en el modelo de intervención es el uso indiscriminado de técnicas o prescripciones terapéuticas que son aplicadas sin tener en cuenta la necesidad psicológica del momento de duelo en que se encuentra la persona, o la tarea específica que debe abordar. Pedirle a una persona en estado de negación que «escriba una

carta a su ser querido fallecido» para despedirse o que «se desprenda de las cenizas» cuanto antes; sugerirle al doliente que lo que debe hacer es «ir de compras y distraerse» cuando lo que éste desea, a pesar del dolor que siente, es hablar de su ser querido; animar a alguien en estado de choque a que «piense en cosas positivas» son algunos de los muchos ejemplos de fracasos terapéuticos en el tratamiento o acompañamiento de personas en duelo. Muy a menudo se aplican estrategias o se dan consignas en ausencia de una relación terapéutica que sostenga la experiencia subjetiva del doliente y que pueda recoger y contener su sufrimiento. Este tipo de intervenciones desajustadas, en un contexto no relacional, generan desconfianza en el paciente, sentimiento de inadecuación y desautorización de la experiencia de duelo, y constituyen ejemplos de la revictimización o la *iatrogenia psicológica* frecuentemente expresadas por las personas en duelo que solicitan ayuda profesional (Payàs, 2006).

Cuando un enfermo al final de la vida interpela a los profesionales de paliativos que le acompañan, éstos se enfrentan a un cambio de paradigma terapéutico: cuando curar ya no es posible, ¿qué queda por hacer? De forma similar, la psicoterapia de duelo se enfrenta a un sinfín de retos distintos y nuevos, para los que los métodos y estrategias clásicas no van a ser útiles. El duelo no es un desorden de conducta aun cuando produzca alteraciones en la conducta; el duelo tampoco es un conflicto intrapsíquico, aunque genere sufrimiento intrapsíquico. El duelo es la pérdida de la relación, la pérdida del contacto con el otro, que rompe el contacto con uno mismo. Es una experiencia de fragmentación de la identidad, producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una vivencia multidimensional que afecta no sólo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestras cogniciones, creencias y presuposiciones y a nuestro mundo interno existencial o espiritual.

La persona en duelo pide ayuda para afrontar un problema que no tiene solución: se enfrenta a un sufrimiento emocional abrumador, de modo que la pregunta del terapeuta «¿en qué puedo ayudarlo?» o «¿qué ayuda cree usted que necesita?» va a ser posiblemente respondida con un «devuélvame a mi hijo», o peor aún para el terapeuta, se le dirá: «En nada, porque usted no sabe lo que es perder a un hijo». Necesitamos un modelo terapéutico que nos ayude a ser efectivos con estas personas, a hacer buena terapia. Pero para ello habrá que preguntarse: ¿qué es ser efectivos?, ¿adónde queremos acompañar a estas personas? El acompañamiento o asesoramiento y la psicoterapia de duelo son mucho más que «hacer que hablen de ello» o «dejarlos que lloren». ¿Qué objetivos tiene la psicoterapia de duelo? ¿Qué modelo nos ofrece mejores oportunidades de tratamiento? La muerte de un ser querido puede convertirse para muchos en un auténtico camino de transformación que lleva a la construcción de una nueva identidad y a cambios personales positivos, mientras que a otros puede destruirles su identidad, sus relaciones y el sentido de sus vidas. ¿Qué es lo que marca la diferencia? Y como profesionales, ¿cómo podemos fomentar ese camino de crecimiento a partir de la vivencia trágica de la muerte de un ser amado?

Una de las pioneras en el acompañamiento de personas que afrontan situaciones de trauma y pérdida ha sido la doctora Elisabeth Kübler-Ross. En los inicios de mi formación como psicoterapeuta tuve la fortuna de participar en varios de los cursos que ella ofrecía en ese momento por todo el mundo. Estos talleres vivenciales, llamados «Vida, muerte y

transición», reunían a pacientes con enfermedades graves o en la etapa final de su vida, personas en duelo, supervivientes de todo tipo de experiencias traumáticas y profesionales de distintos ámbitos. Esta experiencia marcó profundamente mi vida personal y profesional. Elisabeth me transmitió los principios fundamentales del proceso terapéutico y las distintas maneras de construir ese espacio de seguridad, confianza, respeto y no patologización, donde el paciente que afronta una pérdida tan importante como es la muerte de un ser querido o la propia puede aprender a vivir estas pérdidas desde la paz, la serenidad y la aceptación. Estas cualidades de la relación de ayuda, aprendidas a lo largo de la formación que realicé con su equipo, marcaron para siempre mi estilo de trabajo y mis primeros pasos como psicoterapeuta.

A finales de la década de 1980 empecé a trabajar en Barcelona acompañando a personas con sida. Fueron años muy duros para todos los afectados, y un reto clínico para los cuidadores que los atendíamos. Muchos profesionales de la psicología sentían la limitación y el conflicto de trabajar desde modelos cognitivo-conductuales, cuando lo que debían hacer era ayudar a manejar emociones muy intensas, sin esperar ni necesitar cambios de conducta. En las escuelas del ámbito sanitario se enseñaba la importancia de mantener la buena distancia terapéutica, «uno no debe implicarse demasiado con los pacientes», cuando lo que las personas con sida nos reclamaban era cercanía física y emocional. Los valores de Carl Rogers, que inspiraron a E. Kübler-Ross, y todo lo que nos enseñaron las personas con sida fueron la base del asesoramiento o *counseling* que nos ofreció un marco válido y efectivo para trabajar con personas que afrontan pérdidas importantes o que viven la última etapa de la vida. Empatía, mirada incondicional, respeto y honestidad, todas estas cualidades que constituyen los fundamentos o principios básicos de la mayoría de los modelos de psicoterapia humanista, garantizan un espacio de seguridad donde las personas pueden expresar su dolor y sus pérdidas y a la vez ser responsables de los cambios y el crecimiento interno que necesitan hacer para poder manejar su sufrimiento.

Completé mi formación dentro del modelo de psicoterapia integrativa, con el que tomé contacto a través del Metanoia Institute de Londres, bajo la tutoría de la doctora Maria Gilbert, y el Instituto de Psicoterapia Integrativa de Nueva York, dirigido por el doctor Richard Erskine. Este modelo me permitió incorporar las contribuciones de diversas escuelas (*Gestalt*, psicodinámica, relaciones objetuales, análisis transaccional, terapia existencial y transpersonal) de una forma estructurada que me facilitaba integrar lo mejor y más útil de cada aproximación según las necesidades de la persona. Por otra parte, como modelo humanista me ofrecía una perspectiva donde los rasgos de personalidad o la psicopatología se interpretan como una respuesta instintiva natural a la privación de contacto, a la frustración de las necesidades. La idea de una visión orgánica más que patológica de la condición humana me hacía sentir cómoda, encajaba con mi idea de trabajar con un modelo que me ofreciera seguridad como psicoterapeuta, pero también, llegado el caso, con el que me pudiera sentir cómoda como paciente.

En el año 2000 fundamos el Servicio de Apoyo al Duelo en la ciudad de Girona, desde donde, además de atender a personas en duelo, empecé a diseñar un programa de formación especializada para terapeutas de duelo. A medida que iba aumentando mi práctica clínica, un

modelo empezó a emerger: una teoría que encajaba con la praxis y a la vez proveía de una guía de intervención. Algunos pacientes expresaban que, a pesar del grado de dolor y de las dificultades en el ajustamiento, el duelo también podía ser una oportunidad de adquirir significados y propósitos transpersonales positivos. Varias teorías útiles de distintos modelos han ido surgiendo en esta última década que nos pueden asistir en la comprensión y visión del duelo como un proceso natural adaptativo. Estas distintas perspectivas teóricas —alguna con evidencia empírica— podían configurar un modelo de intervención coherente y eficaz una vez integradas. La noción de *contacto* como base de la relación terapéutica, la no patologización, una visión adaptativa del proceso, mucha paciencia y algunos fracasos sonados, de los que aprendí tanto como de los éxitos, me permitieron identificar una secuencia en el proceso de recuperación del duelo que permitía discernir en qué momento una intervención podía ser útil y en qué momento inadecuada, así como cuáles eran los distintos objetivos terapéuticos para cada etapa del proceso de recuperación. El modelo ha ido definiéndose y probándose a lo largo de estos años, incorporando además las recientes contribuciones clínicas y teóricas realizadas por especialistas en estos últimos años.

Este libro no pretende sustituir una buena formación práctica en psicoterapia, ni la necesidad de supervisión clínica continuada: ambas son absolutamente indispensables para el acompañamiento en situaciones de duelos de riesgo o complicados, ya sea por muertes súbitas, traumáticas o múltiples, o por rasgos de la personalidad del paciente que lo hacen ser más vulnerable a posibles complicaciones. Este libro está escrito como un complemento o base de una formación especializada para psicoterapeutas ya entrenados: con la esperanza de que sea útil a profesionales clínicos, que aumente su sensibilidad, sus conocimientos y sus habilidades de intervención, para que puedan responder de forma adecuada a las crecientes necesidades de las personas en duelo. Uno de mis objetivos prioritarios es que *contribuya a mitigar la iatrogenia psicológica* originada por las intervenciones profesionales desafortunadas tan frecuentes aún en el tratamiento del duelo. El libro contiene numerosas sugerencias prácticas que ayudarán a los profesionales a saber crear ese espacio de seguridad donde la persona en duelo pueda reconstruirse a sí misma desde el respeto a su ritmo, sus necesidades y sus defensas. Al mismo tiempo espero que el modelo ayude a aclarar cuándo el uso de una estrategia terapéutica es útil o no, y de esta manera evite causar un sufrimiento innecesario a nuestros pacientes. Favorecer la difusión del modelo de *psicoterapia integrativa centrado en la relación terapéutica* es otro de los objetivos de este manual. Un acicate para la escritura de este libro ha sido el estímulo recibido por tantos de mis alumnos que expresan su satisfacción e impacto al ver cómo un modelo de psicoterapia basado en la capacidad de cocrear esa relación terapéutica de confianza, seguridad y respeto como elemento central de intervención puede a la vez ser tan potente y promover cambios tan profundos en la vida de los pacientes. En mi opinión, a la hora de trabajar con personas que afrontan pérdidas como el duelo o la muerte, la psicoterapia debe estar fundamentada en una base relacional. *La pérdida de la relación debe sanarse en el contacto que proporciona la relación con los otros: sin ese otro, sanar el duelo no es posible.*



## CAPÍTULO 1

### CONCEPTUALIZACIÓN DEL DUELO: PERSPECTIVAS CLÁSICAS Y CONTEMPORÁNEAS

Los profesionales que trabajamos acompañando a personas que afrontan la muerte de un ser querido nos encontramos ante un dilema: por una parte, nos gusta insistir en que el duelo es un proceso natural y normal que no hay que psicologizar ni patologizar, ya que la mayoría de las personas tendrán que vivir alguna situación de pérdida en sus vidas y no por ello van a necesitar de ayuda especializada; pero, por otra, en nuestra realidad como profesionales nos encontramos algunas veces con personas en duelo que experimentan la pérdida como una vivencia trágica, de la que tienen muchas dificultades para recuperarse, y que intuimos que pueden acabar desarrollando algún tipo de duelo complicado y acudiendo a nuestra consulta con una clara patología debida al duelo no resuelto: después de varios años de la muerte de su persona amada, siguen sin poder rehacer su vida, con problemas relacionales, emocionales y/o fisiológicos. Entonces ¿cómo explicamos que el duelo es ambas cosas: un proceso normal que en ocasiones puede resultar muy complicado?

En estas dos últimas décadas se han realizado varios intentos sistemáticos de desarrollar teorías sobre qué es el duelo y cómo evoluciona en el tiempo, que permitan asimismo descifrar cuándo y por qué un duelo puede llegar (o no) a complicarse. Esto nos ayudaría a atender mejor a las personas y familias afectadas. Desde marcos empíricos o conceptuales distintos, psicólogos, psiquiatras e investigadores han desarrollado diferentes perspectivas que aspiran a mejorar la comprensión del duelo y reflejar su complejidad, y, aunque no existe aún una teoría general que las englobe a todas, cada una nos ofrece una visión particular sobre alguna dimensión específica.

Para poder valorar y comprender el alcance del impacto que la muerte de un ser querido produce en nuestras vidas, debemos, en primer lugar, saber por qué es tan importante para todo ser humano la creación de lazos significativos con las personas que lo rodean. Varias teorías nos ayudan a entender cómo se da ese proceso único de vinculación en los seres humanos desde la infancia. Dichas teorías describen las distintas funciones que tienen los lazos afectivos, cómo favorecen el desarrollo de la persona y qué es lo que ocurre cuando estos lazos se ven amenazados o rotos, es decir, *el porqué del duelo*. En la primera parte de este capítulo se resumen algunas de las aportaciones de las «teorías de la construcción del *self*» desde la visión psicoanalítica y la psicología del desarrollo (Guntrip, 1971; Winnicott, 1993; Erikson, 1950; Stern, 1985), además de la contribución única de John Bowlby y sus seguidores con su «teoría sobre los vínculos afectivos» (Bowlby, 1986-1995; Ainsworth y otros, 1978), y de la aportación de Ronnie Janoff-Bulman (1992), quien, desde un modelo

sociocognitivo («las creencias nucleares»), explica cómo la tragedia de la muerte y la separación puede destruir en la persona que la sufre su mundo interno de valores, su confianza y su visión de la vida.

En la segunda parte del capítulo se trata de explicar más en detalle no ya el porqué, sino *el cómo del duelo* y qué características posee. Las formulaciones aquí presentadas son modelos desarrollados específicamente para situaciones de estrés y trauma y que, desde la consideración de la pérdida de un ser querido como una vivencia trágica, tienen su traslación directa al duelo. Modelos como la «teoría del ajuste traumático» de Mardi Horowitz (1993a, Horowitz y otros, 1996) y la «teoría cognitiva del estrés» de Richard Lazarus y Susan Folkman (Lazarus y Folkman, 1984; Folkman, 2001) nos aportan elementos para entender mejor el impacto que tiene lugar tras la ruptura del vínculo afectivo e intentan describir cómo se desarrolla el proceso de adaptación posterior desde el punto de vista del procesamiento emocional. Se introduce después el concepto de «trauma acumulativo» propuesto por Masud Kahn (1963) y Joan Lourie (1966) para describir los efectos del fracaso del entorno en proporcionar apoyo a la persona después de un suceso traumático y que, aplicado al duelo, señala cómo esta falta de apoyo no sólo afecta a su evolución, sino que puede convertirse en sí misma en una pérdida adicional. Esta aportación teórica, que proviene de la psicología humanista, nos ayuda a comprender mejor uno de los factores principales que determinan que el duelo pueda llegar a complicarse.

Aunque no se desarrollaran de forma específica para el duelo, estos modelos teóricos nos dan información sobre las distintas maneras en que las personas responden al trauma producido por la ausencia del ser querido y a la vez nos permiten empezar a entender por qué los dolientes responden de formas tan distintas, con estilos de afrontamiento particulares, y cuál es la función de los síntomas físicos, las cogniciones, las conductas y las emociones que experimentan.

La última parte del capítulo está dedicada a las teorías específicas sobre el duelo más importantes desarrolladas en estos últimos años: el modelo de «fases y tareas de duelo» propuesto por William Worden (Worden, 1997) y el modelo de «proceso dual de afrontamiento» del duelo de Margaret Stroebe y Henk Schut (1999, 2005). Estas aproximaciones intentan describir, con mayor o menor éxito, cómo es el proceso de afrontamiento, qué factores afectan a su evolución, cuáles son las estrategias más frecuentes de manejo del dolor, cuándo son o no adaptativas, así como algunas variables que pueden predecir un buen o mal resultado, una buena o mala resolución.

Un modelo conceptual de duelo debe incluir teorías que aclaren cuál es el final del proceso, cuál es el término, es decir, *el para qué del duelo*, qué sentido tiene como proceso funcional. En el último apartado se presenta un resumen del concepto de «crecimiento posttraumático», contribución de los autores Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun (Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004; Znoj, 2006), que a mi modo de ver aclara lo que debería ser el resultado esperable como resolución final del proceso de desvinculación tras la muerte de un ser querido.

### **1.1. Modelos conceptuales sobre la relación y el desarrollo**

## EL SER HUMANO Y LA NECESIDAD DE RELACIÓN

Los seres humanos somos relationales por naturaleza. Estamos interactuando constantemente con los que nos rodean: construimos vínculos a lo largo de toda nuestra existencia para satisfacer nuestras necesidades de seguridad y protección como niños, para desarrollar nuestra identidad como adolescentes, y para dar y recibir amor como seres maduros en nuestra vida adulta. Autores prominentes de modelos psicodinámicos han enfatizado la necesidad de relación como una de las características fundamentales del ser humano y cómo este contacto interpersonal es necesario e indispensable para su crecimiento y desarrollo (Bowlby, 1986; Guntrip, 1971; Fairbairn, 1952).

El impulso de conectar con el exterior surge desde el momento en que el bebé nace y empieza a relacionarse con la madre (Stern, 1985). Las primeras experiencias de vinculación del niño con las figuras parentales son fundamentales para su desarrollo, pues van a determinar su capacidad como adulto de estar en intimidad y a la vez ser autónomo en relación con el otro (Holmes, 1996). Si un niño, por alguna razón, no recibe contacto o es aislado emocionalmente de sus cuidadores, aunque pueda sobrevivir físicamente, las consecuencias psicológicas son devastadoras, pues no va a ser capaz de desarrollar una personalidad adecuada (Winnicott, 1979, 1993). Sin el contacto con el otro, el sentido del yo, el *self*, se ve dañado y el niño pierde la capacidad de relacionarse de forma sana con los demás, lo cual va a afectar a su futura vida como adulto.

¿Por qué es tan necesaria para el desarrollo sano del ser humano la vinculación con figuras de referencia del entorno? Es a través de las relaciones con lo que es externo como creamos nuestro mundo interno. Cada vez que nos comunicamos o entramos en conexión con lo de fuera, generamos sentimientos, pensamientos, fantasías, deseos y esperanzas. El mundo interno que creamos con este material está dentro de nuestra piel y es la respuesta a las múltiples interacciones con lo que nos rodea, sean personas o cosas. Este ámbito íntimo, que puede estar más o menos al alcance de nuestra conciencia, debe organizarse de forma que tenga sentido. Para esta organización es también esencial el contacto externo: sin la relación con los otros no hay capacidad de dar significado a la experiencia interna, no hay posibilidad de identificar nuestras necesidades básicas como humanos, ni de generar la acción necesaria para buscar satisfacción a dichas necesidades. La vida, y lo que en ella ocurre, no puede tener sentido sin relaciones interpersonales, y este significado emerge en la mediación satisfactoria entre la relación con los demás y nuestro mundo interno (Erskine y otros, 1999).

Este movimiento oscilatorio entre el contacto interno —darnos cuenta de lo que sentimos, de nuestras sensaciones internas— y el contacto externo —ser consciente de lo que nos rodea, de lo que está más allá de la piel, sean personas o cosas— es vital para la identificación y satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano. La experiencia de una necesidad produce una activación interna que mueve a la persona a salir al exterior al encuentro de los que la rodean para obtener satisfacción. Cuando la necesidad está colmada, la estimulación cesa. Ésta es una respuesta natural que se repite una y otra vez a medida que las necesidades van emergiendo y satisfaciéndose. Esta serie cíclica de *Gestalts* (Perls, 1973;

Perls y otros, 1951) incluye reacciones fisiológicas, emocionales, conductuales y cognitivas que se van activando y desactivando, abriendose y cerrándose, de forma espontánea y a menudo inconsciente.

Las relaciones interpersonales nos ayudan a definir los límites de nuestra identidad, quiénes somos y hasta dónde llega nuestro espacio vital en relación con el de los demás (Erskine y otros, 1999). También contribuyen a ordenar el material interno de forma adaptativa, es decir, de forma que tenga un sentido que facilite la integración de las distintas experiencias de vida, sean éstas las que sean, incluso las negativas o traumáticas. Las nociones sobre cómo funciona el mundo y la necesidad de crear entornos sociales seguros forman parte de la actividad humana sana y normal. Las personas maduras adultas, a partir de este proceso natural de contacto externo y contacto interno, son capaces de ir aumentando su conocimiento acerca de sí mismas y de la vida, desarrollando habilidades de cambio y adaptación que les permiten afrontar acontecimientos difíciles en el futuro.

Al establecer contacto relacional con los otros y con nosotros mismos, podemos identificar nuestras necesidades más íntimas y también las de los que nos rodean. Ello nos permite anticipar y predecir hasta cierto punto el entorno que nos envuelve, con lo que podemos pedir ayuda cuando las necesidades no están satisfechas, y también ofrecer ayuda a través de la compasión y la empatía a otros seres que lo necesitan para sobrevivir. Según Erikson (1950), esta capacidad, desarrollada a través de las relaciones sanas que establecemos desde niños, nos confiere un sentido de seguridad y protección en el cual basamos nuestra pertenencia, nuestro sentido de la vida y nuestras relaciones.

### *Resumen*

— El ser humano, por naturaleza y desde que nace, entra en relación con el mundo externo que lo rodea y con el mundo interno de sensaciones, sentimientos y pensamientos.

— Este contacto interno-externo oscilatorio es vital para la satisfacción de sus necesidades de supervivencia, contribuye a la construcción y organización del material interno y le da seguridad, sentido de pertenencia y significado de vida.

### *Discusión*

De la teoría psicoanalítica sobre el desarrollo se deduce la idea de que el duelo no trata únicamente de la recuperación por la ausencia de la relación con el otro, sino que también incluye un trabajo de reestructuración interna que tiene que ver con la pérdida de una parte de uno mismo.

En la ruptura de la vinculación con una persona que amamos y que nos ha amado no sólo perdemos la fuente de satisfacción de nuestras necesidades de afecto o de seguridad, sino que, al mismo tiempo, se ve sacudido nuestro mundo interno de pensamientos, significados, esperanzas, generado en sus aspectos nucleares a partir de la relación con esa persona significativa. El duelo puede provocar una desconexión con nuestro núcleo interno, *anulándose nuestra capacidad de ordenar el material de forma que tenga sentido*. Al perder a nuestro ser querido se desmantelan también valores, creencias y esperanzas: nuestra

visión de la vida, de las relaciones, se quiebra; el sentido de quiénes somos se distorsiona. La experiencia de duelo comprende también el proceso de recuperación de esta identidad destruida: la necesidad de reestructurar la fragmentación interna es uno de los objetivos o tareas del duelo.

Otra conclusión importante de la combinación de algunas aportaciones de las teorías psicoanalíticas y de otras procedentes de la línea de la psicología humanista es que *la recuperación del duelo debe incluir procesos que reflejen la fluctuación continua entre la necesidad de conectar con el mundo interno y la necesidad de conectar con lo que nos rodea*, porque es sólo en este movimiento donde el sentido profundo del proceso del duelo puede hallarse. Las relaciones interpersonales que el doliente sostiene, y que lo sostienen, a lo largo de su experiencia de pérdida van a ser esenciales en el manejo de esta dinámica. Estos conceptos aquí descritos son fundamentales para comprender cómo se desarrolla el duelo, ya que condicionan la manera de afrontar el dolor emocional y deben tenerse muy en cuenta a la hora de plantear cuál es la mejor manera de ayudar a las personas que lo sufren.

## TEORÍA DE LA VINCULACIÓN

La teoría de la vinculación, formulada por John Bowlby (1979-1988), es un constructo motivacional que nos ayuda a entender la tendencia que los seres humanos tenemos a crear vínculos con las personas que nos rodean, y por qué ante la ruptura o la amenaza de ruptura de estos vínculos reaccionamos con comportamientos y emociones intensas. Según John Bowlby, la razón principal por la que el niño tiende a vincularse con la madre es su necesidad de seguridad y protección; y en este sentido el impulso de vinculación es una reacción natural de supervivencia. El adulto actúa como una base de seguridad (una especie de campamento base) de la que el niño aprende a separarse de forma progresiva, por períodos de tiempo cada vez más largos, para poder explorar y aprender del exterior, retornando a esta figura de referencia cuando la necesita como espacio de protección y seguridad (Ainsworth y otros, 1978).

La búsqueda de proximidad, según estos autores, es una estrategia de regulación afectiva innata en el niño cuya función es la protección ante amenazas físicas o psicológicas y el alivio del malestar emocional. Si esta figura de referencia, que se ha convertido en una fuente de seguridad, desaparece o el niño siente que puede desaparecer, éste reacciona con señales de protesta emocional intensa. Esta respuesta ante la separación de sus cuidadores pasa por varios estadios o fases emocionales. La primera señal es la protesta, en la que el niño se aflige y rechaza el consuelo de los demás: llorar, gritar, enfadarse o patalear constituyen, pues, respuestas normales a la separación, cuya función biológica es intentar restablecer el vínculo con el cuidador. Si esto es así, la sintomatología ansiosa desaparece; si no es así, si el niño no consigue atraer la atención del cuidador, entonces aparecen la tristeza, la apatía, el aislamiento y la desesperanza. Finalmente, si sigue sin restablecerse el contacto, el niño llega a claudicar desvinculándose, y de forma activa rechaza los posibles contactos posteriores con el cuidador (Hazan y Shaver, 1987). Según John Bowlby (1986-1995), la respuesta de aflicción ante la muerte de un ser querido es un caso específico de ansiedad de separación, siendo el duelo una forma de ruptura de vínculo irreversible. La respuesta psicológica ante la separación está

programada biológicamente en una secuencia ordenada de reacciones fisiológicas. Las cuatro fases del duelo propuestas por este autor son: a) aturdimiento, b) añoranza, búsqueda y enfado, c) desorganización y desesperanza y d) reorganización.

La mirada mutua entre la madre y el niño es un factor esencial para que éste pueda desarrollar un mundo interno donde la relación íntima con el otro es posible (Stern, 1985). A partir de esa mirada, el niño es capaz de crear una imagen interna de sí mismo vinculado al cuidador y en el contexto de una relación con el mundo. El «modelo de funcionamiento interno» que el niño ha construido y almacenado durante su desarrollo en la infancia constituye y define la manera en que, como adulto, se percibirá a sí mismo y a los demás, y por tanto condicionará su capacidad de relacionarse y de vincularse (Bowlby, 1995; Ainsworth y otros, 1978). De hecho, un buen parentaje provee al niño de la confianza básica interna para establecer relaciones y manejar situaciones difíciles en la vida (Erikson, 1950). El reto que debe afrontar el adolescente o adulto joven es la capacidad de separarse de las figuras de vinculación y construir nuevas figuras con otras personas. Estos modelos internos de funcionamiento, o estilos de vinculación, desarrollados en los primeros años de vida son particularmente estables y difícilmente van a ser modificados por experiencias posteriores. Mary Ainsworth, alumna de John Bowlby, describió cuatro modelos de vinculación entre los niños y sus madres (o padres) (Ainsworth y otros, 1978).

Un niño con *estilo de vinculación segura* tiene un cuidador presente, en quien se puede apoyar, que se preocupa, a quien puede pedir ayuda y que responde; y a partir de esta experiencia desarrollará una imagen de sí mismo como alguien valioso, que merece ser querido y, por tanto, con una buena autoestima que constituirá la base de todas sus relaciones futuras con los demás. Según Donald Winnicott, el ambiente de seguridad y confianza que rodea al niño y donde es apoyado y cuidado actúa como un sistema de protección psicológica y fisiológica que va a garantizarle la supervivencia emocional y física (Winnicott, 1993).

Si el cuidador no está presente física y emocionalmente de manera consistente, entonces no hay seguridad de que el niño vaya a recibir una respuesta cálida cuando aparezca una necesidad y, por tanto, va a desarrollar un estilo de vinculación insegura como una manera de adaptarse a la nutrición afectiva inadecuada. Se distinguen tres tipos de modelos internos de vinculación insegura. Si el cuidador es inconsistente, es decir, a veces cálido, a veces frío y ausente, entonces el niño desarrolla una respuesta de dependencia compulsiva. El cuidador puede estar preocupado por sus cosas, autocentrado, enfadado o demasiado ocupado y no es consciente de las necesidades del niño y, por tanto, es incapaz de establecer una confianza básica. El niño interioriza un estilo donde sólo manteniendo sus demandas de forma incesante va a poder permanecer vivo, y para él, no estar en contacto con el adulto es una experiencia terrorífica. Se establece entonces el *estilo de vinculación insegura-ansiosa*: ante la impredecibilidad de la respuesta del adulto de referencia, a veces el niño se apega a la madre (o padre) como una adicción para atraer su atención e intenta todo lo posible para que ésta (o éste) responda. Otras veces, cuando ella (o él) intenta ser cariñosa, el niño reacciona con enfado empujándola hacia fuera, porque le da miedo la posibilidad del rechazo.

A veces el cuidador es emocionalmente frío de forma consistente y físicamente disponible de forma inconsistente (a veces sí, a veces no). Para estos adultos el niño es una carga: el contacto físico y el abrazo son difíciles para ellos, así que lo educan de forma desapegada, generándole miedo a la vinculación, que por otra parte el niño tan desesperadamente necesita. Todos sus intentos de aproximarse y entrar en contacto con su cuidador acaban siempre en dolor emocional. El mensaje es «el contacto es doloroso», por tanto el resultado es una defensa del tipo «no te acerques» asociada a una reacción de desprecio, y se instala el *estilo de vinculación inseguraevitativa*. Éste suele ser el caso de las madres (padres) deprimidas, sin interés por el niño y emocionalmente distantes. El niño desarrolla la idea de que tener necesidades es algo malo y, por tanto, las minimiza, a menudo sacándolas de su conciencia. El niño evitativo anestesia su cuerpo, constrinviendo la energía para la vida.

El último tipo de vinculación es el *inseguro-desorganizado*, que describe a niños que responden con formas de comportamiento desorganizado y que no pueden ser clasificados como evitativos o ansiosos, ya que no muestran un modelo coherente de respuesta. Se sugiere que las figuras parentales de estos niños podrían ser padres que han sufrido traumas en su vida que no han sido resueltos (Main y Hesse, 1990).

John Bowlby (1986) señala que las reacciones de duelo están condicionadas por los sistemas de vinculación que se han configurado durante el desarrollo en la infancia. Poseer como adulto un modelo interno de funcionamiento seguro es la garantía de una buena autoestima; de confianza en uno mismo y también en los otros, y de una buena capacidad de relacionarse y mantener vínculos sanos con los demás. También es un factor protector frente al impacto de posibles pérdidas futuras. Algunos autores afirman que, para niños que han estado expuestos a acontecimientos extremadamente traumáticos, la calidad de la vinculación es probablemente el determinante individual más importante de deterioro a largo plazo (McFarlane, 1988). Según Linda Luecken, la muerte del padre o de la madre en la infancia no es un predictor claro de desórdenes psiquiátricos en la vida del adulto; sin embargo, el estilo de vinculación del niño sí lo es (Luecken, 2008).

La perspectiva de la vinculación nos ofrece también un marco para la conceptualización de las complicaciones del duelo. Ya John Bowlby sugirió (1993) que los estilos de vinculación insegura-ansiosa podían asociarse a formas de duelo crónico, mientras que los estilos inseguro-evitativos podían dar lugar a duelos inhibidos o pospuestos. Esta asociación ha sido explorada por investigadores como Margaret Stroebe y Henk Schut, entre otros (Stroebe y Schut, 1999; Stroebe y otros, 2005; Mikulincer y Shaver, 2008).

### *Resumen*

La teoría de la vinculación elaborada por John Bowlby y sus colaboradores nos aporta tres grandes ideas:

- La protesta emocional que el niño expresa ante la amenaza de desaparición de la figura adulta de referencia es una reacción natural cuya función es intentar restablecer la vinculación.
- Las reacciones emocionales ante la ruptura del vínculo afectivo se organizan en forma de estadios o fases.

— Los estilos de vinculación —segura, insegura-ansiosa, insegura-evitativa e insegura-desorganizada— desarrollados en los primeros años de la infancia son estables en la vida adulta y determinan la vulnerabilidad a posibles complicaciones en el duelo ante futuras pérdidas.

### *Discusión*

Andrea perdió a su madre a los 2 años de edad. Su padre entró en un estado de depresión y tuvo que ser acogida por una tía que nunca la aceptó. Quedó marcada por esta pérdida y tuvo una adolescencia difícil. Ante la muerte de su marido, con el que tenía una relación muy dependiente, Irene es incapaz de rehacer su vida. Ocho años después sigue con el mismo dolor, la misma tristeza, la misma nostalgia. Lleva un año en terapia de grupo y dice que nunca estará mejor. Isabel, una viuda con dos niños pequeños, lucha por sobrevivir y se esfuerza en recuperar la ilusión por la vida; sus padres la acompañan y la sostienen en su desesperación: a pesar del dolor, es capaz de pensar en un futuro mejor.

Muy a menudo, los terapeutas, ante situaciones similares de pérdidas, nos preguntamos por qué, mientras unas personas parecen incapaces de rehacer sus vidas, otras reaccionan con más aceptación, con ganas de luchar por un futuro, a pesar de lo sucedido. La teoría de la vinculación nos aporta una posible explicación a estas diferencias descritas en el ejemplo de Irene y Judith. El modelo de estilo de vinculación que el doliente ha generado en su infancia con relación a sus cuidadores y la naturaleza de la relación entre éste y su ser querido fallecido pueden ser factores que determinen el curso del duelo, condicionando que la manera de afrontarlo sea efectiva o inefectiva.

La perspectiva de la vinculación nos propone un factor interno o intrapersonal —el modelo de vinculación interna— y un factor interpersonal —la calidad de la relación con el fallecido— que van a mediar y condicionar la adecuada evolución del proceso y, por tanto, constituyen un paradigma muy útil para la clasificación de la naturaleza y significación de las pérdidas y para entender los distintos modelos de duelo complicado. En estos últimos años se está recogiendo abundante evidencia empírica que confirma la relación entre los estilos de vinculación del doliente y la posibilidad de desarrollo de duelo complicado (Shaver y Tancredy, 2001; Stroebe y otros, 2005; Mikulincer y Shaver, 2008). Según estos autores, los adultos con historias de vinculación insegura en su infancia van a presentar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de duelos complicados cuando afronten situaciones de pérdidas. Y los vínculos ansioso-dependientes son un factor de riesgo que predice duelos crónicos, que no se concluyen con el tiempo, como ejemplifica el caso de Irene.

La teoría de la vinculación aporta elementos que nos permiten predecir resultados en función de ciertas variables. Perspectivas teóricas específicas sobre el duelo, como el modelo de proceso dual de afrontamiento que se describe más adelante (Stroebe y otros, 2005), incorporan la teoría de la vinculación de John Bowlby y la de sus colaboradores como un elemento fundamental.

Por otra parte, esta teoría describe cómo *la protesta emocional ante la separación es una respuesta natural adaptativa* cuya función, al menos en el niño, es la de restaurar el vínculo. Este repertorio de reacciones de protesta emocional es muy similar al que viven las

personas en duelo. De hecho, las etapas que John Bowlby describe para la separación del vínculo han servido de inspiración a las teorías de modelos de fases ante la muerte y el duelo, como el modelo desarrollado por Elisabeth Kübler-Ross (1969) o, más recientemente, el modelo de fases de duelo propuesto por William Worden (1997), también descrito más adelante en este capítulo.

La funcionalidad del duelo es otra cuestión que la teoría de la vinculación propone y para la que no tiene respuesta: si establecer lazos es, evolutivamente hablando, un elemento de desarrollo para la supervivencia de la especie, ¿qué sentido tiene la respuesta emocional de protesta cuando la restauración del vínculo no es posible?, *¿la sintomatología asociada a la protesta emocional es algo que debe evitarse o que tiene una función adaptativa?* o, en definitiva y en un sentido más amplio, *¿la función biológica o psicológica del duelo es adaptativa o disfuncional?* Los terapeutas nos hacemos estas preguntas y buscamos respuestas en la psicología, la biología y también en la antropología y la filosofía. La mayoría de las respuestas que encontramos no son más que especulaciones que caen fuera de la posibilidad de refutación empírica, pero a partir de las cuales fundamentamos marcos teóricos conceptuales e incluso toda una praxis clínica. Por poner ejemplos extremos, uno puede considerar que el duelo, desde un modelo biomédico, es una enfermedad de la que es importante recuperarse y cuya sintomatología deberá evitarse en lo posible; por tanto la medicación va a ser una prescripción a considerar. En el otro extremo, desde modelos humanista-existenciales, podemos considerar que el duelo es un estado adaptativo y que la sintomatología es parte necesaria e incluso indispensable del proceso de elaboración y, por tanto, la medicación no siempre es aconsejable.

Todos estamos de acuerdo en que el impulso innato de búsqueda de proximidad o vinculación con los demás es parte de un sistema de adaptación desarrollado en el curso de la evolución para mejorar la supervivencia de los seres humanos, pero en ese mismo contexto, *el duelo como proceso de desvinculación ¿es también una estrategia de supervivencia adaptativa?* Esta cuestión despierta un interesante debate entre los teóricos y prácticos expertos, lo que explica en gran medida la profusión y heterogeneidad de modelos teóricos conceptuales y de guías de práctica clínica. Las respuestas a esta pregunta no dejan de ser en parte presuposiciones metateóricas a partir de las que distintos expertos derivan teorías clínicas específicas en un intento de explicar cómo tiene lugar el proceso y cuáles son los caminos por los que un duelo se resuelve o se complica, y de guiar en consecuencia la praxis clínica del terapeuta. Lo que está claro es que, si queremos establecer una teoría general de duelo, es fundamental hacer una reflexión profunda sobre esta cuestión.

## CREENCIAS NUCLEARES Y RECONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS

La perspectiva de las «creencias nucleares» desarrollada por Ronnie Janoff-Bulman (1992) se fundamenta en la experiencia clínica y la investigación cuantitativa realizada a partir de poblaciones de víctimas de traumas. Según esta teoría, la capacidad que tiene la persona de otorgar significado a su experiencia de vida es un elemento crucial en el proceso de recuperación de posibles vivencias traumáticas. La autora afirma que tenemos varias

presuposiciones básicas fundamentales —sobre el mundo, sobre nosotros mismos y sobre la interacción entre ambos—, a partir de las cuales construimos un edificio de esquemas mentales. Estas convicciones son: que el mundo es benevolente, que el mundo es ordenado y predecible, que la vida tiene un sentido y un fin determinado y que las personas somos capaces y valiosas. Sobre este edificio mental organizamos predicciones seguras acerca de nuestro día a día, y basamos nuestra confianza y capacidad de control sobre el presente y la dirección de nuestro futuro.

Según la autora, estas creencias nucleares, que constituyen el centro de nuestro mundo interno, son normalmente incuestionables e inmutables, pero a medida que nos vemos expuestos a acontecimientos de la vida, especialmente si éstos son traumáticos, estas presuposiciones son cada vez más ilusorias y en última instancia pueden verse destruidas. En circunstancias de trauma, la persona debe, o bien negar la experiencia de pérdida a fin de proteger este mundo interno de la fragmentación, o bien permitirse una cierta reorganización para poder integrar la experiencia incorporándola a unas estructuras de significados más amplias. En palabras de Ronnie Janoff-Bulman, en el proceso de recuperación de esta fragmentación «la persona se vuelve más triste, pero mucho más sabia».

Varios autores expertos señalan *la necesidad de una reconstrucción cognitiva como un elemento importante del proceso de recuperación en el duelo*. Colin Murray Parkes denomina «transiciones psicosociales» a esta afectación de las creencias nucleares como consecuencia de la muerte de un ser querido (Parkes, 1971, 1988). Otros autores, en una línea parecida, consideran que *este proceso de reconstrucción de significados es el elemento central del duelo* (Neimeyer, 2000, 2001; McCann y Pearlman, 1990). Según Robert Neimeyer, la adaptación a la pérdida traumática incluye un proceso de confrontación y exploración de las preocupaciones, que va a permitir construir nuevos significados sobre la muerte del ser querido: creencias anteriores van a ser sacudidas mientras emergen otras nuevas como en un proceso continuo de negociar y renegociar nuevos sentidos. El proceso es maladaptativo si la persona en duelo no puede explorar ni articular su continua reconstrucción de la historia de la relación con el fallecido. En sus trabajos, el autor pone el acento en intentar definir hasta qué punto esta reconstrucción está afectada por factores personales, familiares y culturales, y propone varios principios o proposiciones que pueden ayudar al doliente a vivir el duelo de una manera más adaptativa y facilitar así esa restauración. Entre otros, Robert Neimeyer propone que «el duelo es algo que hacemos, y no algo que nos hacen», estimulando el rol activo de los dolientes ante el proceso. También apunta cómo los síntomas de duelo no son más que señales de los esfuerzos para encontrar nuevos significados.

### *Resumen*

— Una situación traumática produce a la persona que la sufre una ruptura del edificio interno de creencias nucleares acerca de la vida y acerca de ella misma. El proceso de recuperación implica necesariamente la reconstrucción de este mundo interno.

— Este desmantelamiento y posterior reconstrucción conllevan un dolor emocional necesario, cuya sintomatología asociada señala los esfuerzos de reestructuración y, por tanto, puede verse como adaptativa.

— Esta reestructuración implica la creación de nuevos significados o esquemas mentales más amplios, más maduros.

### Discusión

Tengo miedo, mucho miedo, que intento controlar. Me veo mal, fracasado, no he sido un buen padre, no he podido salvarla. Ya no quiero ser padre, ¿para qué? Yo creía que lo daba todo y ahora veo que no. Pensaba que era buena persona, pero mira qué pasó. Se supone que los padres estamos para cuidar, ¿no? Podría aceptar la muerte de mi hija, pero lo que nunca aceptaré es que fue por mi culpa. Yo debería haberla salvado.

CRISTÓBAL, dos semanas después de la muerte de su hija  
en un accidente doméstico

Cristóbal perdió a su hija de 1 año en un accidente doméstico. Con sus palabras expresa que no sólo vive el dolor por la ausencia de la niña, sino que además se siente muy inseguro y vulnerable, duda de su capacidad como padre y ha perdido la confianza en sí mismo. Su percepción del mundo como un lugar seguro y predecible se ha truncado: su autoestima y su confianza como padre protector se ven cuestionadas, y el significado de su vida en la función de la paternidad deja de tener vigencia. La experiencia de Cristóbal es un buen ejemplo de cómo las creencias nucleares, en situaciones de trauma intenso, se ven desmanteladas, causando dolor emocional, y cómo en su duelo, además de elaborar la ausencia de su hija, deberá hacer todo un trabajo interior de reconstrucción interna de sus percepciones sobre la vida, sobre sí mismo y sobre las relaciones.

Si la teoría de la vinculación aportaba la protesta emocional como una de las reacciones ante la pérdida de una figura externa de referencia, la teoría de las creencias nucleares añade y explica cómo el mundo interno del doliente se ve sacudido, y esa pérdida del sentido de seguridad y protección que proveían estos esquemas mentales produce un sufrimiento en forma de malestar emocional. El dolor, por tanto, es una respuesta natural en el proceso del trauma, y *la reconstrucción de este mundo interno de presuposiciones es una de las tareas esenciales del proceso de recuperación*.

Pero lo que esta teoría no explica es cómo se hace esa reconstrucción del mundo interno, *¿cuál es el camino para llegar a restablecer nuevos significados y a reajustar las presuposiciones antiguas o aceptar otras nuevas?* Ricardo perdió a su mujer y sus dos hijos en un accidente aéreo. Cuando su terapeuta le apuntó, forzando una idea de reconstrucción de creencias nucleares, que «aprendería mucho de la experiencia y que a través de ella podría ayudar a otras personas», él le contestó muy enfadado: «Yo no quiero aprender de la experiencia, ni quiero ayudar a nadie, lo que yo quiero es que me devuelvan a mi mujer y a mis dos hijos». La idea de que hay que aprender de las experiencias de pérdidas *¿se puede aplicar a todos los dolientes?* Si el término «significado» ya es un poco escurrídizo, *¿cómo definir lo que es aprender de una experiencia o dotarla de sentido?* *¿Aprender es un proceso exclusivamente cognitivo, o es necesaria la implicación emocional?* Dice Irving Yalom, uno de los padres de la psicoterapia existencial, que los significados no pueden darse, deben descubrirse a través de la experiencia propia (Yalom y Lieberman 1991). Esto parece señalar que el camino cognitivo para la reestructuración de creencias nucleares y significados no será

quizás el más efectivo. ¿Cuáles son entonces las condiciones para que se dé esa experiencia reveladora? ¿Cómo puede este padre, Cristóbal, que ha perdido a su hija en un accidente doméstico absolutamente fortuito, dar sentido a lo que ocurrió y recuperar la confianza básica en sí mismo y en la vida? *¿Podemos hablar de significados a alguien que, como Ricardo, acaba de perder a varios miembros de su familia?*

Si, según estos autores, estos acontecimientos piden una reestructuración del sistema de valores, entonces muertes que suponen altas respuestas de estrés, como en los ejemplos mencionados, requerirían de reestructuraciones más importantes. También personas con esquemas mentales poco maduros precisarán a su vez reestructuraciones más complejas. Pero los terapeutas observamos que en estas situaciones la sintomatología intensa de choque es tan aguda que impide la posibilidad de cualquier trabajo de reconstrucción, al menos en los primeros momentos del duelo. *¿Cómo podemos saber si la sintomatología es un esfuerzo de afrontamiento efectivo o inefectivo?* Es verdad que muchas de las personas en duelo consiguen restablecer un mundo de presuposiciones que no es tan amenazador, pero también otras muchas no lo consiguen. Por otra parte, hoy tenemos evidencia de que hay personas que, a pesar de perder a su ser querido, responden sin experimentar un serio malestar (Wortman y Silver, 2001). Según el estudio CLOC (*Changing Lifes in Older Couples*), el 45 % de las personas mayores que perdieron a sus parejas no mostraron estar afectadas, al menos de una manera significativa (Mancini y otros, 2006). Algunas investigaciones actuales señalan que la recuperación del duelo no forzosamente implica la necesidad de otorgar un significado a la experiencia, y que no todas las personas, como demuestra el estudio CLOC, experimentan un cambio de identidad (Bonanno y otros, 2002). Entonces, *¿en el duelo es siempre esperable o necesario algún tipo de reestructuración? Si la muerte se vive sin llevar a esos cambios de estructuras o de reconstrucción de significados, ¿estamos ante un mal duelo?*

## 1.2. Modelos conceptuales sobre el trauma

### AJUSTE TRAUMÁTICO Y TEORÍA COGNITIVA DEL ESTRÉS

La palabra «trauma» se aplica a aquellos acontecimientos que constituyen una amenaza grave para la integridad psicológica o física de las personas que los viven y frente a los que responden con una reacción intensa de temor, desesperanza y ansiedad. Son comunes además sentimientos de irritabilidad, predisposición a dar respuestas reactivas de alarma por causas menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan intensa angustia, sensaciones de extrañeza e irrealdad, tristeza. Estos síntomas, que se denominan en su conjunto *síndrome de estrés postraumático*, suelen estar fuera de control y son fuente de un profundo sufrimiento psicológico. A pesar de ello, esta respuesta se considera biológica y constituye una adaptación natural del cuerpo humano ante el trauma; eso explica que sea tan universal y que remita espontáneamente en la mayoría de los casos en los primeros meses después del acontecimiento (American Psychiatric Association APA, 1994).

Mardi Horowitz, en su trabajo clásico sobre el ajuste traumático (*Stress Response Syndromes*, Horowitz, 1986, 1993a), destaca cómo estos síntomas de estrés son respuestas comunes específicas o universales que los seres humanos experimentamos ante acontecimientos inespecíficos, es decir, cualquier tipo de trauma. Este autor identifica y clasifica dentro de las respuestas de trauma dos tipos de estados: la *intrusión* y la *evitación*. La intrusión se refiere a aquellas situaciones donde la persona reexperimenta de forma compulsiva pensamientos y emociones acerca del evento, por ejemplo sueña con lo sucedido, o se mantiene en un estado de hipervigilancia, o es estimulado por un recuerdo fuera de su control. La evitación se refiere a todo aquello que contribuye a la negación del proceso, por ejemplo no acordarse de lo sucedido, incluyendo la amnesia, la disociación o la distracción. Según el autor, si la intensidad del impacto del evento es muy alta, el proceso sintomático de intrusión-evitación es más acuciante y puede indicar patología.

Mardi Horowitz vincula la teoría del estrés con la teoría psicoanalítica, explicando cómo el trauma supone una conmoción en el *self*, que debe responder desarrollando estrategias defensivas. En un intento de formular un modelo de afrontamiento de situaciones de trauma más completo, este autor propone una descripción detallada sobre cómo se desarrolla el procesamiento de la información traumática, para lo que toma conceptos de la teoría cognitiva del estrés y les añade el elemento del control emocional (Horowitz y otros, 1996). Su propuesta parece extensible a situaciones de duelo: un acontecimiento estresante, como es la muerte de un ser querido, llega en forma de mala noticia; esta información, que debe ser procesada neurológicamente en el cerebro de la persona, es discordante con el esquema mental preexistente: «No me podía imaginar que algo así me podía pasar a mí», y cuestiona el mundo interno en el que vivía la persona hasta el momento, por lo que para su procesamiento debe tener lugar un proceso de adaptación o revisión. Esta discrepancia entre la interpretación del evento y el mapa cognitivo preexistente estimula emociones difíciles como la culpa, el miedo, la tristeza o la rabia, que pueden estar relacionadas con experiencias pasadas conscientes o inconscientes de la persona. Las emociones, según el autor, funcionan activando la atención y haciendo que ésta se focalice en el problema para poder reconciliar las incongruencias entre la mala noticia y los esquemas preexistentes. Una vez que se ha producido esta reconciliación, mediante una revisión del mapa cognitivo o esquema previo de conocimiento, la persona reduce las alarmas emocionales y puede pasar a prestar atención a otros temas.

Horowitz también describe cómo en el procesamiento de la información traumática, ante la sintomatología producida por la discordancia entre la realidad externa y el mundo interno de la persona, puede producirse una anestesia emocional como forma de evitación, cuya función en este caso es proveer de un intervalo de tiempo necesario durante el cual la persona va a poner en marcha otros procesos de control que tendrán que ver con sus mecanismos básicos de defensa, aprendidos en el manejo de otras situaciones de trauma o separación del pasado.

Por otra parte, el proceso de transformar la información que lleva de la discrepancia a la coherencia entre los esquemas provoca no sólo unas reacciones emocionales que funcionan como señales, sino también una anticipación de hasta dónde estas emociones pueden llevar. Esta anticipación alerta sobre la posibilidad de un estado intenso de emociones negativas fuera

de control. Para evitar una excitación emocional excesiva, real o anticipatoria, la persona aumenta sus procesos de control con el fin de regular el flujo de información mediante inhibidores selectivos y facilitadores o defensas.

La idea de los mecanismos de defensa o defensas para el control de las emociones es un concepto clásico del psicoanálisis (Freud, 1955), pero Mardi Horowitz (Horowitz y otros, 1996) va más allá en su interesante trabajo, proponiendo una redefinición y clasificación de estos procesos de control defensivo. Según el autor, estos mecanismos pueden clasificarse en: a) *mecanismos de inhibición del contenido*: por ejemplo, el sujeto minimiza la importancia del evento o lo niega. Si la decisión de minimizar es consciente, hablaríamos de supresión; si es una inhibición inconsciente, se llamaría represión; b) *mecanismos de inhibición del tópico*: por ejemplo, desviar el foco de la atención o distorsionar el contenido mental, o anticipar el suceso; en este caso, la persona anticipa con palabras o imágenes la escena de la posible situación difícil con su posible desenlace e impacto, lo que le permite graduar el nivel emocional cuando el acontecimiento tiene lugar; c) *alteración de los esquemas personales*: por ejemplo, la persona construye unos esquemas mentales más competentes respecto a la posibilidad de trauma, incluyendo la posibilidad de la pérdida en su manera de conceptualizar el mundo y las relaciones, con lo cual el impacto emocional será mucho menor y se facilita así el proceso de adaptación.

### *Resumen*

- Las respuestas ante el trauma incluyen una oscilación entre reacciones de intrusión y reacciones de evitación.
- El proceso de transformación de la información traumática se lleva a cabo mediante mecanismos de defensa que actúan como procesos de control emocional.
- Los mecanismos de defensa o procesos de control defensivo pueden categorizarse en: a) mecanismos de inhibición del tópico, b) mecanismos de inhibición del contenido y c) mecanismos de alteración de los esquemas personales.

### *Discusión*

Varios autores han establecido el paralelismo entre el síndrome de estrés postraumático y las respuestas ante situaciones de duelo, en especial en duelos patológicos (Weiss, 1993; Horowitz, 1986, 1993a; Horowitz y otros, 1993b; Raphael y Martinek, 1997). Estos autores explican cómo muchas de las respuestas que los dolientes expresan, especialmente en el momento posterior a la muerte, son similares a las respuestas de estrés postraumático, aunque eso no significa que necesariamente tengan un duelo complicado: intrusiones de recuerdos; sueños recurrentes que producen malestar; disociación; sufrimiento psicológico ante la exposición a recuerdos u objetos relacionados con el fallecido, por ejemplo al acercarse las fechas de aniversarios, y conductas disruptivas como imposibilidad de conciliar el sueño, irritabilidad y dificultades de concentración.

Mardi Horowitz, además de su descripción de las respuestas de estrés traumático, que podemos aplicar al duelo, también aporta otros dos conceptos muy clarificadores: el *modelo bifásico de afrontamiento* y su *propuesta de categorización de los mecanismos de defensa*.

Las reacciones antitéticas intrusión-evitación como rasgos distintivos de las reacciones traumáticas tienen su aplicación en el proceso de afrontamiento del duelo. Ante la muerte de un ser querido, distinguimos también entre estos dos tipos de respuestas: soñar con él, visitar los lugares que nos lo recuerdan, hablar de él a nuestros amigos son actividades que producen una reactivación de síntomas y, por tanto, serían ejemplos de respuestas intrusivas; mientras que evitar hablar de ello, distraerse o negar la realidad de la pérdida serán ejemplos de estados de evitación. La característica oscilación que a veces presentan las personas en duelo entre estos dos estilos de afrontamiento es lo que ha llevado a los investigadores de la Universidad de Utrecht Margaret Stroebe y Wolfgang Schut (1999) a la definición de un modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo, que se describe y discute más adelante.

Sin embargo, no queda claro si esta oscilación entre estrategias de intrusión-evitación lleva siempre a un ajuste del proceso de duelo. Según Mardi Horowitz, la intrusión-evitación no se contempla como una estrategia de afrontamiento ni como un proceso dinámico, sino más bien como una reacción adaptativa que en ciertos casos puede dar lugar a complicaciones como el trastorno de estrés postraumático, lo cual es también aplicable a los procesos de duelo. Pero *¿cómo se discrimina entre las respuestas a un evento traumático que son normales y las que no lo son?, o ¿cuándo esta oscilación es un signo de que el proceso va a complicarse?* Los autores hablan de la intensidad o frecuencia de la oscilación, pero *¿cómo se mide?*

La idea de Mardi Horowitz de que para adaptarse al trauma la persona desarrolla mecanismos de defensa que la ayudan a controlar el impacto de las emociones y que a la vez funcionan como estrategias de procesamiento de la información es trasladable a las situaciones de duelo. La posible noticia de la muerte de un ser querido, especialmente si ésta no ha sido anticipada, es discordante con el mundo interno de presuposición de seguridad y protección, por tanto esta discrepancia amenaza con producir sentimientos profundos de miedo y/o desesperación. El doliente, que quizás ha tenido ya en su vida otras experiencias de sufrimiento asociado a pérdidas, anticipa la posibilidad de volver a experimentar estos estados terribles de malestar y, para evitarlos, activa procesos de control defensivo, con mayor grado de conciencia (supresión) o menor (represión), que inhiben la contemplación consciente de la realidad.

En las respuestas de duelo, *la posibilidad de proponer una categorización en los mecanismos de defensa según su función puede sernos muy útil*. Ante la muerte de un ser querido, la persona (con más o menos conciencia) puede responder de varias maneras: a) mediante mecanismos de inhibición del contenido: por ejemplo, intentando no pensar nunca en ello, prestando atención a otros temas con el fin de evitar conectar con la pérdida; eso no resuelve el duelo pero protege al doliente de entrar en estados alterados emocionales y mentales; b) mediante mecanismos de alteración del concepto: también puede decirse a sí mismo que eso no es tan importante, o que de alguna manera él sigue conectado con la persona fallecida; c) mediante mecanismos de alteración de los esquemas personales: otra posibilidad

es cambiar su conceptualización del mundo y las relaciones incluyendo en ella la eventualidad de la muerte. Poniendo en marcha estos mecanismos de inhibición, supresión o alteración del contenido de la información traumática, consigue reducir la intensidad emocional.

Quizás el punto flaco en la propuesta de mecanismos de defensa, en su categorización y su aplicación al duelo, es la falta de claridad sobre el papel que desempeñan las emociones y la sintomatología en el sistema de alteración e inhibición. Por una parte, hay emociones/síntomas que parecen funcionar como señales facilitando los mecanismos de procesamiento de la información sobre el trauma y, por otra, hay emociones que parecen funcionar inhibiendo el proceso y obstaculizándolo. La posibilidad de distinguir unos de otros va a ser clave para la comprensión de cómo puede producirse un duelo complicado y también en el diseño de modelos y estrategias de intervención.

## **PERSPECTIVAS SOBRE EL AFRONTAMIENTO**

La muerte de un ser querido puede ser contemplada como una situación de estrés que excede las posibilidades de respuesta psicológica disponibles y, por tanto, compromete la salud y el bienestar de la persona afectada, que necesita desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento más complejas. En su prominente trabajo *Estrés, valoración y afrontamiento*, Richard Lazarus y Susan Folkman (1984) apuntan que el grado de desafío a la capacidad de afrontamiento de la persona ante el trauma depende de factores personales y factores situacionales, que actúan como mediadores. Como dice Richard Lazarus (1991), «no es la situación dramática lo que tememos, sino la valoración que hacemos de ella». En el caso de una muerte, por ejemplo, no es lo mismo recibir la información del fallecimiento de un ser querido debido a un accidente de circulación que por una enfermedad durante la que lo hemos podido acompañar. Es evidente que el nivel de estrés y la dificultad de afrontamiento van a ser mucho mayores en las situaciones de no anticipación. La perspectiva del afrontamiento señala cómo las circunstancias que rodean el evento traumático de la muerte constituyen un factor situacional que va a influir en la percepción de mayor o menor amenaza o impacto. Un ejemplo que citan los autores como muestra de factores personales son las respuestas de afrontamiento específicas que la persona activa ante el evento y que van a determinar su capacidad para valorarlo y elaborarlo.

Cuando hablamos de *afrontamientos* nos referimos al repertorio de pensamientos o actuaciones que los individuos utilizan para responder a las demandas externas o internas de situaciones estresantes. Según el marco conceptual propuesto por estos autores, las estrategias de afrontamiento no tienen un carácter rígido, sino que son procesos activos constantemente cambiantes cuyo objetivo es manejar de la mejor manera posible el dolor de la experiencia traumática. Esta definición es una descripción orientada al proceso, ya que propone que el afrontamiento es independiente de su resultado. Para evaluar la eficacia de una estrategia concreta de afrontamiento habrá que tener en cuenta las demandas del contexto y los tipos de resultados esperados: si es útil para la supervivencia y la protección del organismo, entonces diremos que se trata de una adaptación creativa, y si no, diremos que es maladaptativa.

En su modelo de crisis vitales y crecimiento personal, Rudolf Moss y Jeanne Shaefer (1986), al hablar de distintos tipos de respuestas de afrontamiento, hacen una distinción entre respuestas enfocadas a la valoración o cognitivas, respuestas enfocadas a la resolución de problemas o conductuales y respuestas de afrontamiento centradas en las emociones. Un ejemplo de afrontamiento focalizado en la resolución de problemas sería mantenerse activo, hacer cosas para estar ocupado: el cuidador de un enfermo quizás obtiene un sentido de control en el contexto del duelo anticipado. Otro ejemplo sería la preparación del funeral, que a muchas personas las ayuda a sentirse útiles y a dar significado a la despedida. En ambos ejemplos, según estos autores, este afrontamiento comportamental puede llevar asociadas emociones positivas y a la vez funciona como una estrategia que ayuda a dar sentido a la pérdida, y con ello mejora la adaptación.

En la revisión que Susan Folkman hace de la perspectiva de valoración y afrontamiento (2001) sugiere que la dinámica cambiante de los afrontamientos se da de una forma articulada y ordenada. Aunque los afrontamientos no aparecen en la realidad de una manera tan secuenciada, en la revisión se sugiere la imposición de un orden y unas relaciones causa-efecto que podrían ser medidas empíricamente. En esta revisión se ha añadido el efecto positivo de las emociones en los procesos de afrontamiento. Susan Folkman, en la línea de lo que describe Mardi Horowitz (Horowitz y otros 1996), señala que un suceso crítico como es la muerte de un ser querido provoca una entrada de información traumática que debe ser valorada por el cerebro. Según la autora, en una *valoración primaria* se asigna la significación al evento, y a partir de ésta se realiza una *valoración secundaria* en la que se consideran las distintas opciones de afrontamiento. Ambos procesos de valoración se producen en paralelo y determinan una emoción particular que, con mayor o menor intensidad, va a generar más síntomas, afectos y cogniciones que afectan a la persona. Estos procesos de valoración aparecen como renovados esfuerzos para manejar la situación estresante. Un resultado puede tener una función de experiencia positiva en medio del proceso estresante y a la vez puede ser un afrontamiento que sostiene el proceso en el tiempo. Por ejemplo, mantener la esperanza de la recuperación, focalizar un recuerdo positivo de la persona fallecida, pensar que ya no sufre, centrarse en cosas positivas de la vida o valorar la respuesta de apoyo de los amigos son pensamientos o actividades que pueden funcionar como resultados dando un descanso al doliente, especialmente cuando el malestar deviene insopportable, y también pueden funcionar como procesos de adaptación a la nueva situación producida por la pérdida.

### *Resumen*

Los modelos de afrontamiento proporcionan tres aportaciones importantes al duelo en las que se presta atención al contexto donde éste tiene lugar:

— La pérdida de un ser querido, como evento estresante, se produce en un marco de factores personales y situacionales que van a influir en cómo se desarrolla el proceso de elaboración.

— Las respuestas de afrontamiento y otras estrategias asociadas son formas de manejar la integración de la experiencia de pérdida, y son independientes de los resultados.

— Hay una relación causa-efecto entre los tres elementos: evento estresante, tipo de afrontamiento, resultado del proceso de adaptación.

### *Discusión*

Cuando acompañamos a personas en duelo podemos observar cómo a menudo, ante situaciones de pérdida parecidas, algunas personas responden de una forma más adaptativa y otras son incapaces de rehacerse a pesar del tiempo transcurrido. Los modelos teóricos basados en el afrontamiento nos ayudan a entender que, muy a menudo, *en la evolución del proceso de duelo tiene mayor importancia la valoración que la persona afectada hace del acontecimiento y su capacidad de responder a la realidad de pérdida que la naturaleza del evento en sí mismo*.

Además, esta perspectiva confirma la idea de que las respuestas de afrontamiento en el duelo emergen como un intento de manejar el impacto emocional y son independientes de los resultados: *una estrategia concreta de afrontamiento no predice por sí misma el resultado del duelo*. Veamos un caso práctico:

José perdió a su hijo de 21 años como consecuencia de una enfermedad degenerativa. No quiere hablar de su muerte y anima a su mujer a seguir adelante y continuar con la vida: «Nada nos lo devolverá, no tiene sentido estar lamentándose, hicimos todo lo que pudimos».

Esta *racionalización* es una estrategia de afrontamiento en forma de esfuerzo cognitivo, con más o menos conciencia, que José hace para llevar a cabo una valoración del acontecimiento de forma que mitigue su impacto. En sí misma, esta estrategia de alteración del esquema mental tiene una funcionalidad dentro del proceso; es decir, a José lo debe de estar ayudando en algo, aunque no sabemos si este afrontamiento predice o no un buen resultado final.

Los modelos de afrontamiento tampoco son muy claros respecto a cuál debe ser el punto final del duelo y si esas respuestas funcionan como procesos o son resultados, o ambas cosas a la vez. Examinemos otro ejemplo:

Judith perdió a su hijo montañero presuntamente en una avalancha en el Himalaya; toda la expedición desapareció y no se pudo recuperar ningún cuerpo. Cuatro años después, ella sigue afirmando que su hijo sigue vivo, prisionero o perdido quizás en alguna de las poblaciones de la zona. Continúa esperando una llamada de teléfono. Cuando sus hijas le preguntan por qué no se ha puesto en contacto con ella, responde que debe de haber tenido un problema de amnesia.

Éste sería un buen ejemplo de un mecanismo de inhibición del *input* que permite a la persona manejar la realidad demasiado dura del impacto. Minimizar el sentido de la pérdida o negar la realidad de la muerte puede funcionar en un primer momento del duelo como un mecanismo de defensa para regular el impacto emocional, pero ¿qué ocurre cuando esta negación se convierte, como en el caso de Judith, en un resultado? Como proceso de control emocional, el mecanismo de procesamiento está funcionando, pero ¿es eso hacer un buen

duelo? ¿Qué criterios debemos utilizar cuando evaluamos la funcionalidad de las estrategias de inhibición, supresión o negación que utiliza la persona en duelo? ¿Es posible diferenciar los afrontamientos de los resultados maladaptativos que predicen un desajuste en el duelo?

La intersección de la teoría cognitiva del estrés con las perspectivas sobre el afrontamiento nos es de utilidad para poder relacionar los afrontamientos y sus resultados, y esto es interesante a la hora de planificar una investigación, pero no resuelve el problema de poder predecir qué estrategias son efectivas en el duelo ni cómo distinguir cuándo son adaptativas o cuándo no lo son, antes de que tengamos los resultados. Lo que estas teorías no nos dicen es qué elementos debemos tener en cuenta a la hora de evaluar el afrontamiento que José hace en su duelo, o el de Judith, para poder predecir cuál será el resultado y, por tanto, tener pistas de si es o no necesaria la intervención terapéutica y, dado el caso, cómo debería realizarse dicha intervención.

## TRAUMA ACUMULATIVO Y DUELOS DESAUTORIZADOS

No es lo mismo vivir una situación de peligro o amenaza estando acompañado de alguien que nos sostiene, que habla con nosotros, que responde a nuestras reacciones emocionales, que vivir esa misma situación en soledad, sin nadie con quien compartir lo que nos está sucediendo, sin nadie que nos sostenga o a quien podamos expresar nuestros sentimientos de desvalimiento. Ante una situación de trauma o pérdida, el ser humano necesita del contacto interpersonal, y esa conexión es vital para su supervivencia emocional. En los trabajos realizados por Bessel van der Kolk (1996) acerca del trauma y su impacto en la memoria, se concluye que la disponibilidad o no de contacto es el factor decisivo para que una experiencia pueda llegar a ser un trauma, más decisivo quizás que la propia agudeza del evento. Es decir, que la valoración del evento, sea una muerte o un trauma, está muy mediatizada por la presencia o ausencia de una relación de apoyo con otro ser humano. La teoría del ajuste traumático describe cómo estas situaciones despiertan reacciones complejas del tipo «estados afectivos intensos» que deben regularse. Los trabajos realizados en poblaciones de víctimas de trauma indican que la disponibilidad de conexión con otro ser humano es un factor mediador en este proceso regulador emocional: si la persona lo vive en soledad, las posibilidades de que la experiencia sea almacenada de forma fragmentada, disociada, son mucho mayores; la ausencia de contacto en el momento del trauma o en el tiempo posterior provoca una incapacitación emocional y mental en la persona que sufre la experiencia, que no puede hacer un relato acerca de lo sucedido y, por tanto, no puede atribuirle significación.

La falta de apoyo se considera un factor de riesgo importante para la evolución del duelo y ha sido así descrito en numerosas investigaciones (Klass, 1988; Parkes, 1972). Una misma experiencia de duelo puede vivirse desde la soledad y el aislamiento como algo traumático, o desde la relación con los que te rodean, te comprenden y te sostienen como una experiencia difícil pero, aun así, aceptable. Esta necesidad de vinculación como protección ante el trauma hace que hoy sea universalmente aceptado que el aspecto nuclear de la intervención aguda en crisis sea la provisión y restauración del apoyo social (Raphael, 1983).

El término «duelo desautorizado» se refiere a la dimensión interpersonal o aspecto social y se aplica a aquellos duelos que no pueden ser socialmente reconocidos ni públicamente expresados (Doka, 1989, 2002, 2008). Este concepto señala cómo a ciertas personas no se les da el derecho a vivir su duelo y no reciben el apoyo de su entorno o las facilidades que habitualmente se dan en otras situaciones de duelo, por ejemplo limitar o flexibilizar las responsabilidades, posibilidad de bajas laborales, ser reconocidos como dolientes y ser escuchados y apoyados. Según Kenneth Doka, que definió el concepto en el año 1989, hay cuatro categorías de duelo desautorizado: a) cuando *la relación no es reconocida*: los lazos de vinculación no son valorados socialmente como significativos, por ejemplo la pérdida de un amante, o la ex pareja, o en una relación homosexual, o la muerte de un paciente con el que teníamos una relación especial. Los vínculos de amistad, con compañeros de trabajo, cuidadores, educadores o padres o hermanos adoptivos pueden llegar a ser muy intensos y permanentes; sin embargo, socialmente no se acepta que este duelo pueda requerir atención especial; b) cuando *la pérdida no es reconocida* y lo que muere no es socialmente valorado como significativo, por ejemplo la muerte de un animal de compañía, o las muertes sociales que se refieren a personas vivas pero socialmente invisibles, personas en coma o que están viviendo en instituciones sociosanitarias, o la muerte perinatal, es decir, la pérdida de un bebé antes, durante o poco después del parto; c) cuando *el doliente es excluido*: si la persona no está definida socialmente o se la considera incapaz de hacer el duelo, por ejemplo el doliente es una persona con discapacidad mental, una persona mayor o un niño; d) *las circunstancias particulares de la muerte* pueden influir en cómo la sociedad limita el apoyo al doliente, es el caso de muertes estigmatizadas como son el suicidio y el homicidio. Asimismo, en esta categoría se incluye la muerte por VIH, o por sobredosis en una persona adicta a sustancias. Los duelos desautorizados se han identificado como de riesgo de duelo complicado por los sentimientos de culpa, vergüenza e inadecuación y la falta de apoyo social y de rituales significativos (Rando, 1993; Stroebe y Schut, 2001).

Masud Khan y Joan Lourie (Khan, 1963; Lourie, 1996) utilizan el término «trauma acumulativo» para describir cómo, en situaciones traumáticas vividas por adultos o niños, el fracaso en proveer una relación de apoyo que sostenga la experiencia es en sí mismo otro trauma. Masud Khan señala que el niño enfrentado a situaciones difíciles en su desarrollo vive un trauma acumulativo cuando las figuras de referencia fracasan en su rol de escudos protectores (Kahn, 1963). Michael Balint habla, en términos más generales, de la *falta básica* para referirse a las diferencias entre las necesidades básicas del individuo y la nutrición y el cuidado disponibles en las primeras etapas del desarrollo (Balint, 1968). De la misma manera, en la edad adulta, si la necesidad y la esperanza de tener a alguien que nos comprenda y apoye ante una situación traumática se frustran y no hay disponibilidad afectiva del entorno, los efectos del acontecimiento doloroso deben vivirse en soledad. Como dice Richard Erskine, «no es el trauma lo que destruye la psique humana, sino la ausencia de una relación durante el tiempo en que ocurre un acontecimiento traumático o inmediatamente después» (Erskine, 1999). La experiencia de pérdida de un ser querido es en sí devastadora, pero la desautorización y la falta de comprensión y apoyo vivida durante el tiempo de la muerte y,

posteriormente, durante el tiempo de duelo pueden producir a veces un daño igual o mayor que el propio evento trágico. Este daño psicológico es lo que llamamos trauma acumulativo en el duelo.

### *Resumen*

— Los duelos desautorizados son aquellos en los que el doliente no es socialmente reconocido y su dolor no puede ser públicamente expresado.

— La ausencia de contacto de apoyo en el momento del acontecimiento traumático y en el tiempo posterior es, en sí misma, otra pérdida secundaria o trauma acumulativo.

### *Discusión*

Tengo verdaderos problemas con los amigos: he ido apartando a todos los que no me han querido escuchar ni aceptar como estoy ahora. Me dicen: «Bueno, ya, déjalo estar. Siempre estás igual, hablando de lo mismo», y otros: «Estás bien, ¿verdad? Se te ve bien. Lo estás llevando muy bien». Al principio era una «pobrecita», pero después pasa el tiempo y ya no saben qué hacer contigo. No quieren verte mal; no quieren ver penas. Y te vas retirando y acabas haciéndote una coraza: dando una imagen de estar bien y no hablando del tema. Hace un año y dos meses de la muerte de mis dos hermanos y la gente está cansada de verme llorar. Estoy aprendiendo a estar sola, pero yo necesito hablar de ellos. No necesito grandes frases, sólo que me escuchen y me dejen llorar.

ANA, un año después de la muerte de sus dos hermanos

Me da más guerra la gente que el duelo de mi hija.

CRISTIAN

El fallecimiento de un ser querido es casi siempre un acontecimiento dramático: tanto si la persona llevaba enferma un tiempo como si se trata de nuestra anciana abuela, la desaparición de un ser que ha sido significativo en nuestras vidas nos llena de vacío y de dolor. De forma espontánea buscamos el acompañamiento de personas de nuestro entorno que entiendan nuestra tristeza, que sepan escucharnos, con las que podamos compartir esta experiencia, expresar nuestras emociones y hablar de la relación perdida. Personas que, desde el respeto a nuestra experiencia subjetiva, nos ayuden a encontrar alivio y a comprender lo sucedido. Esta necesidad de contacto es una necesidad psicológica y casi fisiológica en el ser humano enfrentado a la muerte. Si el doliente recibe esta ayuda, la recuperación es mejor, pero si no se recibe este apoyo, si el entorno no es capaz de reconocer y validar su sufrimiento, de ayudarlo a expresar sus necesidades, si no recibe el contacto cálido y comprensivo de sus allegados, sus sentimientos de inadecuación pueden acrecentarse. A un nivel profundo puede llegar a sentirse culpable de no estar haciéndolo bien; puede sentir vergüenza de sus propios sentimientos y del hecho de necesitar ayuda. Todos estos sentimientos añadidos a los de la pérdida constituyen un trauma acumulativo.

El trauma acumulativo como concepto en el duelo puede definirse como *el resultado del fracaso en el papel del entorno social y familiar como escudo protector en el curso del desarrollo del duelo*. El doliente expresa aislamiento, sufrimiento y sentimientos de

alienación, como en el caso de Ana y de Cristian, causados por la incapacidad del entorno de identificar y responder a su dolor tanto en el momento de la muerte como en el tiempo posterior. Se trata de una nueva pérdida provocada por los fallos continuos en la empatía con que la familia, los amigos y los conocidos responden a las expresiones de dolor, demandas y necesidades emocionales de la persona en duelo, y que autores como Jack Jordan y Robert Neimeyer (2003) ya señalan que se producen en forma de expresiones de invalidación, desautorización, minimizaciones, descalificaciones, rechazo, impaciencia o desinterés.

Ejemplos de estos fracasos en el apoyo son:

- *Relaciones no reconocidas*: «¿Vas al funeral de un paciente? Te implicas demasiado», «¿una baja laboral para vivir el duelo de un amigo?», «pero si no estabais casados».
- *Pérdida no reconocida, por ejemplo muerte perinatal*: «Bueno, ya tendréis otros hijos», «mejor ahora que más tarde».
- *Dolientes excluidos (niños, personas mayores, personas con discapacidad psíquica)*: «Ellos no se enteran», «no sienten tanto», «que no vayan al funeral», «mejor contarles una mentira».
- *Circunstancias particulares de la muerte (suicidio, sobredosis)*: «Él se lo buscó», «debe de ser un alivio para la familia», «¿y no os disteis cuenta?».

Los conceptos de duelo desautorizado y trauma acumulativo se superponen cuando se refieren a la desautorización ligada a las normas sociales de cada cultura que marcan cómo deberían ser los sentimientos, la expresión y la duración de los mismos en las personas en duelo. Frases como «¿aún estás así?», «piensa en otras cosas, distráete», «llorar no te hace ningún bien» reflejan ese fracaso empático o invalidación con que el entorno a menudo responde ante el sufrimiento de la persona en duelo y cuyo efecto, según esta aproximación, es un trauma acumulativo.

Parece lógico que el trauma acumulativo y los duelos desautorizados sean factores que predicen hasta cierto punto un duelo complicado. La pérdida tiene lugar en un campo fenomenológico y no sobre la persona aislada, y los factores interpersonales van a tener también un peso muy importante. El diseño de todo programa de investigación o de tratamiento sobre el impacto que la pérdida de un ser querido tiene en el doliente debe incluir siempre *una valoración de la calidad del apoyo interpersonal disponible, ya sea por la presencia de un duelo desautorizado, por trauma acumulativo o por ambos*. Esta distinción es necesaria porque tiene implicaciones en la intervención terapéutica, en la que el trauma acumulativo deberá ser abordado como una pérdida adicional secundaria.

### 1.3. Modelos específicos de duelo

#### MODELO DINÁMICO DE FASES YTAREAS

Durante muchos años, la descripción del proceso de recuperación tras la muerte de un ser querido ha estado influenciada por el concepto de *trabajo de duelo*. La idea de que, para elaborar la pérdida, la persona afectada debe realizar un trabajo proviene de la perspectiva tradicional psicoanalítica. Sigmund Freud, en sus primeras publicaciones (Freud, 1948, 1953), describe el duelo como un proceso de liberación del individuo de los lazos que lo mantienen atado al fallecido, y esta desvinculación, que es gradual, se realiza mediante un *trabajo o labor* que incluye una serie de tareas. Para su posible resolución, añade el autor, debe darse un compromiso activo de confrontación de pensamientos y sentimientos asociados con la pérdida. John Bowlby (1986), en estudios realizados con viudos y viudas, define *una secuencia de estadios* en los que tiene lugar este trabajo tras la ruptura del vínculo afectivo. Colin M. Parkes (1972) retoma la idea y postula que el conjunto de respuestas que configuran la protesta y la desesperación en el duelo parecen sucederse de forma secuenciada, lo que implica la posibilidad de fases. Otros autores que han contribuido a la idea del duelo como proceso dinámico son Elisabeth Kübler-Ross (1969) en su pionero trabajo descriptivo de las fases de adaptación a la enfermedad en la etapa final de la vida y, por extensión, al duelo; Mardi Horowitz (1986), que integra la visión de las respuestas de estrés frente al trauma y su paralelismo en el duelo; así como Cecily Sanders (1989), Therese Rando (1993) y William Worden (Worden, 1991). (Véase la figura 1.1)

El duelo es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y, aunque es una experiencia muy individual que cada persona vive de una manera distinta, presenta algunos aspectos comunes. La observación de rasgos similares en distintos momentos a partir del fallecimiento permite, según los modelos dinámicos, la identificación de fases o etapas, que parecen suceder de forma lineal, cada una de las cuales presenta unas particularidades descriptivas características sobre cómo los dolientes experimentan la muerte del ser querido.

El modelo dinámico de duelo más conocido hoy es el de William Worden (1997), que además asocia a las fases la idea de *tareas* que el doliente debe completar a fin de adaptarse a la pérdida. El concepto de fases y/o tareas, según este autor, se refiere a que, a través de su completa elaboración, mediante un trabajo activo, la persona puede llegar a superar su duelo. Al acabar el proceso, el doliente se ha adaptado a la nueva situación en la que el fallecido no está, y elaborar la pérdida significa desligarse o desvincularse. Las cuatro tareas secuenciales que William Worden propone son: a) aceptar la realidad de la pérdida, b) experimentar el dolor del duelo, c) ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está y c) recolocar al fallecido emocionalmente y seguir con la vida.

### *Resumen*

— El duelo es un proceso dinámico en el tiempo que se caracteriza por una secuencia de etapas con unos rasgos y funciones específicos.

— La función del proceso es elaborar el impacto de la pérdida y adaptarse a la nueva situación.

### *Discusión*

Los modelos dinámicos de fases no son hoy muy populares entre los investigadores. El planteamiento de que las personas en duelo siguen patrones de respuestas o estados afectivos discretos, que progresan de forma lineal y que son predecibles, según Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun, no tiene mucho sentido (2004a). La idea de fases sugiere un trabajo de elaboración a través de tareas específicas que señalan un camino único, y para muchos autores se trata de un modelo que no permite diferencias individuales: todos los dolientes deben pasar por esa ruta determinada.

A nivel empírico, los resultados de las investigaciones realizadas sobre la existencia de fases en el proceso no son concluyentes: hay estudios que muestran que no hay evidencia de secuencia de síntomas (Wortman y Silver, 2001; Wortman y otros, 1993) y que la idea de fases no debería utilizarse porque crea expectativas inapropiadas en los dolientes. Sin embargo, otros concluyen que sí hay evidencia de una posible secuencia (Maciejewski y otros, 2007). Algunos autores como Schuster y Zislock (1993) hablan de una composición de fases fluidas que se sobreponen unas con otras de manera distinta en cada persona.

En cualquier caso, todos estos autores están de acuerdo en que, en los momentos iniciales después de la pérdida, hay unas respuestas comunes, y también en que el término del duelo debe ser la remisión de la intensidad y la frecuencia del malestar psicológico. Aunque está claro que cada persona va a mostrar variaciones en su manera de experimentar estados afectivos a lo largo del tiempo, la posibilidad de proponer una progresión, aunque sea a nivel conceptual, nos provee de un marco para la observación, el diagnóstico y el pronóstico que hace que el modelo en fases sea un intento de categorización muy popular entre clínicos, adoptado por muchos por su claridad conceptual.

<i>J. Bowlby, 1986</i>	Aturdimiento	Añoranza y búsqueda	Desesperanza y desorganización	Reorganización
<i>C. Parkes, 1972</i>	Aturdimiento	Añorar y retener	Depresión	Recuperación
<i>E. Kübler-Ross 1969</i>	Negación	Ira/negociación	Depresión	Aceptación
<i>M. Horowitz, 1986</i>	Protesta	Negación y aturdimiento	Trabajo de duelo	Completar
<i>W. Worden, 1997</i>	Aceptar la realidad de la pérdida	Experimentar el dolor del duelo	Ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está	Recolocar al fallecido emocionalmente

FIGURA 1.1. Distintos modelos conceptuales de fases, según sus autores.

## MODELO DE PROCESO DUAL DE AFRONTAMIENTO

El modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo (a partir de ahora PDA), descrito por Margaret Stroebe y Henk Schut (1999), se ha desarrollado a partir de un análisis del proceso de afrontamiento inspirado en las formulaciones clásicas de la teoría cognitiva del estrés de Richard Lazarus y Susan Folkman (1984) y en la ampliación del modelo de afrontamiento bimodal del trauma (Horowitz, 1986, 1993). Recientemente, sus autores han relacionado este modelo con la teoría de la vinculación de John Bowlby (Stroebe y otros, 2005), ofreciendo una perspectiva integrada de ajuste al duelo que incluye una propuesta de categorización de duelos complicados.

Según el modelo PDA, en el proceso del duelo se dan dos tipos de mecanismos de afrontamiento. Los *mecanismos orientados hacia la pérdida*, es decir, hacia el proceso de elaboración de la muerte, se caracterizan por focalizar la atención en la confrontación de la experiencia misma, por ejemplo: expresar emociones, añorar, recordar o incluso rumiar acerca de la persona fallecida. Se trata de estrategias que, según los autores, facilitan este recolocar a la persona tal y como se describe en el trabajo de duelo. La reconstrucción de significados sería otro ejemplo de mecanismo orientado a la pérdida, ya que contribuye a resituar a la persona fallecida en la vida de uno mismo. Por otro lado, el modelo describe los *mecanismos de orientación hacia la restauración*, que incluyen todas aquellas estrategias que sirven para manejar los estresores que tienen lugar como consecuencia directa del duelo, por ejemplo asumir un cambio de identidad, aprender nuevos roles, los cambios transicionales psicosociales (Parkes, 1988) y la reconstrucción de las creencias nucleares acerca de uno mismo en el mundo después de la pérdida (Janoff-Bulman, 1992). Se trata, pues, de mecanismos cuyo foco de atención está fuera de la experiencia de pérdida.

Según estos autores, la clave para un buen proceso de duelo es la *oscilación* que tiene lugar entre estos dos tipos de mecanismos o estilos. Esta oscilación se da a corto plazo, por ejemplo durante un solo día, y también en el tiempo a lo largo de todo el proceso de duelo. De hecho, la adaptación al duelo es un difícil camino progresivo hacia mecanismos de restauración tales como establecer nuevas relaciones y llevar a cabo otros proyectos. Así como en la teoría de las fases se asume que hay una reorganización posterior en la última fase, en el modelo PDA la restauración se considera integral a lo largo de todo el proceso, aunque con una tendencia progresiva hacia la reorganización.

La idea de balance entre ambos componentes, confrontación-restauración, se traduce en que no podemos estar permanentemente conectados con la pérdida, y tampoco sería bueno en el duelo evitar siempre todo aquello que tenga que ver con ella. Por otra parte, la confrontación de algunos aspectos de la pérdida que no se han tenido en cuenta puede ser adaptativa, y a la vez la evitación de otros que son demasiado acuciantes o generan demasiada ansiedad también puede serlo. Esta oscilación, por tanto, tiene una función reguladora: los dolientes que no muestran oscilación se adaptan menos a la pérdida, según afirman los autores.

Margaret Stroebe, en una revisión reciente del modelo PDA (Stroebe y otros, 2005), propone una integración de esta teoría con la teoría de la vinculación de John Bowlby. La combinación de estos dos modelos permite definir de forma más precisa los estilos adaptativos y desadaptativos, y sugiere una descripción de los distintos tipos de duelo complicado en función de los procesos predominantes y la dinámica de la oscilación.

Varios autores han propuesto categorías sobre lo que es un duelo complicado para diferenciarlo de las formas normales de expresión del duelo (Parkes, 1972; Raphael, 1983). Estos subtipos propuestos de duelo complicado han recibido atención en la literatura y en la investigación clínica (Stroebe y otros, 2008a). El *duelo crónico* es una forma de complicación que se caracteriza por la presencia de síntomas intensos de duelo que perduran en el tiempo y por la ausencia de progreso aparente. Según el modelo PDA, los individuos con duelo crónico están focalizados en estilos de afrontamiento orientados hacia la pérdida y con poca oscilación hacia la restauración. Las personas con duelos crónicos normalmente han tenido un historial de vinculación marcadamente dependiente con sus padres y parejas. Si la relación ha sido difícil, con tiempos de enfado y disputas y tiempos de paz, la persona en duelo puede sentir una combinación de alivio seguido de autorreproche, resentimiento y culpa. Los estilos de vinculación insegura-ansiosa pueden llevar también a un duelo crónico en el que el doliente, para poder atravesar el dolor, debe primero enfrentarse a todos esos sentimientos difíciles.

En el *duelo inhibido, pospuesto o ausente*, la persona no es capaz de responder a la pérdida de forma inmediata, se siente anestesiada, incapaz de llorar, y las respuestas de duelo se inhiben, se suprimen o se posponen para el futuro. Según el modelo PDA, las personas con duelos ausentes tienden a focalizarse exclusivamente en tareas de restauración, evitando todo lo que las conecte con la pérdida. El duelo pospuesto se asocia típicamente a personalidades con estilos de vinculación insegura-evitativa o desapegada, en los que la persona exhibe muy poca o nula respuesta emocional pues es incapaz de conectar con sus propias emociones (Bowlby, 1986). La negación o inhibición de las reacciones de duelo se ha considerado tradicionalmente una respuesta maladaptativa que puede llevar a una patología (Osterweis y otros, 1984), aunque esta idea está actualmente en revisión (Mancini y otros, 2006).

El *trastorno de estrés postraumático* se considera un tercer tipo de duelo complicado que tiene lugar como consecuencia de muertes no anticipadas y muy traumáticas, como suicidios, homicidios o pérdidas múltiples (Stroebe, Schut y Finkenauer, 2001; Raphael y Martinek, 1997). Típicamente las personas responden con altos niveles de ansiedad (Weiss y Marmar, 1977) debido a la continua reexperimentación intensa del trauma, asociados a unos intensos esfuerzos para evitar los recuerdos intrusivos. Con referencia al modelo PDA, en la revisión realizada por sus autores (Stroebe y otros, 2005), éstos sugieren que hay una alteración en el proceso natural de oscilación con una fluctuación involuntaria entre intrusiones y evitaciones, algo similar a lo que describe Mardi Horowitz en su modelo bifásico (Horowitz y otros, 1979), y lo asocian a personas con estilos de vinculación insegura-desorganizada.

### *Resumen*

- En el proceso de duelo se dan dos tipos de mecanismos de afrontamiento: los orientados a la pérdida y los orientados a la restauración.
- Para que el duelo sea ajustado, estos dos mecanismos deben darse de forma oscillatoria, aunque al avanzar el proceso en el tiempo predominan los mecanismos orientados a la restauración.

— El duelo crónico se caracteriza por que hay demasiada conexión con la pérdida; en el duelo ausente se produce muy poca conexión, y en el duelo traumático hay períodos de intensa y persistente confrontación y otros de incapacidad de confrontar.

### *Discusión*

Me gustaría llevar un cartel colgado en el cuello que pusiera: «Hoy no os acerquéis a mí, no me preguntéis cómo estoy, habladme de otras cosas, quiero desconectar de todo», y que cuando quisiera lo pudiera cambiar por un «Hoy acercaros a mí, preguntadme por mi hija, necesito hablar de ella, dejadme llorar».

JUDITH, meses después de la muerte de su hija de 6 años

El modelo de proceso dual de afrontamiento refleja esta oscilación que se da de forma natural entre la necesidad de conectar con la pérdida y todos los recuerdos y sentimientos asociados y la necesidad de manejar la intensidad de este dolor mediante espacios de tiempo de desconexión, en los que el doliente se da un respiro, ya sea evitando todo aquello que le recuerda lo sucedido o invirtiendo energía en plantearse cómo podría ser un futuro mejor al final del proceso. En este sentido y a pequeña escala, es decir, en la observación puntual de un momento del proceso como el de Judith, esta perspectiva teórica nos puede ser útil y debería darnos pistas sobre cómo puede evolucionar el proceso en el tiempo. Los autores apoyan la idea de oscilación en un intento de buscar un modelo que explique por qué en un momento del proceso algo es útil y en otro no, pero *¿cómo conseguimos explicar cómo se da esta oscilación?, ¿cómo la medimos? En el caso de Judith, ¿es adaptativa o no?, ¿deberíamos intervenir apoyando la oscilación, o decantando el proceso hacia uno u otro lado? ¿Qué elementos debemos tener en cuenta en esta decisión?*

La aplicación clínica del modelo PDA presenta otros dilemas. En la terminología que utilizan los autores para la descripción de los dos tipos de respuesta, *en ocasiones parece que se den como sinónimos los mecanismos de evitación y los de restauración*; los autores proponen que afrontamientos como *la asunción de nuevos roles* o *el trabajo de reconstrucción de creencias nucleares* están en el mismo paquete de estrategias de distracción. Pero desconectar de la pérdida con estrategias de desactivación no necesariamente implica estar invirtiendo en la restauración o adaptándose a la nueva situación. La descripción de los mecanismos orientados a la pérdida o a la restauración parece hacerse de forma independiente de los resultados, pero para medir la efectividad de un afrontamiento hay que tener en cuenta el resultado. Asumir un nuevo rol, por ejemplo, decidiendo un cambio importante en la vida laboral o un cambio de lugar de residencia, no necesariamente es una forma de restauración o de final del duelo: puede funcionar también como un mecanismo de evitación. Por ejemplo, la persona decide «dedicarse a cuidar de los demás» para no vivir su propio dolor, o «se traslada de lugar» para evitar recuerdos; por tanto estos mecanismos no son de restauración sino de desconexión. Otro ejemplo es «la expresión de emociones» que los autores describen como mecanismo orientado a la pérdida; pero expresar el dolor por todo lo que no podrá ser vivido, por el futuro perdido con nuestro ser querido, es también un paso necesario para la restauración: sin esa expresión no hay restauración posible y, en este sentido,

expresar las emociones asociadas a la relación es un proceso de confrontación y de restauración a la vez. El modelo tampoco permite diferenciar entre expresiones de dolor productivas y otras expresiones que pueden ser improductivas, por ejemplo en la tristeza crónica que puede llevar a la depresión y a un duelo complicado. Rumiar, otro ejemplo, puede ser productivo como estrategia de proceso de duelo o puede convertirse en un problema si con el tiempo llega a fijarse como pensamiento obsesivo (Nolen-Hoeksema, 2001). Si bien es verdad que la evitación en el trabajo de duelo puede ser adaptativa (Bonanno, 2001a), también es cierto que hay una evitación que predice un mal duelo. La única manera de distinguir si estrategias concretas de confrontación o de evitación son adaptativas es observar si contribuyen a que el proceso se desarrolle de forma saludable, en cuyo caso serían estrategias de restauración. Para ello deberíamos definir en qué consiste un buen duelo; es decir, cuál debe ser el resultado final esperado.

Según los autores del PDA, para que el duelo sea ajustado es preciso que exista una oscilación equilibrada entre la confrontación y la restauración, pero la resolución del duelo sólo podrá tener lugar mediante una transición gradual a mecanismos de restauración. En su crítica a las teorías de fases, los autores de este modelo señalan que, según esa perspectiva, es necesario trabajar las tareas de cada fase, y para ello se propone un camino único, sin permitir diferencias individuales; pero en su modelo, por un lado, se apoya la oscilación como única vía posible de un duelo ajustado y, por otro, parece señalarse la necesidad de un camino que finalmente también acaba siendo unidireccional, pues el punto final es la restauración.

En cualquier caso, si el modelo de proceso dual mantiene su validez como teoría específica de afrontamiento del duelo, es fundamental que los autores hagan un esfuerzo de comprensión y definición de esta dinámica oscilatoria, de redefinición del concepto de restauración, y que señalen pistas a los clínicos para el diagnóstico precoz de posibles complicaciones del duelo, que los ayuden a diseñar estrategias de apoyo psicológico que promuevan la confrontación y estrategias que promuevan la restauración, y que aporten indicaciones sobre en qué momento deben utilizarse unas u otras.

## CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

Estoy segura de que la vida es hermosa y de que a pesar de todo vale la pena vivirla. Esto no significa que yo esté siempre llena de alegría. A menudo me siento agotada después de haber estado tanto tiempo de pie aguardando en la cola, pero sé que esto forma parte de la vida, y en algún lugar dentro de mí siento que hay algo que nunca me abandonará. He visto nuestra desolación, nuestro terrible final, que ya ha empezado a suceder ante mis propios ojos, de tantas pequeñas maneras en nuestra vida cotidiana... Yo lo acepto sin ninguna réplica, pues mi amor por la vida sigue incólume. No estoy amargada, ni me rebelo, ni estoy en modo alguno desanimada. Sigo creciendo cada día, incluso cuando contemplo la devastación que se cierne sobre nosotros. La realidad de la muerte es ahora parte de mi vida. Podría decirse que mi vida ha sido expandida por la idea de la muerte, porque la he contemplado cara a cara y la he aceptado: acepté que la destrucción forma parte de la vida y ya no malgasto mis energías sintiendo miedo de la muerte o rechazando aquello que es inevitable. Parece paradójico pero, si excluimos la muerte de nuestras vidas, nunca seremos capaces de vivir una vida plena, mientras que si la admitimos podemos hacer que nuestra existencia sea algo grande y fructífero.

La posibilidad de que acontecimientos dramáticos como muertes, enfermedades o catástrofes puedan derivar para las personas que los sufren en cambios positivos o de transformación, es decir, de crecimiento más allá de su nivel de funcionamiento previo, es algo que ha sido reiteradamente descrito en las corrientes de la psicología humanista-existencial por autores tales como Victor Frankl, Erich Fromm, Elisabeth Kübler-Ross, Abraham Maslow, Carl Rogers o Irving Yalom; y que queda expresado de una manera commovedora en el relato de Etty Hillesum.

En esta última década, estudios de poblaciones que han sobrevivido a traumas han comenzado a describir cómo algunos individuos experimentan cambios positivos como resultado del proceso de afrontamiento desencadenado por la vivencia del evento. El afectado no sólo consigue sobrevivir, sino que además la experiencia traumática opera en él un cambio positivo que lo lleva a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso. Algunas personas dicen haber adquirido un mayor sentimiento de gratitud, nuevas prioridades en la vida, sensación de mayor fuerza personal o una mejora en la calidad de las relaciones personales. Lawrence Calhoun y Richard Tedeschi utilizan el concepto de «crecimiento postraumático» (a partir de ahora CPT) para referirse a esta mejoría o cambio (Calhoun y Tedeschi, 1999, 2004; Tedeschi y Calhoun, 2004b, 2006). Estos autores detallan características de personalidad que, a raíz de las experiencias traumáticas, pueden facilitar o obstaculizar este desarrollo o cambio positivo: por ejemplo, el optimismo, la esperanza, las creencias religiosas y la extraversion. También describen tres categorías de crecimiento postraumático que pueden experimentar las personas: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida.

*Cambios en uno mismo:* muchas de las personas que han vivido una situación muy difícil en el pasado señalan como algo común el aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar cualquier hecho adverso que les pueda suceder en el futuro. Al haber conseguido hacer frente a un suceso doloroso y traumático, la persona siente que ha resurgido más fortalecida, más reafirmada y con más capacidad de enfrentarse a cualquier otra cosa; se ve a sí misma como alguien más fuerte, más capaz, con mayor tolerancia a la adversidad, con una mejor autoimagen y estima personal: «Ahora me veo como otra persona, es como si hubiera surgido otro yo más sensible y a la vez más fuerte».

*Cambios en las relaciones interpersonales:* la red de apoyo social que rodea a la persona afectada por el trauma puede verse reforzada a partir de esta experiencia. Es frecuente oír decir a supervivientes de traumas: «He descubierto a personas que no imaginaba que tenía a mi lado. Esta vivencia me ha ayudado a darme cuenta de quiénes son mis verdaderos amigos». Muchas familias y padres enfrentados a situaciones adversas dicen sentirse más unidos y con una relación más íntima y sólida que antes del suceso (Affleck y otros, 1985). La muerte de un familiar puede hacer que los miembros de la familia se acerquen más entre sí al darse cuenta de la posibilidad de perder al otro (Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

*Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida:* las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que se construye la forma de ver el mundo (Janoff-Bulman, 1992). «Nunca pensé que algo así pudiera sucederme a mí: esta experiencia ha sido para mí un revulsivo. Antes me preocupaba por cosas insignificantes, ahora valoro más las relaciones con la gente que amo.» También individuos enfrentados a enfermedades graves y hospitalizaciones de larga duración manifiestan haber experimentado procesos de crecimiento o aprendizaje, como tomarse la vida de otra forma y disfrutar más de ella (Taylor y otros, 1984). «Mi vida, desde la enfermedad, es más auténtica, más profunda, he cambiado mis prioridades.» Todos estos cambios son ejemplos de cómo el trauma puede fomentar una reestructuración de la escala de valores, de los esquemas mentales, en el sentido de mayor madurez y plenitud.

Es importante señalar que, según Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun, la vivencia de aprendizaje o crecimiento no anula necesariamente el sufrimiento, sino que puede coexistir con él (Park, 1998; Park y Folkman, 1997; Calhoun y Tedeschi, 2004). Es decir, que las personas pueden estar sintiendo emociones difíciles como tristeza, impotencia, culpa o irritabilidad y a la vez experimentar cambios positivos de crecimiento. En muchos casos, apuntan los autores, sin la presencia de las emociones difíciles el crecimiento postraumático no se produce.

La naturaleza del crecimiento postraumático puede ser interpretada desde dos perspectivas diferentes: como resultado o como proceso (Park, 1998). El doliente pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que lo llevan a encontrar algún beneficio en su experiencia y, por tanto, el crecimiento postraumático puede ser considerado como un resultado; o bien el crecimiento postraumático puede ser entendido como una estrategia en sí mismo, es decir, la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de manera que más que un resultado es un proceso de afrontamiento. Según Hansjörg Znoj (2006), el CPT es una estrategia de afrontamiento y un resultado a la vez. Despues de un trauma, las personas experimentan mucha sintomatología de malestar, y eso contribuye a su crecimiento, lo cual funciona a su vez como un proceso, pues va a promover que el malestar y la sintomatología disminuyan con el tiempo; pero si el malestar no disminuye con el tiempo, entonces no puede darse crecimiento. Según este autor, el CPT refleja la capacidad de la mente de transformar eventos o pérdidas del pasado en pequeñas luces de esperanza. En sus propias palabras: «Después del impacto de un acontecimiento devastador necesitamos encontrar un sentido, y esta necesidad es ya una estrategia de afrontamiento; de ahí surgirá una nueva percepción del mundo, con sus limitaciones y contingencias».

### *Resumen*

- Algunas personas afectadas por un acontecimiento traumático pueden, como consecuencia de su afrontamiento, experimentar cambios positivos en su vida.
- Hay factores de personalidad que pueden predecir este crecimiento postraumático.
- Este crecimiento incluye cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la filosofía o sentido de la vida.

— El crecimiento postraumático puede coexistir con el sufrimiento. De hecho, las emociones difíciles pueden ser necesarias para que se produzcan estos cambios.

### *Discusión*

Es fuerte que lo tenga que decir así, pero ha tenido que morir mi hijo para que yo me transformara en otra persona.

MONTSE

Actualmente hay coincidencia en la literatura de duelo acerca de que el duelo resuelto no es necesariamente aquel en que la sintomatología y el malestar han desaparecido, ni tampoco aquel donde se produce una decataxis o desvinculación con el ser querido tal y como describía Sigmund Freud (1948, 1953). Hoy se utilizan modelos que describen ese final en que el doliente puede «aprender a vivir sin su ser querido» y «ajustarse a esa realidad» (Rando, 1993; Worden, 1997); o modelos que defienden la posibilidad de «mantener los lazos de forma continua con el ser querido fallecido» (Klass y otros, 1996). Otras teorías empiezan a sugerir que en un duelo elaborado no se puede volver al punto anterior, y que siempre debe darse un cierto nivel de cambio en el sentido de «crecimiento personal» (Hogan y Schmidt, 2002).

La aplicación del concepto de crecimiento postraumático al duelo, que está siendo contemplada en la actualidad (Davis, 2008; Znoj, 2006), aporta una idea fundamental: *a pesar de experimentar sufrimiento y malestar emocional, la persona en duelo puede estar viviendo un cambio profundo en el sentido de que está creciendo*. Este crecimiento puede expresarse en cambios en la percepción de uno mismo, de las relaciones y del sentido de la vida en general. En ocasiones, la persona en duelo puede abrirse a la posibilidad de significados espirituales, a nuevas relaciones o, como Montse, a verse como una persona distinta y renovada. Todo ello apunta a que el duelo puede ser una oportunidad de transformación personal y transpersonal. Si esta transformación es el resultado final, entonces tenemos una manera de identificar cuándo la persona está desarrollando un duelo saludable y cuándo no y, por tanto, discernir entre estilos o estrategias que contribuyen al resultado deseado.

El CPT aplicado al duelo clarifica cómo la sintomatología, el malestar y el sufrimiento psicológico son independientes del resultado final: personas con sintomatología, es decir, que están sintiendo aún dolor, enfado o culpa, pueden estar en camino de transformar esta experiencia en cambios significativos en su vida; y personas que no están bien de salud física o mental pueden estar manifestando que al mismo tiempo están creciendo con la experiencia de duelo o de enfermedad. Y al contrario, las personas que experimentan un suceso mayor en sus vidas sin sufrir ninguna sintomatología no experimentan un crecimiento relacionado con el trauma. Si esto es así, entonces las personas con estilos muy evitativos pueden parecer resilientes al duelo, pues aparentan no estar afectadas por la pérdida de un ser querido (Bonanno, 2004). Pero, aunque el resiliente es capaz de mantenerse estable y emocionalmente equilibrado y de conservar un funcionamiento sano en el plano físico y emocional, eso no significa que necesariamente esté caminando hacia un crecimiento. Un proceso resiliente

puede o no llevar a un crecimiento postraumático, de la misma manera que *el crecimiento postraumático puede darse a partir de procesos en que la persona experimente periodos de intensa vulnerabilidad, es decir, con respuestas nada resilientes.*

Estas reflexiones son importantes porque tienen implicaciones terapéuticas. *La teoría del crecimiento postraumático nos señala la necesidad de un modelo de atención al duelo en el que la sintomatología sea acogida como parte importante y necesaria del proceso*, en el que los estilos evitativos y/o negadores puedan ser interpretados como adaptativos si funcionan como procesos, pero si la evitación/ negación se convierte en resultado serán vistos como estilos de riesgo de no resolución del duelo. Si el punto final del duelo es el crecimiento postraumático, entonces la resiliencia y los estilos evitativos podrían, en algunos casos, funcionar como una defensa de fortificación ante la vivencia de trauma, que protege frente a la sintomatología, pero que oblitera la posibilidad de un crecimiento postraumático. El CPT nos permite definir como hipótesis cuáles son los resultados esperables que definen lo que es un buen duelo. *La funcionalidad de un afrontamiento se medirá no tanto por su capacidad de manejar la sintomatología, sino por su contribución a la producción de cambios en el sentido de crecimiento.*

La idea de crecimiento y transformación personal como resultado del duelo apoya también la visión de éste como proceso que evoluciona en el tiempo y que puede tener etapas. Si el punto final es ese cambio, entonces podemos intentar describir e identificar los distintos momentos en que dicho cambio debe producirse y qué estrategias son útiles para su consecución.

## CAPÍTULO 2

### EL PROCESO DE LA EXPERIENCIA DE DUELO: UN MODELO INTEGRATIVO DE AFRONTAMIENTO

Si acabáramos de perder a un ser querido, no seríamos capaces de leer este libro. La conmoción sería tan grande que escuchar las noticias en televisión, hacer las cuentas domésticas o cumplir con nuestras responsabilidades como padres o con las de nuestro trabajo se convertirían en tareas a las que no seríamos capaces de responder. La intensidad de nuestras emociones, pensamientos y sensaciones físicas sería tan acuciante y nos mantendría tan ocupados que no podríamos de ninguna manera atender nuestros compromisos relacionales, laborales o intelectuales. Y buscaríamos ayuda en nuestro entorno porque instintivamente sabríamos que necesitamos hablar con muchas personas antes de ser capaces de dar un sentido a lo que nos ocurre y poder volver a hacernos cargo de nuestras responsabilidades anteriores a la pérdida.

Los terapeutas a veces no tenemos en cuenta la importancia de la regulación biológica de estos estados emocionales y pedimos a nuestros pacientes que comprendan cosas para las que no están aún preparados, y luego nos sorprendemos cuando abandonan la terapia. Quizás hemos ido demasiado rápido y no han tolerado la sobreestimulación generada por nuestras intervenciones cuando les estamos pidiendo un trabajo afectivo para el que no están capacitados, o se han sentido inadecuados cuando les hemos pedido que manejen algo cognitivamente cuando ellos se sienten totalmente fuera de control. En los modelos conceptuales que intentan describir las distintas dimensiones de la vivencia de separación se han ignorado durante mucho tiempo sus aspectos neurobiológicos, cuando lo cierto es que no podremos entender la complejidad del proceso de ruptura de la vinculación, ni hacer una buena terapia, si no tenemos en cuenta cómo responde nuestro sistema nervioso central ante la vivencia del trauma que supone el duelo.

Los recientes avances de la psicobiología del procesamiento emocional ante situaciones de trauma, propiciados por autores como John Krystal (1978a-b), Joseph LeDoux (1989-1998) y Bessel Van der Kolk (1996), entre otros, explican cómo se produce en el cerebro la elaboración de experiencias difíciles para el ser humano. Esta aportación descriptiva del procesamiento neurológico tiene una clara relación con la perspectiva del procesamiento de la información descrita por la teoría cognitiva del estrés y que ya autores como Mardi Horowitz (Horowitz y otros 1996) y Susan Folkman (2001) han aplicado a situaciones de trauma y duelo (véase cap. 1, apartado 1.2.: Ajuste traumático y teoría cognitiva del estrés y Perspectivas sobre el afrontamiento).

En este capítulo se explica la relación entre los procesos biológicos de memoria y las vivencias del trauma, lo que permite desarrollar una hipótesis acerca de cómo es la fenomenología del duelo en tanto que proceso neurológico intrapsíquico, así como el papel que desempeñan la sintomatología somática y las emociones. A partir de ahí se deriva una propuesta de *procesamiento integrado emocional-cognitivo* de afrontamiento del duelo, que denomino así por el papel central que la emoción desempeña en el proceso de elaboración de la experiencia de pérdida.

Esta visión de procesamiento neurológico integrado explica cómo aparecen las estrategias de afrontamiento y cuál es su utilidad en el proceso de pérdida; contribuye, con un lenguaje teórico transversal, a una propuesta de categorización multidimensional de dichas estrategias; arroja luz al debate sobre cuándo éstas funcionan como procesos y cuándo se convierten en resultados; define cuándo se considera que un duelo está en resolución y señala cuál es el camino por el que un duelo puede llegar a convertirse en una patología. Finalmente, la propuesta de categorización secuencial de las estrategias de afrontamiento que se deriva del modelo integrativo ofrece un marco temporal y funcional a la propuesta de fases y tareas postulada por autores como John Bowlby, Colin Murray Parkes y William Worden.

En definitiva, esta perspectiva integrada del afrontamiento permite conceptualizar y explicar las distintas maneras en que las personas afrontan el duelo, unificando criterios y señalando un camino común, pero a la vez con la suficiente flexibilidad, esperemos, para permitir diferencias individuales. El objetivo de este intento de integración es responder a las cuestiones planteadas en el capítulo anterior, además de enriquecer la teoría y con ello contribuir a una práctica clínica más eficiente con las personas en duelo.

## **2.1. Trauma y memoria: psicobiología del proceso emocional**

La mujer de Pablo murió hace dos años de un ataque al corazón mientras esperaba en la puerta de embarque del avión que había de llevarlos en un viaje de placer. Desde entonces, Pablo no puede volar. La sola idea de ir al aeropuerto le despierta ansiedad. En un par de intentos que ha hecho, sólo acercarse al aeropuerto le provoca palpitaciones. Por necesidades de trabajo, esta reacción fóbica le está causando problemas. Acude a la consulta en busca de ayuda. El hijo de Claudia se suicidó en un bosque en las laderas del Pirineo. De eso hace tres años. Exceptuando algunas salidas a la playa, Claudia ha evitado desde entonces salir de la ciudad. Cuando pasea a su perro rehúye los parques con árboles. «No puedo mirarlos, me da no sé qué en el corazón», expresa en la sesión de grupo a la que asiste semanalmente.

José tiene hoy 30 años y acude a la consulta por unos brotes de ansiedad que han aparecido tras un accidente de automóvil. Le cuesta mucho dormir, tiene pesadillas en las que llora y grita y suele despertarse sudando y tembloroso. José perdió a su madre y a su hermana en un accidente de automóvil cuando tenía 12 años. Él sobrevivió al accidente, aunque no recuerda mucho de aquella experiencia, sólo retazos de imágenes y sensaciones. En la consulta responde bloqueándose a los intentos de recordar esos momentos. Nunca ha hablado de ello con nadie.

Susana puede explicar con detalle lo que sucedió el día en que murió su hijita: se acuerda de cada momento, de las personas presentes, de lo que dijeron, de sus sentimientos; cada detalle está grabado en sus recuerdos. Cada vez que habla de ello, llora. Tiene aún sus cenizas en casa. Aunque dice tener muy mala memoria, ese recuerdo, a pesar de los diez años transcurridos, sigue indeleble en ella.

Para Pablo, Claudia, José y Susana, la experiencia de duelo es muy dramática: a menudo se sienten desbordados y sus emociones parecen estar fuera de control. Recuerdos relacionados con las circunstancias de la muerte aparecen de forma intrusiva en sus vidas manteniendo la vigencia del trauma como si fuera hoy, y despiertan en ellos una sintomatología intensa que les impide vivir la vida y las relaciones con normalidad. Todas esas reacciones que experimentan, ¿tienen algún sentido? ¿Cómo explicamos esta sintomatología tan aguda? ¿Qué función tiene, si es que la tiene, en el proceso que están viviendo?

Los comportamientos y emociones descritos son frecuentes en casos de muertes súbitas, no anticipadas y en circunstancias traumáticas, y tienen un fundamento biológico cuya comprensión puede aportar luz a las preguntas planteadas. En estas últimas décadas, numerosos autores han realizado un considerable esfuerzo en la investigación neurológica del funcionamiento de los procesos emocionales ante situaciones de trauma (Van der Kolk y otros, 1996), y estas aportaciones pueden ayudarnos a comprender mejor cómo se afrontan, desde un punto de vista intrapsíquico, las situaciones de pérdida traumática de un ser querido.

## **EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL PROCESAMIENTO DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS**

El destacado trabajo realizado por Joseph LeDoux sobre el cerebro emocional (1989-1999) explica de forma detallada cómo se produce el circuito neurológico de procesamiento de la experiencia de trauma: la información sensorial sobre el acontecimiento que proviene del exterior o *input* entra en el sistema nervioso central (a través de la vista, el olfato, el oído o el tacto), llega al tálamo y pasa a la amígdala, donde se realiza una primera integración parcial; de ahí pasa al hipocampo, donde tiene lugar un análisis más avanzado, para terminar la última parte de procesamiento en el neocíortex. Estas tres estructuras, que según este autor conforman el sistema de especialización emocional, tienen cada una de ellas una función procesual específica.

La amígdala realiza dos cometidos: interpretar el valor emocional de los datos recibidos y vincular a estos datos una significación emocional (LeDoux, 1989). Para ello, coteja la información recibida como *input* con las representaciones internas del mundo externo que tiene almacenadas en forma de memoria implícita, imágenes y/o recuerdos inconscientes. Mediante este careo hace una valoración (inconsciente) de la información recibida, y a partir de ahí le asigna un impacto emocional más o menos intenso según estas referencias del pasado implícitas. Esta alerta emocional que se asocia al *input* exterior genera una estimulación fisiológica cuya función es reactivar todo el sistema, especialmente el hipocampo, aumentando funciones mentales como la atención, la percepción, la movilización de recuerdos, la mejora de la planificación de conductas y la integración.

Una vez que la amígdala ha realizado la asignación sensorial y la significación emocional a los estímulos entrantes, la información pasa a ser evaluada por el hipocampo, que ha sido activado en mayor o menor grado según el nivel de estimulación fisiológica. Esta estructura (adyacente a la amígdala) es la responsable de evaluar cómo la información recibida en un momento dado contrasta, se relaciona, discrepa o se ajusta espacial o temporalmente a otra preexistente similar asociada a referentes del pasado; asimismo reorganiza la nueva

información y le otorga la asignación cognitiva que dota de contenido, sentido o significado personal a la experiencia (LeDoux, 1999). Una vez finalizada esta valoración parcial secundaria, la función subsecuente del hipocampo es determinar si esta información es olvidada a corto plazo, o bien hay que mantenerla en la memoria más permanente. La memoria almacenada en el hipocampo es explícita; puede estar registrada en forma lingüística, y lleva asociada la información sobre el contexto donde se da la experiencia, es decir, que registra las coordenadas espaciales y temporales. El hipocampo es el responsable de establecer los criterios de decisión sobre el almacenamiento de estímulos y la categorización de recuerdos, mediante referencias a estos recuerdos explícitos. Después de finalizado el proceso de valoración y registro de la experiencia, se organiza y activa la información ya en el neocortez, cuya función es regular la interacción con el mundo, una especie de «brazo ejecutor» que planifica la conducta asociada como respuesta a lo acontecido.

La función del proceso emocional como actividad integrada —conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales— es, por tanto, hacer una valoración y alertar a la persona de la significación, naturaleza y frecuencia de la experiencia subjetiva que está experimentando. La idea de que las emociones funcionan como señales que facilitan la toma de decisiones más adecuadas ya fue apuntada por John Krystal en sus trabajos pioneros sobre trauma y afecto (Krystal, 1978). El hecho de que *la asignación emocional que da la amígdala a la información recibida sea anterior a la asignación cognitiva atribuida por el hipocampo* explica por qué las personas pueden activarse hormonalmente y automáticamente ante un estímulo externo antes de que sean capaces de darse cuenta cognitivamente de lo que está ocurriendo a su alrededor (LeDoux, 1995). Evolutivamente se considera que esta secuencia es una estrategia de protección ante situaciones de amenaza importante en las que una respuesta automática puede ser decisiva.

Voy por la calle y me encuentro a alguien conocido del pasado y, antes de que recuerde conscientemente quién es o los detalles de nuestra relación, puedo experimentar ya una sensación de placer: «¡Qué gusto me da verlo de nuevo!». Ese placer, activado desde la amígdala, que ha empezado a recordar (aunque yo no soy consciente de ello), moviliza las funciones del hipocampo, que comienza a buscar la información de ese pasado en el que nos conocimos. En unos segundos he empezado a acordarme de dónde y cuándo estuvimos juntos. Esos recuerdos, ya en forma de detalles, estimulan más emociones placenteras, que a su vez activan más recuerdos. Minutos después podemos estar rememorando el lugar y la ocasión donde disfrutamos de un tiempo compartido y revivir las sensaciones de entonces.

De la misma manera, pero aplicado a experiencias difíciles, se explica por qué a Pablo se le despierta la ansiedad cuando se acerca a un aeropuerto, o incluso cuando la fecha del vuelo está próxima, y por qué Claudia se pone mal cuando ve una arboleda. En sus cerebros, la información sobre esas escenas (aeropuerto o arboleda) es cotejada en una valoración primaria realizada por la amígdala, que le da una significación emocional de alerta traumática, pues la relaciona con elementos del pasado, con lo que sucedió entonces y que resultó ser muy sobrecogedor. Esta asignación del peso emocional realizada con memoria implícita puede suceder de forma inconsciente para ellos, de ahí que en ocasiones reaccionen con sintomatología de ansiedad antes de que puedan ser conscientes de lo que les está ocurriendo.

La valoración secundaria realizada en el hipocampo intenta dar coordenadas temporales y espaciales, es decir, intenta dotar de significación cognitiva a la experiencia sobre la base de un análisis realizado con material más consciente: «Ésta no es aquella arboleda», o «este aeropuerto no es el de entonces, ese momento ya pasó y ahora estamos en otro momento». Pero *la alerta sintomatológica ya está ahí antes de que esta cognición pueda producirse, lo que explica por qué la experiencia provoca en ellos emociones fuera de control.*

## EL FRACASO EN LA ELABORACIÓN DE LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

Bessel van der Kolk describe cómo la fuerza de activación del hipocampo es directamente proporcional a la intensidad de activación de la amígdala (Van der Kolk, 1996). Es decir, cuanta más significación emocional haya asignado la amígdala a la información recibida, más atención pondrá el hipocampo al examinarla, y a la vez la memoria será activada con más retención de los detalles. Esto explica por qué no nos acordamos de dónde estuvimos hace un año y en cambio somos capaces de recordar dónde estábamos el día que nos dieron una mala noticia, o que presenciamos un accidente, y somos capaces de dar detalles del lugar y las personas que nos rodeaban, a pesar de que puedan haber pasado años de esa experiencia. Todo el sistema es muy reiterativo: la amígdala genera sensaciones corporales que activan no sólo el hipocampo, sino también a sí misma, estimulando recuerdos sobre cómo fueron sentidos en el pasado experiencias similares o *inputs* parecidos; esta retroalimentación del sistema es la responsable de que en ciertas circunstancias se produzca un ciclo de escalada emocional, como es el caso del miedo y la ansiedad.

En el caso del duelo, esto debería poder aplicarse también a la tristeza. Cuando Susana recuerda el día de la muerte de su hijita, activa todo el material almacenado en su memoria, donde está vivamente grabado. De hecho, está tan intensamente grabado justamente por la agudeza de la emoción que ella vivió en ese momento. Ese material, al ser tan traumático, produce reacciones somato-sensoriales, y esta sintomatología reactiva el sistema cada vez más, produciéndose una escalada de llanto y aflicción. Es interesante comprender esta función de reactivación, porque, de alguna manera, el recuerdo de la escena produce lágrimas, y las lágrimas a la vez activan más recuerdos. Esto explica por qué a veces en la consulta vemos a personas emocionadas que todavía no son capaces de poner palabras a esas emociones, pero cuando les ponen palabras se les despiertan aún más emociones. De alguna manera, las emociones funcionan como recuerdos. Esta retroalimentación es vital para el procesamiento adecuado de la experiencia o el recuerdo traumático, pero al mismo tiempo, cuando se da una escalada emocional excesiva, puede suponer un fracaso en el proceso.

Bessel van der Kolk (1996) señala cómo, a partir de un cierto punto de activación, parece que *la sobreestimulación de la amígdala interfiere en la activación del hipocampo y entonces éste fracasa en su misión de integración de la información traumática*. La función que relaciona la interacción entre el hipocampo y la amígdala tiene forma de U invertida, lo que es fundamental para la comprensión sobre cómo se desarrolla la experiencia de fragmentación ante el trauma (Ademac, 1991). Para que esta activación general del sistema sea correcta es necesario que el nivel de estimulación generado esté en una horquilla óptima que

podemos llamar *intervalo o ventana de tolerancia*: si está por debajo del umbral, el sistema no se activa; simplemente la experiencia no tiene el suficiente valor emocional como para estimular las valoraciones subsecuentes y, por tanto, no es registrada. Pero si la estimulación es excesiva, el sistema se colapsa y se vuelve improductivo; en ese caso estamos ante una experiencia que es registrada en forma de trauma (véase la figura 2.1). Los eventos traumáticos se caracterizan por exceder las posibilidades de respuesta del individuo: la sobreestimulación fisiológica es excesiva y la persona (su sistema neurológico) es incapaz de modular esta respuesta afectiva de forma integrada, perdiéndose así la capacidad de utilizar las emociones como señales y produciéndose una experiencia de fragmentación. John Krystal (1978, 1988) ya sugirió que el trauma conduce a una desdiferenciación del afecto; es decir, a la pérdida de la habilidad para identificar emociones específicas como guía para la realización de acciones apropiadas.

El fracaso del hipocampo a la hora de dar marco espacial y temporal y significado cognitivo a la experiencia abre el camino al registro de la experiencia traumática en forma de memoria implícita, en la que los recuerdos son almacenados de manera fragmentada como sensaciones corporales, imágenes aisladas del contexto, olores, sonidos. Esta incapacidad de crear constructos semánticos por parte del hipocampo, es decir, de poner palabras a la experiencia, está relacionada con el incremento de reacciones psicosomáticas que se asocian a la escalada emocional. Cuando la persona se ve expuesta a estímulos que le recuerdan el trauma, hay un aumento de la actividad estimulativa autonómica del estado emocional y a la vez hay una disminución en las aportaciones de oxígeno al área de Brocca, que es la responsable de generar las palabras vinculadas a la experiencia interna (Van der Kolk, 1996). Esto explica por qué algunas personas, como por ejemplo José, no son capaces de verbalizar lo que les ocurre y las emociones quedan en la expresión corporal disfuncional. También es en estos casos en los que las respuestas traumáticas pueden ser revividas como estados afectivos, sensaciones somáticas o imágenes (intrusiones nocturnas) que no tienen tiempo (no hay coordenadas temporales).

Esto explica exactamente lo que le ha sucedido a José. Lo que vivió entonces como niño ha quedado almacenado en su cerebro como un recuerdo implícito, grabado en forma de fragmentos incoherentes, de los que no es consciente. La sintomatología asociada a ese evento fue excesiva y su sistema de procesamiento se colapsó, dando lugar a esta fragmentación interna en forma de disociación. El nuevo accidente, por su parecido con el del pasado, ha reactivado la sintomatología ansiosa. La amígdala, responsable de ese registro, no puede distinguir entre el pasado y el presente porque no registró las coordenadas temporales del evento. Para el sistema neurológico esa escena produce una reacción de alarma con funciones de protección y supervivencia, y la reacción excesiva es la que hace que hoy José no sea capaz de expresar lo que le está ocurriendo, lo cual es un reflejo del colapso del hipocampo, que no puede modular la respuesta hipervigilante de la amígdala. La buena noticia es que, desde el punto de vista terapéutico, esta reactivación puede ser una oportunidad para elaborar esa experiencia traumática del pasado. Por decirlo así, *en la reexperimentación del trauma hay también una esperanza neurológica de reparación*.

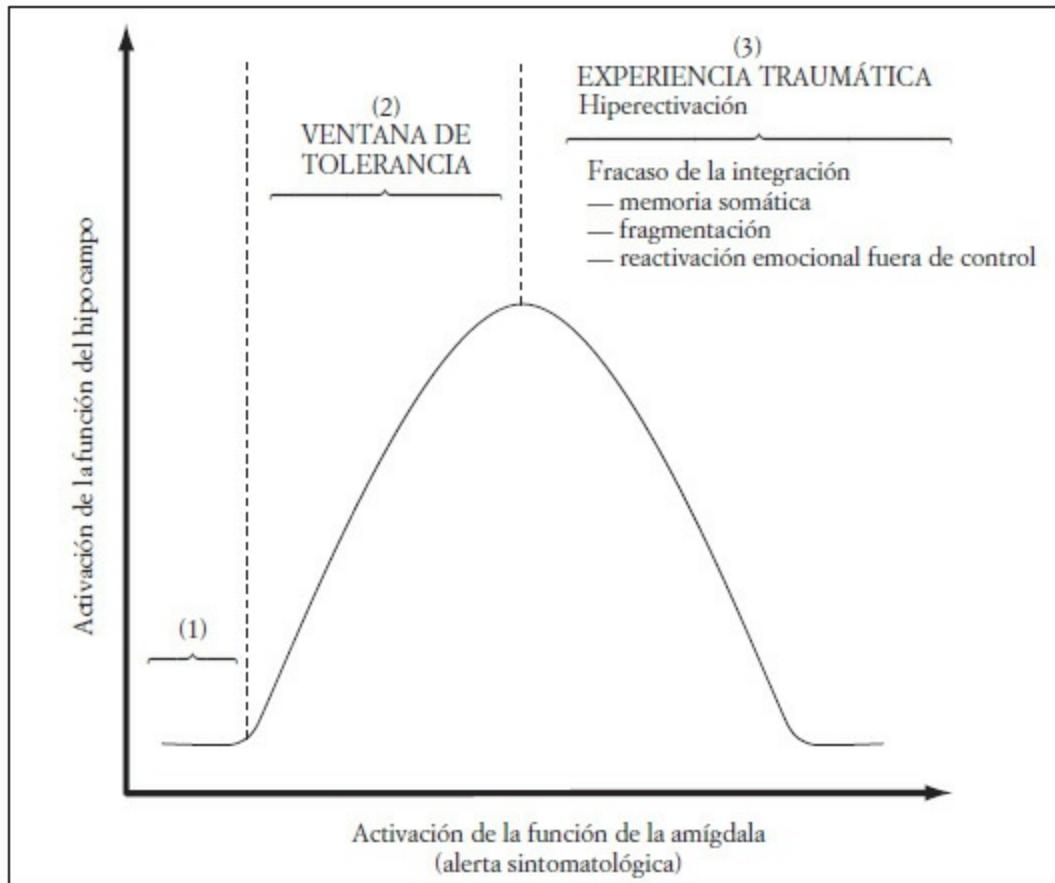


FIGURA. 2.1. Función de relación activación hipocampo y amígdala: el camino a la experiencia traumática.

Modelo hipotético de la función que relaciona la actividad de la amígdala y la del hipocampo. 1) Por debajo de un intervalo de tolerancia, la experiencia no tiene significación emocional o ésta es muy baja; la amígdala le asigna una baja respuesta que no activa el hipocampo, por lo que la vivencia no es registrada ni tiene impacto en la memoria a largo plazo («no me acuerdo dónde estaba hace un año»). 2) Dentro del intervalo de tolerancia, las experiencias emocionalmente intensas activan la amígdala a partir de un umbral y con esta activación se potencia la respuesta del hipocampo, produciéndose una escalada emocional de retroalimentación que activa todo el sistema de procesamiento y mejora las funciones de los órganos implicados. La experiencia es almacenada en forma de memoria explícita («me acuerdo de todos los detalles del día en que murió mi ser querido»). 3) Por encima del umbral de tolerancia, la activación sintomatológica producida por la amígdala es excesiva y el sistema se colapsa: el hipocampo fracasa en su intento de dar asignación cognitiva a la vivencia, abriendose el camino a una experiencia de trauma que es registrada en forma de memoria implícita y es susceptible de ser reactivada fuera del control consciente («no recuerdo nada o tengo un recuerdo muy confuso de lo que sucedió en el accidente, y sólo intentar acordarme me pone ansioso»).

#### Cuadro resumen

La información sobre el diagnóstico de una enfermedad que amenaza nuestra vida o la de un ser querido, la noticia sobre la muerte de un allegado, la imagen de alguien a quien perdimos hace tiempo que surge en forma de recuerdo intrusivo... son experiencias que deben ser asimiladas por nuestro cerebro. La conciencia de estos acontecimientos constituye un material traumático que debe organizarse de manera que tenga sentido. Para ello, el sistema neurológico produce respuestas en forma de sintomatología física, pensamientos y comportamientos que constituyen lo que llamamos *esfuerzos de afrontamiento*, que tienen por tanto una base biológica. Su función es promover una significación emocional, que

proviene de recuerdos más bien inconscientes del pasado, y otra cognitiva, realizada con material mucho más disponible. Este procesamiento emocional-cognitivo debe darse como un todo integrado donde cada parte va a ser necesaria y funcional.

Por decirlo de una manera metafórica, lo que llamamos nuestra identidad está constituido por un montón de «cajones» dentro de nuestro cerebro que contienen guías sobre cómo responder ante situaciones difíciles aprendidas del pasado, sensaciones sobre experiencias similares, recuerdos de la relación perdida, pensamientos, creencias y valores, presuposiciones sobre uno mismo, sobre la vida, etcétera. Hay cajones muy escondidos y normalmente inaccesibles (amígdala) y otros mucho más disponibles a la conciencia (hipocampo). Todo este material debe ponerse en acción para poder afrontar de forma efectiva la situación de pérdida: algunos cajones deberán ser revisados y su material reorganizado de una nueva manera; otros deberán ser vaciados y llenados con otro material más congruente con la realidad vivida. Para ello, las emociones y los afrontamientos en general se encargan de activar todo este material, concretamente de «abrir aquellos cajones» que están al margen de la conciencia y que reflejan los aspectos disociados que ahora deberán ponerse a disposición del procesamiento.

En la figura 2.2, y sin pretensiones de caer en un análisis excesivamente antropomórfico, se presenta un esquema hipotético de la propuesta, integrando las estructuras cerebrales implicadas. Al tálamo llega el *input* sensorial del exterior o desde la propia amígdala en forma de recuerdos somáticos, conductuales, visuales o verbales. La amígdala, responsable del procesamiento emocional, atribuye el nivel de significación emocional en función de la memoria implícita del pasado. Esta asignación emocional genera una estimulación de alerta sintomatológica que activa el sistema según el nivel de impacto, funcionando como un nuevo *input*. Esta entrada de retroalimentación mejora la respuesta de la amígdala, es decir, «lloro mientras lo recuerdo y eso hace que lo recuerde más», o «me pongo ansioso ante la noticia, y en estado de alerta capto más detalles y me dispongo a entrar en acción». El malestar o sufrimiento emocional es adaptativo si no excede determinado umbral: una sobreestimulación de la amígdala interfiere en la activación del hipocampo y éste no es capaz de ejercer su función integradora, dando lugar a una experiencia de fragmentación así como a la creación de defensas características del estrés postraumático, como quedarse colapsado o paralizado, incapaz de reaccionar.

Si la sintomatología no excede de ese umbral, la información pasa al hipocampo una vez efectuada esta valoración primaria, y a continuación el hipocampo realiza una valoración secundaria asignando coordenadas temporales y espaciales y organiza la información, realizando el mapa cognitivo y dotando de significado en función de recuerdos explícitos. «Entonces soy capaz de verbalizar lo que he aprendido de esta experiencia de pérdida, o puedo entender lo que ha significado para mí.» El resultado del proceso emocional completo puede ser un cambio de esquema —«mi vida ha cambiado, soy una persona distinta»— o una conducta asociada —«el duelo me ha ayudado a tomar decisiones importantes»—, o ambos a la par, y ello provoca a su vez un proceso de acomodación o asimilación de la experiencia que

se produce implicando ya al córtex prefrontal, es decir, con la promoción de decisiones y cambios en la vida externa de la persona en duelo y en su mundo interno de valores y creencias.

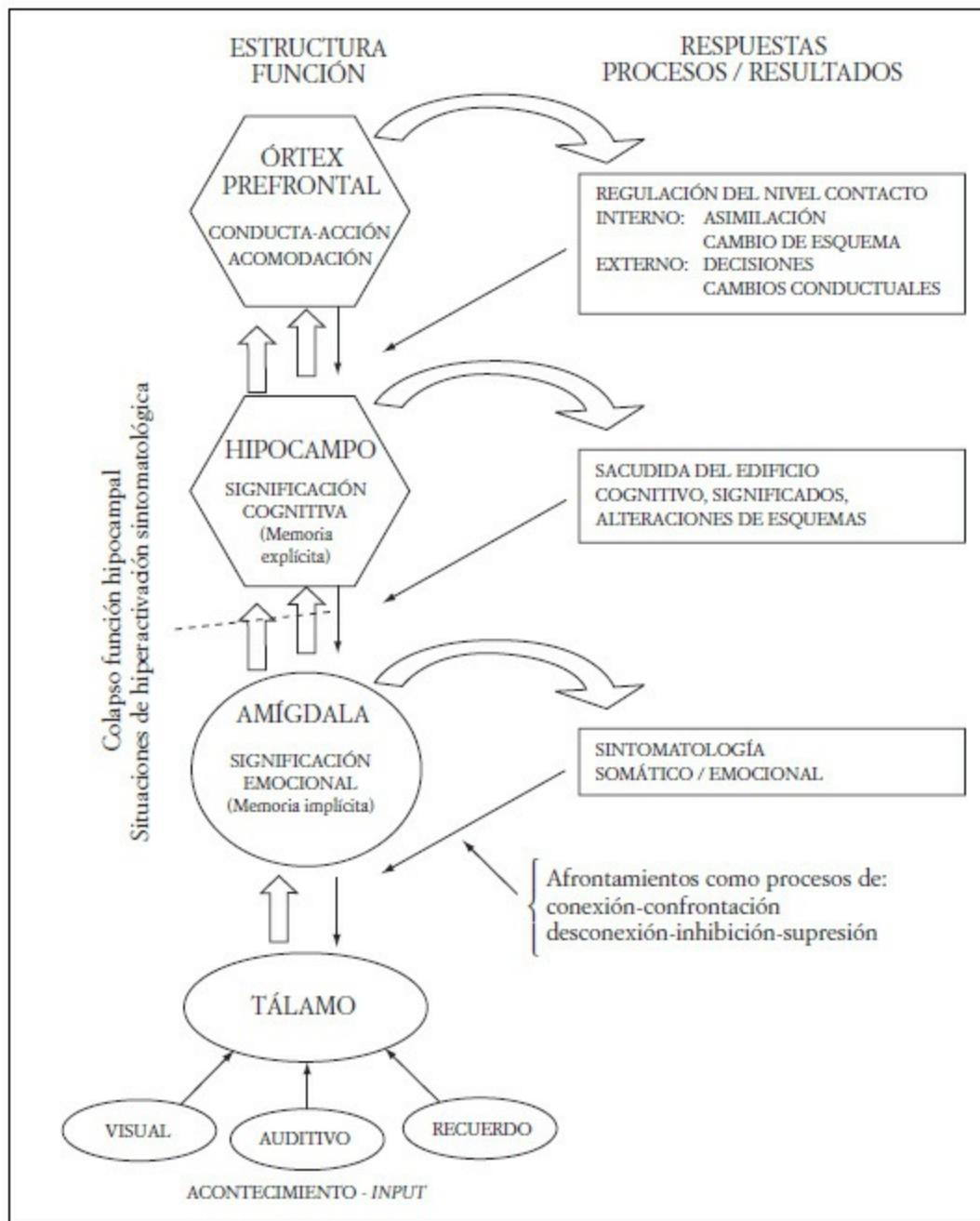


FIGURA 2.2. Esquema del proceso emocional-cognitivo de afrontamiento del duelo.

Representación esquemática del procesamiento de la experiencia de duelo. Integración de las aportaciones psiconeuroológicas sobre las experiencias de trauma y la teoría cognitiva del estrés. (Inspirado en un dibujo de Van der Kolk, 1996, pág. 294.)

## 2.2. El proceso de afrontamiento de la experiencia de duelo

## ¿QUÉ ES Y CÓMO SE GENERA UN AFRONTAMIENTO?

John Bowlby, en su observación de niños que eran separados de sus madres, describe cómo, ante la situación de posible ruptura de un lazo afectivo, al verse amenazado el vínculo que los provee de seguridad y protección, éstos responden con síntomas fisiológicos de alerta como el llanto y la protesta emocional, cuya función es hacer regresar a la madre; y si la madre no regresa, crece la intensidad de la protesta (Bowlby, 1986-1995). Si analizamos la posible funcionalidad de esta reacción fisiológico-emocional, integrando las teorías clásicas psicoanalíticas sobre el desarrollo del *self*, el modelo de ajuste traumático (véase cap. 1, apartado 1.2.: Ajuste traumático y teoría cognitiva del estrés) y la aproximación psicobiológica descrita anteriormente, podemos entender mejor cómo se generan los afrontamientos o defensas ante situaciones que la persona experimenta como perdida.

La protesta del niño la podemos contemplar como una respuesta de aumento de sintomatología de malestar, que tiene la función de reactivar el sistema de procesamiento emocional para intentar dar una asignación a la experiencia de separación, o bien para estimular una conducta restauradora: el niño puede decidir ir a buscar a la madre (respuesta de afrontamiento conductual-intento de restaurar el vínculo), o bien puede optar por desviar la atención y distraerse jugando a otras cosas (respuesta de afrontamiento conductual-inhibición del *input*), o bien niega la necesidad o la minimiza diciéndose a sí mismo que no necesita nada o que no hay tanto peligro (respuesta de afrontamiento cognitiva-asignación emocional distorsionada), u otorga un significado a la experiencia decidiendo que mamá está muy ocupada y ya vendrá cuando pueda (respuesta de afrontamiento cognitiva-cambio de esquema). Estas respuestas de afrontamiento son estrategias para dar sentido a la experiencia de separación, a la necesidad de contacto no satisfecha, y asimilarla o integrarla; es decir, para cerrar una *Gestalt* (Perls, 1951) (véase cap. 1, apartado 1.1.: El ser humano y la necesidad de relación). Desde el punto de vista biológico, estas estrategias constituyen un intento de manejar la sintomatología y modular su intensidad en unos límites aceptables para el organismo, y para ello funcionan como nuevos *inputs* que retroalimentan el sistema, desactivando la sintomatología (véase la figura 2.2).

Es decir, que las respuestas emocionales del niño, como estar afligido, enfadado o ansioso, deben entenderse como sintomatología fisiológica que, a pesar de generar malestar, tiene la función de activar el procesamiento de la experiencia que está viviendo. Este ajuste implica, o bien un restablecimiento del contacto para la satisfacción de una necesidad, «el niño llora y mamá regresa», y entonces la emoción ha sido resolutivo-adaptativa, o bien, si esto no es posible, neurológicamente debe realizarse una reorganización o distorsión del mundo interno para que el niño pueda adaptarse a la no satisfacción de su necesidad de contacto y así evitar una escalada de sufrimiento emocional. Para ello, el sistema puede producir respuestas conductuales, por ejemplo mantenerse ocupado, o realizar una asignación cognitiva distorsionada que intente dar sentido, aunque sea un mal sentido, a la experiencia; en ambos casos, al menos el malestar se ve aliviado. Si el niño carece de elementos para dar una correcta asignación emocional a la experiencia, esta conclusión puede convertirse, si la experiencia se da repetidamente, en un guión de vida o esquema maladaptativo: «Llorar no sirve para nada»,

«tengo que aprender a estar solo», «no soy adecuado», «no existo». Estas *creencias de guión* constituyen una defensa cognitiva ante la plena conciencia del dolor de las necesidades psicológicas afectivas no satisfechas (Erskine, 1980). David Wallin, cuando habla de los primeros años de vida, ya señala que, en las primeras miradas de la madre al niño, ya se promueve el sentido de seguridad o inseguridad, el niño sabe si puede o no ir a ella en busca de confort. Si a sus demandas de contacto ella responde con frialdad, indiferencia o irritabilidad, estas sensaciones internas son almacenadas en la amígdala como memoria emocional asociada a la vinculación (Wallin, 2007). Biológicamente este almacenamiento funciona en forma de caminos neurológicos abiertos que han quedado grabados y sellados como memoria implícita y que pueden ser reactivados en experiencias futuras, y, aunque originalmente se crearon como un intento de supervivencia adaptativa, condicionan las respuestas futuras del adulto ante experiencias similares.

La comprensión de cómo estos esquemas emocionales están tenazmente sellados en el cerebro y son reactivados a pesar de los esfuerzos de control por parte de la persona afectada ayuda a explicar por qué son tan inmunes a la intervención terapéutica. Autores como Bruce Ecker (2008) ya señalan que la comprensión neurológica de estos procesos de memoria es fundamental para el desarrollo de estrategias terapéuticas efectivas sobre métodos de intervención, tal y como se expone en el capítulo 4.

Los modelos internos de funcionamiento (véase cap. 1, apartado 1.1.: Teoría de la vinculación) son un ejemplo de afrontamientos cognitivos o esquemas mentales que han quedado sellados neurológicamente. Esto explica por qué, si el niño tiene elementos de referencia almacenados como experiencias previas de otras separaciones donde el adulto de referencia regresa, como en un modelo de vinculación segura (véase cap. 1, 1.1.: Teoría de la vinculación), es capaz de responder a la separación sin sentirse abandonado, dando una correcta asignación emocional-cognitiva a la vivencia de separación —«mamá está ocupada y regresará en cuanto pueda, yo puedo estar solo un tiempo y no hay nada malo en mí, ni me han abandonado»—, con lo que el esquema resultante es de crecimiento, una conclusión adaptativa positiva sobre sí mismo y sobre la vida.

## CATEGORIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LOS AFRONTAMIENTOS EN EL DUELO

Estos ejemplos de formación de estrategias de afrontamiento ante vivencias de separación tienen su paralelismo en situaciones de duelo, en las que la persona enfrentada al trauma de la muerte o a la ausencia de su ser querido experimentará un malestar que activará sus capacidades de respuesta. Las distintas reacciones que vivirá a lo largo del proceso van a ser intentos de procesar la nueva situación y se consideran respuestas de afrontamiento. La teoría de la visión del duelo desde la perspectiva de los afrontamientos, descrita en el capítulo anterior, y su intersección con la perspectiva psicobiológica nos permiten derivar una categorización multidimensional según: 1) el tipo de respuesta predominante o contenido, 2) la funcionalidad respecto a la regulación del nivel de contacto con la realidad y 3) la funcionalidad respecto a su contribución a la asignación o resultado final (véase la figura 2.3).

## 1. Clasificación según el tipo de reacción predominante

Esta propuesta es una expansión y aplicación al duelo del modelo de afrontamiento de Rudolf Moss y Jeanne Shaefer (1986; Shaefer y Moss, 1998) (véase cap. 1, apartado 1.2.: Perspectivas sobre el afrontamiento). Las personas responden también al dolor de la pérdida mediante estrategias de afrontamiento en las que puede haber:

A. *Predominio de respuestas somático-sensoriales*: por ejemplo, agitación, sudoración, anestesia, temblor.

B. *Predominio de respuestas emocionales*: reacciones de enfado, o de tristeza y aflicción, sentirse culpable o buscar un culpable.

C. *Predominio de las respuestas cognitivas*: por ejemplo, racionalizar lo sucedido, rumiar obsesivamente acerca de las circunstancias de la muerte, sublimar la experiencia.

D. *Predominio de reacciones conductuales*: mantenerse ocupado a todas horas, visitar lugares significativos, ir deprisa, realizar actividades de alto riesgo.

Estas estrategias de afrontamiento, en las que puede predominar una de las cuatro dimensiones, darse una combinación de varias o todas a la vez, son un intento de procesar la información traumática y la sintomatología asociada, y en sí mismas, como esfuerzos, no son adaptativas ni no adaptativas, pues su efectividad funcional va a depender del resultado final.

## 2. Clasificación según su función de evasión o aproximación a la experiencia emocional (regulación del nivel de contacto)

La integración del modelo de ajuste ante el trauma (Horowitz, 1986; Horowitz, 1993a) (véase cap. 1, apartado 1.2.: Ajuste traumático y teoría cognitiva del estrés) y la aportación del procesamiento biológico arroja luz sobre la dinámica del proceso oscilatorio intrusión-evitación y su función homeostática. La teoría psicobiológica señala que, por debajo de un nivel de sintomatología, el sistema de procesamiento de la información traumática no se activa; pero, si el nivel es excesivo, el sistema fracasa en la regulación (véase la figura 2.1). Por tanto, en el afrontamiento de situaciones de pérdida como la muerte de un ser querido se producen dos pulsiones: la necesidad de que el sistema no se active por encima de un umbral de sintomatología que cause un sufrimiento intolerable al organismo y la necesidad de mantener una sintomatología lo suficientemente activa para que se dé el procesamiento de forma adecuada. Esto explica el porqué de la dinámica oscilatoria entre la necesidad de negación o rechazo de la realidad y la necesidad de aproximación o confrontación, que se explica en forma de activación de estrategias de intrusión-evitación, tal y como intentan describir el modelo bifásico de respuesta al trauma y el modelo de proceso dual de afrontamiento (véase cap. 1, apartado 1.2.: Ajuste traumático y teoría cognitiva del estrés y apartado 1.3.: Modelo de proceso dual de afrontamiento).

Los afrontamientos, en función de su efecto en la graduación del nivel de contacto con la experiencia de pérdida, pueden ser de dos tipos:

A. *Respuestas de desconexión-evasión*, que son aquellas cuya función es ayudar al doliente a evitar el contacto con la realidad emocional de la situación de pérdida y así disminuir el nivel de la sintomatología. Normalmente funcionan como maniobras de negación, minimización o rechazo de todo aquello que tenga que ver con la muerte. Es decir, se trata de evitar el dolor de la ausencia de la figura de vinculación, por ejemplo: la hiperactividad como intento de manejar el nivel de ansiedad; la toma de decisiones para evitar los lugares de recuerdos, o sustituir la pérdida con otra relación. *Los afrontamientos de evitación-desactivación funcionan como estrategias de distorsión, inhibición o alteración de la información traumática, y en ese sentido actúan desactivando el procesamiento.*

B. *Respuestas de conexión-aproximación*, que se refieren a aquellos afrontamientos cuya función es contribuir a que la persona en duelo entre en contacto pleno con la experiencia emocional de la pérdida, y, por lo tanto, su efecto es aumentar la sintomatología fisiológico-emocional y abrir caminos neuronales de procesamiento. Éste sería el caso del doliente que recuerda aspectos de las circunstancias de la muerte, ya sea de forma inconsciente, como pensamientos intrusivos, o de forma consciente; o que acude al lugar donde ha ocurrido la muerte para recordar lo sucedido; o habla con sus allegados de su añoranza por la relación perdida; o activamente expresa la culpa por aspectos relacionados con las circunstancias de la muerte. *Estas respuestas se caracterizan por no deformar la realidad, y en este sentido funcionan como estrategias de confrontación plena ante la experiencia de trauma, activando el procesamiento con una mínima distorsión.*

### 3. Clasificación según la función procesual

Del encuentro entre la teoría cognitiva del procesamiento descrita por Mardi Horowitz (Horowitz y otros, 1996) y la aproximación psicobiológica, se deriva la hipótesis de una clasificación de las respuestas de afrontamiento en el duelo según su funcionalidad procesual. Esta clasificación incluiría:

- A. Estrategias de recepción y asimilación del *input* o información sobre la experiencia.
- B. Estrategias de asignación y asimilación del peso emocional de la experiencia.
- C. Estrategias de asignación y asimilación de la significación cognitiva de la experiencia.
- D. Asignación y asimilación del nuevo esquema.

Si pocos días después de ver morir a su joven esposa él «sale a bailar», posiblemente esta estrategia sea un intento de asimilación del *input* y funciona como mecanismo de inhibición (A). Si en momentos más avanzados del duelo «ir a bailar» es una forma de recordar el tiempo pasado juntos y el hecho de revisitar esos lugares ayuda al doliente a expresar su dolor y a valorar y apreciar lo que le daba esa relación, esta forma de afrontamiento estará funcionando como un intento de asimilación emocional y de dotación de significado a la relación perdida (B y C). Si, como conclusión del duelo, la persona decide que debe disfrutar de la vida en honor a su ser querido fallecido, salir a bailar con los amigos es una forma de expresar la gratitud por lo aprendido, a pesar de que momentáneamente puedan saltársele las lágrimas

mientras al mismo tiempo disfruta de ese momento de una manera renovada, ese «ir a bailar» es un reflejo del nuevo esquema y de la transformación interior que el doliente está experimentando (D).

La posibilidad de que, ante una situación de duelo, las respuestas de afrontamientos se produzcan de forma secuencial en el tiempo parece apuntarse ya en los trabajos de revisión de Susan Folkman (2001). Aquí propongo una progresión de estrategias con funciones distintas encadenadas en el tiempo: en los primeros momentos tras la muerte de un ser querido aparecen una serie de respuestas más automáticas, de difícil manejo desde la conciencia, en las que predominan los mecanismos de alteración del *input* (disociación, respuestas somáticas, intrusiones, pesadillas) y de asignación emocional (minimizar la importancia del evento, mantenerse activo para controlar el sufrimiento, sustituir la pérdida, conductas de búsqueda de riesgo), que poco a poco deben ir dejando paso a procesos más controlados que integran la parte emocional con los significados (añorar al fallecido y llorarlo, recordarlo, visitar los lugares, explorar la relación perdida). En las últimas etapas del duelo aparecen estrategias de carácter más cognitivo que promueven una reflexión madura sobre el acontecimiento (encontrar un significado a la experiencia, promover un crecimiento o cambio, abrirse a nuevas relaciones), y que propician la posibilidad de cambios internos en forma de nuevos esquemas internos y/o externos que se traducen en decisiones y cambios.

1. *Clasificación tipológica según el tipo de reacción predominante*
  - a) respuestas somático-sensoriales
  - b) respuestas emocionales
  - c) respuestas cognitivas
  - d) respuestas conductuales
2. *Clasificación según su función de regulación del nivel de exposición*
  - a) estrategias de desconexión-evasión (máxima distorsión-inhibición)
  - b) estrategias de conexión-confrontación (mínima distorsión-inhibición)
3. *Clasificación secuencial según función procesual*
  - a) recepción y asimilación del *input*
  - b) asignación y asimilación del peso emocional
  - c) asignación y asimilación de la significación cognitiva
  - d) asignación y asimilación del nuevo esquema

FIGURA 2.3. Categorización multidimensional de los afrontamientos en situaciones de duelo.

## EL FINAL DEL DUELO

¿Qué significa elaborar el duelo? ¿Hay alguna manera «buena» de vivir esta experiencia? Si el llanto en el niño es un reflejo de su esfuerzo por restablecer el vínculo con la madre, ¿cuál es la función de ese llanto en las situaciones donde el vínculo no puede restablecerse? ¿Para qué sufrir si nadie nos lo devolverá?, se lamentan muchos dolientes a los que acompaña. ¿Cuál debe ser el resultado esperado al final del camino?

Lo que nos dicen el conjunto de teorías sobre el trauma y el proceso neurológico es que esta protesta natural y humana asociada a la pérdida de un ser querido, a pesar de que fracasa como esfuerzo de restauración de la vinculación (ellos no volverán), funciona como estimulación del complejo neurológico responsable del procesamiento de la información, para promover una asimilación o acomodación que incluye la asignación de nuevos significados, la reorganización de nuevos esquemas mentales y, en definitiva, la posibilidad de reestructuración interna del mundo de creencias nucleares que constituyen nuestra identidad. Para que se produzca ese cambio, el sistema de acción-memoria debe ser activado mediante un procesamiento integrado. Sólo cuando el procesamiento se realiza de esta forma puede darse una asimilación en la que la asignación emocional que precede a la cognitiva es necesaria e indispensable, y ambas, integradas, darán lugar al cambio de esquema que es el punto final del proceso en el duelo (véase la figura 2.2).

La reestructuración del sistema de creencias y valores como consecuencia de un evento traumático, tal y como es descrito por Ronnie Janoff-Bulman y Robert Neimeyer (véase cap. 1, apartado 1.1.: Creencias nucleares y reconstrucción de significados), la transformación en la línea del ya descrito crecimiento postraumático de Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun (véase cap. 1, apartado 1.3.: Crecimiento postraumático) y la creación de nuevos significados o esquemas mentales de la que nos hablan Mardi Horowitz y Susan Folkman (véase cap. 1, apartado 1.2.: Perspectivas sobre el afrontamiento) tienen, pues, una base biológica y apuntan en la misma dirección descriptiva de lo que puede ser el resultado final del duelo. Esta visión del duelo como proceso de transformación personal de la identidad tiene implicaciones importantes para el diseño de estrategias de intervención. Los cambios en forma de nuevos esquemas, creencias, valores o conclusiones sobre uno mismo, sobre la vida y sobre las relaciones *deben emerger de forma natural como consecuencia del proceso de asignación de significación emocional-cognitiva, y no como un esfuerzo mental de distorsión para reducir la sintomatología*. Es decir, no pueden realizarse mediante un proceso exclusivamente cognitivo. Esto explica por qué las consignas autoimpuestas (o terapéuticamente impuestas) en el duelo, como «mentalízate», «tienes que esforzarte», «lo que debes hacer es no pensar en ello» o «hay que resignarse», son muy poco útiles y pueden causar iatrogenia psicológica; son intentos de mitigar la sintomatología realizados a costa de provocar un gran sentimiento de inadecuación en el doliente y que a la vez obliteran la posibilidad de procesamiento integrado que pueda conducir a la transformación.

## FUNCIONALIDAD DE LAS RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

José no ha hablado nunca con nadie de lo sucedido en el accidente en el que murieron su madre y su hermana. Susana tiene el dormitorio exactamente igual desde el fallecimiento de su hijita.

Juan, desde la muerte de su esposa, está hiperactivo, manteniéndose constantemente ocupado para poder manejar su ansiedad.

Claudia lleva consigo un pequeño álbum de fotografías de su hijo que le gusta enseñar a quien quiera escucharla hablar de cómo era él.

Muchos alumnos psicoterapeutas me describen situaciones como éstas acerca de sus pacientes y preguntan: ¿debe José hablar de ello?, ¿debemos promover que Susana se desprenda de las cosas de la habitación?, ¿Juan debe parar de hacer tantas cosas y conectar con su dolor?, ¿es bueno que Claudia esté agarrada a su álbum después de tanto tiempo? La mayoría de los terapeutas se plantean tratar las respuestas de afrontamiento como conductas no deseadas o síntomas que deben eliminar, *e identifican erróneamente hacer terapia de duelo con un trabajo de extinción o minimización de estas conductas que consideran como maladaptativas*. Todas las respuestas de afrontamiento tienen una función en el duelo que debe ser identificada y evaluada, y debemos, mediante una cuidadosa exploración de la vivencia subjetiva de estas conductas, sentimientos o pensamientos, dilucidar si son estrategias que están contribuyendo a que el proceso vaya desarrollándose de una forma natural o, por el contrario, son respuestas inadaptativas.

Tradicionalmente, y según autores como Rudolf Moss y Jeanne Schaefer (1986; Schaefer y Moss, 1998), se ha definido el afrontamiento efectivo, más que como el asociado a un estilo o estrategia particular, como aquel que modera el efecto del estrés. Si se considera que un afrontamiento que mitiga la sintomatología es adaptativo, entonces que Claudia hable de su hijo constantemente enseñando las fotografías a las personas que la rodean sería una estrategia desadaptativa, pues hacer eso le despierta aflicción. Y si a Susana tener la habitación exactamente igual que cuando murió su hijita le produce sufrimiento, entonces también sería una estrategia ineficaz desde el punto de vista de alivio del malestar. Sin embargo, desde el modelo de procesamiento emocional-cognitivo, *el afrontamiento efectivo no necesariamente es aquel que mitiga la sintomatología, sino aquel que se revela eficaz en la promoción de la vivencia del duelo como proceso de desarrollo*, tal y como hemos venido afirmando. Por tanto, la efectividad de un afrontamiento puede ser independiente de la sintomatología: en ocasiones, un afrontamiento, para que sea eficaz, deberá actuar aumentando la sintomatología, y en otras deberá reducirla.

Las cosas que hacen, sienten o piensan José, Juan, Claudia y Susana son respuestas comunes ante lo que viven y responden a dos necesidades en tensión: por una parte, la necesidad de mantener la sintomatología en unos niveles aceptables, es decir, que el sufrimiento generado no resulte intolerable para la persona; y por otra, la necesidad de sostener la productividad en las asignaciones de todo el proceso, es decir, que la respuesta de afrontamiento no haga desaparecer del todo el sufrimiento si ello significa que el procesamiento no avanza. Un afrontamiento puede no ser productivo en el sentido de aportar significado o contribuir al cambio o al crecimiento, pero en un momento dado es efectivo como protección del individuo frente a la escalada de sintomatología excesiva para su organismo. Éste sería el caso de un afrontamiento de evitación, como la hiperactividad de Juan, que en un momento de su duelo, por ejemplo en una primera etapa, quizá puede estar ayudándolo a mantenerse estable y, por tanto, es efectivo; o de una momificación, como en el

caso de Susana, que puede permitirle continuar sintiéndose vinculada a su hija y sentir que no la ha perdido, y por tanto esta vinculación sería una forma de inhibición de la realidad. Estas respuestas pueden ser inefectivas en cuanto al trabajo de elaboración del duelo, pero si en ese momento del duelo o para esa persona en concreto la tarea prioritaria es la protección temporal ante un exceso de sufrimiento, entonces se trata de mecanismos estratégicamente útiles. La valoración de su funcionalidad deberá hacerse teniendo en cuenta las necesidades procesuales en el momento preciso del duelo que esté viviendo cada persona, además de las tareas concretas que esté afrontando, y para ello *necesitamos un marco teórico que contextualice los cambios continuos de necesidades y tareas que se dan a lo largo del proceso.*

Por tanto, todas estas respuestas, ya sean fisiológicas, cognitivas o conductuales, si favorecen este procesamiento emocional-cognitivo integrado, funcionan como afrontamientos efectivos, independientemente de la sintomatología que puedan generar. Lo que hay que evaluar para determinar si una respuesta concreta de afrontamiento es efectiva no es su intensidad, frecuencia o incidencia en el malestar emocional, sino *su eficacia en la promoción de la asimilación de la situación de pérdida.*

## **DUELO Y EMOCIONES COMO PROCESOS INTEGRADOS**

Para elaborar experiencias de la vida muy placenteras o muy difíciles nuestro cuerpo reacciona con emociones específicas cuyo objetivo es mejorar la productividad del procesamiento neurológico integrando elementos que, de otra manera, es decir, sin alerta emocional, no estarían disponibles. Cuando experimentamos emociones, sea tristeza, alegría, llanto o enfado, tenemos acceso a la memoria implícita que va a ser activada y utilizada para el proceso de asimilación de la vivencia: emocionarse es recordar. Las experiencias sin significación emocional van a ser elaboradas exclusivamente de forma cognitiva y por eso su impacto en la memoria es mucho menor.

Una emoción natural adaptativa, que funciona como señal, es un proceso integrado que incluye un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que contribuyen a la toma de decisiones más ajustadas. El miedo, por ejemplo, funciona como una señal de alarma ante una situación que potencialmente puede ser una amenaza. Los síntomas fisiológicos del miedo, reactivados por la amígdala, tienen la función de poner al sujeto en alerta, y esta activación le permite recabar información sobre la naturaleza y el significado de la experiencia comparándola con otras precedentes y haciendo una valoración atemporal; esto le permite responder de forma ajustada a la realidad, bien por un proceso de acomodación (cambiar la situación exterior de alguna manera mediante una acción), bien de asimilación (cambiar la percepción interna de lo que sucede de forma que integre la posibilidad de la amenaza). Una vez que se ha integrado la experiencia en sus tres niveles —síntomas físicos, acción y cognición—, la emoción ha ejercido su función adaptativa resolutiva y de forma natural se extingue. Mardi Horowitz señala que normalmente las emociones se desactivan cuando la concepción del mundo está alineada o de acuerdo con lo que está sucediendo (Horowitz, 1986). En términos psicobiológicos diríamos que, desde el hipocampo, la asignación de la

significación mental se alinea con la asignación emocional, es decir, se elimina la discrepancia, produciéndose una acción, conducta de cambio o creación de un nuevo esquema mental de significado.

Tradicionalmente en la literatura psicológica se considera que hay cuatro emociones llamadas naturales y que forman parte de las estrategias evolutivas de supervivencia de los seres humanos, es decir, que son necesarias para la preservación de la vida. Estas emociones básicas —miedo, enfado, tristeza y amor/alegría— activan sensaciones físicas específicas en partes concretas del cuerpo y cumplen cada una de ellas una función de supervivencia biológica y social. Los procesos de acomodación y/o asimilación activados por cada emoción determinan a su vez la regulación adecuada del nivel de contacto con lo externo y también con el mundo interno de la persona. Así, el miedo y el enfado tienen una función protectora ante amenazas de agresión y, por tanto, promueven los límites y la defensa del espacio vital, o la represión inconsciente de aquello que produce malestar. La aflicción invita al aislamiento y a la introspección, facilitando con ello la reorganización del material interno de forma más adaptativa, por un proceso de asimilación. La tristeza es la emoción que contribuye al cambio de paradigma de estar «en la lucha contra lo que uno cree que puede cambiar» a «aceptar y rendirse incondicionalmente ante aquello que es inevitable». El amor y la alegría hacen que las personas se sientan seguras, lo que favorece el contacto mutuo, ampliando los límites de las relaciones y propiciando la confianza en el otro y en uno mismo. Las emociones básicas tienen la función de *regular el nivel de contacto-retirada con el mundo interno y externo a partir de la información recabada en la memoria implícita y explícita*. Además desempeñan un papel esencial en la *construcción de nuevos significados y en la transformación de la identidad*, pues este acceso a la memoria permite la reorganización constante del material interno de esquemas y valores. Desde esta visión adaptativa de las emociones, el enfado y el miedo no son negativos, sino que tienen una función vital para la supervivencia y la protección de la persona.

La comprensión del funcionamiento psiconeurológico de las emociones nos da pistas para entender su papel ante situaciones de separación o duelo. El miedo, por ejemplo, es una emoción natural que experimentan muchas personas tras la muerte de un ser querido: muchos dolientes manifiestan tener miedo al futuro, a cómo será la vida sin esa relación, a no ser capaces de superar el dolor o a no poder manejar los asuntos prácticos que la ausencia de esa persona les va a causar. En otras ocasiones, la muerte de un ser querido despierta el miedo a la propia muerte, a la finitud de la vida y a la posibilidad de la pérdida de otros seres queridos. Todos estos miedos son naturales y humanos y deben ser atendidos y escuchados. Un cierto nivel de miedo provee la energía necesaria para pedir ayuda, tomar decisiones como estrategia de protección y decidir sobre cambios para la evitación de riesgos innecesarios. El enfado como reacción de protesta es también una respuesta normal ante la separación: la persona puede sentirse enfadada con el mundo, con las personas que lo rodean, con los supervivientes o con Dios por haberle quitado a su ser querido. La tristeza o aflicción es la emoción que facilita el proceso de abandonarse y renunciar a expectativas irrealizables: promueve la aceptación de la situación o el cambio para dejar de luchar contra lo que es irremediable y

aceptar la realidad para empezar a reinvertir energía en nuevas direcciones. Todas estas emociones tienen su función procesual y son componentes básicos e indispensables de la vivencia de pérdida (véase la figura 2.4).

<i>Emociones naturales</i>	<i>Función adaptativa - Duelo normal</i>
<i>Miedo</i>	Pedir ayuda a los demás. Prepararse para vivir en un futuro donde el otro no está. Tomar decisiones ajustadas al duelo. Anticipar y protegerse ante posibles retos y amenazas futuras en ausencia del ser querido.
<i>Enfado</i>	Proporcionar energía para cambios en el presente. Poner límites a uno mismo y a los demás. Decir «no». Escoger lo esencial. Tomar decisiones. Ser asertivo, autoafirmarse. Proteger el espacio vital en un momento de vulnerabilidad.
<i>Dolor, aflicción</i>	Pedir ayuda. Inspirar compasión. Elaborar los aspectos relacionales de la separación. Resolver asuntos inconclusos. Buscar significados. Aceptar la muerte y la ausencia. Procurar el aislamiento necesario para la introspección.
<i>Amor, alegría</i>	Vivir en honor del ser ausente. Extraer lecciones de la experiencia de pérdida. Reinvertir en el amor a los demás. Establecer relaciones más plenas con los demás.

FIGURA 2.4. Emociones como afrontamientos efectivos en el duelo.

### 2.3. Los caminos por los que un duelo se complica

#### AFRONTAMIENTOS Y DEFENSAS

La mayoría de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido viven su duelo con sufrimiento, pero con el tiempo son capaces de seguir con su vida y adaptarse a la nueva situación. Sin embargo, entre un 10 y un 20 % de ellas acaba con complicaciones de salud y relacionales (Latham y Prigerson, 2004; Bonanno, 2004; Prigerson y otros, 2008a). ¿Por qué para esta minoría el duelo llega a complicarse provocando un nivel de deterioro importante en sus vidas?

La teoría psicobiológica aporta ciertas claves que explican cómo puede llegar a darse este fracaso que conduce a las patologías de duelo. Si la sobreestimulación producida por la experiencia de pérdida es excesiva en relación con los recursos de la propia persona, los afrontamientos fracasan a la hora de responder de forma adecuada al exceso de alerta sintomatológica y se produce una experiencia de fragmentación interna (véanse págs. 81-84 y figura 2.1, en la pág. 84). Las personas pierden la capacidad de utilizar las emociones como señales y el resultado es que, en vez de experimentar el proceso emocional de forma integrada, lo que viven es una estimulación crónica a un solo nivel, produciéndose una fijación ya sea fisiológica (como somatizaciones), cognitiva (como rumiaciones obsesivas) o conductual (como hiperactividad, adicciones). Esta fijación en el tiempo se traduce en una

rigidez en la forma de presentarse el afrontamiento, lo que indica que se ha convertido en improductivo, perdiendo así su función adaptativa y pasando de ser un proceso de elaboración y asimilación a convertirse en un resultado. Tomando la idea original de George Vaillant (1992), proponemos referirnos a «afrontamientos» como procesos maduros que incluyen un mínimo de distorsión para poder manejar la ansiedad y a «defensas» como resultados fijados, que implican una distorsión o inhibición importante de la realidad.

La mayoría de las respuestas de afrontamiento en situaciones de duelo pueden funcionar como procesos-afrontamientos o como resultados-defensas. Un ejemplo clásico de respuesta de duelo que puede funcionar como afrontamiento efectivo o como defensa rígida son las rumiaciones. El estilo rumiativo es una respuesta cognitiva de afrontamiento que se caracteriza por que el doliente focaliza la atención en los aspectos difíciles o negativos de una manera repetitiva y pasiva. En los casos en que las circunstancias de la muerte han sido especialmente traumáticas, por ejemplo un suicidio, la rumiación obsesiva puede considerarse como un afrontamiento con funciones psicológicas adaptativas tales como controlar emociones incómodas subyacentes, mantener la vinculación con el ser querido, reparar el fracaso de la función protectora de la relación (Payàs, 2008) o dar sentido a la experiencia del trauma contribuyendo a la búsqueda de significados (Calhoun y Tedeschi, 2004). Pero también puede tener una versión inefectiva como rumiación no productiva que se fija en forma de pensamiento obsesivo, y en ese sentido se convierte en un estilo maladaptativo y en un resultado o defensa rígida que impide que la persona avance en su proceso de recuperación (Nolen-Hoeksema, 2001).

María es una mujer de 75 años que perdió en seis meses a su hija en un accidente de tráfico y a su nieto de una enfermedad degenerativa. Ambas muertes fueron muy traumáticas. Desde entonces tiene las cenizas de ambos en casa y les habla cada día. Las mantiene en el salón y, si acude alguna visita, se las enseña con toda naturalidad. Este verano le ha dicho a su marido que no quiere ir de vacaciones porque, según dice, «no quiere dejarlos solos».

Otro ejemplo que ilustra cómo un mismo afrontamiento puede actuar como proceso o como un resultado es la «personalización» de un objeto, sea mediante la conservación de fotografías, objetos de recuerdo o la propia disposición intacta de la habitación del fallecido, o, como en el ejemplo de María, manteniendo las cenizas y relacionándose con ellas como si fueran la persona perdida. ¿Son éstas respuestas adaptativas? Esa llamada «momificación», donde un objeto o espacio cumple una función transicional, ¿está funcionando como afrontamiento efectivo o como una defensa improductiva? Para averiguar si está funcionando como proceso de asimilación habrá que explorar *cómo es esa acción de relación a través del objeto transicional* y qué emoción vive en ella la persona en duelo: ¿es un acto que la conecta con la pérdida, y a través de esta emoción puede activar recuerdos y con ellos elaborar los significados de lo sucedido? En tal caso, esta respuesta de afrontamiento está funcionando como proceso. Pero si ese gesto se utiliza como una manera de evitar aceptar la realidad, personalizando al difunto para impedir la desvinculación, un gesto automatizado que, aunque puntualmente permite un alivio del malestar, con el tiempo se fija y no facilita la asimilación, entonces se ha convertido en un resultado o defensa que puede reflejar la presencia de un duelo complicado.

*Para valorar la funcionalidad de la estrategia hay que considerar el criterio de temporalidad:* si el tiempo transcurrido después de la muerte es muy poco, por ejemplo la muerte tuvo lugar hace menos de un año, se trata, en principio, de un afrontamiento de negación adaptativa en esa etapa del duelo y consideraremos que es normal; pero si la muerte ha ocurrido hace dos o tres años, posiblemente estamos ante una momificación como mecanismo de defensa. Los afrontamientos de evasión en el duelo tienen el efecto de moderar la intensidad de los síntomas, pero instalados en el tiempo se convierten en mecanismos de defensa. En el caso de María, si después de varios años de las muertes siguiera hablando a las cenizas y cuidándolas de la misma manera, negándose a salir de casa y dejando de tener relaciones sociales, esta estrategia reflejaría un duelo complicado que se ha prolongado en el tiempo.

La pérdida de la modulación afectiva hace que la persona no sea capaz de atender a la información que encierra la emoción y, por ejemplo en el caso de respuestas de conductas de adicción, responde de forma reactiva, yendo directamente de los estímulos a las respuestas, sin hacer la valoración psicológica necesaria sobre lo que está sucediendo. O bien, en otros casos, es capaz de hacer una valoración cognitiva de lo sucedido, pero no puede integrar en ella la acción correspondiente o sentir la sintomatología asociada, y lo que experimenta es una fijación en forma de rumiación obsesiva que persiste en el tiempo, por ejemplo en el caso de una muerte por suicidio, cuando la persona en duelo, pasados varios años, sigue preguntándose obsesivamente «¿por qué lo hizo?» y culpabilizándose de «no haberse dado cuenta».

## **EMOCIONES COMO DEFENSAS IMPRODUCTIVAS**

Rebeca perdió a su hermana en un accidente laboral. Estaban muy unidas. Siente que esta muerte podía haberse evitado y está muy enfadada con los directivos de la fábrica donde ocurrió el accidente. Han pasado tres años y Rebeca sigue furiosa y con deseos de venganza por lo sucedido. Está muy obsesiva: tiene dificultades para dormir y para concentrarse. Necesita ir al cementerio semanalmente. Su marido se queja de que su carácter se ha agriado y tienen discusiones frecuentes. También se la ve resentida y amargada en el resto de sus relaciones familiares y sociales. Ha decidido que no quiere tener hijos y se siente incapaz de recuperar la ilusión por la vida.

El enfado que Rebeca sintió durante el primer tiempo después del fallecimiento de su hermana es una reacción natural de protesta por las particulares circunstancias de la muerte. Con el tiempo, al no haberse podido resolver, esta emoción se ha convertido en una defensa, es decir, en un estado emocional crónico e incapacitante. El enfado pierde su función como proceso, se distorsiona y acaba transformándose en amargura y deseos de venganza. Estas defensas improductivas dañan la capacidad de Rebeca de relacionarse con los demás y la posibilidad de formar y mantener vínculos afectivos sanos y perdurables. Cuando las emociones naturales pierden su función de señales y se fijan, la persona no puede tomar decisiones adaptativas; es incapaz de reconocer que el estímulo original de la emoción distorsionada es la ausencia del ser querido y convierte el enfado en rabia u odio que asigna a otro objeto. Como estrategia defensiva funciona como una protección de emociones subyacentes incómodas, «mientras estoy enfadada u obsesionada no siento el dolor de la ausencia».

Otro ejemplo de respuesta de afrontamiento que puede acabar como defensa improductiva sería la aflicción, entendida como la confrontación de la vivencia de la pérdida y la expresión de la tristeza y la añoranza. Esta emoción puede interpretarse como un signo de malestar, pero que funciona como afrontamiento emocional. Una manera natural de aliviar este dolor es expresándolo mediante las lágrimas. Las lágrimas contienen hormonas del estrés (Frey, 1985), con lo que el llanto contribuye a reducir la sintomatología y a la vez propicia la asimilación al activar recuerdos que promueven la asignación de significados. Sin embargo, si la aflicción se instala de forma rígida en el tiempo y no se desactiva, puede perder su función adaptativa y convertirse en un resultado, transformándose en un estado depresivo e incapacitante que conduce al duelo crónico (véase la figura 2.5).

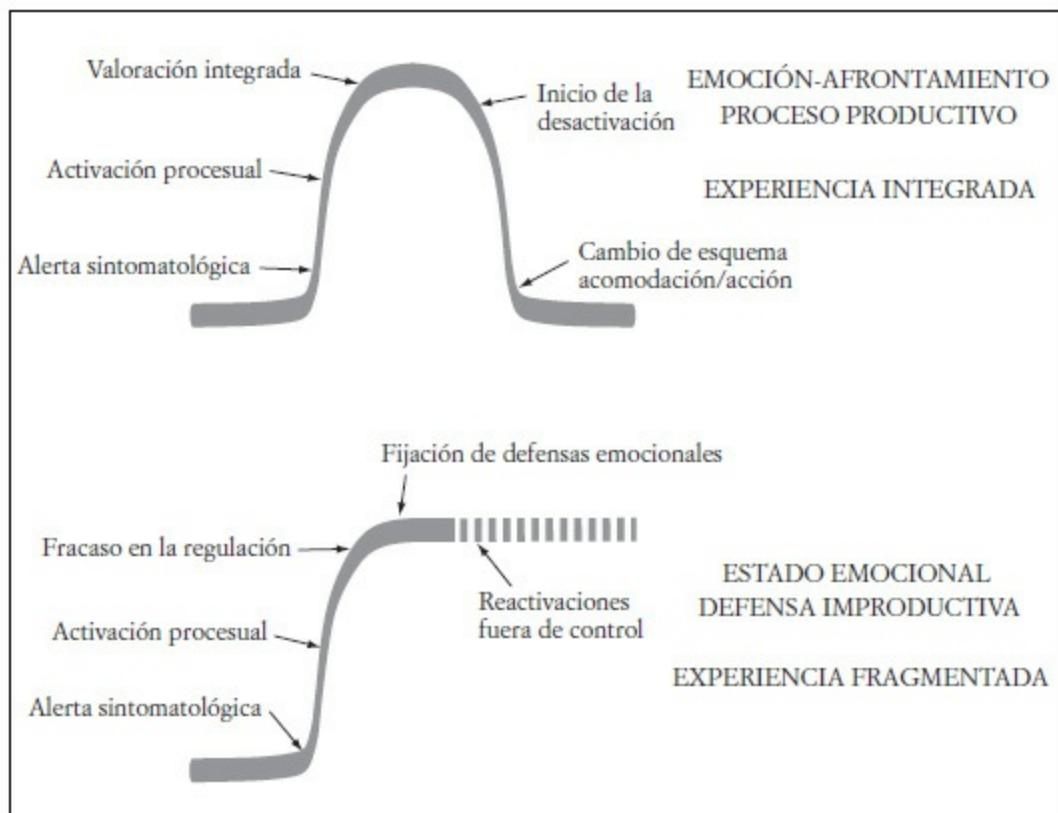


FIGURA 2.5. Emociones naturales como procesos / Estados emocionales como defensas rígidas en el tiempo.

En los estados emocionales o defensas emocionales puede darse una congelación o, alternativamente, una sobrerreacción en alguno de los niveles, pero no se da la experiencia integrada. Que en el duelo complicado se dé una experiencia de *fragmentación de la vivencia emocional* apunta a cómo una intervención terapéutica eficaz va a requerir *la promoción de una experiencia integrada que rescate estos aspectos disociados o rechazados* (tal y como se describe en el capítulo 4).

Cuando la emoción natural pierde su capacidad reguladora de la experiencia real y se convierte en una defensa rígida y maladaptativa, funciona como una forma de cortocircuitar el procesamiento de la experiencia y reduce el malestar asociado a la pérdida, pero a costa de

anular la posibilidad de elaboración de significados y cambios: el miedo se convierte en ansiedad, pánico o fobias; el enfado en rabia o deseos de venganza, impotencia o amargura, y la tristeza en depresión. En la figura 2.6 se describen los estados emocionales como mecanismos de defensa más comunes en el duelo.

<i>Emociones naturales</i>	<i>Estados emocionales - Emociones como defensas</i>
<i>Miedo</i>	Disociación. Ansiedad. Pánico. Fobias. Parálisis. Adicciones. Evitaciones. Hiperactividad.
<i>Enfado</i>	Resentimiento, irritabilidad. Odio. Búsqueda obsesiva de culpables. No aceptación de la muerte. Rabia desplazada. Conductas evitativas. Adicciones de duelo. Actitud agresiva o pasiva-agresiva. Depresión.
<i>Dolor, aflicción</i>	Victimismo. Autocompasión. Culpa. Enfado distorsionado. Depresión. Claudicación. Abandono de uno mismo. Tristeza crónica.
<i>Amor, alegría</i>	Tristeza crónica. Depresión. Aislamiento. Incapacitación para las relaciones. No sentido de lo sucedido. Amor dependiente. Ocuparse del dolor de los demás. Sobreprotección. Optimismo ilusorio.

FIGURA 2.6. Duelo y emociones como defensas.

### EL CAMINO AL DUELO COMPLICADO

Si el fracaso en la regulación de las reacciones a los estímulos internos y externos es continuado y la persona afectada es incapaz de utilizar sus emociones como señales, con el tiempo se abre el camino a un duelo complicado en el que las estrategias de afrontamiento se instalan de forma rígida e inflexible, convirtiéndose en mecanismos de defensa que se refuerzan entre sí al tiempo que mantienen y acrecientan la distorsión o la inhibición en el procesamiento. Esta escalada fija aún más las estrategias que fallan en su función de procesamiento ajustado hasta que finalmente se convierten en un resultado: conductas, pensamientos o emociones que se dan como procesos incompletos y que no se extinguen en el tiempo (véase la figura 2.7).

Para identificar un duelo complicado a partir de las respuestas de afrontamiento *deben darse dos criterios de forma simultánea: por una parte, la pérdida de funcionalidad o productividad y, por otra, la temporalidad, es decir, la fijación rígida en el tiempo*. El hecho de que la persona describa una estrategia concreta asociada a una sintomatología determinada en un momento dado no es un indicio de que el duelo sea complicado, tal y como hemos visto en los ejemplos descritos anteriormente. *Las respuestas de duelo complicado son aquellas a las que normalmente aplicamos el criterio de temporalidad y pérdida de funcionalidad, y deben ir acompañadas de un deterioro global en la vida y/o las relaciones de la persona, así como de una cronificación de los síntomas, independientemente de su grado de intensidad.*

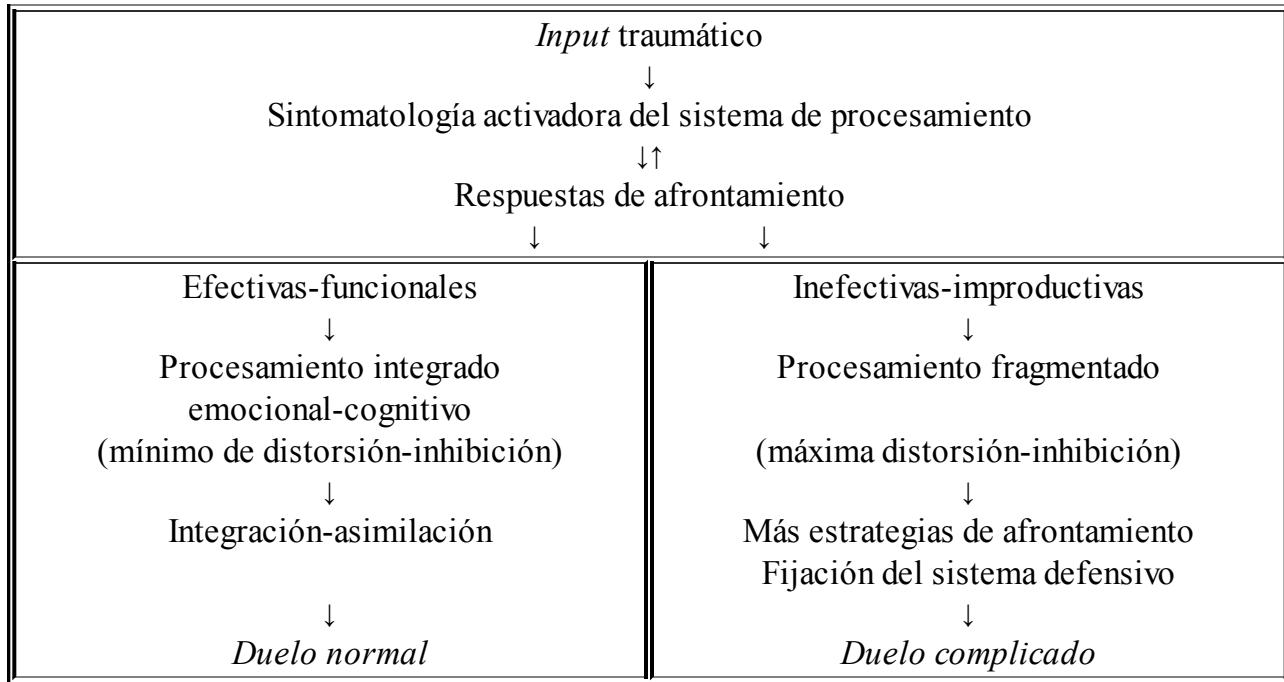


FIGURA 2.7. Conceptualización del duelo complicado.

Las personas que viven un duelo complicado no pueden tomar conciencia de lo que les está sucediendo. En algunos casos, pese a sus esfuerzos por mantener el material inconsciente apartado, las necesidades frustradas emergen de forma intrusiva desbordándolas emocionalmente (Horowitz y otros, 1980); en otros, como el de Rebeca, el sistema defensivo intrapsíquico se ha instalado de forma tan rígida que deben mantenerse aisladas y alejadas de todo aquello que les pueda recordar lo sucedido. Con el tiempo, los sentimientos de abatimiento y desánimo no terminan de mitigarse y la conclusión derivada del resultado mental desadaptativo del duelo es que la vida es negativa y no puede deparar ya felicidad ni alegría. Todo ello suele ir acompañado de incapacidad para la realización de las tareas cotidianas, desmotivación, sensación interna de no poder seguir adelante, aislamiento y deterioro de la vida social en general (Prigerson y otros, 2008a y b).

La instalación de defensas rígidas y perdurables en el tiempo característica del duelo complicado permite manejar la sintomatología, es decir, minimizar el sufrimiento, pero a costa de alterar la capacidad de contacto del doliente consigo mismo y con los demás. El procesamiento emocional-cognitivo fracasa y el resultado de todo ello es una progresiva fragmentación interior y una incapacidad manifiesta para integrar la experiencia de pérdida y dotarla de significado. La persona se disocia de ese mundo interno y externo que la conecta con recuerdos relacionados con la muerte del ser querido, pero a la vez se separa también de otras posibles experiencias placenteras relacionadas con la vida y con los que quedan. Esto explica por qué la mayoría de las personas que desarrollan un duelo complicado acaban experimentando la sensación de aislamiento: el sistema defensivo se retroalimenta, fijándose y distorsionando la realidad cada vez más, inhibiendo la espontaneidad, limitando la

flexibilidad y alterando la capacidad de relacionarse de una manera sana con uno mismo y con el mundo. El precio por no sentir el dolor del duelo es también cerrarse a la posibilidad de experimentar los cambios necesarios para poder volver a vivir la vida con plenitud.

## **VARIABLES QUE PREDICEN LA EMERGENCIA DE UN DUELO COMPLICADO**

El padre de Eduardo abandonó a la familia poco después de nacer él. A los 15 años, Eduardo vio morir a su madre tras un largo proceso de enfermedad degenerativa. Fue acogido por unos tíos. Cuando, a los 42 años, su mujer cayó enferma de cáncer, Eduardo se sintió sobrepasado. Se le hizo muy difícil poder estar a su lado. Se refugió en su trabajo y en una actividad frenética. Después de su muerte empezó a beber y a salir por las noches. Han pasado dos años y sigue sin poder hablar de lo sucedido.

La posibilidad de identificar factores que puedan, en mayor o menor medida, predecir el riesgo de aparición de patologías de duelo es importante porque puede mejorar la identificación de los colectivos más vulnerables, favorecer una respuesta social más adecuada y de carácter preventiva y a la vez dar pistas sobre posibles tratamientos efectivos (Stroebe y Schut, 2001).

El modelo de afrontamiento integrado emocional-cognitivo señala tres motivos por los cuales puede producirse el fracaso en la regulación afectiva de la experiencia de duelo que conduce a la instalación de defensas y a una posible complicación: 1) vulnerabilidad previa: el procesamiento fracasa debido a factores internos, es decir, aspectos intrapsíquicos del doliente; 2) exceso de intensidad traumática: causado por factores externos al sistema, es decir, circunstanciales o relacionados con los hechos que rodean la muerte; y 3) ausencia de factores mediadores: el fracaso en la regulación es debido al trauma acumulativo por ausencia de contacto o apoyo social en el momento de la pérdida, inmediatamente después o a lo largo del tiempo.

1. *Factores intrapsíquicos: vulnerabilidad pre-pérdida.* Muchos autores coinciden en señalar que las variables que se refieren a la personalidad del doliente y que ataúnen a su historia de desarrollo, su historia personal y familiar, su salud mental y las pérdidas anteriores no resueltas son los predictores más importantes de trastornos de duelo (Horowitz y otros, 1993b; Sanders, 1993; Stroebe y Schut, 2001; Zislock y Schuster, 1991).

Si la persona en duelo tiene una fragilidad previa debido a un estilo de vinculación insegura o a traumas y pérdidas anteriores no resueltos, que generaron defensas rígidas improductivas, ahora éstas, ante la nueva amenaza, van a actuar como recuerdos inconscientes o memoria fisiológica. La pérdida presente reactiva este material antiguo, produciendo una sobrerreacción transferencial muy a menudo inconsciente, y todo este material emerge en forma de memoria implícita subyacente en la asignación emocional, interfiriendo en el procesamiento con un aumento de la sintomatología desmesurado y/o con la reactivación de mecanismos de defensa de distorsión o inhibición.

Para explicarlo con un ejemplo, veamos cómo el abandono (no elaborado) que Eduardo vivió en su infancia le ha generado estrategias de evitación que son reactivadas ante la enfermedad y muerte de su esposa. Eduardo responde a la situación con la misma respuesta de claudicación y retramiento (depresión), huyendo de la situación (sustitución) o

autoestimulándose con mucha actividad (adicción al trabajo) y manejando la sobreestimulación mediante el consumo de alcohol. La asignación emocional en la amígdala no puede darse de forma ajustada porque la pérdida anterior no ha sido resuelta, por lo que se instala una defensa automática que responde a un guión antiguo, o como estilo de vinculación insegura interiorizado. El resultado final es un esquema cognitivo negativo sobre sí mismo o sobre la vida, o bien una conducta disruptiva.

Los factores intrapsíquicos posiblemente sean los que más peso tienen en la evolución del duelo, ya que condicionan la capacidad de procesamiento neurológico de la experiencia. Esto explica por qué los estilos de vinculación que el doliente desarrolló en su infancia van a afectar a su manera de vivir el duelo cuando sea adulto (Bowlby, 1986; Mikulincer y Shaver, 2008) (véase cap. 1, apartado 1.1.: Teoría de la vinculación). Las personas con modelos de vinculación insegura han establecido estilos de afrontamiento de distorsión e inhibición para poder sobrevivir a los fracasos constantes en sus experiencias de contacto-separación con los demás, y van a ser más proclives a seguir utilizándolos en cada nueva pérdida, con lo que el duelo puede complicarse. Las personas que funcionan con un modelo interno de vinculación segura, cuando están en duelo, pueden acceder a recursos internos de afrontamientos previos adaptativos tales como la seguridad, la confianza y la autoestima, que las llevan a ser capaces de procesar la experiencia con una mínima evitación-distorsión y con mayor tolerancia al dolor. Además, su estilo de vinculación segura les permite acceder más fácilmente al apoyo social y apoyarse en la protección de los que las rodean.

2. *Factores circunstanciales*. En la literatura hay abundantes evidencias de cómo estos factores externos condicionan la evolución del proceso de duelo favoreciendo la aparición de complicaciones (Parkes, 1970; Raphael y otros, 1993; Parkes y Weiss, 1983). Situaciones de muertes a destiempo, como la de un hijo o un nieto, muertes no esperadas, no anticipadas, o pérdidas múltiples, como la muerte de varios miembros de una misma familia, son algunos ejemplos de casos en que la intensidad traumática será mucho mayor.

Es posible que, cuando las circunstancias de la muerte son especialmente traumáticas, el desajuste entre las expectativas y la realidad sea demasiado grande; es decir, la discrepancia entre el material interno de referencia almacenado y el *input* traumático es tan alta que produce una sobreestimulación del sistema y la persona en duelo puede tener dificultades para responder, fracasando así en la regulación del procesamiento al ser el umbral de tolerancia muy bajo (véase cap. 2, apartado 2.1.: El fracaso en la elaboración de los recuerdos traumáticos y véase la figura 2.1).

3. *Factores interpersonales*. La calidad de las relaciones interpersonales es una variable que media en la sobreexcitación o sobreestimulación del sistema. Aunque hay inconsistencias en las investigaciones empíricas sobre el efecto del apoyo social, es lógico suponer que el hecho de tener personas alrededor que ofrezcan cariño, escucha y atención protege del impacto del duelo. La presencia de un contacto humano externo durante la experiencia traumática y en el tiempo posterior funciona como factor protector en el ajuste al duelo, compensando parte de los déficits causados por la pérdida (Lazarus y Folkman, 1984). Por el contrario, la falta de apoyo social ya ha sido considerada como un predictor importante del

desarrollo de duelos complicados (Sanders, 1993). En supervivientes de catástrofes, aquellos que no disponen de redes de apoyo presentan respuestas de estrés traumático severo. Los padres que sienten que sus amigos y familiares se retiraron después de la pérdida de un hijo puntúan también más alto en la escala de estrés (Znoj, 2006).

Desde el punto de vista psicobiológico, es plausible suponer que la presencia del contacto humano ante la vivencia de trauma actúa mitigando el exceso de activación que inhibe la respuesta del hipocampo y funciona así como un factor facilitador de la elaboración emocional, aumentando el intervalo de tolerancia (véase cap. 2, apartado 2.1.: El fracaso en la elaboración de los recuerdos traumáticos y véase la figura 2.1), y que la falta de una relación adecuada que sostenga esta experiencia de pérdida facilita la generación de otras defensas psicológicas añadidas. Si, además de la muerte, la persona debe afrontar el proceso en soledad, sin apoyo de los que la rodean o con presiones para su rápida recuperación, se hace aún más difícil manejar el dolor y dar sentido a la experiencia, y por ello es necesario desarrollar estrategias de inhibición más rígidas e intensas, que acaban fijándose en forma de estilos de afrontamiento maladaptativos. La presencia de este trauma acumulativo (véase cap. 1, apartado 1.2.: Trauma acumulativo y duelos desautorizados) constituye una nueva pérdida que el doliente tiene que afrontar: «Mis amigos se retiraron, no hay nadie en la familia que me comprenda, me dicen que ya han pasado seis meses y que cómo estoy aún así». La falta de comprensión del entorno y la incapacidad de responder a su sufrimiento muy a menudo son percibidas por el doliente como una pérdida añadida a su ya difícil situación de duelo.

Estas tres categorías de factores interactúan entre ellas aumentando o mitigando la vulnerabilidad de la persona frente a la pérdida. Las variables de riesgo no influyen de forma independiente o aislada, sino que se dan en un contexto determinado: los factores externos pueden ser muy traumáticos, por ejemplo en una muerte no anticipada percibida como algo evitable, pero la presencia de apoyo social continuado y un estilo de vinculación interna de seguridad funcionan como mediadores, mejorando el manejo de la sintomatología. Por el contrario, una muerte con menos intensidad traumática, por ejemplo la muerte de una persona anciana debido a una enfermedad progresiva, puede, en ausencia de relaciones que sostengan y sobre la base de una personalidad con pérdidas anteriores no resueltas o con un vínculo de dependencia con el fallecido, llevar a un duelo complicado. El peso predictivo que cada factor tiene en la evolución del duelo y su relación con los resultados están siendo investigados y revisados actualmente en la literatura (Stroebe y Schut, 2001).

## 2.4. Propuesta de modelo de tareas y necesidades

El duelo es el proceso de elaboración realizado a partir de la integración de la vivencia difícil y a veces traumática de la muerte de un ser querido, y que puede conducir a la persona afectada a experimentar una transformación profunda. Como proceso de crecimiento, se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje, cuyo resultado final es la emergencia de cambios en la propia identidad. Esta visión humanista adaptativa del duelo está basada en la integración de un amplio conjunto de teorías, descritas a lo largo de

este capítulo y en el anterior, que incluyen la psicología evolutiva, las perspectivas sobre el estrés y el ajuste traumático, las aportaciones de la psiconeurología sobre el trauma y la memoria y aproximaciones conceptuales como las creencias nucleares y el crecimiento postraumático.

El modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo describe el duelo como un proceso dinámico en el que las distintas respuestas de afrontamiento a las que el doliente recurre para manejar el sufrimiento y adaptarse a la situación van emergiendo y disolviéndose, siendo sustituidas unas por otras, a medida que el proceso avanza. Las formas creativas que la persona despliega para enfrentarse a la pérdida de un ser querido se dan secuencialmente, configurando distintos momentos que se suceden en el tiempo y que tienen una función procesual adaptativa determinada. Una forma de referirse al contenido funcional de las respuestas de afrontamiento es la idea de «tareas/necesidades de duelo», a las que la hipótesis del procesamiento emocional-cognitivo otorga una temporalización. Estas tareas corresponden a unas necesidades psicológicas, biológicas, emocionales y relaciones específicas que la persona en duelo debe ir abordando y resolviendo y que, en su conjunto, contribuirán a que se dé como punto final del duelo esta transformación personal.

El modelo de tareas/necesidades aquí descrito, que se desarrolla en profundidad en el capítulo siguiente, identifica de forma secuencial las necesidades psicológicas fundamentales cambiantes a lo largo del proceso de elaboración de la muerte de un ser querido. En la propuesta de modelo mantengo la idea original de cuatro fases o etapas en la línea descrita por John Bowlby, Colin Murray Parkes, Cecily Sanders, William Worden y otros. Cada tarea/necesidad es abordada con estilos de afrontamiento característicos. Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la muerte del ser querido y las variables que intervienen en el proceso, cuando se produce un fracaso en la regulación del procesamiento emocional que se manifiesta en forma de detención en alguna de las tareas, se propone una tipología de duelo complicado. Esta detención se expresa mediante respuestas de afrontamiento que en un proceso normal serían adaptativas y que en este caso se instalan de forma rígida, intensa e inflexible y, por tanto, se convierten en mecanismos de defensa (véase la figura 2.8).

Las necesidades de duelo que aparecen en primer plano en cada etapa son características y van configurando una sucesión de tareas u objetivos que hay que ir procesando a lo largo del tiempo. Las tareas de duelo reflejan la forma concreta de atender y responder a esas necesidades y, por consiguiente, su descripción es a la vez una guía de intervención terapéutica.

### *Aturdimiento y choque*

En un primer momento del duelo, la commoción causada por la noticia de la muerte de un ser querido amenaza la capacidad reactiva de la persona, poniendo en marcha reacciones como descreimiento, confusión, aturdimiento, disociación, etc., cuya función es alterar o distorsionar el *input*, reprimiendo, suprimiendo o mitigando el impacto de la información sobre la realidad de la muerte del ser querido. En el otro extremo suelen darse reacciones agudas de llanto, desesperación, angustia o miedo. Los estados de aproximación pueden coexistir con momentos de anonadamiento físico, apatía y desensibilización, es decir, con

respuestas de evitación. Esta intensa oscilación entre mecanismos de rechazo y mecanismos de confrontación, aunque parezcan manifestaciones aparentemente desorganizadas, no es más que un reflejo del intento de manejar la aguda sintomatología que afecta a algunas personas en esta primera etapa de su duelo. *La tarea principal de duelo en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida.*

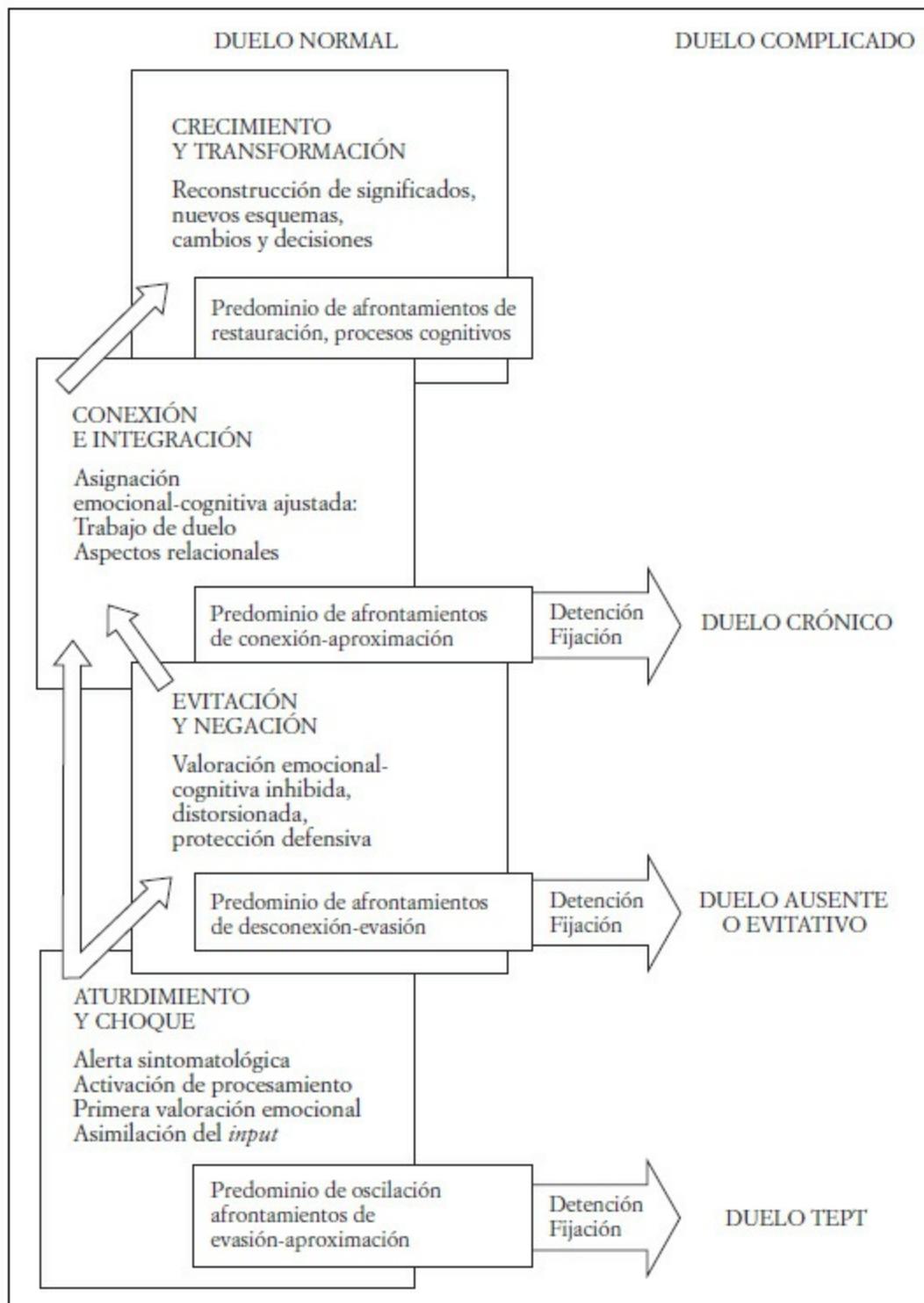


FIGURA 2.8. Modelo de tareas/necesidades. Respuestas normales y patológicas.

La sintomatología de choque y aturdimiento es, conceptualmente hablando, una respuesta de estrés normal, pero si continúa a lo largo de un periodo de tiempo extenso, más allá de su utilidad, pierde su función adaptativa y se convierte en una patogenia. Los síntomas antes descritos, si permanecen a lo largo del tiempo y no se extinguen ni se mitiga su intensidad, ya no representan intentos reparativos, sino que reflejan daños permanentes: los recuerdos intrusivos de las circunstancias de la muerte pueden convertirse en una fijación en la memoria, expresada por rumiaciones obsesivas maladaptativas; el miedo puede convertirse en ataques de pánico. Cuando la sintomatología se manifiesta de forma fija, como procesos incompletos —mentales, cognitivos o conductuales—, estamos ante un *duelo complicado semejante al trastorno de estrés postraumático*, que parece corresponderse con una detención o incapacidad en el tiempo de manejar las tareas de aturdimiento-choque.

### *Evitación y negación*

Pasados unos días, unas semanas o unos pocos meses, en la mayoría de las personas en duelo empiezan a prevalecer respuestas de evitación, todas ellas maniobras inconscientes generadas en el proceso emocional en un intento de eludir la magnitud del impacto. Para ello, la persona puede negar los hechos o minimizar la importancia del evento, o bien mantenerse activa para manejar la sintomatología, o sustituir la pérdida, o experimentar una culpa excesiva que se expresa en rumiaciones improductivas. Se trata de afrontamientos que funcionan dando una asignación emocional distorsionada, o mediante la alteración del *input* de la realidad o la inhibición de aspectos parciales. Estas estrategias de rechazo-evitación promueven una asimilación más progresiva de la realidad perceptiva excesiva; es decir, actúan como una barrera protectora ante el dolor, apartando de la conciencia recuerdos o pensamientos incómodos, sensaciones dolorosas, necesidades frustradas y el malestar general producido por la muerte del ser querido. Todo este material que conecta con el sufrimiento asociado a la muerte y sus consecuencias es así eludido, manteniéndose total o parcialmente no identificado, no reconocido y, por supuesto, no correctamente procesado; pero el beneficio derivado de ello es una desactivación de la sintomatología excesiva. *La tarea principal en esta etapa es ir disolviendo progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor.*

En el *duelo complicado de tipo evitativo o duelo ausente* hay una fijación en el tiempo de las estrategias de distorsión, supresión e inhibición. Las personas con este tipo de duelo complicado tienden a focalizarse exclusivamente en esfuerzos de rechazo de la realidad, evitando todo lo que las conecte con la pérdida. En los casos de inhibición, puede que se expresen algunos sentimientos en un primer momento, pero muy pocos, de manera que la persona continúa con su vida como si nada hubiera pasado. Aunque la ausencia de sintomatología asociada a la pérdida de forma temporal y en la primera etapa del duelo no indica necesariamente una patología, si con el tiempo la persona no avanza en su proceso, las estrategias de inhibición-distorsión acaban instalándose. Es frecuente la presencia de

respuestas inflexibles e incapacitantes tales como los impulsos autodestructivos permanentes, conductas adictivas, hiperactividad, enfado desplazado, ansiedad muy alta e ideas obsesivas de venganza o culpa expresadas en forma de rumiaciones.

### *Conexión e integración*

Si los aspectos más traumáticos y los defensivos han sido elaborados, a medida que va disminuyendo la necesidad de negación-rechazo, la persona está más preparada para afrontar la realidad de la ausencia del ser querido: ya no puede negar ni evitar el dolor, ni distorsionarlo. En esta etapa de conexión e integración se ponen en marcha respuestas de afrontamiento orientadas a conectar con la realidad de la muerte del ser querido. El dolor, la tristeza o la culpa, hablar de la relación, abandonarse al dolor, sentir la ausencia a través del recuerdo, aceptar la realidad de lo ocurrido mediante rumiaciones productivas, utilizar rituales de conexión, visitar los lugares asociados al ser querido son algunos ejemplos de estas respuestas de conexión que permiten llevar a la conciencia aspectos de la relación con el ser fallecido y explorarlos con el objetivo de asimilar la vivencia de pérdida y dotarla de significación emocional y cognitiva. Esta última, al hacerse sobre la base de la asignación emocional antecedente, resulta más ajustada o realista en lo que se refiere a los aspectos que tienen que ver con la relación perdida, es decir, dota de sentido a la experiencia de la muerte basándose en la realidad interpretativa. En terminología de duelo, *la tarea adaptativa de conexión e integración consiste en realizar el trabajo de duelo asociado a los aspectos relacionales de la pérdida.*

*La detención de esta tarea puede llevar a un duelo complicado de tipo crónico.* Según el modelo de procesamiento emocional-cognitivo, en un duelo crónico las estrategias de conexión-confrontación con el dolor, cuya función era permitir la correcta asignación emocional y cognitiva a los aspectos de la relación perdida, se convierten en mecanismos rígidos improductivos. Las emociones se transforman en estados emocionales como la tristeza crónica, la autocompasión o el victimismo. Idealizar pasa a ser una huida de la realidad, y la rumiación evoluciona hasta convertirse en una obsesión, derivando en un proceso no productivo que mantiene al doliente permanentemente conectado con su propio dolor. Las estrategias conductuales se han convertido en hábitos rígidos inflexibles: ir al cementerio o besar la foto del ser querido han perdido esa función resolutoria a través de la cual el doliente elaboraba emocional y cognitivamente la relación, para convertirse en conductas mecanizadas. El duelo perdura en el tiempo.

### *Crecimiento y transformación*

Una vez elaborados los aspectos más traumáticos, defensivos y relacionales del duelo, de forma progresiva va produciéndose la reorganización del mundo interno con relación al ser querido perdido, a uno mismo y a la vida en general. En un duelo elaborado, las personas deben haber ido más allá de su estado anterior y convertir esta experiencia en un crecimiento personal. La última etapa del duelo refleja esta tarea final. En el proceso continuado que permite elaborar la sintomatología activada por toda la labor de asignación emocional-

cognitiva realizada en las etapas previas, se ha ido produciendo un desmantelamiento de algunas de las creencias nucleares que han sido puestas en cuestión: esquemas básicos o creencias de guión, escala de prioridades o valores, certidumbres que sostenían a la persona dándole confianza y seguridad en la vida, todo ello se ve sacudidos y es necesaria una reorganización. *Algunas de estas creencias deberán ser sustituidas por nuevos esquemas mentales que incorporen todo el peso y la significación emocional de la pérdida: ésta es la tarea principal en esta etapa del duelo.* El resultado final es un nuevo edificio o constructo multidimensional que incluye cambios en las creencias, metas, conductas e identidad personal; es decir, un crecimiento postraumático.

## CAPÍTULO 3

### **DESARROLLO EVOLUTIVO DEL DUELO: UN MODELO DE TAREAS Y NECESIDADES**

Tradicionalmente, los modelos de fases han sido criticados porque presentan el duelo como un proceso de desarrollo en el que cada fase sucede a la anterior de forma secuencial, cuando es evidente que las personas no pueden estar un día en una fase y otro día haber pasado a la siguiente, ni siguen tampoco unas etapas predeterminadas y discretas. Pero la posibilidad de describir etapas secuenciadas como constructos elaborados por los teóricos o clínicos nos puede guiar, puede proporcionar un lenguaje común para entender la evolución del proceso en el tiempo, para discernir entre lo que es normal y lo que es un proceso complicado, y puede asesorarnos en la práctica clínica de intervención dando criterios de qué es útil, cuándo y con qué objetivo.

Decir que la teoría de etapas o fases en el duelo predetermina un camino único a los dolientes es como decir que la teoría de las fases del desarrollo de un embrión o del niño en su proceso de crecimiento predetermina un resultado único. Todos los embriones pasan por las mismas fases de desarrollo descritas y conocidas y, sin embargo, los resultados son individuales y únicos, porque los factores contextuales que afectan a su desarrollo son tantos que, a pesar de las características comunes de las etapas por las que todos pasan, ningún proceso ni resultado es idéntico a otro. Este paralelismo explica la idea de un modelo epigenético tal y como lo describió Conrad Waddington (Waddington, 1977). El modelo de tareas y necesidades del duelo es, como los modelos de fases, un modelo epigenético. En la evolución del duelo pueden darse multitud de líneas distintas, pero el resultado final dependerá de los factores o variables de carácter intrapsíquico, interpersonal o circunstancial que intervienen en cada caso, así como de su interacción y cambios a lo largo del proceso.

Muy a menudo las personas en duelo están abordando dos tareas simultáneamente porque éstas están muy imbricadas entre sí. Con el tiempo, la persona tolera mejor el dolor y necesita menos mecanismos de evitación, abriéndose a los aspectos asociados a la relación perdida. Según el modelo epigenético, esto no significa que deje de necesitar un cierto nivel de estrategias de desconexión: la tarea de manejar la sintomatología sigue activa, aunque gradualmente va siendo menos acuciante. Asimismo, una persona puede estar ya en la etapa final de su duelo y tener una tarea pendiente de etapas anteriores que no fue atendida, de la misma manera que una persona en estado de aturdimiento y choque puede vislumbrar la posibilidad de dotar de significación lo que está viviendo. Cada etapa, en este sentido, refleja un compromiso epigenético entre las necesidades o tareas de duelo que deben realizarse para

la adecuada evolución del procesamiento y las capacidades de respuesta interna, los recursos del entorno o sistema en que se produce el duelo y las circunstancias específicas en que ha tenido lugar la pérdida.

La teoría de la *Gestalt* ofrece una idea interesante al proponer que la persona tiene una serie de necesidades, deseos y esperanzas a las que debe responder y que se sitúan en primer plano o *figura*; una vez que están atendidas pasan a un segundo plano o *fondo* y emergen unas distintas como *figura* (Perls, 1973). Esta noción encaja perfectamente en cómo evoluciona el duelo en el tiempo, cuando nuevas tareas y necesidades van emergiendo secuencialmente a medida que se van atendiendo. Algunas tareas deberán ser abordadas una y otra vez: no se trata de acabar una para empezar otra distinta, pues todas están íntimamente conectadas. A medida que ciertas tareas son atendidas pasan a un segundo plano, y posiblemente deberán en algún momento volver a ser revisadas a la luz de los detalles que aparezcan en la elaboración de las tareas nuevas que van emergiendo. Es trabajo del terapeuta identificar y facilitar en cada momento la tarea que actúa de *figura*, para lo cual deberá estar atento, en sintonía con lo que la persona en duelo presenta y también con lo que no presenta porque es material inconsciente.

El modelo del duelo como proceso de desarrollo proporciona un orden al trabajo terapéutico y permite clarificar las distintas estrategias terapéuticas necesarias para abordar las tareas emergentes. Se trata de un modelo *holográfico* en el sentido de que la experiencia de duelo es única y no puede dividirse, pero al observarla en sus distintos momentos podemos verla desde diversos prismas, cada uno de los cuales se refiere a ciertos aspectos de la experiencia, pero no puede darse por separado de los demás, pues las distintas dimensiones existen simultáneamente (figura 3.1). En el cuadro esquemático que presentamos más abajo se intenta mostrar esta progresiva sucesión superpuesta de tareas, y cómo este modelo no pretende describir estados fijos y discretos, sino que es un intento de reflejar la complejidad de la situación de la persona en duelo en un momento dado. Los cuadros en color oscuro representan las tareas que van a aparecer posiblemente más como *figura* y, por tanto, van a definir y dirigir el curso terapéutico principal, pero sin dejar de tener en cuenta que todas las tareas pueden estar presentes y requerir un cierto grado de atención en cualquier momento del proceso.

El resumen de las necesidades y tareas específicas de cada etapa se presenta desglosado en la tabla de las págs. 409-413.

Progresión natural del proceso de duelo en el tiempo			
Aturdimiento Choque	Evitación Negación	Conexión Integración	Crecimiento Transformación
<b>Afrontar la vertiente traumática</b>	Afrontar la vertiente traumática	Afrontar la vertiente traumática	Afrontar la vertiente traumática
Manejar el sistema defensivo evitativo	<b>Manejar el sistema defensivo evitativo</b>	Manejar el sistema defensivo evitativo	Manejar el sistema defensivo evitativo

Elaborar los aspectos relacionales	Elaborar los aspectos relacionales	<b>Elaborar los aspectos relacionales</b>	Elaborar los aspectos relacionales
Experimentar la integración y los cambios	Experimentar la integración y los cambios	Experimentar la integración y los cambios	<b>Experimentar la integración y los cambios</b>

FIGURA 3.1. Modelo de tareas y necesidades del duelo.

Este modelo es una guía que nos orienta y aporta claves para la comprensión y la intervención, pero hay que tener en cuenta que no hay dos personas que sigan un mismo duelo, y que esta guía no es una prescripción estricta para nuestros pacientes: la teoría nos ayuda en nuestras observaciones, pero tenemos que estar atentos a que no sesgue nuestras intervenciones y observaciones. De hecho, la mayoría de las personas en duelo suelen estar en transición entre una tarea y otra. La persona puede estar sumergida en el dolor de la ausencia, ser capaz de hablar de lo que fue para ella esa relación, y al mismo tiempo puede utilizar puntualmente mecanismos de rechazo para darse un alivio. El proceso normal de recuperación del duelo es un fluir gradual en esta dinámica hasta la total integración.

### **3.1. Aturdimiento y choque: Afrontar la vertiente traumática de la pérdida**

Cuando llegué al lugar del accidente, vi su cuerpo cubierto por una manta. La policía no me dejó acercarme: sabía que era él, no había lugar a dudas; caí al suelo aturdida y sin poder reaccionar. No sé cuánto tiempo pasó, pero de pronto me di cuenta de dónde y cómo estaba y fui consciente de todo lo que me caía encima. Hice un gran esfuerzo, me levanté, me serené, tomé el teléfono y empecé llamando a sus padres. No sé cómo pude hacerlo, pero llamé a toda la familia directa y así empezó la locura de esos días. No he vuelto a llorar desde entonces.

ISABEL

Cuando el médico me dio la noticia me quedé commocionado. No sé qué me pasó, no podía hablar. Salí de la sala y eché a correr, me di de bruces con la pared y empecé a golpearme la cabeza, no podía parar. Tuvieron que sujetarme.

JOAQUÍN

La primera reacción ante la noticia del fallecimiento de un ser querido es de incredulidad y confusiones, sentimientos que reflejan la pérdida de la capacidad reactiva y las dificultades de conexión con la realidad. Si la posibilidad de la muerte no ha sido anticipada, la reacción de aturdimiento y choque es más intensa, pero incluso en situaciones en que la muerte es anunciada, como por ejemplo después de una enfermedad aguda, la persona en duelo suele expresar alguna reacción de descreimiento: «Sabía que iba a morir, pero no me imaginaba que ese momento pudiera llegar tan pronto».

El «estado de choque» es un término que típicamente se utiliza para describir la respuesta a experiencias abrumadoras, con presencia de reacciones muy desorganizadas, y que en el duelo se aplica al estrés mental y emocional que aparece inmediatamente después de la muerte

del ser querido (Parkes, 1970, 1972; Bowlby, 1979). Autores como Beverly Raphael (1992) denominan a este malestar psicológico «reacción postrauma». La realidad de la muerte de un ser querido es un estímulo excesivo para las defensas del ego, que responde con afrontamientos aparentemente muy caóticos. La persona, como bien ilustran los casos de Isabel y Joaquín, puede expresar una alta ansiedad, llorar profusamente, desesperarse o tener una reacción de agresividad, y estos estados emocionales agudos pueden coexistir con momentos de anonadamiento, aturdimiento e incredulidad. En la extensa literatura sobre trauma y estrés postraumático, esta oscilación bimodal entre reacciones de confrontación y reacciones de evitación ha sido descrita como una respuesta normal a una experiencia anormal (Lindemann, 1944; Horowitz y otros, 1980; Van der Kolk, 1996).

En ocasiones, la persona llega a sentirse eufórica, como en un estado hipomaníaco, expresando una capacidad de adaptación a la situación en apariencia sorprendente, y puede seguir con el día a día como si nada hubiera pasado. En otros casos, los dolientes se hunden totalmente, cayendo en la más completa desesperanza e indefensión. A veces pueden pasar de un estado a otro en pocos minutos. Estas reacciones de aturdimiento y choque van acompañadas de una falta de concentración para las actividades diarias, el trabajo, las relaciones. Todas estas respuestas de desconexión del dolor, como la disociación y la despersonalización, o, en el otro extremo, de conexión plena con la realidad de la pérdida son reacciones típicas de estos primeros momentos después del acontecimiento traumático y deben ser tratadas como normales a pesar de su aparente desorganización.

## **FUNCIÓN ADAPTATIVA: NECESIDADES YTAREAS**

Cuando ella me gritó por teléfono que nuestro hijo había muerto, me dije para mis adentros: «Es ridículo, ¿cómo puede estar muerto?», y le hice la más tonta de las preguntas: «¿Estás segura?». [...] Me acuerdo de cómo iba caminando por la avenida, intentando convencerme de que todo iba bien, [...] como si alguien pudiera equivocarse acerca de algo así. Cuando llegué al edificio de nuestro apartamento vi la ambulancia y al personal médico en la calle. Pasé a través de ellos sin tener el coraje de acercarme. Entré en el edificio, donde unos policías me hicieron algunas preguntas. Tomé el ascensor y subí hasta el apartamento, que estaba en la planta 53. Ella estaba fuera de sí, como si hubiera perdido el juicio. Para entonces yo ya me había calmado y me sentía como desconectado. Me encerré en mí mismo y simplemente me transformé en una de esas personas que se ocupan de los demás.

ERIC CLAPTON (2007)

Las tareas de aturdimiento y choque responden a la *necesidad de preservación del ego ante la fragmentación*. La confusión y los sentimientos de incredulidad cumplen una función anestésica, desempeñando el papel de filtro de la realidad, lo que permite una graduación del nivel de impacto. La persona es incapaz de procesar toda la información sobre la muerte del ser querido y por ello se distancia de la realidad. Como muy bien describe Eric Clapton, este «ocuparse de los demás» le da un respiro que le permite *responder a la tarea de afrontar las decisiones* relativas a la muerte del ser querido: comunicar el fallecimiento a toda la familia y a la comunidad, acordar arreglos respecto a la disposición del cuerpo, apoyar a los otros miembros más afectados y tomar decisiones inmediatas. Este estado de aturdimiento y choque

facilita, con su función de insensibilización, que los dolientes puedan *responder a las demandas externas de los días inmediatamente posteriores a la muerte del ser querido*. Cuando ese tiempo ha pasado, y los amigos se han ido, la familia ha regresado a sus hogares y la realidad del espacio vacío empieza a emerger, en la mayoría de los dolientes los efectos anestésicos remiten progresivamente. No es raro escuchar a algunas personas expresar, como es el caso de María, que se sentían mejor los primeros días o semanas que al cabo de uno o dos meses.

El marido de María murió de un ataque al corazón mientras dormía. Tenía 65 años. Vivían en una granja en el campo. María limpió la habitación, preparó el funeral en la misma casa e invitó a todo el vecindario. Decoró la habitación con flores y se vistió adecuadamente. Ante los amigos venidos a dar el pésame expresaba su certeza de que todo era para bien, que tiraría adelante y que había vivido una vida feliz con él. No lloró en todos los días que duraron los funerales y las visitas de los conocidos. Dos meses después compartía con sus amigos: «Creía que lo llevaría muy bien, incluso tuve algunos momentos buenos en que me sentía capaz y fuerte. Me sentía eufórica. Pero ahora es como si hubiera sufrido un bajón, estoy mucho peor ahora que esos primeros días».

Los momentos de ausencia de síntomas de duelo en aturdimiento y choque, como describe María, pueden atribuirse a que la reacción de estrés es muy baja: las respuestas típicas de congelamiento o atontamiento tienen la función de permitir a las personas no entrar en contacto consciente con la experiencia traumática y, por tanto, desde esta perspectiva son adaptativas, pues *proveen un escape temporal para reducir la sintomatología*, lo que es una necesidad primordial en estos primeros momentos. Las reacciones dissociativas deben considerarse como una respuesta biológica al trauma que es perfectamente natural. En los trabajos realizados con pacientes supervivientes de experiencias de catástrofes, esta función anestésica del tiempo de choque se ha asociado a cambios hormonales. Bessel Van der Kolk (1996) describe cómo la exposición a acontecimientos que causan una intensa pena o angustia en las personas produce una descarga de hormonas que ayuda al cuerpo a movilizar la energía necesaria para manejar este estrés y, por tanto, tiene una función protectora del organismo.

## RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

No me lo podía creer, pensaba que todo era un sueño del que me despertaría de pronto. La gente me rodeaba, me hablaba, me tocaba, y yo no podía conectar, no sentía nada, ni pena ni dolor. Era como si mi cabeza no pudiese procesar lo que ocurría. Estuve así varios días, atontada. Me quedaba mirando al vacío incapaz de reaccionar.

JUANA

El relato de Isabel al principio de este capítulo es muy característico y descriptivo de un posible camino que el doliente toma desde el estado de choque. La *racionalización* la ayuda a sobreponerse al impacto de la experiencia de trauma, que pasa a segundo término. Isabel empieza a *ocuparse de los demás* como una forma de poner una barrera frente a su propio dolor. Ella es extranjera y vive lejos de su familia de origen. No tiene cerca hermanos ni padres que puedan sostenerla en estos momentos y decide que debe afrontar sola lo que le espera. Este esfuerzo cognitivo de restauración de las actividades diarias, en términos

procesuales, es un mecanismo de distorsión del *input* (véase cap. 2, apartado 2.2.: Categorización multidimensional de los afrontamientos en el duelo), que actúa reorganizando la experiencia de la realidad *atendiendo la necesidad de protección de un excesivo contacto con la parte más traumática*. La respuesta comportamental de *ocuparse de los demás* proporciona un sentido de estabilidad que ayuda al doliente a funcionar durante un cierto tiempo y así *asegurar la continuidad de sus responsabilidades*.

Otro caso similar es el de Juana: la falta de respuesta emocional, la imposibilidad de conectar o darse cuenta de lo que ocurre alrededor y la *despersonalización* corresponden a síntomas disociativos típicamente asociados al estado de choque. En algunas ocasiones incluso se pueden producir episodios de amnesia o incapacidad de recordar algunos aspectos del evento. Estas estrategias de inhibición del tópico facilitan un cierto sentido de control de las experiencias emocionales intensas y, por tanto, sirven de protección frente a la posibilidad de desbordamiento, garantizando la provisión de atención a las exigentes demandas de la vida diaria del doliente. Juana no es consciente de la plena realidad de lo sucedido y, por tanto, está protegida, al menos temporalmente, de sus consecuencias o efectos emocionales. La estrategia de *despersonalización* funciona como una barrera protectora frente a la realidad, permitiendo un funcionamiento mínimo: «Me siento como un zombi, un autómata», «no siento nada, me parece que lo estoy llevando muy bien». La incredulidad, acompañada de sentimientos de confusión o estupor, permite al doliente graduar el nivel de trauma: «Me parece todo tan irreal, es como si no hubiera sucedido».

La etapa de aturdimiento y choque es la que más problemas psicosomáticos presenta porque se corresponde al momento de más alarma somato-sensorial (véase la figura 2.2). El cuerpo está entumecido por el impacto de la noticia y puede responder con temblores, aumento del latido del corazón, cansancio, agotamiento, dolores abdominales agudos, problemas de digestión, insomnio, pesadillas. Para compensar estas sensaciones y manejar el dolor, las emociones más frecuentes son la ansiedad, acompañada de actividad frenética con agitación psicomotora o hiperactividad, el estado de hipervigilancia y a veces el miedo, llegando incluso a sensaciones de pánico y percepción de pérdida de control. En el otro extremo puede aparecer sintomatología física de evitación como aturdimiento, sensación de estar fuera del cuerpo, insensibilidad, estar ausente, sentirse vacío o emocionalmente helado, estupor y/o desesperanza y claudicación. *El manejo de esta sintomatología física y estos estados emocionales es una de las tareas de la vertiente traumática que la persona debe abordar en esta etapa del duelo*.

Esta alternancia natural entre afrontamientos de evitación y afrontamientos de conexión está descrita en el modelo de proceso dual de afrontamiento (Stroebe y Schut, 1999; Stroebe y otros, 2005) y se considera en principio una oscilación adaptativa (véase cap. 1, apartado 1.3.: Modelo de proceso dual de afrontamiento). Algunos dolientes, como Isabel, expresan la alternancia entre estas dos respuestas de manera muy descriptiva. Desde el punto de vista del procesamiento neurológico, la oscilación bimodal en las estrategias de afrontamiento es un reflejo del compromiso homeostático entre dos necesidades subyacentes de carácter opuesto: la necesidad de conectar con el dolor para elaborar la realidad de la pérdida y la necesidad de proteger el sistema de un posible colapso si la sintomatología es excesiva.

## DETENCIÓN EN ATURDIMIENTO Y CHOQUE: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Judith tiene una gran necesidad de contar su historia, pero la cuenta como si estuviese desconectada emocionalmente: es muy poco expresiva y parece estar anestesiada en todo su ser. Habla en un tono monótono y repite una y otra vez, de forma obsesiva, las mismas cosas. Cuando se le hace alguna réplica no parece integrarla y sigue con su narración sin responder a lo que se le ha dicho. El grupo de duelo en el que participa semanalmente se cansa de escucharla. Ella tampoco parece escuchar a los demás ni interesarse por ellos. Habla de su rabia muy a menudo y de su deseo de matar a alguien; sin embargo, nada en su lenguaje no verbal manifiesta esta emoción. Ocasionalmente llora, pero es un llanto superficial y breve. Cuando habla de la muerte de su hijo, nadie diría que han pasado dos años, parece, tal y como lo cuenta ella, que fue ayer. El hijo de Judith falleció en un accidente de coche: conducía un amigo y era una de sus primeras salidas con la pandilla. Fue la única víctima, tenía 15 años. En el momento del accidente protegió con su cuerpo a la compañera sentada a su lado, circunstancia que, según fantasea Judith, hizo que él no se salvara y ella sí. A menudo manifiesta que desea que todos los implicados en el accidente mueran o que les pase algo grave. Tiene momentos de mucha agresividad en los que habla incluso de matarlos; ha tenido frecuentes altercados con miembros de su familia e incluso con gente de la calle. Explica que en el periodo posterior a la muerte no lloró nada, que estuvo muy hiperactiva, incluso a veces reía descontroladamente. No dejó el trabajo hasta pasados quince meses, cuando cayó en una depresión e intentó suicidarse, a raíz de lo cual, y a petición propia, fue ingresada en un hospital psiquiátrico. Ahora, desde que volvió a casa, duerme hasta la hora de comer y se levanta justo para cocinar algo. Por la tarde sigue durmiendo. Dice no importarle nada sus otros dos hijos, no siente nada por ellos, y no le preocupa que estén descuidados. Judith encuentra placer en el dolor físico: a veces pide a un hijo que le retuerza los dedos de la mano hasta hacerle daño. Se ha hecho varios tatuajes en el cuerpo, en zonas especialmente sensibles, y dice que le gusta sentir ese dolor. Todo su entorno familiar y social ha invalidado sus sentimientos. La reacción de su marido ante su situación es de enfado y amenaza con dejarla si sigue así. Su madre le dijo poco después de la muerte del chico: «Piensa que no has tenido a este hijo y sigue adelante». Todos sus deseos, pensamientos y opiniones fueron desautorizados por la gente más próxima: no la dejaron incinerar el cuerpo y ahora no le permiten ir al cementerio.

Los síntomas de choque son muy fáciles de identificar. En la entrevista de valoración vemos el aturdimiento de la persona, los temblores, la labilidad emocional, la disociación, la rigidez corporal, la dificultad de hilar los pensamientos y de conectar con el terapeuta y con lo que ocurre en su entorno, todo ello acompañado a veces de brotes de ansiedad o regresiones espontáneas. Todas estas respuestas son normales si se asocian con la inmediatez de la muerte. La pérdida de un miembro de la familia puede ser un acontecimiento muy estresante, a veces traumático, pero los síntomas de aturdimiento y choque deben remitir a lo sumo en los primeros seis meses; si no es así, cuando las reacciones postrauma se manifiestan de forma fija en el tiempo como procesos incompletos —mentales, cognitivos o conductuales—, que no han acabado apropiadamente en el tiempo, estamos ante un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) asociado a un duelo complicado (Schut y otros, 2001; Raphael, 1992).

La forma en que Judith se expresaba y la sintomatología de choque que presentaba cuando se realizó la entrevista de valoración se ajustaban a la inmediatez de la muerte, en cuyo caso hubiera sido una respuesta natural de choque, pero han pasado dos años desde la muerte de su hijo. Judith presenta un duelo complicado con sentimientos de despersonalización, dificultad para aceptar la realidad, pensamientos intrusivos, estado de alerta generalizado, insomnio, ideación obsesiva, impulsos de violencia y agresividad desplazada, conductas destructivas

contra sí misma, problemas de disociación, somatizaciones y distorsiones del pensamiento. Todo ello acompañado de una incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida de trabajo y de relaciones y deterioro de su vida global, con negligencia en sus relaciones familiares y el entorno general.

Judith intenta aparentemente compensar la agitación y la ansiedad generalizada a nivel conductual encerrándose en sí misma y evitando los estímulos que le recuerden el acontecimiento y, a nivel fisiológico, anestesiándose emocionalmente frente a la experiencia de pérdida, pero también frente a todo lo que acontece en su día a día. Es frecuente que las personas con duelo complicado asociado a un TEPT sufran esta sensación de anonadamiento y desconexión con lo que las rodea y puntualmente se vean afectadas por reacciones de angustia o agitación intermitentes ante estímulos asociados con la pérdida del ser querido.

El TEPT se caracteriza por una intensa reexperimentación del trauma que se combina con grandes esfuerzos para evitar los recuerdos mediante una fluctuación involuntaria entre intrusiones y evitaciones. Según el modelo de proceso dual de afrontamiento, esta alternancia de estrategias de evitación-confrontación, cuando es tan aguda, indica una alteración en el proceso natural de oscilación. Sus autores, Margaret Stroebe y Henk Schut (1999), sostienen que la oscilación adaptativa difiere de la que se da en el TEPT porque la intensidad, la persistencia y el nivel de estimulación en procesos normales son más bajos (cap. 1, apartado 1.3.: Modelos específicos de duelo). Sin embargo, al evaluar situaciones de muertes no anticipadas y muy recientes, es muy complejo establecer un límite entre la alternancia efectiva y la alternancia maladaptativa. De hecho, la aparición de sintomatología postraumática durante los primeros días y semanas que siguen a la pérdida no parece tener valor predictivo de psicopatología de duelo: no tenemos, por ahora, criterios que puedan aplicarse a una persona en estado de choque reciente para predecir y prevenir una posible emergencia de un TEPT en el tiempo. Arie Shalev intenta distinguir entre las reacciones agudas como esfuerzo homeostático y aquellas respuestas que llevan a una psicopatología crónica (Shalev, 1996). Según sus conclusiones, no está claro si hay un continúum entre los síntomas de estrés de duelo normal, que representan ese esfuerzo compensatorio, y el TEPT como respuesta de duelo complicado. Desconocemos cómo y por qué estas respuestas en algunas personas, como en el caso de Judith, se transforman de manera indeleble en un desorden permanente e incapacitante, mientras que en otras no ocurre esto, aunque sí tenemos variables que parecen sugerir los casos en que es más probable.

## VARIABLES DE RIESGO

La manera en que se van a desarrollar las tareas de aturdimiento y choque, los distintos tipos de respuestas que se activan, su intensidad y la forma en que evolucionan a lo largo del tiempo están condicionados por variables que interactúan entre sí. Éstas pueden ser de dominio intrapsíquico, es decir, referentes al mundo interno y a la propia vulnerabilidad del doliente; circunstanciales, en tanto que describen la tipología, características y magnitud de las

circunstancias de la muerte; e interpersonales, tanto relativas a la calidad de la relación perdida como al apoyo disponible en el momento de la muerte y en el tiempo inmediatamente posterior.

#### *Factores intrapsíquicos: vulnerabilidad prepérdida*

Se refiere a los factores relativos a la propia personalidad del doliente, como son los aspectos de su personalidad e historia y también sus características biológicas y genéticas. Algunos autores consideran que las diferencias individuales en la personalidad de los dolientes, o en sus historias de desarrollo evolutivo, son los predictores más importantes de la posible gravedad del duelo (Horowitz y otros, 1993; Stroebe y Schut, 2001). Los antecedentes de depresión o trastorno de ansiedad y el hecho de haber vivido experiencias previas de pérdidas, especialmente si éstas han sido tempranas, son factores que van a influir en cómo la persona responde en el presente a la muerte de un ser querido, aumentando la intensidad de las respuestas de aturdimiento y choque (Jacobs y otros, 1990; Zisook y Schuster, 1991; Parkes, 1970a; Raphael y Martinek, 1997).

Margaret Stroebe y Henk Schut relacionan el estilo de vinculación insegura-desorganizada con la posible emergencia de duelos complicados tipo TEPT (Stroebe y Schut, 2005, y cap. 1, apartado 1.1.: Modelos conceptuales sobre la relación y el desarrollo, *Teoría de la vinculación*). Otros autores coinciden en que la oscilación aguda de respuestas de evitación o desconexión y respuestas ansiosas típicas de estos sistemas de apego desorganizados produce las reacciones más severas de duelo, con altos niveles de ansiedad, depresión y síntomas asociados al trauma y el consumo de alcohol. Y señalan cómo, por el contrario, los dolientes con estilos de apego seguro van a responder con menos sintomatología, pues éste funciona como un factor protector (Fraley y Bonanno, 2004).

#### *Factores circunstanciales*

Se refieren a los detalles de la forma en que se produjo la muerte. El doliente deberá manejar mucha intensidad traumática y durante períodos más prologados si la muerte ha sido súbita, inesperada o asociada a la violencia; también en los casos en que el cuerpo ha sido desfigurado, mutilado o destruido, o por alguna razón no ha podido ser visto (Parkes y Weiss, 1983; Sanders, 1993; Rynearson, 1993). Lo mismo ocurre en los casos de accidente, suicidio u homicidio, o en situaciones de traumas masivos con pérdidas múltiples, como, por ejemplo, la muerte de varios miembros de la misma familia. En un estudio realizado por Shirley Murphy, la prevalencia de TEPT en padres cuyos hijos han fallecido por muerte violenta es mucho mayor que la mostrada por padres cuyos hijos han muerto en otras circunstancias (Murphy y otros, 2003).

Cuantos más estresores concurrentes deba manejar el doliente, más mermada se verá su capacidad de respuesta y más intensas serán las reacciones de aturdimiento y choque. Por el contrario, las muertes anticipadas producen menos sintomatología de estrés; si la causa del

fallecimiento es natural, la persona se adapta mejor, pues ha tenido tiempo de prepararse y, por tanto, sufre menos impacto emocional (Stroebe y Schut, 2001; Raphael, 1993).

En mi experiencia clínica, cuando la persona en duelo cree que la muerte podía haberse evitado, por ejemplo en los casos de accidentes domésticos o laborales, o cuando tiene la percepción de que ha habido negligencia médica, la respuesta de alerta fisiológica o somato-sensorial en esta primera etapa es mayor. Casos especiales de sintomatología intensa de choque son aquellas situaciones en las que la noticia sobre la enfermedad aguda o sobre la muerte se ha dado de forma precipitada, como en el caso de Joaquín, en el que no se tuvo en cuenta su impacto emocional. La no anticipación inhibe la capacidad de preparación psicológica, de la misma manera que una preparación adecuada al evento, cuando esto es posible, protege a los individuos del efecto del estrés. El hecho de poder ser consciente de la posibilidad de la pérdida antes de que ésta suceda reduce la incertidumbre, incrementa el sentido de control y permite que se instalen respuestas de afrontamiento ajustadas de forma anticipada como un factor protector.

### *Factores interpersonales*

Los factores interpersonales hacen referencia a aquellos aspectos concretos de la relación con la persona fallecida que pueden condicionar el grado de impacto ante su pérdida. No es lo mismo perder a una persona con la que había una vinculación de primer grado que a un pariente con el que teníamos una relación lejana y esporádica. También causa más intensidad de choque la muerte de un hijo joven que la de una persona mayor. En las pérdidas llamadas *muertes a destiempo*, el que sobrevive tiene la sensación de que es él quien debería haber muerto y no el fallecido. Estas desapariciones que suceden antes de lo esperado en el devenir de la vida, como la pérdida de un hijo o de un nieto, se consideran de riesgo (Parkes y Weiss, 1983).

La disponibilidad de apoyo social del entorno en el periodo próximo a la muerte y en el periodo posterior condiciona también la calidad de la respuesta ante la experiencia devastadora. Cuanto más apoyo disponible haya alrededor, más escucha y acompañamiento brindarán las personas del entorno a la persona afectada y más flexibles podrán ser las respuestas de afrontamiento de ésta. Si el entorno es exigente y responde con demandas y desautorizaciones a la expresión del sufrimiento del doliente, se producirá un trauma acumulativo. Este añadido favorecerá que la persona en duelo no sea capaz de modular la intensidad de la expresión del dolor, con lo cual expresará de forma explosiva sus sentimientos, o bien deberá recurrir a mecanismos más desorganizados a fin de anestesiar o disociar su sufrimiento.

Tradicionalmente, dentro de los factores de vulnerabilidad descritos para respuestas ante eventos traumáticos, se considera que la magnitud de la exposición, las experiencias previas de trauma y el apoyo social son los predictores más importantes del desarrollo de TEPT (Van der Kolk, 1996), por lo que es lógico suponer que también estas variables lo sean del estado de

aturdimiento y choque en un duelo. Lo que no está claro aún es el peso específico de cada una de ellas y cuáles en concreto determinan la severidad y la cronicidad de los afrontamientos y la sintomatología, prediciendo, pues, la posibilidad de un duelo complicado.

#### *Descripción general*

- Primera reacción ante la pérdida de un ser querido
- Estímulo excesivo para las defensas del ego
- Pérdida de capacidad reactiva
- Respuestas de afrontamiento muy desorganizadas
- Desvalimiento, indefensión, impotencia, incapacitación

#### *Función adaptativa: necesidades y tareas*

- Función anestésica, de preservación del ego
- Manejar la sintomatología aguda
- Dar tiempo graduando el nivel de impacto
- Responder a las demandas urgentes producidas por la muerte
- Elaborar los aspectos traumáticos asociados a las circunstancias de la muerte
- Asimilar la realidad de la muerte

#### *Respuestas de afrontamiento*

- Oscilación aguda inconsciente entre afrontamientos de evitación-confrontación
- Prevalencia de estrategias para la inhibición del tópico-distorsión del *input*

Afrontamientos cognitivos/conductuales	<ul style="list-style-type: none"><li>— Despersonalización</li><li>— Disociación</li><li>— Incredulidad</li><li>— Racionalización</li><li>— Ocuparse de los demás, hacer de cuidador</li></ul>
Mecanismos físicos/emocionales	<ul style="list-style-type: none"><li>— Euforia</li><li>— Agotamiento</li><li>— Ansiedad</li><li>— Miedo</li><li>— Apatía, insensibilidad, vacío</li></ul>

#### *Detención de duelo complicado: sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático*

- Reexperimentación intensa del trauma en el tiempo

- Predominancia de reacciones de ansiedad, disociación o despersonalización que se fijan en el tiempo
- Incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida de trabajo y de relaciones

#### *Variables de riesgo*

<i>Circunstanciales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Muerte súbita sin tiempo de preparación para la pérdida</li> <li>— Violencia, mutilación o destrucción del cuerpo</li> <li>— Percepción de evitabilidad de la muerte</li> <li>— Cuando la noticia se ha dado de forma brusca</li> <li>— Pérdida de un niño o de un adolescente</li> <li>— Pérdidas múltiples con estresores concurrentes</li> </ul>
<i>Intrapsíquicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Personalidad previa de doliente con antecedentes de desórdenes mentales</li> <li>— Modelo de vinculación insegura-desorganizada</li> </ul>
<i>Interpersonales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Trauma acumulativo: ausencia de apoyo en el momento de la muerte o inmediatamente después</li> <li>— Presión social para una pronta recuperación</li> </ul>

FIGURA 3.2. Cuadro resumen: Aturdimiento-choque, vertiente traumática del duelo.

### **3.2. Evitación y negación: Manejar el sistema defensivo**

No me quiero hacer a la idea de que no volverá. Cuando me vienen pensamientos a la cabeza, los aparto. No sé si hago bien o no, pero es muy importante para mí no aceptar que no volverá. Intento imaginarme que está de viaje. Es lo único que me ayuda ahora. Tengo todo como él lo dejó: la ropa, su cepillo de dientes, el mensaje en el contestador. Él sigue viviendo aquí. No quiero aceptar; aceptar es olvidar, aceptar es abandonar.

SUSANA, tres meses después de la muerte de su esposo

Pasado un cierto tiempo, sea unas semanas o unos pocos meses, la sensación de estupor y aturdimiento va disminuyendo y la persona en duelo empieza gradualmente a entrar en contacto con la realidad. La organización de los funerales y las visitas de allegados lejanos han finalizado, pasan los días y la casa se va vaciando de familiares y amigos; ya no hay tantas cosas que hacer, ni de que ocuparse; empieza la vida cotidiana del día a día sin el ser querido. Las respuestas anestésicas pierden vigor, el choque se va mitigando progresivamente: la confusión se disipa y el doliente empieza a ser cada vez más consciente de la realidad de lo sucedido. Paulatinamente, en la mayoría de las personas en duelo (no en todas), se ponen en marcha nuevas respuestas de afrontamiento a fin de protegerse de esta realidad demasiado acuciante. La evitación y negación refleja el intento procesual de evitar todo aquello que tiene que ver con el acontecimiento traumático: *una nueva forma de protección cuya función es graduar el impacto emocional de la pérdida.*

En este momento del duelo es difícil hablar de la persona fallecida, cómo era y las cosas que se echan de menos. Es demasiado pronto: los dolientes aún no pueden hacerlo presente en el diálogo, y si lo hacen es de una forma desconectada. En esta etapa suelen hablar acerca de lo mal que están ellos, o de la rabia o la culpa que experimentan hacia los demás, o de lo bien que lo llevan mientras ocupan frenéticamente todo su tiempo con un montón de actividades, o, en otra versión, cuidando con afán del duelo de los demás. Pueden hablar repetida u obsesivamente de las circunstancias de la muerte, o bien se niegan a hablar de cualquier cosa que tenga que ver con ello. A menudo este estado puede provocar somatizaciones como rigidez corporal, ansiedad, pérdida o aumento de peso y problemas asociados con comportamientos de distracción que pueden acabar instalándose como conductas adictivas.

### **FUNCIÓN ADAPTATIVA: NECESIDADES Y TAREAS**

Judith perdió a su hijo en una expedición de montañeros al Himalaya hace cuatro años. Todos los miembros de la expedición desaparecieron presuntamente sepultados por una avalancha. Se hicieron múltiples esfuerzos para recuperar los cuerpos, pero nunca fueron encontrados. A pesar del tiempo transcurrido, ella sigue expresando sus dudas acerca del accidente. Cree que su hijo puede haberse perdido, que el accidente lo ha dejado amnéxico y que aún hay posibilidades de que regrese con vida.

Un cierto grado de evitación y negación es natural y necesario en el curso del duelo: la mayoría de las personas afectadas necesitan en estos primeros momentos protecciones psicológicas ante la intensidad del dolor, con las cuales se minimizan o reprimen aspectos relacionados con la muerte, al tiempo que se evita afrontar las consecuencias de esta realidad. Son esfuerzos inconscientes para aliviar el sufrimiento físico, psicológico y emocional. Tradicionalmente se ha considerado que las reacciones de evitación y negación tienen una función adaptativa de parachoque: una defensa del ego para protegernos del dolor y a la vez darnos tiempo a preparar otras estrategias de afrontamiento (Kübler-Ross, 1969). *El doliente, en esta etapa de su proceso, debe ir disolviendo progresivamente estas estrategias defensivas, a medida que aumenta su tolerancia al dolor y puede afrontar la realidad sin necesidad de maniobras de distorsión.*

La persona, si no ha visto el cuerpo del fallecido, puede negar los hechos y, como Judith, fantasear con la idea de que su ser querido está vivo; ella sabe que lo más probable es que su hijo haya muerto, pero a un cierto nivel de conciencia necesita rechazar esta realidad. En otros casos, el doliente no puede negar la realidad de la muerte, pero puede distorsionar su significación emocional; o puede alterar la importancia de la relación minimizándola; o puede negarse a aceptar el significado de la muerte y sus consecuencias. Como muy bien dice Susana, negar es una forma de seguir manteniéndose activa; es una forma de conservar la esperanza, una forma de no olvidar. Susana y Judith realizan un esfuerzo para apartar de su mente lo que su ego no puede tolerar, aquello que es excesivo para su capacidad de afrontamiento. Las respuestas de evitación y negación son protecciones frente a la fragmentación interna: cuanto más frágil es el ego y más traumática es la pérdida, más necesarias serán las estrategias de distorsión-inhibición para su procesamiento. El objetivo de estas maniobras más o menos inconscientes es reducir el nivel de conciencia y de malestar

para garantizar la estabilidad y permitir a la persona continuar con la vida diaria. La negación y la evitación proporcionan un tiempo a menudo necesario y pueden coexistir con síntomas de aturdimiento y choque y también con cierta conexión (véase la figura 3.1). No todas las personas en duelo viven esta etapa de rechazo: algunas, especialmente en situaciones anticipadas donde han podido prepararse y despedirse, pueden experimentar un cierto choque inicial y pasar directamente a la etapa de conexión e integración con un mínimo de estrategias puntuales y transitorias de evitación (véase la figura 2.8). En otros casos, como el de Judith, experimentan este estado como una etapa en sentido estricto, en la que se instalan durante mucho tiempo negándose a aceptar la realidad de la muerte. Más que en ningún otro momento del proceso, las tareas de evitación y rechazo reflejan *el compromiso del organismo entre la necesidad de proteger de un sufrimiento excesivo y la necesidad de avanzar en el procesamiento de la información traumática tolerando una sintomatología necesaria*. Esta tensión va a resolverse de manera única e individual en cada persona, y para ello se dispone de un amplio abanico de posibles respuestas.

## RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Según la categorización multidimensional propuesta (véase cap. 2, apartado 2.2.: Categorización multidimensional de los afrontamientos en el duelo y El final del duelo), los afrontamientos típicos de evitación y negación pueden clasificarse en estrategias cognitivas, emocionales o conductuales que procesualmente funcionan como maniobras para minimizar el nivel de exposición y que tienen, por tanto, una función de evasión. Para ello actúan alterando, distorsionando o inhibiendo la asignación emocional o cognitiva de la experiencia de pérdida. La consecuencia es una alteración o cortocircuito, al menos temporal, del sistema de procesamiento emocional, con lo que se disminuye la sintomatología asociada (véase la figura 2.2). Esto no significa que se anule toda la sintomatología: algunas estrategias de evitación, por ejemplo la autoestimulación con actividades de distracción, reducen el malestar al intentar mantener los recuerdos del ser querido al mínimo, pero a su vez, como estrategia de afrontamiento, generan una sintomatología ansiosa secundaria. Autores como Mario Mikulincer utilizan la terminología «estrategias de desactivación» para referirse a aquellas estrategias que suelen utilizar las personas con estilos de apego inseguro-evitativo para afrontar situaciones de separación y no conectar con todo aquello que les puede producir malestar (Mikulincer y Shaver, 2008). El término «desactivación» aplicado a las estrategias de desconexión puede generar confusión: algunas estrategias de evitación o desconexión, como por ejemplo la autoestimulación con conductas de riesgo, producen mucha «activación» fisiológica.

Richard Lazarus (1983) argumenta que la negación de una experiencia puede incluir la negación de un sentimiento o pensamiento o de una demanda externa acerca de la situación. Además este autor propone distinguir entre el término «negación», como proceso más inconsciente, y el término «evitación», que se refiere a los esfuerzos más deliberados de rechazar todo lo que conecte con el acontecimiento estresante, por ejemplo el decidir no hablar de ello, o no acercarse a lugares de recuerdo.

Las estrategias de desconexión con todo lo que se refiere a la muerte del ser querido, sean más o menos conscientes o deliberadas, funcionan promoviendo una asignación emocional o cognitiva no realista al evento, produciendo esquemas mentales alterados. Por ejemplo, *negar las necesidades de duelo o minimizar la importancia de la relación perdida* son distorsiones de la realidad que cumplen temporalmente su función de proveer un alivio puntual del malestar y permiten a la persona en duelo poner la atención en otros aspectos de su vivencia menos dolorosos o más acucentes. Estos procesos emocionales y mentales son complejos y pueden incluir de manera única o combinada respuestas cognitivas, emocionales o conductuales. A menudo son combinaciones de estas distintas dimensiones que aparecen estrechamente asociadas. He intentado, asumiendo un riesgo de simplificación excesiva, hacer una categorización según la prevalencia de cada una de estas dimensiones.

### *Afrontamientos cognitivos de evitación y negación*

La habitación de mi hermano está exactamente como él la dejó: la coca-cola a medio tomar sigue al lado del ordenador, nadie la ha quitado y ya han pasado ocho meses. Ahora deberían hacer obras en la casa, pero mi padre dice que no sabe qué hacer porque eso significa mover las cosas de mi hermano.

ISABEL

Es verdad que mi padre ha fallecido, pero me siento contenta: de hecho, es como si mi padre no hubiera muerto. Desde el primer día lo siento a mi lado, hablo con él cada día y lo siento vivo, me acompaña a todas partes, para mí es como si no hubiera muerto. Yo lo llevo muy bien, es mi madre la que está muy mal, por eso la traigo aquí, para que le hagan algo. Yo estoy perfectamente y no necesito nada.

ANTONIA

Tengo aún su teléfono grabado en el móvil. A veces hago como si la llamara: me imagino durante unos minutos que ella va a responderme como hacía antes. Es sólo un momento.

PEPITA

La momificación, la sublimación, la negación y las rumiaciones obsesivas son ejemplos de afrontamientos de alteración, distorsión o supresión de toda la información traumática o parte de ella donde predomina la dimensión cognitiva. La *momificación* describe situaciones en las que se congelan o se mantienen espacios u objetos de forma rígida e inflexible en un intento de detener el tiempo y, con él, el curso del duelo, como en el caso del hermano de Isabel. Hoy en día, con el auge de la incineración, es muy frecuente que las familias conserven las cenizas del fallecido en su domicilio: es posible que necesiten un tiempo para poder desprenderse de ellas, y el tenerlas ahí tiene para ellos una función facilitadora. La *personificación* se produce cuando las personas en duelo utilizan un objeto o un espacio específico que representa a la persona fallecida y eso les permite sentir que no la han perdido del todo. A veces mantienen una fantasía de diálogo en que intentan aparentar que siguen en la relación. Se trata de un diálogo donde las cenizas son una representación externa de una figura actual aún no interiorizada, que les permite seguir negando su muerte. En ocasiones llegan a

manifestar que no pueden salir de casa o irse de vacaciones porque «los dejan solos». Este pensamiento mágico es una forma de rechazar la realidad que los protege de los sentimientos de abandono y de la añoranza.

Los espacios o cosas, como la habitación, la ropa, alguna fotografía, un juguete en el caso del niño o la propia tumba, operan como *objetos transicionales* que permiten mantener la vinculación en tanto no se acepte la separación, como en el ejemplo antes descrito de Isabel refiriéndose a su hermano. En otras situaciones se mantienen actividades, costumbres o hábitos ligados al fallecido, como por ejemplo no cambiar de nombre las propiedades del difunto, dejar su nombre en el buzón, o su voz en el contestador de casa, o no ocupar su lugar en la mesa del comedor.

Otra estrategia cognitiva es la *sublimación espiritual*: «Ahora está con Dios», «Dios nos los da, Dios nos los quita; tenemos que conformarnos». Algunas personas utilizan sus creencias espirituales como una manera de negar el impacto emocional de la pérdida. Antonia siente a su padre a su lado y esta presencia es una forma de no conectar con la realidad de su ausencia. Muchos creyentes hablan de *resignación* para referirse a la aceptación de la muerte del ser querido amparándose en la esperanza del reencuentro. Es cierto que las creencias religiosas pueden ser un factor protector frente al dolor de la muerte, pero también pueden funcionar como esquemas mentales forzados, es decir, como estrategias cognitivas de inhibición-distorsión para evitar entrar en contacto con sentimientos dolorosos (véase cap. 2, apartado 2.3.: Afrontamientos y defensas).

Otra forma de alterar la significación emocional del evento es la *negación parcial o total del acontecimiento traumático*. Por ejemplo, en el caso de Judith citado anteriormente, después de cuatro años de su desaparición seguía convencida de que su hijo estaba vivo, que había sobrevivido y estaba perdido en las montañas o en algún poblado aislado de la zona. En ocasiones, las estrategias de evitación funcionan como pequeños momentos de respiro, como en el caso de Pepita, en los que el doliente imagina otra realidad y eso le da un alivio temporal: esperar a que regrese a la hora acostumbrada, buscarlo entre la muchedumbre o imaginar que todo es un mal sueño del que se despertará son todos ellos ejemplos de respuestas cognitivas de evitación y negación.

El estilo de afrontamiento cognitivo llamado *pensamiento rumiativo* es una respuesta natural automática que permite manejar el malestar psicológico generado por la pérdida de un ser querido. Muy a menudo se manifiesta como un monólogo interior en el que la persona en duelo habla consigo misma, con otro o con algo, a quien pregunta, a quien acusa, a quien responsabiliza o culpabiliza, de quien quiere vengarse, o bien da vueltas y más vueltas a detalles de alguna situación concreta buscando elementos, respuestas o significados. Suelen adoptar diversas formas, como por ejemplo: «Y si...», «si él no hubiera...», «si pudiera volver atrás», «ellos son los responsables», «ojalá le pase algo», «tendría que denunciarlos», «es culpa mía», «si no hubiera ido allí», «¿por qué no nos dimos cuenta?», «no puedo vivir sin él», «no puedo seguir así». Estos pensamientos, expresados de forma repetitiva y pasiva, denotan situaciones, elementos o aspectos inaceptables acerca de las circunstancias de la muerte o de la relación perdida y sus consecuencias (Payàs, 2008). Aunque tradicionalmente las

rumiaciones se asociaban a malos resultados de duelo, ahora se acepta que no todo el pensamiento obsesivo es improductivo y, como forma temporal de evitación, tiene una función procesual de carácter adaptativo (Nolen-Hoeksema, 1999, 2001; Znoj, 2006; Payàs, 2008).

### *Afrontamientos conductuales de evitación y negación*

Cuando murió mi mujer tuve mucha suerte porque poco después conocí a otra mujer extraordinaria, buena y sensible. No podía haber encontrado a nadie mejor. Nos casamos dos meses después. He sido muy afortunado desde entonces.

LUIS

Los primeros meses después de la muerte de mi hijo fueron una pesadilla, pero el choque me ayudó a no venirmelos abajo: tenía que responder a muchos compromisos de trabajo... ¿Qué estaba haciendo? Estaba corriendo en varias direcciones a la vez. La razón principal de todo esto era moverme, mantenerme ocupado: bajo ninguna circunstancia estar parado y ser consciente de los sentimientos. Eso hubiera sido insoportable.

ERIC

Las respuestas conductuales describen comportamientos instrumentales que el doliente lleva a cabo para disminuir el sufrimiento asociado a los recuerdos de lo sucedido. Estas actividades están destinadas a inhibir la información sobre la pérdida o la significación emocional o cognitiva. Entre las conductas más comunes de evitación o supresión del dolor están la sustitución, el aislamiento, la hiperactividad, ocuparse de los demás y las actividades transicionales.

La *sustitución* es un intento de alterar el *input*, llenando el vacío producido por la pérdida con otra relación que la reemplace. Colocar un objeto-relación sustitutorio es una forma de no asumir la realidad de la pérdida y evitar el sufrimiento. Un caso específico son los padres que después de perder un hijo deciden inmediatamente tener otro, o las personas que tras perder a su pareja deciden entrar enseguida en una nueva relación. Sustituir un vínculo por otro puede contribuir a un alivio temporal, pero no resuelve la pérdida de la relación (Glick y otros, 1974). De hecho, en mi experiencia clínica, estas relaciones, si el duelo no ha sido resuelto, acaban fracasando. «Abrirse a una nueva relación» debe ser una «conclusión» del trabajo realizado a lo largo del proceso, no un intento de saltarse las etapas para no experimentar los sentimientos incómodos de tristeza, añoranza o miedo a la soledad. Una versión un poco distinta de las relaciones sustitutorias en el caso de la pareja es establecer relaciones con «alguien del que no estás enamorado». Esta suplantación tiene una doble función psicológica: por un lado, alivia la soledad y, por otro, es una garantía de protección ante la posibilidad de sufrimiento en el caso de una nueva separación. Posiblemente esto abra el camino al mito de la madrastra, cuando el viudo se casa con alguien que es incapaz de satisfacer sus necesidades afectivas y eso es un seguro a todo riesgo para no volver a sentir dolor ante una posible nueva pérdida.

El duelo produce una sobreestimulación dolorosa y la *hiperactividad* es una manera de controlar esta sintomatología incómoda manteniendo una ocupación constante. Tal y como reconoce Eric, resulta de gran utilidad como estrategia de protección. En esta línea se incluyen también las *actividades de búsqueda de alto riesgo* que frecuentemente exhiben algunos adolescentes en duelo, que se ponen en situaciones de peligro para buscar alivio temporal a su ansiedad, como en el caso de la conducción temeraria, el abuso de sustancias o los conflictos con violencia. En una versión más adaptativa, muchos dolientes, especialmente los hombres, encuentran alivio en la práctica de deportes de alto riesgo.

El *aislamiento*, retirarse de todo aquello que despierte recuerdos, como objetos o lugares, incluyendo mantenerse alejado física, emocional o cognitivamente de los demás, es otra forma de distanciarse de todas las posibles fuentes de malestar asociadas con la muerte.

Otras actividades transicionales pueden ser la *sexualización del dolor*, donde el o la doliente se involucra en actividades sexuales en un intento de controlar la ansiedad y satisfacer la necesidad de contacto y de afecto. Las *adicciones* en general, ya sea al alcohol, a las relaciones, a las compras o al trabajo, son formas de autoestimulación inconsciente con las que la persona en duelo mitiga su soledad y a la vez se protege del dolor por su pérdida. Estas actividades pueden generar una sintomatología secundaria importante en la que la persona va a mostrar un cierto nivel de ansiedad, pero, desde la perspectiva del procesamiento de la experiencia de duelo, funcionan como estrategias de inhibición y supresión de los recuerdos y emociones amenazantes.

### *Respuestas emocionales de rechazo y evitación*

TERESA: Estoy muy enfadada. Dicen que el conductor del camión se deslumbró con la luz del sol... pero ¡a mí qué me importa! Que no se hubiera despistado... Por su culpa mi hija ha muerto: he puesto una denuncia. Él es el responsable de su muerte...

FEDERICO: Pues yo creo que el culpable de la muerte de mi hermano soy yo. Debería haberme muerto yo y no él. Minutos antes del accidente me pidió que condujera yo y nos cambiamos de asiento. Si no nos hubiéramos cambiado, ahora él estaría vivo.

JAIME: Pues no sabes lo que sería para mí poder saber que hay un responsable..., alguien contra quien dirigir mi enfado. ¡Ojalá pudiera volcar mi rabia en el culpable del suicidio de mi mujer!... Estoy todo el día irritado y descargo con los demás.

TERESA: Mi hija no ha muerto, ¡me la han matado!

Ésta es la transcripción de un diálogo entre los miembros de un grupo de apoyo para personas en duelo en una sesión dedicada al trabajo del enfado: todos ellos exhiben respuestas de ira, enfado desplazado y culpa que son ejemplos de estrategias emocionales de distorsión, o estados emocionales cuya función es alterar el significado emocional de su vivencia de duelo y con ello protegerlos del dolor (véase cap. 2, apartado 2.3.: Emociones como defensas improductivas).

La primera reacción natural ante la ruptura de un vínculo afectivo es el enfado. Como bien describe John Bowlby (1980), el llanto y el enfado del niño representan de alguna manera un intento de restablecer la vinculación: si hay protesta es que aún hay esperanza de recuperación. En este sentido, el enfado es una estrategia de afrontamiento primaria, cuyo objetivo es

restaurar el vínculo. Elizabeth Kübler-Ross ya describió la etapa de la *ira* como una respuesta natural ante la amenaza de la pérdida de la vida (Kübler-Ross, 1969). Según Parkes, la protesta en forma de enfado por la pérdida del ser querido tiene su origen en la compulsión dirigida a la búsqueda de la figura perdida, por eso al explorarlo sueleemerger una añoranza ansiosa por su retorno (Parkes, 1983).

*El enfado cubre varias necesidades en referencia al duelo:* sentirse enfadado es una manera de seguir siendo fiel a la relación, una forma de expresar que no se acepta la muerte, y, por tanto, es una manera de expresar el deseo de continuidad en la protección. No sentir rabia por lo sucedido sería una forma de aceptación o de claudicación ante la pérdida del ser querido. Por otra parte, el enfado tiene una función de tapadera de emociones más incómodas, como el dolor, la tristeza, la añoranza, el desconsuelo. Cuando uno desplaza su enfado hacia fuera no conecta con estos sentimientos. Por decirlo de una manera coloquial, para muchas personas en duelo es más fácil «estar enfadado» que «conectar con la tristeza». La función del enfado en el duelo es la protección frente al malestar asociado a los aspectos de la pérdida de la relación que la persona aún no es capaz de tolerar y que deberá afrontar en la etapa posterior de conexión e integración.

El enfado puede manifestarse de diversas formas: la persona en duelo puede sentir hostilidad contra los que han sobrevivido, contra el mundo en general o contra Dios. También es posible que el doliente sienta enfado contra la persona que ha fallecido. Aunque todos estos sentimientos son naturales, muy a menudo la persona no los expresa de forma abierta. El desplazamiento del enfado hacia el entorno, en forma de estados emocionales como la irritabilidad, la agresividad o la apatía, es en general muy frecuente. Es importante facilitar la expresión natural de este enfado y permitir que puedan verbalizarse estos sentimientos irrationales pero humanos, como Teresa, Federico y Jaime hacen en su grupo de apoyo.

Carlos perdió a su mujer hace tres años de un ataque al corazón. La ambulancia tardó media hora y Carlos tuvo que presenciar su muerte sin poder hacer nada. Él cree que su muerte podría haberse evitado. Ha puesto una denuncia contra la institución presuntamente responsable y está muy obsesionado con la resolución de su demanda. Ha tenido problemas en el trabajo por sus repetidas ausencias y tiene a sus hijos desatendidos.

A veces ese enfado se proyecta en forma de culpabilización hacia otra persona, hecho o colectivo, o hacia uno mismo. La ira en tanto *deseo de venganza* contra los posibles culpables de la muerte del ser querido es una forma de estar en la periferia del dolor del duelo. Un caso específico de expresión de enfado desplazado en forma de culpabilización son los litigios (Raphael y Martinek, 1997). Según Richard Lazarus, el enfado puede ser una motivación para que las personas busquen justicia ante lo que ellas perciben como una violación o agresión de sus derechos (Lazarus, 1991). En mi experiencia clínica, la búsqueda de justicia a través de medios legales o de otro tipo alarga el proceso de duelo y detiene la sintomatología, impidiendo la recuperación. A medida que se acerca el momento del proceso legal, el malestar se acrecienta, reactivando recuerdos y emociones que generan mucha ansiedad. La fantasía de que el litigio producirá alivio no siempre se confirma. Por otra parte, en algunas ocasiones la búsqueda de justicia es un objetivo real y necesario y tiene una función reparadora para el doliente. El terapeuta deberá distinguir los aspectos reales de los aspectos

transferenciales en el acompañamiento de personas en duelo que están viviendo situaciones que implican procesos legales, a fin de que estas acciones en su vertiente estratégica evitativa no se fijen en el tiempo.

El deseo de venganza es una respuesta natural ante la desaparición traumática de alguien querido. La motivación más o menos consciente es: «Si mueren los culpables (o les pasa algo grave), compartirán mi dolor y eso me producirá alivio». La búsqueda de culpables expresada como rumiaciones obsesivas en forma de fantasías es una expresión del deseo de reparación y de prevención de futuros traumas: «Lo mato y así no podrá matar a nadie más», o «si le pasa algo grave, se va a enterar de lo que duele» (Payàs, 2008).

Una versión específica es la *culpa del superviviente*, como es el caso de personas que han sobrevivido a situaciones de catástrofes y que expresan su impotencia al no haber podido hacer nada por salvar la vida a los demás en esa situación. Vemos un ejemplo en las palabras de Federico, miembro del grupo de apoyo. Este sentimiento tiene una función psicológica de continuidad en la relación y de reparación ante el fracaso del rol protector. La culpa del superviviente es habitual sentirla también en *muertes a destiempo*, como la muerte de un hijo o de un nieto. Es frecuente oír expresar a los abuelos la dificultad de dar sentido a la muerte de sus nietos y comentar que «preferirían haberse muerto ellos». Muchos tienen dificultades para acercarse a sus hijos, y en su cercanía se ven invadidos por esos sentimientos de inadecuación y culpa. Autores como Robert Weiss señalan que, cuanto más a destiempo sobreviene la muerte, más culpa hay (Weiss, 1993).

Los sentimientos de enfado y culpa a menudo aparecen imbricados entre sí y son una muestra de la respuesta de protesta y desesperación ante la pérdida del ser querido y de la dificultad de aceptación de la realidad.

### *La máscara de duelo: una combinación de respuestas de rechazo y evitación*

Me quedé sola con dos niños y 7.000 pesetas en el bolsillo. No podía pararme a sentir: tenía que luchar por mis hijos. Tenía que darles todo lo que necesitaban y compensarlos por la ausencia de su padre. No sé cómo lo hice, pero me puse una coraza y empecé a trabajar y a ocuparme de los demás. Cerré los ojos, y cuando los abrí habían pasado veinte años. Ahora mis hijos se han ido de casa y no sé qué hacer con mi vida. Estoy muy ansiosa y he engordado mucho. Creo que no he hecho mi duelo.

CONCHITA

Cuando llego a casa por la noche ceno con mi padre. Ninguno habla de mamá, hacemos ver que no nos pasa nada, evitamos las miradas directas y sólo hablamos de temas irrelevantes. Cuando llego a mi habitación suelo llorar sola abrazada a la almohada. A veces me ha parecido oír a papá también llorando. Llevamos así un año.

ANA

Llamo *máscara de duelo* a esta combinación de respuestas emocionales, pensamientos y comportamientos que hacen de muro protector intrapsíquico e interpersonal para evitar el desmoronamiento. En mi experiencia clínica es muy común que viudos jóvenes con hijos utilicen este tipo de estrategia para sobrevivir sin derrumbarse. En el caso de Conchita y en el de Consuelo, descrito más abajo, con los años se ha convertido en un mecanismo de defensa.

La máscara de duelo está constituida por sistemas defensivos tales como la disociación de los hechos respecto de los sentimientos asociados o del sentido de lo acontecido: «Vamos a hacer como si esto no hubiera pasado»; la racionalización: «Es la realidad de la vida, nada la va a cambiar, hemos de aceptarlo, esas cosas pasan a veces»; la negación del impacto emocional: «Hay que ser fuerte, mostrar sentimientos no sirve para nada. Tengo que proteger a mis hijos»; la intelectualización o teorización sobre el sentido de la muerte: «Nada nos la devolverá, ¿verdad? Pues hay que mirar hacia delante», o la minimización: «Bueno, peores cosas podrían haber sucedido, ¿no?».

La máscara de duelo tiene una versión interpersonal o social. Es frecuente que familias enteras pongan en marcha estas estrategias que, por identificación, se ven reforzadas mutuamente entre los distintos miembros. Esta negación interpersonal funciona como una conspiración de silencio, levantando muros entre ellos. El precio de esta protección contra el dolor es, como muy bien describe Ana, el aislamiento y la soledad. *Las tareas de duelo pueden posponerse, pero eso no las resuelve.* Como expresa Conchita, *tarde o temprano la persona deberá afrontar su pérdida: el duelo no puede suprimirse, sólo aplazarse.*

#### **DETENCIÓN EN EVITACIÓN Y NEGACIÓN: DUELO EVITATIVO O AUSENTE**

Cuando murió mi hijo, hace cinco años, me puse una coraza para hacerme la fuerte. Tirar adelante y no hablar de sentimientos fueron mis lemas. Todos los recuerdos de él los sacamos de casa. Nunca hablamos de ello en todos estos años, ni del accidente ni de él. Fui a ver a tres profesionales para ver cómo podía ayudar a mi familia y los tres me dijeron que tenía la cabeza en su sitio y que lo estaba haciendo muy bien. Cada día me levantaba, me miraba al espejo y me decía: «Tengo que tirar adelante». Mi marido se separó de mí dos años después. He tenido un cáncer y ahora mi relación con el hijo que me queda es muy mala; me rechaza cuando intento acercarme a él. Lo dejé muy solo y nunca hablamos de lo sucedido, ni le pregunté cómo estaba. Su hermano mayor se ocupaba mucho de él, le hacía como de padre. Creo que en realidad los abandoné a todos; él perdió a su hermano, pero también me perdió a mí y a su padre. Nunca volvió a ser el mismo y yo tampoco. Ahora siento que necesito ayuda. No puedo seguir así.

CONSUELO

Todas las respuestas aquí descritas de rechazo y negación son adaptativas si se utilizan de forma transitoria; cuando se fijan como estilos de afrontamiento rígido e inflexible y la persona no puede avanzar, pueden llevar a un duelo complicado. A medida que el tiempo pasa empiezan aemerger una serie de necesidades emocionales en relación con la muerte que deberán ser atendidas de forma progresiva para que el duelo pueda resolverse, y para ello el doliente debe empezar a tolerar el malestar y aprender a permitírselo y expresarlo. Si esto no es así, si el doliente no puede manejar el sufrimiento asociado a estas tareas, entonces creará más defensas, más negación, más disociación, más adicciones, a fin de poner esas necesidades fuera de la conciencia. Es verdad que inicialmente estos afrontamientos son necesarios y hay que respetarlos, pues gradúan el nivel de contacto con la realidad; pero, si con el tiempo no se disuelven, se convierten en mecanismos rígidos que conducen a un duelo evitativo.

En el duelo evitativo, las estrategias de desconexión para poder disociar o segregar todo lo que tiene que ver con la relación perdida que la persona utiliza y que se fijan en el tiempo son afrontamientos de desconexión: la persona no es capaz de responder a la pérdida, se siente anestesiada y no puede expresar abiertamente su aflicción, su tristeza o su enfado. Las respuestas de duelo están inhibidas, suprimidas o pospuestas. Por esta razón, tradicionalmente en la literatura de duelo se lo ha llamado también duelo inhibido o duelo pospuesto. Se expresan quizás algunos sentimientos en los primeros momentos, pero pocos; se minimiza la importancia de la pérdida, se niegan las necesidades y la persona se retira detrás de un muro de desconexión y aislamiento. La persona continúa con su vida con muy pocos cambios, como en el caso de Conchita. Aunque la ausencia de sintomatología, de forma temporal y en las primeras etapas del duelo, no indica necesariamente una patología, si con el tiempo la persona no avanza en su proceso las estrategias de rechazo y negación se instalan y hablamos de un duelo complicado.

El duelo complicado evitativo tradicionalmente se asocia a la ausencia de sintomatología, pero hay una versión de duelo evitativo muy sintomática. Éste es el caso de duelos donde los afrontamientos que la persona utiliza para mantener la atención fuera de los pensamientos dolorosos son de tipo autoestimulativo y se instalan de forma permanente, inflexible e incapacitante en el tiempo: hiperactividad laboral; presencia de impulsos autodestructivos; conductas adictivas como el abuso de alcohol, comida, sexo, compras; culpa excesiva desplazada; ideas obsesivas de venganza o culpa expresadas en forma de rumiaciones... A nivel interpersonal, el duelo evitativo sintomatológico se manifiesta en relaciones difíciles con el entorno, enfado desplazado y exigencias excesivas, ya sea para con los familiares, amigos, empleados o el propio terapeuta. La dimensión fisiológica suele verse afectada por somatizaciones tipo agarrotamiento, calambres, dolores de espalda o incluso vulnerabilidad ante enfermedades. Son comunes las expresiones de miedo a la pérdida de control y los ataques de pánico. Todo ello conlleva dificultades para reorganizar la vida familiar y laboral. Esta hipótesis está reforzada por las conclusiones de algunos estudios (Wayment y Vierthaler, 2002), que confirman que la evitación puede estar asociada con altos niveles de síntomas somáticos: a pesar de que las defensas pueden bloquear parte del sufrimiento, no son capaces de suprimir algunas reacciones somáticas menos conscientes asociadas a la pérdida. Otra hipótesis aquí presentada es que las estrategias defensivas centradas en la autoestimulación, la hiperactividad o el ocuparse de los demás incluyen normalmente sintomatología secundaria.

Tradicionalmente se consideraba que la supresión del duelo era dañina: la ausencia de manifestaciones de duelo después de la muerte de un ser querido se interpretaba como un signo de que el duelo no iba bien (Osterweiss y otros, 1984). Actualmente, otros muchos autores afirman que sí parece que suprimir las manifestaciones de duelo puede ser dañino para algunos individuos, pero que quizás este daño se ha sobreestimado. Los estudios sobre la existencia o no de un duelo pospuesto o ausente y su posible efecto de cara a dificultades futuras no son concluyentes y en la literatura sobre duelo se postula que se trata de una categoría de duelo complicado meramente tentativa (Wortman y Silver, 2001). La ausencia de sintomatología que algunas personas muestran después de la muerte de un ser querido puede deberse a defensas evitativas, o bien a que estamos ante una situación de resiliencia. La

resiliencia se refiere a la capacidad del individuo para responder con bajos niveles de estrés tras la muerte de un ser querido, y se considera hoy un signo de salud y una respuesta más común de lo que se creía, al menos en poblaciones de personas mayores (Bonanno, 2002 y 2004).

A mi modo de ver, personas como Consuelo y Conchita, que acuden a la consulta años después de la pérdida de su ser querido manifestando problemas relacionales y psicosomáticos y que expresan sentirse vacías y con una vida sin sentido, están experimentando un duelo complicado de tipo evitativo que cumple los criterios de duelo prolongado (Prigerson y otros, 2008b). Son duelos que han sido asintomáticos aparentemente a lo largo de muchos años, que podrían fácilmente haber sido catalogados como resilientes y cuyo origen está asociado a la instalación de defensas evitativas rígidas que en su momento fueron adaptativas y funcionales y que con el tiempo perdieron su productividad. Para estas personas, *el trabajo terapéutico o tarea de duelo se dirigirá a disolver progresivamente estas defensas, aumentar el nivel de tolerancia al sufrimiento y estimular afrontamientos de conexión* (tal y como se describe en el capítulo 5).

Cuando trabajamos con personas en evitación y negación, hay que identificar claramente si sus estrategias son adaptativas o no. Para identificar un duelo evitativo, más que el tipo de mecanismo utilizado, lo que nos va a dar una pista es: 1) la intensidad, rigidez y perduración en el tiempo de estas defensas: el factor tiempo transcurrido desde la muerte del ser querido nos da la clave del duelo complicado de Consuelo, y 2) una valoración de cómo son los distintos aspectos de su vida teniendo en cuenta las dimensiones físicas, emocionales, intrapsíquicas e interpersonales. Por tanto, casos como el de Consuelo son claramente un duelo complicado expresado como una detención en la elaboración de la tarea de evitación y negación. Disociarse de la realidad de uno mismo a la larga tiene un coste personal y relacional. En este sentido, estoy de acuerdo con William Worden (1997) en que, si el dolor no se expresa en algún momento futuro del duelo, va a aparecer de una forma no sana con el tiempo, y por tanto para hacer el duelo apropiadamente es esencial disolver antes la evitación, aspecto que ya apuntaban autores como Beverly Raphael (Raphael y Martinek 1997) y que el modelo secuencial de tareas y de necesidades refleja.

## VARIABLES DE RIESGO

Hay varios factores que pueden precipitar un duelo evitativo haciendo que estas respuestas naturales de supresión se fijen de forma rígida y produzcan una detención en el proceso. Seguimos utilizando la clasificación en tres grandes grupos: factores intrapsíquicos, es decir, relacionados con los recursos internos personales y con la madurez del doliente; factores circunstanciales, referidos a las circunstancias específicas que rodean a la pérdida; y, en tercer lugar, los interpersonales, referidos a la disponibilidad de apoyo y a las características particulares de la relación.

*Factores intrapsíquicos: vulnerabilidad prepérdida*

Cuanto más madura y preparada esté la persona y más experiencias previas de duelo elaborado tenga, más integrado tendrá el concepto y la experiencia de muerte, y menos estrategias de evitación y rechazo serán necesarias. Es lógico suponer que el hecho de poseer esquemas previos que incorporen el sentido de la muerte va a regular el nivel de impacto y va a facilitar la integración de la pérdida. En el proyecto CLOC, el 45 % de los viudos y viudas respondieron sin alteraciones significativas en sus niveles de estado de ánimo a la muerte de sus cónyuges y a la vez mostraron menos respuestas de afrontamiento de evitación-distracción, menos sintomatologías como la añoranza y altos afectos positivos. Estos dolientes, todos ellos personas mayores, a los que se describe como *resilientes*, tenían en común unos esquemas mentales muy adaptativos, además de una mejor aceptación de la muerte y un alto grado de confianza en la vida (Carr, 2008).

Es posible que en personas más jóvenes la pérdida de una relación significativa destruya su identidad y su concepto interno de seguridad y de predictibilidad, y en ese caso hay más posibilidades de que responda con sentimientos de malestar, rabia, culpa y rechazo. En este sentido, los factores de desarrollo y la historia de pérdidas del pasado van a condicionar la posible instalación de defensas de desconexión. Para egos frágiles como los de los niños y los adolescentes, la evitación de todo aquello que es incómodo va a funcionar como un factor de protección. Mardi Horowitz describe cómo la negación es una respuesta narcisista asociada a egos inmaduros (Horowitz y otros, 1993b), mientras que, según Mary Vachon, las personas menos negadoras, con mayor fuerza de ego, van a tener menos dificultades de asimilación (Vachon y otros, 1982). Colin Murray Parkes señala otra posible variable: las personalidades muy autosuficientes son vulnerables a sufrir duelos pospuestos después de la muerte de un ser querido (Parkes, 1990).

Las personas con tendencia a responder con racionalización, sublimación o minimización ante las dificultades de la vida acaban haciendo de estas respuestas hábitos, es decir, esquemas mentales grabados neurológicamente como defensas arcaicas. Esto explica que, ante una pérdida del presente, la persona responda de la misma manera en que lo hizo en el pasado.

En relación con el modelo de vinculación de la infancia, el duelo pospuesto o inhibido se asocia típicamente a personas que desarrollaron un modelo de apego inseguro-evitativo con sus figuras parentales. Margaret Stroebe y Henk Schut además predicen que los estilos de apego inseguro-evitativo determinan adultos que reaccionan característicamente con una falta de respuesta emocional así como con una incapacidad para conectar con sus propias emociones que va asociada a duelos complicados (Stroebe y Schut, 2001a; Stroebe y otros, 2005). Mario Mikulincer y Philip Shaver (2008). En la misma línea, describen cómo las personas con estilos de vinculación evitativa suelen responder a la pérdida de su ser querido de forma desapegada, aislándose y realizando actividades para no entrar en contacto con la realidad, por ejemplo retirándose de cualquier estímulo que pueda despertar recuerdos. No les gusta hablar de la relación perdida y pueden manifestar hostilidad si se les pregunta o se los confronta; también suelen desplazar su enfado hacia fuera, culpabilizando al mundo de lo que les ocurre. Según estos autores, en personas con estilos de apego inseguro-evitativo puede darse una actitud de menosprecio hacia las muestras de debilidad natural asociadas al duelo como una manera de no reconocer la propia vulnerabilidad.

### *Factores circunstanciales*

Cuanto más traumática sea la muerte, más posibilidades hay de que se instalen defensas de desconexión. Si las circunstancias de la muerte implican aspectos jurídico-legales, los afectados no son capaces de aceptar la realidad de lo sucedido y el hecho de estar enzarzados en procesos de litigio les mantiene en un estado de negación. La búsqueda de justicia a través de medios legales puede llevar años y raramente, sea cual sea el resultado, termina siendo satisfactoria para la persona afectada. Estos procesos jurídicos pueden prolongar o posponer el duelo obstaculizando la recuperación (Raphael y Martinek, 1997).

Al igual que en aturdimiento y choque, todas las muertes a destiempo, es decir, no esperadas en función de la edad del doliente —muerte de un hijo o de un nieto, muerte de un niño o adolescente—, son pérdidas difíciles de afrontar debido al íntimo vínculo que liga a los adultos con sus hijos y/o nietos y porque se presupone que el niño debe sobrevivir a los adultos. Asimismo, en muertes no anticipadas, no anunciadas, la forma como se dio y recibió la noticia del suceso va a afectar al nivel de impacto y choque y a posteriores mecanismos evitativos de defensa.

Las personas a las que por alguna razón no se les ha permitido ver el cuerpo del fallecido, especialmente si la muerte ha sido inesperada, manifiestan dificultades en aceptar la realidad de lo sucedido y son más propensas a desarrollar mecanismos de evitación, como en el caso de Judith, descrito anteriormente, que perdió a su hijo en una expedición de escalada y su cuerpo nunca fue recuperado. Por esta razón, actualmente, en muchos hospitales, unidades de cuidados paliativos y funerarias se permite ver el cuerpo y se anima a las familias a pasar un tiempo con él si lo necesitan para poder despedirse.

### *Factores interpersonales*

La falta de apoyo social, es decir, la ausencia de relaciones que sostengan y faciliten la expresión emocional del doliente, y, en algunos casos, la desautorización del entorno o el trauma acumulativo manifestado en forma de expresiones de rechazo o minimización de la experiencia subjetiva del doliente influirán en la forma en que éste afronte su duelo. Cuanto menos apoyo perciba la persona y más desautorizada se sienta, más negación o supresión de sus sentimientos hará.

A veces las personas en duelo deben luchar por la protección y supervivencia física o psicológica de los que quedan, y tienen que ocuparse prioritariamente de aspectos económicos o de cuidado, antes de manejar los aspectos del trauma o del duelo (véase el testimonio de Conchita en el cap. 3, apartado 3.2.: Respuestas de afrontamiento)). En estas situaciones en las que la muerte es una amenaza a la integridad de la familia, el impacto puede ser mucho mayor y los dolientes suelen responder con defensas evitativas importantes que van a condicionar la evolución del proceso y la posibilidad de que se desarrollen complicaciones (Sanders, 1993; Zissok y Schuster, 1991).

El exceso de responsabilidad, ya sea de cargas familiares, laborales o económicas, está subrayado por las exigencias del entorno que anima al doliente a recuperarse pronto: «Hazlo por los que quedan». Esta presión para lograr una pronta recuperación acaba interiorizándose y

es lo que propicia el desarrollo y la instalación de mecanismos de negación. Las necesidades de los niños aumentan con la ausencia de uno de los progenitores y el superviviente debe reemplazarlo, con lo que la presión se hace aún más acuciante. La máscara de duelo expresa este sistema defensivo protector que ayuda al doliente a afrontar y manejar estas demandas excesivas del entorno, pero a costa de no satisfacer sus necesidades de duelo con respecto a la relación perdida.

#### *Descripción general*

- Prevalencia de mecanismos orientados a evitar el contacto con la realidad de la pérdida
- Ausencia de representación interna simbólica del ser querido
- Baja tolerancia al dolor asociado a la pérdida

#### *Función adaptativa: necesidades y tareas*

- Manejar el nivel de impacto emocional: protección ante el dolor y la fragmentación
- Preservar la continuidad del rol protector
- Graduar la aceptación de la realidad de la muerte
- Disolver el sistema defensivo asociado a pérdidas anteriores no resueltas
- Revisar estilos de vinculación asociados al desarrollo evolutivo

#### *Respuestas de afrontamiento*

- Prevalencia de afrontamientos de evitación:
- Máximo nivel de distorsión, inhibición o supresión de la realidad o de su significado emocional o cognitivo

Mecanismos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"><li>— Momificación</li><li>— Sublimación</li><li>— Rumiaciones obsesivas</li><li>— Máscara de duelo</li></ul>
Mecanismos emocionales	<ul style="list-style-type: none"><li>— Estados emocionales: enfado, rabia, irritabilidad</li><li>— Culpa</li></ul>
Mecanismos conductuales	<ul style="list-style-type: none"><li>— Sustituciones</li><li>— Distracciones</li><li>— Hiperactividad</li><li>— Adicciones</li><li>— Aislamiento</li></ul>

#### *Detención de duelo complicado: duelo evitativo, pospuesto o inhibido*

- Instalación en el tiempo de mecanismos de evitación rígidos
- Aislamiento
- Depresión, ansiedad
- Enfermedades físicas y somatizaciones
- Evitación de todo aquello que conecte con la realidad de la pérdida

*Variables de riesgo (además de las descritas en aturdimiento y choque)*

<i>Circunstanciales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aspectos jurídicos y/o legales asociados a las circunstancias de la muerte</li> <li>— Duelos desautorizados</li> <li>— Pérdidas múltiples</li> </ul>
<i>Intrapsíquicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Personalidad previa del doliente con estilos de apego inseguro-evitativo</li> <li>— Ego frágil y dependiente</li> <li>— Personas con estilos rumiantivos</li> <li>— Duelos anteriores no resueltos</li> </ul>
<i>Interpersonales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Presencia de trauma acumulativo: aislamiento</li> <li>— Presión social para una pronta recuperación</li> <li>— Exceso de responsabilidad</li> </ul>

FIGURA 3.3. Cuadro resumen: evitación-negación, manejar el sistema defensivo.

### 3.3. Conexión e integración: elaborar los aspectos relacionales de la pérdida

Al principio decía a la gente: «A mi hijo me lo han matado». Después:

«Mi hijo ha muerto en un accidente de coche». Ahora ya no busco más culpables, ahora me digo: «Qué más da cómo haya muerto, sólo sé que lo echo mucho de menos, y que necesito hablar de todo lo que me falta de él».

De forma gradual, las respuestas de evitación y rechazo van siendo menos necesarias a medida que la persona puede tolerar mejor el sufrimiento asociado a la ausencia del ser querido. *El paso progresivo a esta etapa se evidencia porque hay más aceptación y mucho menos rechazo.* La conexión e integración implica un cambio de paradigma interno: hay más abandono al dolor, el doliente siente cada vez más la necesidad de estar en conexión con los recuerdos y, por tanto, no opone tanta resistencia a expresar abiertamente sus sentimientos de aflicción. Procesualmente, las estrategias de distorsión e inhibición se desvanecen para dar paso a respuestas de afrontamiento orientadas a conectar con la realidad de la muerte del ser querido y los distintos aspectos de la relación perdida. Ya no se culpa de lo que ha pasado, ni responsabiliza a nadie; el «cómo fue la muerte» deja de tener tanta trascendencia, y la necesidad que aparece como principal es confrontar la realidad: hablar de lo sucedido, de cómo era la persona fallecida, su relación y lo que echa de menos. Puede conectar en un

diálogo interno con su ser querido, porque lo tiene interiorizado como una representación simbólica, y a pesar del dolor que eso le suscita, encuentra alivio en esa conversación imaginada.

Gradualmente, el doliente se va responsabilizando de su propio proceso: habla de forma más consciente y reconoce su realidad subjetiva. Ya no está tan preocupado por el pasado, sino por cómo vivir en un presente en el que la persona querida ya no está. Esta rendición se expresa a menudo incluso corporalmente: hay menos rigidez, menos ansiedad, menos agitación; la persona está más centrada en sí misma, más conectada con su estado interno.

## FUNCIÓN ADAPTATIVA: NECESIDADES Y TAREAS

Restablecer la conexión con la experiencia de pérdida a través de la aflicción tiene una función reparadora: el dolor, la tristeza o la culpa son maneras de mantener actualizado el vínculo con el ser querido: «Si siento dolor, es que aún lo quiero». A la vez son señales que apuntan a distintas posibles tareas de duelo que hay que atender. En esta etapa, en vez de interpretar la sintomatología de duelo como algo a evitar, es fundamental utilizarla como guía.

Ya no puede negarse la realidad de la ausencia, ni evitar el dolor ni distorsionarlo; los sentimientos entran a raudales y su expresión y elaboración tienen una función específica: asignar la significación emocional y cognitiva ajustada o realista a todos los aspectos asociados con la relación perdida. La necesidad que aparece en primer plano en la etapa de conexión e integración con el dolor es la de realizar el *trabajo de duelo* que implica la *reorganización del mundo interno en relación con el ser querido perdido y en relación con uno mismo*.

Por decirlo de una manera simple, en esta fase la tristeza y la añoranza pueden conectarnos con temas distintos: ¿por quién o por qué lloramos? ¿Quién ha muerto? ¿Qué es lo que he perdido? ¿Qué ha muerto en mi vida con su desaparición? ¿Qué parte de mí se ha llevado la persona fallecida? ¿Qué parte de mi entorno vital ha desaparecido con ella? *Y la tarea específica en este momento del duelo es atender a estos distintos aspectos relacionales de la pérdida.*

### *Asuntos inconclusos: expresar el perdón*

Jesús perdió a su hermano en un accidente de escalada. El día anterior habían tenido una discusión que acabó en bronca. Han pasado dos años y Jesús sigue sintiéndose culpable, piensa a menudo en él y tiene dificultad para hablar de lo que pasó sin emocionarse: «Sé que sólo fue una pelea corriente entre hermanos, pero no me lo puedo quitar de la cabeza».

Una tarea fundamental de esta etapa del duelo es completar los asuntos relacionales inconclusos: *lo que no fue pero debería haber sido y lo que fue pero no debería haber sido*. El concepto de *asuntos pendientes* ha sido descrito por Kübler-Ross (1969) como aquellos aspectos negativos de la relación que la muerte no ha permitido cerrar: relaciones que se cortan en un momento de dificultad o de enfado; ofensas recibidas u occasionadas; heridas causadas por palabras o hechos, o fracasos percibidos en la protección que occasionan

sentimientos de culpa. El padre de Emilia, en el caso que se comenta un poco más adelante (véase cap. 3, apartado 3.3.: Función adaptativa: necesidades y tareas, El futuro no vivido), está en un momento de su duelo en el que es capaz de entregarse y confrontar su dolor: su carta es un buen ejemplo de cómo se puede poner palabras a esas lágrimas abordando la tarea de resolución de un asunto pendiente. Los sentimientos de culpa pueden ser expresados de forma reparadora en un diálogo con su hija en el que él se permite sentir el dolor y lo hace suyo, y al hacer eso abre la puerta a la conexión con el perdón de la niña y también de sí mismo.

La resolución de temas pendientes incluye abordar los aspectos más difíciles de la relación. En relaciones ambivalentes, parte de la tarea de duelo será reconocer las carencias afectivas, identificarlas y comprenderlas. Éste es el caso de Clara, que expresa:

Cuando mi padre murió, murieron dos padres: el que realmente tuve, un padre ausente que nos abandonó en la infancia, y el padre imaginario, el que nunca tuve; así desapareció la esperanza de recuperar el contacto con él y mi fantasía de reconciliación y de un padre afectuoso y presente. Tengo que hacer el duelo de ambos.

Poder poner palabras a lo que nunca pudo ser la relación, y en ese gesto verbal abandonarse al dolor sin resistencia, puede acercar a Clara al perdón que la liberará del resentimiento. Esta tarea constituye un elemento esencial del trabajo de duelo con los aspectos negativos de la relación.

### *Expresar la gratitud*

Pero el trabajo de completar la relación no incluye solamente la resolución de aspectos difíciles, sino también la parte positiva de la relación que no ha sido suficientemente apreciada o valorada, es decir, *lo que fue y no ha podido ser reconocido*. Expresar la gratitud y el afecto por lo vivido y que en su momento quedó pendiente, forma parte también de ese trabajo de subsanar aspectos de la relación que quedaron irresueltos. Isaías lo explica así:

Mi abuela murió cuando yo tenía 8 años, no me acuerdo de su muerte, pero cada vez que pienso en ella siento un nudo en la garganta. Fue la mujer que me cuidó en mi infancia, recuerdo sus manos y su regazo. Creo que me salvó la vida, pues mi madre estaba muy ocupada con un hermano mío enfermo. Fue mi verdadera madre. Cuando murió no pude despedirme. Me hubiera gustado darle las gracias por todo lo que hizo por mí, con tanto cariño y generosidad.

### *Expresar el amor*

Explorar el significado profundo de la relación, expresarlo y validarla forma parte de la tarea de duelo que hay que llevar a cabo en esta etapa. Una relación puede significar cosas distintas para cada persona. El fallecimiento de la pareja puede simbolizar la pérdida no sólo del mejor amigo, sino también del «estado de estar casado», de la seguridad que nos daba esta relación. *Analizar los distintos significados de la relación forma parte del trabajo de identificar lo que recibíamos a través de ella*: para unos puede ser la pérdida del amigo más íntimo, o de la única fuente de cariño y afecto que habíamos tenido; para otros, la pareja era la fuente de confianza y protección ante la vida. José lo expresa de esta manera:

Hasta que conocí a mi mujer nunca antes me había sentido apreciado y querido. Mi madre murió cuando yo era un bebé y nunca supe lo que era ser cuidado y atendido por alguien que te quiere, y ahora que he perdido a mi mujer jamás podré volver a experimentar eso.

La muerte de un ser querido nos reaviva la conciencia de todas aquellas necesidades que la relación satisfacía, y parte del trabajo relacional es despertar a la realidad de todo lo que el otro nos daba y los espacios más íntimos que nos llenaba. Montse habla así de la muerte de su hermano:

No era un hermano sin más, era el niño al que yo había cuidado como si fuera un hijo, mi mejor compañero de juegos cuando se hizo mayor, mi cómplice en las juergas y aventuras de la adolescencia, y ahora era mi mejor amigo, alguien con el que podía compartir mis problemas e intercambiar consejos.

### *El espejo roto*

En todas las relaciones afectivas hay reciprocidad: no sólo es importante lo que nosotros sentimos por el otro, sino lo que el otro nos hace sentir sobre nosotros mismos; lo que a través de esa relación concreta descubrimos de nosotros mismos. El afecto recibido en la relación me permite sacar de mí mismo aspectos concretos de mi ser que sólo puedo expresar en esa relación: así, un hijo me hace sentir que soy una buena madre, cuidadosa, afectuosa y protectora; una madre despierta en mí la fragilidad y confianza de sentirme protegida cuando soy vulnerable; un alumno o colega de trabajo me devuelve la imagen de mí misma como alguien responsable, eficiente y buen maestro. *Esta imagen de uno mismo que recibimos de la persona a quien queremos y con la que nos relacionamos, cuando ese otro muere, desaparece como en un espejo roto*; dejo de experimentar esos aspectos de mi ser que eran importantes para la construcción de mi identidad. Catalina, una viuda, lo expresa así:

No sólo he perdido a mi marido, sino que desde que él no está ya no me siento mujer: nadie me hacía sentir como él, sigo siendo madre, abuela y otras cosas, pero he perdido mi feminidad.

Rosa, madre de una niña con discapacidad psíquica, lo cuenta con estas palabras:

Ella me hacía sentir que mi vida tenía un propósito, me necesitaba y yo aprendí a ser madre, enfermera, cuidadora, amorosa, y aunque los años pasaban, ella seguía siendo como una niña y eso me permitía seguir ejerciendo mi maternidad. Mis otros hijos se han hecho mayores y ya no me necesitan. Nadie puede entender lo que me daba esta niña.

Un ejemplo muy claro de *espejo roto* es lo que muchas personas experimentan como dolor principal en la muerte de un niño. He escuchado afirmar a padres que esos niños les permitían expresar partes de sí mismos a veces desconocidas: paciencia, ternura, generosidad; con ellos podían permitirse manifestar su parte de niño, de juego, de dejarse ir, de sentirse protectores. Los niños son maestros que nos enseñan a amar mejor. Una parte del dolor de la pérdida de un niño tiene que ver con la pérdida de la posibilidad de experimentar ese aspecto nuestro que en la relación podía expresarse.

## *El futuro no vivido*

El sufrimiento más presente en las primeras etapas del duelo tiene que ver con nosotros mismos, con nuestra pérdida: lloramos por lo que nunca más tendremos de esa relación. Con el tiempo, cuando el dolor de nuestro ego empieza a disminuir, conectamos con la tristeza que nos causa lo que nuestro ser querido no podrá vivir: la pareja que no tendrá, los hijos o nietos de los que no disfrutará, los paisajes que no descubrirá. Especialmente cuando la persona que fallece es un niño o un joven, la pena por el futuro negado inunda a las personas de su alrededor, a sus cuidadores, maestros, amigos. «Él debería estar aquí, disfrutar de sus hermanos, de la vida bonita que lo esperaba», explica Ana dos años después de la muerte de su bebé. Especialmente al conectar con los de la misma edad que siguen su camino en la vida, o en momentos especiales de celebración en la familia, esta parte de la vida no vivida se hace más acuciante y nuestro pesar por lo que la persona fallecida se pierde nos llena de aflicción, a la que es preciso ponerle palabras.

## **RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**

Emilia:

Quiero pedirte perdón por todo aquello que te hicimos. Te quiero pedir perdón por haberle dicho al médico que ni tu madre ni yo queríamos verte después de tu nacimiento. Quiero pedirte perdón porque, en el mundo lleno de imperfecciones que todos compartimos, rechacé querer mirar las tuyas. Quiero pedirte perdón por no haberte hecho ninguna fotografía como todos los padres hacen de sus recién nacidos para recordarlos. Y quiero pedirte perdón por no haber querido estar contigo cuando te dejaste ir de este mundo al otro, donde no caben las disculpas, donde todas son aceptadas y ninguna es necesaria. Pero por encima de todo quiero pedirte perdón por no haberte dado el nombre que era tuyo, y haber pedido que pusieran «bebé niña» en el certificado que marcó tu vida y tu muerte. Desde entonces te hemos devuelto un nombre. Y te hemos hecho real, y te hemos llamado nuestra, y hemos sufrido tu muerte, y hasta celebrado tu vida, querida Emilia. Pero estábamos en una carretera sin mapas y no sabíamos adónde ir ni lo que teníamos que hacer.

Este bello texto es la expresión de un padre entregado a su dolor: no necesita negar ni distorsionar la realidad, se permite expresar su sufrimiento y, al hacerlo, puede otorgarle significado. Abordar la necesidad de conexión e integración implica la progresiva desaparición de las estrategias que propiciaban el cortocircuito del sistema emocional del procesamiento de la información (estrategias de evitación con máxima distorsión-inhibición) y la gradual emergencia de estilos que promueven una asignación más realista, menos alterada, acerca de las implicaciones que la muerte tiene en la vida del doliente (estrategias de conexión con mínima distorsión-inhibición) (véase cap. 2, apartado 2.2.: Categorización multidimensional de los afrontamientos en el duelo). Como muy bien expresa la carta del padre de Emilia, *esta conexión desde el dolor permite la reexperimentación de la relación y, con ella, su revisión, otorgándole una asignación emocional-cognitiva que permita su elaboración*.

De alguna manera, la conexión-integración tiene que ver con la capacidad progresiva del doliente para estar en intimidad consigo mismo, con los aspectos de la relación perdida hasta ahora negados o rechazados, así como con su capacidad para estar también en intimidad con

los que lo rodean y con la realidad de la ausencia. Para ello, como bien ejemplifica el padre de Emilia, *la persona deberá enfrentarse y rendirse a su propia vulnerabilidad y ser capaz de ponerle palabras, de expresarla*.

Los estilos de afrontamiento que predominan en este momento del duelo son *estrategias de conexión*, cuya función es fomentar una resolución más adaptativa: el contacto con la experiencia de la pérdida, ya sean las circunstancias del evento o los distintos aspectos de la relación, es esencial, pues en su examen podrán dilucidarse los elementos necesarios para la asignación ajustada de significados, realizada desde un proceso integrado de emoción-cognición, y, por tanto, el nuevo esquema resultante surgirá en función de elementos reales no distorsionados.

*La función de estos esfuerzos de afrontamiento es relacionar la pérdida actual con otras del pasado, identificar pérdidas secundarias y atender las tareas de duelo relativas a los asuntos inconclusos, el espejo roto o el futuro no vivido.* Con este material, el doliente va elaborando progresivamente una nueva narración de su vivencia de duelo, en la que incorpora las lecciones que ha aprendido y que tienen un sentido aceptable. Todo ello es el resultado esperado de este trabajo de duelo. Para que esta integración se produzca es necesaria una cierta reorganización de los esquemas personales. Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun afirman que el crecimiento después de una experiencia traumática sólo puede darse si los esquemas son sacudidos (Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004b, 2006), y *la tarea de conexión e integración es un reflejo de esta sacudida cuyo motor de cambio son los afectos* (véanse el cap. 1, apartado 1.1.: Modelos conceptuales sobre la relación y el desarrollo, *Creencias nucleares y reconstrucción de significados*, el cap. 2, apartado 2.1.: Trauma y memoria: psicobiología del proceso emocional, *El sistema nervioso central y el procesamiento de experiencias traumáticas* y la figura 2.2).

Las estrategias de afrontamiento típicas de esta etapa pasan necesariamente por la conexión con los aspectos de la relación perdida; por tanto, están asociados, al menos en un primer momento, a expresiones de dolor y emoción natural. Aunque el esfuerzo en principio sea más cognitivo (recordar anécdotas) o conductual (visitar sitios significativos), el resultado siempre debe pasar por sentir el impacto emocional. Esta profunda experiencia emocional que las estrategias de conexión proveen es la responsable de la sacudida de los cimientos del edificio de esquemas que va a facilitar las condiciones apropiadas para que se produzca la reorganización que da lugar a la posible transformación de parte de la identidad. La idea de que hay un dolor inherente en el proceso de trauma es defendida por muchos autores (Herman, 2004; Tedeschi y Calhoun, 1995). La perspectiva de procesamiento neurológico (descrita en el capítulo 2) nos proporciona un contexto en el que se comprende mejor cómo se da esta sacudida y la posterior reorganización.

*La expresión de estas emociones primarias* es la respuesta más importante de afrontamiento en esta etapa. Muchos autores señalan la importancia de la expresión de afectos (Safran y Greenberg, 1991; Greenberg y Korman, 1993). En el duelo, *la experiencia plena en el «aquí y ahora» de afectos tales como el llanto, el dolor, la pena, la tristeza, la nostalgia e incluso el enfado o la desesperación permite la conexión e integración entre el pasado y el presente, y su expresión fenomenológica abre la puerta a la posible reestructuración.* El

dolor del duelo entendido como emoción o afecto tiene el papel especial de activar el sistema neurológico y sacudir las memorias implícitas de todos esos recuerdos; a partir de ahí la persona puede otorgar a su experiencia de pérdida la significación emocional necesaria para la reorganización de los nuevos esquemas de transformación.

La tristeza es la emoción más común en esta etapa: una forma de expresar el dolor causado por la ausencia que suele manifestarse en forma de llanto o de suspiros. Llorar es una reacción natural que produce alivio. Según William Frey, las lágrimas que liberamos en momentos de emoción (no las que soltamos al cortar una cebolla o cuando se nos mete algo en el ojo) activan las hormonas responsables del estrés, como la ACTH o la prolactina. Al llorar se produce un alivio de estos componentes cuya producción se dispara en los momentos de tensión emotiva intensa. El llanto es, pues, un proceso fisiológico que produce una mejoría en la presión sanguínea, reduce el nivel de estrés y propicia la relajación muscular con un efecto sedante (Frey, 1985). En el duelo, el llanto además facilita la elaboración de recuerdos dolorosos del pasado y, al actualizarlos, la persona puede expresar la tristeza que en su día no expresó, posiblemente liberando el exceso de estrés asociado a ese momento. Mostrarse afligido es además una herramienta de intercomunicación: la manera natural de pedir ayuda, de expresar la necesidad de contacto en momentos difíciles y de manifestar compasión y solidaridad. Más que una muestra de fragilidad, es una señal de afecto y compasión. Aunque estemos llorando solos, nos estamos comunicando: siempre lloramos pensando en alguien y el llanto es una forma de expresar el deseo de ser oídos y escuchados y la esperanza de un contacto restaurador en la relación.

Hoy Vicky nos trajo el vídeo donde aparecía la entrevista que le hicieron a su hijo en televisión poco antes de morir. Era la primera vez que la veía desde su muerte. Al aparecer las primeras imágenes, Vicky se derrumbó entre sollozos en nuestros brazos: «¿Quieres que lo pare?». «No, no, quiero verlo... Necesito verlo todo... Pobre hijo mío». Lloró amargamente hasta el final, después siguió compartiendo su dolor y llorando desconsoladamente con nosotros, al tiempo que hablaba de las excelencias de su hijo, de todo lo que echaba de menos en él y del mechón de pelo que nunca pudo conservar porque no le permitieron ver el cuerpo. Escuchamos en silencio atentamente hasta que acabó. Entonces, después de secarse las lágrimas, nos dio las gracias y nos abrazó.

Todas las actividades, gestos, pensamientos que el doliente realiza para aproximarse a la vivencia de pérdida de su ser querido constituyen respuestas típicas de tarea de conexión-integración: *visitar los sitios significativos, ir al cementerio, mirar fotografías...* A pesar del dolor, en estas actividades aparece la posibilidad de un alivio en su expresión: son estrategias productivas en el sentido de que el doliente las utiliza para revivir emocionalmente aspectos concretos de la relación perdida, lo que le permite conectar gradualmente con distintos significados e integrarlos. Ante la lápida en el cementerio, el viudo puede permitirse expresar su añoranza, su afecto o su culpa. El padre de Emilia escribe esa carta a su hija pidiendo perdón. Jaime, el padre de Alicia, una niña de 5 años fallecida en un accidente de tráfico, decide construir una escultura en el lugar de su muerte: esa actividad lo ayuda a entrar en contacto con sus sentimientos y a la vez a expresarlos en ese gesto creativo que podrá compartir con los demás.

Mientras voy martilleando la madera y la piedra siento que hago algo por ella, es una manera de liberarme del dolor, y mis lágrimas humedecen lo que hago; acabo cansado pero aliviado. Me concentro y me olvido del tiempo que pasa, es como si hiciera algo sagrado.

JAIME

Este trabajo permite la progresiva activación de representaciones internas de la vinculación con el ser querido, con lo cual se establece una proximidad simbólica con la persona fallecida que, aunque en un primer momento produce aflicción, tendrá un efecto de mitigación y calma a medida que se haga más presente. Es lo que William Worden denomina *recolocar a la persona fallecida* (Worden, 1997).

Voy al cementerio cada semana y le arreglo la lápida. Me gusta mucho hacerlo, a ella le gusta que le lleve flores. Le hablo y siento que me contesta. Le cuento cómo estoy, las cosas que hago y cuánto la echo de menos. A veces lloro, pero no siempre. A veces puedo sonreír. Cuando muera quiero que me entierren con ella.

MILAGROS

Las *actividades o rituales transicionales* son todas aquellas tareas que ayudan a que el doliente siga en conexión con el ser fallecido. Son gestos, actos o conductas que manifiestan un compromiso con la persona fallecida: visitar el cementerio y limpiar y arreglar la lápida, pasear por el lugar donde sucedió la muerte, decorar con flores o con alguna escultura ese espacio, planificar una pequeña ceremonia familiar para el día del aniversario. Todo ello es una muestra del deseo de seguir cuidando o seguir preocupándose por el otro y, como expresa Denis Klass en su trabajo sobre el «duelo y los vínculos que perduran», una manifestación de cómo la experiencia de estar en relación se mantiene en el tiempo (Klass y Walter, 2001). Los rituales típicos de conexión con el dolor pueden ir desde simples gestos cotidianos que la familia hace en el domicilio, como mantener una pequeña vela encendida al lado de la fotografía del ser querido, o atesorar objetos de recuerdo como la ropa, un anillo o un mechón de pelo, hasta comprometerse a realizar un viaje al país lejano donde tuvo lugar el accidente para visitar los lugares donde el fallecido vivió sus últimos días. *Visitar los lugares* facilita la expresión de emociones que acompaña a los recuerdos, y esa integración de emoción-cognición permite al doliente encontrar nuevos significados a su experiencia.

## **DETENCIÓN EN LA ETAPA DE CONEXIÓN E INTEGRACIÓN: DUELO CRÓNICO**

Aurora perdió a su marido, con el que mantenía una relación muy dependiente. Lo conoció cuando ella tenía 16 años y se casaron dos años después. Vivían en el mismo edificio que los padres de ella. Él se ocupaba de todo y tomaba todas las decisiones: ella no conducía, nunca trabajó ni tuvo que preocuparse por los temas económicos. Aurora se muestra permanentemente afligida, sobrepasada por la tristeza. Tiene muchas dificultades en el restablecimiento de su funcionamiento diario. No puede hacer nada por sí misma, ha dejado de cocinar y de cuidar de la casa. Está muy ansiosa. Piensa constantemente en su marido a pesar de que han pasado tres años desde su fallecimiento. Ahora lleva dos años asistiendo a un grupo de apoyo emocional. Todos los miembros que empezaron con ella han dejado ya el grupo. Se pasa las sesiones lamentándose de su incapacidad de vivir la vida sin él, y no escucha ni conecta

con los demás. Repite siempre las mismas cosas y con un tono quejumbroso. No puede imaginar un futuro distinto para ella. Ana, una participante del grupo, cansada de sus continuas quejas, la confronta: «Si hubiera una tienda donde te vendieran la recuperación, ¿irías a comprarla?». Aurora responde que no entiende la pregunta y cuando se le aclara, después de un corto silencio, responde: «No».

Con el tiempo se espera que las personas puedan empezar a recordar sin tantos sentimientos de dolor y que gradualmente sean capaces de regresar al nivel de funcionamiento anterior al duelo. De los que no consiguen recuperarse después de un tiempo *apropiado* se dice que presentan un *duelo crónico* (Jacobs, 1993). El duelo crónico es una forma de complicación que se caracteriza por la presencia de síntomas intensos que perduran en el tiempo y por la ausencia de progreso aparente en la adaptación a la pérdida. Según el modelo de proceso dual, los individuos con duelo crónico están focalizados en estilos de afrontamientos orientados a la pérdida y con poca oscilación hacia la restauración y en los cuales la intensidad del duelo no remite con el tiempo (Stroebe y Schut, 1999; Stroebe y otros, 2005).

Los afrontamientos de conexión que normalmente tienen un efecto regulador del procesamiento, es decir, que permiten la correcta asignación emocional y cognitiva a los aspectos de la relación perdida, aquí se convierten en resultados rígidos y fijos, fracasando en su función procesual. En el duelo crónico, la vinculación con el ser querido es mantenida viva y la persona está permanentemente conectada con el pasado. Las emociones se convierten en estados emocionales como la tristeza crónica, la autocompasión, el victimismo (véase cap. 2, apartado 2.3.: Emociones como defensas improductivas).

La detención en conexión e integración indica una dificultad para dejar ir, perder, olvidar o soltar a la persona perdida. Hay una ambivalencia en el deseo de recuperación (como expresa Ana, la participante del grupo) que deberá ser explorada. Quizá no se haya realizado alguna tarea, o haya quedado insatisfecha una necesidad. O quizás la persona en duelo encuentra en el sufrimiento una confirmación a su guión de vida. En un duelo crónico, si la persona lo pasa bien en algunos momentos, después lo niega, como si hubiera una dificultad para conectar con el ser querido fuera del dolor y del sufrimiento.

Idealizar se transforma en una huida de la realidad, y la rumiación se convierte en un proceso no productivo que mantiene al doliente en la periferia de su propio dolor. Las estrategias conductuales de conexión se han convertido en hábitos rígidos inflexibles: ir al cementerio, besar la foto o hablar con las cenizas han perdido esa función resolutoria que permitía al doliente elaborar emocional y cognitivamente la relación, para convertirse en conductas mecanizadas. La soledad, en vez de ser una oportunidad de introspección, se transforma en un aislamiento improductivo, y el enfado en un estado generalizado de irritabilidad u hostilidad que se desplaza hacia los demás o hacia uno mismo, afectando a las relaciones.

El duelo crónico, como ejemplifica el caso de Aurora, acaba dando como resultado creencias negativas acerca de uno mismo, de la vida y del futuro. Estas creencias obstaculizan el procesamiento psicológico adecuado y aumentan la tendencia a quedarse conectado con la pérdida y con la añoranza por el confort y el sentido que proporcionaba la figura del fallecido. La persona en duelo crónico se siente vacía en la vida e incapaz de ilusionarse por nada, no ve

ningún futuro con sentido y se siente insegura o inútil. Suele exagerar sus propias reacciones y se percibe a sí misma como incapaz y desesperanzada. Es como si una parte de ella hubiera muerto con su ser querido. A menudo se ve invadida por una tristeza constante y no puede anticipar nunca un final a este estado, todo ello acompañado de un deterioro importante en la vida relacional y en el funcionamiento diario.

## **VARIABLES DE RIESGO**

Además de todos los factores descritos en las etapas anteriores, las variables que de manera más específica pueden condicionar la fijación de estrategias de confrontación son las siguientes:

### *Factores de personalidad: vulnerabilidad prepérdida*

Hay dos variables referentes a la personalidad y a la historia de vida del doliente que pueden favorecer la instalación crónica de defensas de conexión. Las personas que han sufrido pérdidas anteriores que no han sido elaboradas van a presentar más dificultades debido a la reactivación que se produce con cada nuevo acontecimiento traumático. Si el doliente ha sufrido alguna muerte importante en su infancia, como la de uno de los padres, y ésta no ha sido resuelta, se incrementa la vulnerabilidad asociada a muertes posteriores y, por tanto, el impacto va a ser mayor (Luecken, 2008).

El estilo de apego desarrollado en la infancia es la segunda variable intrapsíquica que puede determinar un duelo crónico: las personalidades con estilos de vinculación insegura van a desarrollar estructuras de guión de vida tipo víctima, y para ellas el duelo va a ser una confirmación más de su manera de estar en la vida. Las ganancias secundarias del rol de víctima, como en el caso de Aurora (véase cap. 3, apartado 3.3.: Respuestas de afrontamiento), pueden ser demasiado valiosas como para dejarlas ir en una situación de duelo (Raphael y otros, 2001). Varios autores han señalado que las personas con sistemas de apego inseguro-ansioso, que muestran intensos episodios de ansiedad de separación durante la infancia, suelen establecer relaciones de pareja de excesiva dependencia; además tienen una visión muy negativa de sí mismas, se consideran poco autónomas y confiables y suelen vivir un duelo crónico cuando las pierden (Stroebe y Schut, 2001a; Stroebe y otros, 2005; Mikulincer y Shaver, 2008). El duelo crónico en estas personas se caracteriza por las respuestas de dependencia de los demás y de control como una forma de protección y de alivio; viven la muerte de su ser querido como una amenaza y responden manteniéndose en constante atención y vigilantes respecto a la conexión con la relación perdida.

### *Factores circunstanciales*

Todas las muertes desautorizadas son susceptibles de riesgo de duelo complicado (Rando, 1993, véase cap. 1, apartado 1.2.: Trauma acumulativo y duelos desautorizados). Las circunstancias particulares que rodean a este tipo de pérdidas, que no pueden ser socialmente reconocidas, intensifican las reacciones emocionales de enfado, culpa e impotencia (Doka,

1989-2008). El doliente puede verse privado de participar en los funerales o del cuidado de la persona durante su enfermedad. Muy a menudo es excluido de la posibilidad de apoyo social, con lo que debe vivir su dolor en privado, como es el caso, por ejemplo, de un aborto o de la pérdida de un amante (Raphael, 1993).

En los casos de muertes desautorizadas es muy difícil que el doliente pueda encontrar un sentido a lo sucedido. En mi experiencia acompañando a personas en duelo por suicidio, el superviviente se ve envuelto en sentimientos de culpa e incredulidad, y encontrar respuestas se convierte en un camino sin salida: «¿Cómo no me avisó? ¿Por qué no pensó en mí en ese momento? ¿Qué hicimos mal?». Tanto da si las personas fallecidas dejaron una nota de despedida, experimentaban una depresión, tenían problemas de pareja o económicos o si se trata de un suicidio inexplicable. La búsqueda es siempre inútil, no hay resultado que pueda satisfacer ese anhelo de comprensión de lo sucedido, y las personas siguen en contacto perpetuo con su dolor sintiendo que no hay posibilidad de resolución.

Muchos autores hablan de cómo las muertes súbitas, no anticipadas y a destiempo son susceptibles de duelo complicado prolongado (Parkes y Weiss, 1983; Raphael, 1993). En las muertes a destiempo, la culpa del superviviente es un obstáculo para la progresión del duelo: «¿Cómo puedo yo vivir si él no puede? Soy yo quien tendría que haber muerto», se lamentan muchos padres y abuelos. Que la persona que fallece sea un hijo o un nieto favorece la posibilidad de un duelo crónico. Sentirse responsable por haber fallado al hijo, por no haber podido salvarlo, o sentirse culpable cuando los síntomas de dolor se mitigan y empiezan a experimentarse buenos momentos —«cuando río me echo para atrás y pienso: ¿cómo puedo sentirme bien si él no está?»—, negarse la posibilidad de recuperación en estas muertes a destiempo como forma de expresar al mundo la culpa por el fracaso en la protección, creer que desconectar o hacer otras cosas, como actividades recreativas, significa haber olvidado o abandonado al niño pueden ser explicaciones de por qué los síntomas de malestar persisten en el tiempo, así como de las dificultades para iniciar el camino hacia la recuperación con actividades de restauración.

### *Factores interpersonales*

Si la relación con la persona fallecida era ambivalente, si hubo experiencias de maltrato, negligencia o abusos físicos o emocionales, si muchos aspectos de la relación conflictiva no pudieron ser resueltos, la culpa, el resentimiento y la confusión van a afectar a la evolución del duelo. En relaciones que han sido difíciles y tortuosas, con tiempos de enfado y disputas y tiempos de paz, la persona en duelo puede sentir una combinación de alivio y autorreproche y culpa. Aunque los estudios realizados en estos últimos años no apoyan esta hipótesis, las relaciones ambivalentes tradicionalmente han sido consideradas como de riesgo para el ajuste del duelo (Lindemann, 1944; Parkes y Weiss, 1983; Raphael, 1993; Horowitz y otros, 1993b). Cuando la relación entre el fallecido y el doliente ha sido conflictiva, dicen estos autores, para poder atravesar el dolor la persona debe primero enfrentarse a sus sentimientos de culpa y enfado. A veces, una manera de negar o disociar las partes difíciles es la idealización,

favorecida por la presión externa: personas del entorno familiar y amigos que en un intento de consolar a la persona en duelo sólo enfatizan los aspectos positivos, cuando en realidad lo que experimenta el doliente, si la relación ha sido conflictiva, es alivio.

En mi experiencia clínica de estos años he tratado pocos casos de duelo complicado crónico por relaciones ambivalentes, pero sí muchos por relaciones de dependencia. Autores como Colin Murray Parkes y Beverly Raphael señalan que en personalidades con estilo de vinculación insegura, que suelen establecer relaciones de excesiva dependencia, la ruptura del vínculo afectivo va a favorecer la aparición de duelo complicado tipo duelo crónico (Parkes y Weiss, 1983; Raphael, 1993). En estos casos, como el de Lidia, el abatimiento, la soledad y los recuerdos se prolongan en el tiempo sin llegar a mitigarse.

Lidia acude a la unidad después de la muerte de su madre, con la que tenía una marcada relación de dependencia. Cuando su madre enfermó, se fue a vivir con ella y su marido. Al cabo de poco tiempo de convivencia, su marido empezó a lamentarse de que por su culpa no tenían vida de pareja. Cuando la animaba a que salieran juntos, la madre se interponía entre ellos: «Déjalo que salga solo, estaremos mucho mejor sin él». Lidia accedía para complacerla y empezó a desatender las necesidades afectivas de su marido. Él empezó a salir solo ante las constantes negativas de ella a acompañarlo. Al cabo de un tiempo inició una nueva relación y la abandonó. Lidia cuidó de su madre hasta que falleció unos años después. Ahora está muy deprimida, no sabe vivir sin ella y no sabe qué hacer con su vida.

Muy a menudo las personas con duelos crónicos han tenido una historia previa de relaciones marcadamente dependientes con sus padres y sus parejas. Al perder esa fuente de dependencia que las sostenía, las personas experimentan un cambio en su autoimagen, se consideran incapaces y se sienten débiles y abandonadas (Horowitz y otros, 1980). La importancia de los estilos de apego inseguro-dependiente en las relaciones maritales y el duelo prolongado ha sido confirmada en varios estudios (Van Doorn y otros, 1998). Mikulincer y Shaver (2008) describen cómo las personalidades con estilos de apego inseguro-ansioso establecen relaciones en las que están constantemente preocupadas por la disponibilidad y respuesta de la figura de referencia, con mucha necesidad de expresiones de afecto y, por tanto, con constantes demandas de cercanía, siendo susceptibles a los celos y a la aflicción cuando la figura no está disponible. Cuando pierden a su ser querido experimentan ansiedad alta, enfado, pena y mucha añoranza: les cuesta aceptar la realidad y tienen dificultad para establecer nuevas relaciones. Cuando el superviviente era totalmente dependiente de la persona fallecida, como Lidia con su madre, y no es capaz de encontrar sentido a su vida ni a vivir sin su presencia, va a responder con un duelo crónico.

Se ha demostrado que la capacidad de la red social para proveer un espacio de expresión a los síntomas de duelo es un factor protector que facilita la evolución del duelo a lo largo de todo el proceso (Raphael y otros, 2001). En tareas de conexión e integración, contar con apoyo efectivo y con la confianza de los allegados es un factor crucial para facilitar la expresión de narrativas que contribuyan a la construcción de nuevos significados sobre lo sucedido o sobre el sentido de la relación. Por otra parte, el apoyo social es útil en la medida en que propicia la posibilidad de expresión de afecto: cuanto mayor sea el número de personas de apoyo, más posibilidades hay de que el doliente disponga de personas de confianza a quienes poder hablar de sus sentimientos y pensamientos más íntimos. Hay estudios que

demuestran como, en padres que han perdido a un hijo, el disponer de personas a quienes contar su pérdida, aun cuando ello sea una experiencia dolorosa, tiene un efecto beneficioso sobre su estado de ánimo medido a los 18 meses (Nolen-Hoeksema y Larson, 1999).

Pero, a medida que pasa el tiempo, y especialmente en estas etapas avanzadas, las personas de apoyo se cansan de escuchar y de no ver progresos suficientemente rápidos en el doliente. Hay varias razones que explican la dificultad del entorno a la hora de ofrecer apoyo continuado: cansancio en el tiempo, conflicto de intereses, «tu duelo hace que no estés disponible para mí». Esto se hace evidente, por ejemplo, en lo difícil que resulta a muchos hombres sostener a sus parejas a lo largo del tiempo cuando éstas han perdido a un hermano, por ejemplo, o a uno de los progenitores. En otros casos son las mismas personas de apoyo las que pueden estar también afectadas, directa o indirectamente, por la pérdida, y por ello pueden tener dificultades para dar apoyo a la persona en su proceso de duelo. Por ejemplo, los hijos adolescentes de una viuda van a tener dificultades para escuchar y aceptar sus expresiones de dolor si eso compromete la satisfacción de sus necesidades de atención.

Casos especiales en los que el fracaso del apoyo social genera un trauma acumulativo son las pérdidas desautorizadas u ocultas como la muerte por suicidio, donde la incapacidad del entorno para dar respuestas adecuadas va a favorecer el desarrollo de un duelo crónico.

Miriam perdió a su pareja por suicidio. Llevaban saliendo diez años, pero no estaban casados ni vivían juntos. Su familia minimiza el valor de la relación alegando que no eran matrimonio. El entorno pone en cuestión también la relación a causa del suicidio. Miriam explica: «¿Cómo puedo centrarme en mi dolor cuando todo mi entorno me invalida? Tengo que estar constantemente defendiéndome y discutiendo con mi familia y mis amigos para que me entiendan y me den apoyo. No quieren escucharme, dicen que debo olvidar y seguir con mi vida».

Otros ejemplos son las pérdidas perinatales, las relaciones no reconocidas, las muertes por enfermedad mental, alcoholismo, sobredosis u otras muertes que el entorno invalida (Doka, 2008). ¿Cómo dar significación a una pérdida si todo el mundo la niega? Estas pérdidas, como en el caso de Miriam, generan incomprendición en el entorno cercano, propiciando la posibilidad de cronificación del duelo.

#### *Descripción general*

- Prevalencia de mecanismos orientados a la conexión con la vinculación perdida
- Mayor tolerancia al dolor

#### *Función adaptativa: necesidades y tareas*

- Generar representaciones internas simbólicas de la persona fallecida
- Mantener el vínculo vivo y reexperimentar la relación
- Elaborar la dimensión relacional
- Dar significación emocional y cognitiva: completar la relación y reparar los asuntos inconclusos
- Expresar emociones naturales y vulnerabilidad

- Estar en intimidad con la relación perdida, con uno mismo y con los demás

*Respuestas de afrontamiento*

- Afrontamientos de confrontación o conexión
- Expresión emocional y cognitiva integrada
- Prevalencia de estrategias de asignación de significado emocional con mínima distorsión

Respuestas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Reminiscencia</li> <li>— Rumiantes productivas</li> <li>— Introspección</li> </ul>
Respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Tristeza, añoranza</li> <li>— Gratitud y amor</li> <li>— Perdón y reconciliación</li> </ul>
Respuestas conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Rituales de recuerdo</li> <li>— Actividades transicionales de conexión</li> </ul>

*Detención de duelo complicado: duelo crónico*

- Ambivalencia ante el deseo de recuperación
- Predominancia de mecanismos de conexión rígidos y persistentes
- Incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida del trabajo y de relaciones
- Depresión, tristeza crónica, ansiedad
- Enfermedades físicas y somatizaciones

*Factores de riesgo (además de los descritos en las etapas anteriores)*

<i>Circunstanciales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pérdidas múltiples</li> <li>— Muertes desautorizadas: suicidio, muerte perinatal</li> <li>— Pérdidas secundarias o concurrentes</li> <li>— Muertes a destiempo</li> </ul>
<i>Intrapsíquicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Personalidad previa del doliente con estilos de afrontamiento tipo víctima</li> <li>— Estilo de vinculación insegura-dependiente</li> <li>— Esquemas mentales inmaduros</li> </ul>
<i>Interpersonales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Trauma acumulativo por falta de apoyo</li> <li>— Relaciones conflictivas o ambivalentes</li> <li>— Relaciones dependientes</li> <li>— Relaciones desautorizadas</li> </ul>

FIGURA 3.4. Cuadro resumen: conexión-integración, elaborar los aspectos relacionales.

### 3.4. Crecimiento y transformación: experimentar la integración y los cambios

Jenica:

En vez de brazos que suspiran por acunarte, me has dado brazos para acercarme a otros padres que han perdido a un hijo. En vez de ojos llenos de pena por no poderte ver crecer más, me has dado ojos que pueden admirar la belleza de cada nuevo día. En vez de oídos que añoran escuchar las palabras «te quiero, papi», me has dado oídos para escuchar a otros que tienen el corazón roto. En vez de labios que quisieran besar tus lágrimas, me has dado labios que me han enseñado a decir: «Entiendo tu dolor, yo he estado donde estás tú ahora».

En vez de un alma sin dirección ni propósito, me has dado la esperanza de que ciertamente hay un lugar eterno donde todos nos reencontraremos algún día.

En vez de ser un padre que se toma la vida a la ligera, has dado a tus hermanos y hermanas un padre que aprecia cada momento del día.

En vez de un corazón destrozado por el dolor, me has dado un corazón que se abre a los demás.

En vez de una mente llena de resentimiento, autocompasión y rabia, me has dado una mente que entiende el regalo precioso que es la vida.

Te quiero dar las gracias, ángel mío, por todos estos presentes que me has dado. Intentaré hacer lo mejor para vivir mi vida de manera que te haga sentir orgullosa de mí tanto como yo lo estoy de ti.

Espero que continúes compartiendo conmigo estos regalos, pues ahora sí que estoy dispuesto a aceptarlos y comprenderlos.

En el día de tu cumpleaños

TUPAPI

Pese a que la experiencia de perder a un ser querido puede ser devastadora, hay personas que manifiestan, como el padre de Jenica, que han aprendido a partir de la vivencia de su duelo: que algo en sus vidas ha cambiado, que ellos mismos se encuentran más sensibles, más comprometidos, en definitiva, se sienten más humanos. Eso no significa que no lamenten lo ocurrido; pero, habiendo ocurrido, algunos manifiestan haber experimentado algún tipo de transformación importante en sus vidas. Autores como Nancy Hogan y Lee Schmidt defienden el duelo como proceso de crecimiento personal y describen cómo la resolución no es volver al nivel de funcionamiento anterior, sino «a un estado distinto donde la pérdida esté integrada y los cambios aceptados» (Hogan y Schmidt, 2002). El padre de Jenica es una persona distinta, y su vida rota se ha convertido en una oportunidad para hacer una transformación personal. Como expresa también Cecily Sanders (1989): «Una parte del antiguo yo muere con la vida pasada y simultáneamente aparece un renacimiento a una nueva vida».

Hay un consenso en la literatura sobre que el objetivo en el duelo no es la simple recuperación, ni el alivio de la sintomatología. Autores como Therese Rando y William Worden consideran que la última etapa del duelo consiste en una acomodación expresada como *aprender a vivir sin el fallecido y ajustarse a la nueva vida o recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo* (Rando, 1993; Worden, 1997). Otros, como Dennis Klass, hablan de la importancia de seguir en la relación mediante unos lazos que

el doliente mantiene vivos con su ser querido (Klass y otros, 1996). Pero la tarea de crecimiento y transformación como punto final del duelo emerge como un ir más allá de la simple integración o adaptación. Nos quedaríamos muy cortos si describiéramos los cambios que expresa el padre de Jenica como un mero «adaptarse» o «recolocar emocionalmente a su hija fallecida». Lo que él expresa no sólo indica que es capaz de mantener la vinculación con su hija actualizada, *sino que está extrayendo de forma continua nuevos frutos de esa relación*.

Recientemente se han empezado a describir y estudiar estos cambios. El concepto de crecimiento postraumático (CPT) ha sido definido por Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun (2004, 2006) (véanse el cap. 1, apartado 1.3.: Modelos específicos de duelo, *Crecimiento postraumático*, y el capítulo 2, apartado 2.2.: El proceso de afrontamiento de la experiencia de duelo, *El final del duelo*) como aquellos aspectos positivos que se desarrollan a partir de una experiencia de crisis o trauma. Esta teoría, aunque no específicamente descrita para situaciones de duelo, nos aporta la clave de cuál debe ser el punto final del duelo. Experimentar cambios en la escala de valores, en la percepción sobre uno mismo, sobre los demás o sobre la vida son algunos de los ejemplos de transformaciones positivas que las personas describen en esta última etapa de crecimiento y transformación. Según sus propias palabras, algunos sienten que *están más presentes en la vida*, o que *son más amorosos, o más generosos, o más sensibles y compasivos hacia el sufrimiento ajeno*. A pesar de la adversidad de lo acontecido, la persona en duelo experimenta la convicción de que se ha convertido en alguien mejor de lo que era antes del suceso: a través del trabajo realizado ha encontrado un nuevo sentido a la vida, caracterizada ahora por una mayor conciencia, plenitud y compromiso con uno mismo, con la vida y con los demás.

En el estudio realizado por Hansjörg Znog (2006) sobre una muestra de padres en duelo, algunos relatan que, pese a estar aún sacudidos y con síntomas de dolor, sus vidas han experimentado un giro inexplicable, ya que piensan y actúan de manera diferente. La sintomatología puede estar todavía algo activada y, sin embargo, están teniendo lugar tareas de crecimiento y transformación personal. En la misma línea, Nancy Hogan y Lee Schmidt (2002) concluyen en su estudio, realizado también con una muestra de padres, que no es posible volver a la normalidad después de la muerte de un hijo y, por tanto, argumentan que sus conclusiones contradicen la teoría de Freud sobre el *trabajo de duelo* en lo que respecta a ese *volver a la normalidad* y a la *decataxis* o desvinculación como conclusión del proceso (Freud, 1948-1953).

Si el crecimiento es el resultado final del duelo, entonces éste puede definirse como el proceso de integración del impacto recibido por la muerte de un ser querido, que se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje cuyo resultado final es la transformación de la propia identidad. Hay una sintomatología o dolor necesarios en el duelo, y desapegarse, soltar lazos o despedirse no es necesariamente el punto final, aunque como procesos pueden contribuir a ello.

## **FUNCIÓN ADAPTATIVA: NECESIDADES Y TAREAS**

En vez de estar destrozada, lo que experimentaba era plenitud. Él estaba en mi corazón y yo sentía que lo podía tener ahí durante toda mi vida: podría tenerlo como compañero para siempre. Ya no estaría sola nunca más. No puedo entender cómo ha sucedido ni por qué, pero como creyente lo acepto como un regalo de Dios. Siento que el alma de John se ha expandido en el mundo con una libertad total, como el viento, el mar, las montañas, las flores, y que a la vez ha tomado forma dentro de mi corazón.

URSULA BOWLBY, *Reacciones ante la muerte de mi marido* (1991)

La última etapa del duelo es de transformación profunda: el doliente puede experimentar aún algo de dolor, pero ya no como algo que debe evitar, sino como una oportunidad de renovación personal. Emerge la elección profunda del deseo de vivir la vida, con un compromiso de explorar su sentido sin el ser querido. La tarea de crecimiento y transformación incluye el trabajo de integrar la experiencia de pérdida de manera que pase a formar parte de la historia personal del doliente y tenga sus implicaciones en el presente y en el futuro. Esta necesidad le permite experimentar ese *ir más allá* de su estado anterior y convertir el duelo en una oportunidad de cambio.

*Extraer los frutos de la relación perdida y aplicarlos en la vida presente y futura es una de las tareas de esta última etapa.* La pérdida puede ser un acicate continuo para la promoción de estos cambios, y una manera de mantener vivo su recuerdo es que éste sea un motivo de continua renovación personal. Para ello es necesario seguir en la vinculación manteniendo representaciones internas del ser querido reorganizadas de manera que pueda seguir siendo una fuente simbólica de seguridad y amor. Esta reorganización interna, que se ha realizado mediante las tareas de conexión-integración y los mecanismos de conexión descritos en la etapa anterior, *va a suscitar unos cambios en la vida de la persona que deben explicitarse en la etapa de integración y transformación*: de alguna manera, esta etapa puede o debe durar toda la vida, lo que encaja con la conclusión de numerosos estudios realizados de que *el duelo no se cierra nunca* (Rando, 1993; Miller y Omarzu, 1998). El padre de Jenica puede seguir aprendiendo lecciones a partir de la experiencia de la muerte de su hija. La etapa de transformación emerge como una conclusión del trabajo realizado que acaba con una mejora de las relaciones y con la capacidad de estar disponible para la intimidad con uno mismo, con los demás y con la vida.

Estos cambios se reflejan en la apertura de tres dimensiones distintas.

#### *Apertura del nivel de contacto intrapsíquico: cambios en la percepción de uno mismo*

La mayoría de las personas manifiestan haber experimentado cambios personales profundos en esta etapa. Ira Nerken nos habla de los cambios percibidos en el sentido del *self*: sentirse más consciente de uno mismo, más fuerte, más conocedor de sí y con más capacidades (Nerken, 1993). Muchos expresan que a raíz de la muerte y el proceso de duelo han aprendido a cuidarse más y a valorar más su tiempo personal; algunos dicen tener mejor autoestima.

En los grupos de apoyo emocional vemos cómo para muchas personas el duelo ha supuesto aprender un lenguaje emocional del que carecían; han aprendido a comunicarse con ellas mismas, a poner nombre a sus estados emocionales y a tolerarlos, a autodefinirse mejor;

eso las hace sentirse más fuertes y preparadas para la vida. En definitiva, expresan que se sienten más capaces de estar presentes en la vida, de afrontar la soledad y de mostrarse más abiertas a los demás. Gradualmente pueden mirar el porvenir con optimismo y confianza. El reto para ellas es vivir la vida y que este *vivir sea un acto en honor del fallecido*: sin esos ingredientes, la transformación interior no ha tenido lugar. En mi experiencia, *un signo significativo de este trabajo interior en esta última etapa es la emergencia del sentimiento de esperanza e ilusión respecto al futuro*, que surge a medida que la persona en duelo es capaz de expresar y aceptar su propia vulnerabilidad.

#### *Apertura del nivel de contacto interpersonal: cambios en las relaciones con los demás*

Este aumento de la capacidad de estar en intimidad con uno mismo y expresar la vulnerabilidad suele acarrear cambios en las relaciones interpersonales. La mayoría de las personas refieren haber realizado cambios en cuanto a la priorización de ciertas relaciones. La capacidad de elegir con más conciencia y libertad es una característica del duelo resuelto: para unos es estar más disponible para nuevas relaciones, para otros es haber aprendido a estar más íntimamente con la pareja o con los hijos (Davis y otros, 1998; Lehman y otros, 1993). *A veces los oímos expresar que gracias al duelo han aprendido a «decir no» y a poner límites a las relaciones no sanas*, incluyendo la decisión de romper (o no) con la pareja o con algunas amistades insatisfactorias. La transformación conlleva decisiones que afectan a la vida relacional, laboral o familiar del doliente: algunos se transforman en agentes de cambio en la comunidad adquiriendo compromisos sociales, otros cambian su manera de estar en el trabajo o reorientan su vida laboral, otros inician nuevas relaciones personales con cambios de círculos de amigos y nuevas formas de relacionarse (Tedeschi y Calhoun, 1995). John Bowlby lo describía con otras palabras cuando señalaba que en la resolución del duelo debe darse una reorganización del estilo de vinculación, de manera que el doliente pueda transferir su base de seguridad a otras personas y relaciones sin que por ello deje de sentir que sigue vinculado a su ser querido (Bowlby, 1995).

#### *Apertura del contacto transpersonal: cambios en el sentido o la filosofía de la vida*

Colin Murray Parkes afirma que la reorganización que tiene lugar a partir del duelo implica una *transición psicosocial* en la que la identidad vieja, entendida como una manera particular del ver el mundo, debe gradualmente ser abandonada para poder reemplazarla por una nueva forma de concebir la vida (Parkes, 1988). Este concepto de cambio de filosofía de la vida está también expresado por Ronnie Janoff-Bulman cuando describe cómo la pérdida destruye las creencias fundamentales sobre la vida, que deberán ser reestructuradas incorporando el sentido de la muerte (Janoff-Bulman, 1992; véase cap. 1, apartado 1.1.: Creencias nucleares y reconstrucción de significados).

En esta última etapa del duelo, la pregunta «¿por qué ha muerto mi ser querido?» se ha transformado en «¿para qué?». La persona deja de cuestionarse por qué ha muerto su hijo, y saliendo de esa posición egocéntrica empieza a interpelarse acerca de por qué le sucede esto a tanta gente. ¿Qué sentido tiene la pérdida de un hijo? *Este camino de descentramiento lleva*

*de forma progresiva al planteamiento de las preguntas básicas existenciales y espirituales: ¿qué es la vida?, ¿qué es la muerte?, ¿qué sentido tiene el sufrimiento en el mundo? Pero este último trabajo de apertura transpersonal sólo puede realizarse si en el camino la persona ha atendido los aspectos traumáticos (aturdimiento y choque), defensivos (evitación y negación) y relacionales (conexión e integración) de su pérdida. Sólo habiendo elaborado todas esas tareas tendrá la conciencia plena de sí misma que le permitirá responder a la pregunta «¿quién soy yo en el mundo?», y con esta concienciación emergirá de forma natural la posibilidad del despertar trascendental.*

## **RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**

Pero ésta es para mí la etapa más difícil, quizás no sea la más dura, pero sí la que me pide más esfuerzo. Antes tenía todas las excusas y justificaciones para dejarme ir, «estoy en duelo», pero ahora ya no puedo decir eso: ahora debo dar un paso como persona, soy yo la que debo plantearme cómo quiero que sea mi vida. He adquirido un montón de conocimientos, no puedo ignorar ese aprendizaje, debo aplicarlo en mi vida.

MISSUS, tres años después de la muerte de su marido

Muchos autores coinciden en que una de las consecuencias del duelo es la fragmentación del edificio cognitivo en que uno está asentado: la muerte del ser querido rompe las creencias básicas o supuestos nucleares sobre la realidad (Parkes, 1971; Janoff-Bulman, 1992) y debe realizarse la recomposición de este edificio de una forma mejorada, de modo que incorpore un cierto aprendizaje a través de la experiencia traumática (Pérez-Sales y Vázquez, 2003). Lo que no está muy claro es cómo debe darse ese proceso de reestructuración interna. Stroebe y Schut (1999) afirman que es a través de procesos orientados a la restauración como se pueden realizar las tareas de desarrollar una nueva identidad y reorganizar la propia vida, aunque no describen bien cómo funcionan estas estrategias de restauración.

Así como en la etapa de conexión-integración los procesos implicados eran principalmente de conexión y, por tanto, asociados a la expresión de emociones, en el desarrollo de esta última etapa los *esfuerzos de restauración son esencialmente cognitivos*, y su función es dotar de significación y fomentar la restauración de visiones adaptativas sobre lo acontecido, sobre uno mismo, los demás y el mundo. El análisis de la nueva situación, la búsqueda de significado a lo sucedido, el planteamiento de nuevos retos y la toma de decisiones son respuestas que implican el cambio de esquemas preexistentes. Para lograr esa reconstrucción se ponen en marcha desde la cognición procesos de valoración sobre lo acontecido de una forma que dé lugar a nuevos valores, propósitos y esperanzas. La tesis que aporta este modelo de tareas-necesidades es que, para que este esfuerzo cognitivo no sea distorsionado, debe haberse dado antes el proceso emocional concerniente a la tarea de conexión-integración. Enlazando con la literatura sobre afrontamiento, estrés y aportaciones psiconeurológicas (véase cap. 2, apartado 2.1. Trauma y memoria: psicobiología del proceso emocional), *para que la construcción del nuevo esquema sea adaptativa, la asignación cognitiva debe haber estado precedida por la emocional*. Es decir, que ahora los procesos implicados son de conexión con la realidad de la pérdida; pero al haberse mitigado ya la parte

emocional gracias a la elaboración de los aspectos relacionales, la restauración tiene lugar principalmente a través de procesos cognitivos. Aunque puntualmente la persona puede verse invadida por la aflicción, es capaz de otorgar sentido a su experiencia.

A lo largo del proceso se han ido atendiendo las distintas tareas de duelo: se han elaborado los aspectos más traumáticos de la muerte, el sistema defensivo se ha disuelto, la historia de otras pérdidas del pasado está integrada, los modelos de vinculación han sido revisados y los aspectos de la relación perdida se han atendido. Con este trabajo realizado, las creencias nucleares antiguas se reestructuran y surgen otras distintas que incluyen esta nueva información, y con todo este material el doliente aprende a vivir de una forma distinta y extrae sus conclusiones en forma de esquemas mentales renovados. Como muy bien expresa Missus, el crecimiento o transformación en el duelo es la consecuencia del nuevo sentido, de haber podido asignar un significado a la experiencia vivida.

### **CUANDO EL CRECIMIENTO NO SE PRODUCE**

Para que se produzca el crecimiento personal, el duelo «debe resolverse», dice Nancy Hogan en su trabajo con padres que han perdido a un hijo (Hogan y Schmidt, 2002). Lo que no está tan claro es si podemos considerar que un duelo que no ha llegado a provocar estos cambios puede considerarse no resuelto.

En mi experiencia clínica, muchas personas en duelo dejan la terapia o los grupos de apoyo en cuanto la sintomatología remite y están a medio camino en la etapa de conexión e integración. Se sienten ya capaces de afrontar la vida, así que «¿para qué seguir?». Missus explica cómo vive este dilema y el esfuerzo que le supone este paso adicional en su duelo:

Globalmente estoy bien, soy una mujer con ganas de tirar hacia delante y con ilusión, pero tendría que añadir que a la vez me siento un poco perezosa. Dado el momento en que estoy en mi proceso de duelo, debería hacer una parada y explorar esa pereza. No sé muy bien, pero parece como si en el momento en que tenía la situación ya más o menos controlada hubiera acabado aceptando funcionar a un nivel más externo, de una forma más mecánica, que me permitió tirar hacia delante con unos mínimos aceptables. Pero creo que debería poder recuperar ese trabajo más interior, ver en qué punto se quedó y retomarlo. He llegado a la conclusión de que no puedo ignorar todo el trabajo realizado y el aprendizaje vivido. Si estoy donde estoy y soy quien soy en este momento es gracias al crecimiento personal que me ha aportado esta pérdida, y pienso que todo el esfuerzo invertido ha valido la pena y no puedo renunciar a ello. Es más, he de seguir adelante.

¿Es correcto decir que el duelo «no está resuelto o elaborado» cuando no se da este crecimiento postraumático? ¿El duelo está resuelto al concluir las tareas de conexión e integración? ¿El crecimiento y la transformación son opcionales? Missus expresa que siente que el proceso no ha acabado del todo; la sintomatología más aguda ha remitido, se han incorporado nuevos significados y ella es capaz de seguir en la vida con un mínimo de impacto, pero el hecho de que no haya cambios es, según sus palabras, «una forma de quedarse a medio camino».

Es importante señalar que, en este punto del proceso, sentir malestar o dolor no es un síntoma de duelo no resuelto, de la misma manera que estar funcionando en la vida tampoco es por sí solo un signo de duelo resuelto. Éste es el caso de las respuestas resilientes, en las que lo que se consigue como resultado es que el individuo que afronta el suceso traumático no experimente sintomatología y, por tanto, no sufra disrupciones en su vida cotidiana. Se está discutiendo actualmente si la resiliencia es o no lo mismo que el CPT. Algunos autores, como George Bonanno (2004), parecen considerarlos sinónimos. Para que tenga lugar el crecimiento postraumático no sólo debe mantenerse el nivel de funcionamiento anterior, sino que debe producirse una transformación en el sentido de mejoría, de mayor profundidad existencial (Calhoun y Tedeschi, 2004); por tanto, *si la respuesta resiliente se refiere exclusivamente a la ausencia de reacciones de estrés después del trauma, no necesariamente incluirá ese proceso de reestructuración interna.*

En la literatura sobre resiliencia se contrapone este concepto al de vulnerabilidad. Las personas resilientes son las que al experimentar crisis y traumas en su vida no muestran vulnerabilidad, pero el concepto de crecimiento postraumático, en su aplicación al duelo, implica la necesidad de una etapa de mucha vulnerabilidad, en el sentido de que la persona debe permitirse vivir el impacto emocional, tal y como describe Dolores a continuación. La persona en duelo puede decidir pedir una baja en su trabajo, estar con sintomatología depresiva y conectada con su aflicción y, a pesar de ello, está procesando su experiencia y caminando hacia una transformación profunda.

Los primeros días no podía moverme del sofá. Lloraba continuamente. Tenía sus fotografías por todos lados. Al cabo de seis meses decidí pedir una baja laboral. Tuve que convencer a mi médico de que, a pesar de necesitar la baja, no quería medicarme. Necesitaba ese tiempo para cuidarme: dormir por la mañana después de noches de insomnio, ir a terapia, escribir en mi diario, practicar un poco de deporte regularmente, tener mis espacios de meditación y cuidar de los niños. Hacer el duelo era un «trabajo a tiempo completo». A pesar de lo deprimida que me sentí, sabía que tiraría para adelante, y así fue.

DOLORES, a los dos años de la muerte de su marido

No diríamos que Dolores tiene una respuesta resiliente, y sin embargo está haciendo seguramente un buen proceso de duelo.

Describiremos dos posibles resultados no adaptativos que pueden darse como final del proceso: los cambios negativos y el crecimiento como proceso de evitación o inhibición.

Aparentemente seguimos funcionando en la vida y estamos mejor que al principio, pero estamos sin ilusión ni expectativas: nos hemos vuelto más escépticos y un poco cínicos. Tenemos una actitud pasota y nos decimos: ¿Qué más da?

JULIO y SONSOLES, cinco años después de la muerte de sus dos hijas

En el estudio descrito por Hansjörg Znoj (2006), algunos padres dijeron que estaban más amargados, que no encontraban nada bueno en la experiencia. Sin embargo, estos padres también presentaban sintomatología muy baja o nula y habían resuelto su duelo al menos a un

nivel funcional, ya que expresaban que se desempeñaban bien en la vida. Es evidente que, si los cambios no son adaptativos, el duelo no se ha resuelto. «Me he vuelto más amargada» o «soy más escéptica, más dura, estoy más encerrada en mí misma» no son nuevos esquemas mentales que incorporen el aprendizaje a partir de lo vivido como un crecimiento. Estas expresiones reflejan un duelo prolongado en el que las tareas de elaboración de los aspectos relacionales no han sido resueltas adecuadamente. William Worden afirma que el hecho de no hacer esta última tarea de duelo, a la que él denomina «recolocar al fallecido emocionalmente», tiene que ver con «no amar» (Worden, 1997).

Oiga, ¿verdad que nada nos va a devolver a nuestra hija? Pues ya han pasado dos años, y yo le digo a mi mujer que deje ya de hablar de ella y de llorar. Lo que tenemos que hacer es tirar adelante con la vida y disfrutar. Es mejor olvidar, los recuerdos hacen daño: que deje de ir al cementerio y que saque las fotos de casa. Yo soy creyente, y ya sabe: Dios nos los da, Dios nos los quita. Esas cosas pasan, yo me digo a mí mismo que hay familias que han pasado por cosas peores. Hay que aceptarlo.

JAVIER

La idea de que el crecimiento postraumático tiene lugar desde la cognición más que desde la emoción ya ha sido propuesta por Tedeschi y Calhoun (2006), Znoj (2006) y Park (Park y Calhoun 1997, Park,1998). *Pero la «aceptación» como proceso cognitivo desligado de lo emocional es una forma de negación*: «acepta», «resígnate» son consejos comunes que suelen darse a las personas en duelo. Javier hace un esfuerzo cognitivo para ignorar la dimensión emocional-sensorial de la experiencia de pérdida. Pero forzarse a aceptar no es hacer un crecimiento. Autores como Wortman y Taylor ya señalan que algunas afirmaciones de cambios pueden reflejar intentos defensivos por parte del doliente con los que pretende afrontar su pérdida de una manera que parezca buena (Wortman, 2004; Taylor, 1983).

La propuesta de proceso integrado emocional-cognitivo aclara la diferencia entre lo que es un reflejo cognitivo defensivo y lo que es una estrategia adaptativa de restauración. Las conclusiones de transformación emergen como resultado del procesamiento emocional y el cognitivo. Si forzamos significados, los dolientes pueden integrar la teoría muy bien y mostrar un discurso bien aprendido, pero eso no significa que hayan elaborado el duelo. Expresiones como las de Javier representan defensas cognitivas o ilusiones que sirven para mantener una percepción de autocontrol sobre el acontecimiento y sobre la vida en general, pero no reflejan crecimiento personal.

El modelo de procesamiento integrado emocional-cognitivo nos aporta claves para comprender cómo estas respuestas cognitivas son improductivas procesualmente. Si las estrategias de restauración o crecimiento se utilizan como procesos autoimpuestos funcionan como mecanismos para cortocircuitar, para saltarse la tarea de conexión e integración, y se convierten en una forma de supresión. Los centros corticales superiores interfieren produciendo una inhibición de los inferiores. Por decirlo de una manera simplista, son intentos de controlar la amígdala desde el hipocampo forzando significados que disminuyan la alerta sintomatológica. Javier pone en marcha estrategias cognitivas que funcionan como intentos de restar valor, de supresión, interrupción o interferencia de los procesos

emocionales asociados a los centros corticales inferiores. Es una forma de distorsión de la realidad que empieza en la propia asignación emocional. Joseph LeDoux denomina a este intento de inhibición «procesamiento de arriba-abajo», ya que se trata de un procesamiento basado en la cognición y dirigido desde el neocórtex (véanse cap. 4, apartado 4.2.: Neurociencia, integración y psicoterapia, y LeDoux, 1996). *En el duelo, el procesamiento arriba-abajo no conduce a la reorganización interna, ni a la dotación de nuevos significados adaptativos*, aunque puntualmente estas estrategias puedan ser útiles para el control de una sintomatología o hiperactivación excesiva.

El modelo del duelo como proceso de desarrollo evolutivo es un modelo de «procesamiento abajo-arriba». El procesamiento abajo-arriba está basado en la emoción como proceso integrado. Atravesar el dolor emocional permite la activación de significados nuevos. La experiencia integrada sólo se da cuando *el significado emerge como consecuencia del trabajo integral cognición-emoción, y no como un esfuerzo cognitivo de inhibición autoimpuesto o impuesto por el terapeuta*.

Mercedes dice, respecto a la pérdida de su hija: «Hoy, después de tantos años de la muerte de mi hija, sólo puedo decir una cosa: que debo dar gracias a Dios por los diez años que la tuve conmigo». Y mientras dice eso se permite revivir el dolor, no rechaza la dimensión sensorial de lo que está diciendo y a la vez es capaz de modular esa emoción, que, a pesar de ser desgradable, no vive como algo peligroso. Puede incluso dejarse llevar por el llanto y autorregularse eficazmente, porque tiene mecanismos para ello, aprendidos a lo largo de su proceso. Si se la invita a hablar de su hija, lo hace, con dolor, pero con satisfacción. Eso es un reflejo de su duelo elaborado. Sin embargo Javier, en el relato anterior, habla muy rápido: su cuerpo percibe una amenaza en la narración de la pérdida. Todo ello es un indicio de su hipersensibilidad hacia la reexperimentación. Al no tener la capacidad de modular el proceso emocional, por no haberse realizado éste, va a evitar todo contacto confrontativo con la experiencia, para lo cual recurre a estrategias cognitivas de inhibición y por tanto va a rechazar cualquier invitación a hablar acerca de su hija.

La psicobiología aclara de forma muy iluminadora la diferencia entre «crear o inventar significados» o «experimentar cambios» como estrategias de procesamiento y como resultados defensivos: en Javier están funcionando como procesos de evitación-distorsión, y en Mercedes emergen de forma natural, como resultado final del proceso integrado emocional-cognitivo y, por tanto, como estrategias de restauración. De hecho, señalan Pau Pérez-Sales y Carmelo Vázquez, muchas personas que manifiestan haber aprendido a partir de la experiencia de la pérdida dicen sentirse «sorprendidas» por el resultado, lo que sugiere que no ha sido una meta consciente autoimpuesta (Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

«¿Por qué nos ha tenido que suceder esto precisamente a nosotros?», se preguntan muchos padres. Esta pregunta encierra mucho dolor que hay que vivir, y es en estos esfuerzos por seguir adelante y convivir con la ausencia donde algunos dolientes pueden encontrar respuestas que emergen a lo largo de este difícil pasaje. Cualquier intento de responder a esta pregunta que no pase por atravesar el dolor de la separación, el enfado por lo sucedido y la culpa por lo no vivido es un intento de sortear el camino, y *en el duelo no hay atajos*.

De una manera metafórica, las primeras etapas o tareas del duelo consisten en un «decir hola» a todos los aspectos de las circunstancias de la muerte y de la relación con el ser querido, así como a las dimensiones más internas, como por ejemplo nuestra historia pasada, nuestra identidad y especialmente todo lo que se refiere a nuestras experiencias pasadas de vinculación y de separación. Una vez revisados estos aspectos, la última tarea del duelo es «decir adiós», despedirse tanto de la relación perdida como de parte de una vieja identidad que ya no nos sirve en el mundo. Cualquier intento de decir adiós sin haber dicho hola equivale a no hacer el duelo. «Debes despedirte», dice el terapeuta inexperto al pobre doliente que no avanza o que se resiste. Pero sólo puede trascenderse aquello que se ha integrado primero. *«Decir adiós» antes de «decir hola» no es experimentar el potencial transformador del duelo, aunque posiblemente sea más eficaz a corto plazo en la reducción de la sintomatología.*

## VARIABLES QUE FACILITAN EL CRECIMIENTO Y LA TRANSFORMACIÓN

Todas las variables descritas anteriormente van a tener un peso desfavorecedor en la evolución de esta última etapa. Describimos aquí algunos de los factores que específicamente parecen condicionar la posibilidad de que se dé en mayor o menor grado este último paso de crecimiento y transformación.

¿Por qué algunas personas dan este último paso y otras no? Esta pregunta es difícil de responder. El concepto de crecimiento postraumático (CPT) es aún muy nuevo y en su aplicación al duelo todavía nos queda mucho por saber. Las investigaciones acerca de las características y variables que determinan la aparición del CPT son muy recientes y limitadas: hasta la fecha, las conclusiones apuntan a que es más probable que las diferencias en el crecimiento postraumático dependan más de la experiencia subjetiva del suceso que del tipo de suceso en sí mismo (Briere y Elliott, 2000). Es decir, que las variables que más peso van a tener son las intrapsíquicas y las interpersonales, que son las que definen cómo es la percepción interna del sujeto y el apoyo disponible para el afrontamiento.

El conjunto de cogniciones (unas conscientes y otras preconscientes) que constituyen la identidad son presunciones sobre aspectos centrales de la persona, las relaciones y la vida, y están organizadas en lo que se denomina esquemas o cogniciones nucleares o centrales (Janoff-Bulman, 1992, véase cap. 1, apartado 1.1.: Creencias nucleares y reconstrucción de significados). Constituyen el edificio intrapsíquico, que funciona como una especie de archivo de referencia mental a partir del cual la persona organiza su vida y sus relaciones. Y partiendo de este material interno, el cerebro decide qué nivel de alerta sintomatológica adoptará ante una nueva situación y qué tipo de información se va a procesar y de qué manera (véase cap. 2, apartado 2.1. Trauma y memoria: psicobiología del proceso emocional). No es de extrañar que sean los factores intrapsíquicos los más importantes en la resolución del duelo. El proceso de acomodación produce sintomatología que afecta a ese edificio, desmantelando parte de las creencias, valores y recuerdos acerca de uno mismo, de la pérdida o de la vida que constituyen

la definición del *self*. Es así como la estructura mental resquebrajada pero aún existente será gradualmente transformada por otra en la que se acomoden nuevos valores, prioridades y metas vitales.

Cuando hablamos de rasgos de personalidad que facilitan u obstaculizan este proceso de transformación mental positiva después de una vivencia traumática, nos referimos a aquellos esquemas preexistentes que facilitan la incorporación de nuevos significados y el crecimiento. Parece que las personalidades extravertidas y que se muestran abiertas a las experiencias de la vida y a expresar sentimientos suelen experimentar más fácilmente cambios de crecimiento ante situaciones traumáticas. Como señalan Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun (2004), es posible que personas con estas características tengan un mejor punto de partida para poner en marcha mecanismos de reflexión y reconstrucción cognitiva postraumática en situaciones de adversidad. Las personalidades complejas son capaces de compartmentar mejor distintos aspectos de su *self* de manera que el duelo no afecte a todos. Aspectos de la vida del doliente, como el trabajo o algunas relaciones o actividades, pueden mantenerse independientes de la pérdida y, por tanto, permanecer intactos. George Bonanno afirma que estas personalidades van a responder de forma más resiliente al duelo (Bonanno y otros, 2002).

Otro factor de personalidad que parece influir es la disposición optimista ante la vida, es decir, la expectativa de que el futuro traerá más sucesos positivos que negativos. El optimismo suele estar asociado a un afrontamiento activo, que según algunos autores es una de las bases del CPT (Schaefer y Moss, 1998). Es importante distinguir entre dos tipos de optimismo: el optimismo ilusorio ante la adversidad y el optimismo asociado a los aspectos positivos que la persona es capaz de encontrar y expresar genuinamente (Epstein y Meier, 1989). Quitar importancia al evento o esforzarse en distraerse para no sentir las emociones son más estilos de afrontamiento que de distracción. Esta distinción es interesante porque corrobora la idea de que la transformación-integración no va asociada a un optimismo ingenuo o simplista como el de Javier, sino a un optimismo más consciente y maduro como el del padre de Jenica.

Hansjörg Znoj (2006) aporta el concepto de controlabilidad, que define como la capacidad del doliente de elaborar los distintos aspectos del duelo de una manera exitosa. Dolores, en el testimonio anterior, es un ejemplo de persona con una alta controlabilidad (véase la figura 3.4). Considerar la pérdida como un reto a pesar del sufrimiento que conlleva, percibirse a uno mismo como capaz y con recursos para afrontar la pérdida y los problemas consecuentes, mantener a la vez un sentido de autoestima y una capacidad de afrontar los recuerdos del acontecimiento o verse a uno mismo como capaz de afrontarlos van a ser, pues, factores que contribuyan a este proceso de crecimiento y transformación de la persona tras la muerte de su ser querido. Las personas con pérdidas múltiples no elaboradas van a tener dificultades para mantener un sentido de controlabilidad. Al no poder crear constructos de significado de vida o esquemas mentales adaptativos debido a estas muertes no elaboradas, seguramente van a experimentar dificultades ante la nueva pérdida (Luecken, 2008).

#### *Descripción general*

— Experimentar la transformación de la identidad

- Decidir vivir en honor del ser querido
- Recuperar la ilusión por la vida
- Decisiones y cambios

*Función adaptativa: necesidades y tareas*

- Reconstrucción de significados personales
- Apertura hacia uno mismo, los demás y la vida
- Apertura existencial y/o espiritual trascendente
- Reorganización del sistema de apego
- Cambios asociados a la nueva identidad

*Respuestas de afrontamiento*

- Afrontamientos de restauración
- Predominio de la dimensión cognitiva
- Mínima distorsión e inhibición
- Búsqueda de significado acerca de lo sucedido
- Planteamiento de nuevos retos
- Toma de decisiones, expresión de cambios de la identidad

*No resolución*

- Respuestas defensivas autoimpuestas sin cambios de identidad
- Optimismo ilusorio
- Cambios negativos

*Variables que facilitan el crecimiento y la transformación*

Intrapsíquicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Esquemas mentales previos adaptativos</li> <li>— Personalidad extravertida</li> <li>— Personalidad optimista</li> <li>— Personalidades complejas</li> <li>— Personalidades con alta controlabilidad</li> </ul>
----------------	---

FIGURA 3.5. Cuadro resumen: crecimiento y transformación, experimentar la integración y los cambios.

## CAPÍTULO 4

### PSICOTERAPIA INTEGRATIVA-RELACIONAL: UN NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL DUELO

Desde la aparición de las primeras publicaciones sobre duelo hasta hoy se ha realizado un esfuerzo considerable en la sistematización de lo que es esta experiencia, su naturaleza, cómo afecta a las personas que la viven y cómo poder ayudarlas mejor. La suposición básica en que se fundamenta el ofrecimiento de apoyo psicológico a los afectados es que la intervención puede ayudar a la persona en duelo a manejar los problemas prácticos y emocionales que emergen tras la muerte del ser querido (Schut y otros, 2001). A partir de esta premisa han aparecido en todo el mundo numerosos programas de atención al duelo auspiciados por distintos modelos de servicios: grupos de ayuda mutua, programas para familias en unidades de cuidados paliativos, unidades adscritas a centros de salud mental o servicios de atención primaria y organizaciones de familias afectadas. Lo que no está tan claro es si estos programas están o no alcanzando los objetivos para los que han sido creados: ¿es efectiva la ayuda que reciben los usuarios?, ¿qué tipo de intervenciones son las más eficaces desde el punto de vista terapéutico?, ¿para quién puede ser beneficiosa la intervención y para quién no? Y, en definitiva, ¿es necesaria una intervención de apoyo en el duelo?

William Worden (1997) ha propuesto una categorización de los programas de intervención en el duelo en la que distingue entre el asesoramiento en el duelo y la terapia de duelo. El *asesoramiento en el duelo*, o *counseling*, se refiere a la facilitación del proceso del duelo normal, no complicado, cuyo objetivo es mejorar y aliviar el sufrimiento y ayudar a los individuos afectados a adaptarse, en un tiempo más o menos razonable, a la nueva situación. Un ejemplo de programa de asesoramiento sería un grupo de apoyo para familias en duelo, promovido por el personal de una unidad de paliativos oncológica, donde la muerte ha sido anticipada y las familias han tenido la oportunidad de despedirse. La *terapia de duelo* es un término que se refiere a aquellos programas que incluyen técnicas específicas de intervención psicoterapéutica para tratar síntomas intensos o conductas disruptivas en duelos complicados. Un ejemplo sería un programa de psicoterapia cognitivo-conductual realizado en una unidad de salud mental; es decir, con personas en duelo que ya muestran signos de malestar a lo largo del tiempo que afectan a su bienestar psicológico.

#### 4.1. ¿Es efectiva la intervención de ayuda en el duelo?

Una parte de la investigación clínica en estos últimos años se ha dedicado a evaluar la eficacia de distintos programas de asesoramiento y terapia de duelo. Recientemente se han publicado varias revisiones cualitativas y cuantitativas sobre estos numerosos trabajos, así

como algunas revisiones de las propias revisiones (Jordan y Neimeyer, 2003; Schut y otros, 2001; Genevro y otros, 2003; Schut y Stroebe, 2005; Stroebe y otros, 2008b; Currier y otros, 2008). Henk Schut, al analizar algunos de estos estudios, ha propuesto tres categorías de intervenciones en función de la población a la que van dirigidas (Schut y otros, 2001). Las *intervenciones preventivas primarias* están dirigidas a todas las personas en duelo: programas ofrecidos a dolientes que experimentan duelos en principio no complicados, por ejemplo un grupo de viudos y viudas cuyas parejas han muerto por un proceso de enfermedad anticipado. Las *intervenciones preventivas secundarias* se dirigen a aquellos que presentan algún factor que pueda indicar la posibilidad de complicaciones en su proceso de duelo, por ejemplo un programa dirigido al colectivo de familiares cuyo ser querido ha fallecido por suicidio. En este tipo de intervención secundaria ya hay un nivel de selección en función del riesgo. Finalmente, las *intervenciones preventivas terciarias* se destinan a aquellas personas que presentan complicaciones de duelo y que requieren un tratamiento específico, ya sea psicoterapéutico o farmacológico; por ejemplo, un grupo de pacientes en duelo con depresión asociada, tratados en un programa de un centro de salud mental.

Con referencia a la efectividad de las intervenciones, el cuerpo de la evidencia de la investigación sugiere que las intervenciones primarias realizadas en adultos que experimentan duelos normales no son beneficiosas en términos de disminución de los síntomas de duelo (Schut y otros, 2001; Jordan y Neimeyer, 2003; Allumbaugh y Hoyt, 1999). Los programas de intervenciones secundarias dirigidas a adultos con duelos de riesgo sí muestran algún beneficio a partir de la intervención (Schut y otros, 2001; Stroebe y otros, 2008a). Finalmente, a pesar de que el concepto de duelo complicado ha emergido en la literatura recientemente y aún hay poco escrito acerca de su tratamiento, parece ser que las intervenciones dirigidas a colectivos específicos que sufren duelos complicados, o intervenciones terciarias, son las que muestran mejores resultados en relación a su eficacia (Neimeyer, 2000, Schut y otros, 2001). En resumen, según estos autores, las intervenciones terapéuticas son más efectivas cuanto más vulnerable o de riesgo sea el colectivo tratado y cuando se trata de duelos complicados.

Aunque a veces es difícil delimitar la línea que separa el asesoramiento de la terapia, la distinción entre ambos conceptos es útil porque nos permite diferenciar niveles de intervención en función de su complejidad, lo que tiene consecuencias en los requerimientos de formación y experiencia de los profesionales implicados y en aspectos concretos del diseño de los programas, por ejemplo en los criterios de inclusión/exclusión que se establecen. La delimitación entre niveles de intervención es también útil porque con ella se intenta clarificar la complejidad del *constructo duelo* y diferenciar las posibles evoluciones a partir de una misma situación y que requerirán intervenciones distintas; todo lo cual ofrece, a la hora de diseñar un programa, algunas pistas sobre los requerimientos, tiempos de intervención, contenido del programa y otras variables que será preciso considerar. Una unidad de duelo puede especializarse en un nivel de intervención determinado y aplicar criterios claros de inclusión y exclusión de las personas que va a atender, lo que implica un esfuerzo de clarificación diagnóstica. Hay servicios de duelo que apoyan modelos mixtos, es decir, que proveen programas de actividades específicas de varios niveles de intervención. Éste sería el

caso de organizaciones como Cruse, en Inglaterra, donde combinan actuaciones de ayuda mutua o primer nivel de intervención, gestionadas por voluntarios entrenados, y atención individualizada específica para duelos que presentan algún factor de riesgo y que es realizada por psicoterapeutas especializados (Cruse Bereavement Care).

En algunos de los estudios realizados no sólo se concluye que la terapia de duelo tiene en general poco efecto, sino que además las intervenciones psicológicas pueden incluso perjudicar porque alteran el proceso de autocuración personal, al menos en las personas con duelos normales (Neimeyer, 2000). Jack Jordan y Robert Neimeyer, por ejemplo, señalan que algunos dolientes habrían evolucionado mejor sin intervención de asesoramiento (Jordan y Neimeyer, 2003). Aunque esta afirmación ha sido refutada en posteriores revisiones por otros autores (Schut y Stroebe, 2005; Stroebe y otros, 2008b), es interesante constatar que la posibilidad de causar iatrogenia en las intervenciones en duelo ha sido señalada en la literatura y que es necesario seguir explorando esta cuestión con más profundidad.

Otra idea que está pendiente de investigación empírica es la suposición de que la intervención demasiado temprana en el duelo puede interferir en el proceso *natural* de recuperación. En la misma línea se asume que, cuando se reclutan personas en duelo para programas de intervención y/o de investigación, las estrategias de *ir a buscar* no son recomendables (Currier y otros, 2008). Según los estudios realizados, parece que, en general, los resultados son mejores si se reclutan dolientes que han solicitado ayuda y si además son seleccionados según el nivel de riesgo. Incluso con aquellos dolientes que tienen la percepción de necesitar ayuda y la solicitan, la posibilidad de ofrecerles intervención debería ser, según algunos autores, evaluada cuidadosamente. Que se ofrezca una programa de apoyo al duelo de forma rutinaria a personas que no lo han solicitado y por la única razón de que acaban de perder a un ser querido es, según Henk Schut, el peor escenario de intervención en el duelo y el menos eficaz (Schut y Stroebe, 2005). Como en cualquier otro proceso terapéutico, la percepción de necesitar ayuda y la movilización para pedirla son dos factores indispensables para su buena marcha. Sin estos ingredientes, paciente y terapeuta no podrán establecer una buena alianza terapéutica, y si el paciente no está dispuesto a comprometerse en el trabajo y a cooperar de forma activa, el proceso de terapia nunca puede ser efectivo (Clarkson, 1990).

En lo que respecta al modelo terapéutico más eficaz para las intervenciones, según las conclusiones de los estudios experimentales diseñados más importantes y que comparten la mayoría de los investigadores, no hay ningún modelo de tratamiento de psicoterapia consistente *per se* que revele ser beneficioso (Forte y otros, 2004; Parkes, 2001).

## PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Si las conclusiones de la revisión sistemática de la literatura sobre intervención en duelo son tan poco esperanzadoras y clarificadoras es porque en ellas intervienen varios factores reconocidos. Por un lado, la mayoría de estos estudios adolecen de problemas metodológicos (Schut y otros, 2001; Forte y otros, 2004; Neimeyer y otros, 2008; Currier y otros, 2008). Entre las dificultades metodológicas más importantes está la ausencia de un grupo de control en muchos de los estudios publicados. La mayoría de las personas en duelo muestran una

disminución de la sintomatología patológica y de los signos de malestar en el curso de los dos años posteriores a la pérdida, incluso entre aquellos que no han seguido ningún tipo de tratamiento (Bonanno y Kaltman, 2001; Bonanno, 2004). Esto hace que los efectos beneficiosos que se observan en un grupo de intervención, si no hay un grupo de control de referencia, puedan ser simplemente el resultado de la remisión natural del proceso de duelo. Otros factores que limitan la evaluación de las intervenciones son los procedimientos de asignación de participantes —a menudo, la asignación de los sujetos al grupo de control o al grupo de tratamiento no es aleatoria—, el uso de instrumentos creados *ad hoc*, la baja adherencia y/o el alto abandono de los programas.

Posiblemente otro factor que explica las limitaciones en las conclusiones sobre evaluación de los programas de atención al duelo es la falta de un paradigma conceptual científico que sustente las intervenciones. Esta excesiva heterogeneidad teórica no facilita el diseño de una praxis clínica basada en un modelo terapéutico compartido. Muchos estudios realizados actualmente se fundamentan en marcos teóricos obsoletos: conceptos que algunos autores califican de mito, porque no hay evidencia empírica que los sustente, están aún guiando el trabajo de muchos investigadores y clínicos (Wortman y Silver, 2001). Por otra parte, la profusión y la variedad de métodos psicoterapéuticos propuestos para el tratamiento en los estudios realizados reflejan esta falta de acuerdo teórico. La diversidad de teorías en que se basan los tratamientos es tan sustancial que imposibilita toda comparación o confirmación de los efectos de los tratamientos. Se citan, entre otros modelos, el farmacológico, el psicodinámico, el psicoanalítico, el cognitivo-conductual, el conductista, el interpersonal y el familiar sistémico; pero raramente se explica sobre qué criterios o marco se ha elegido una opción u otra, o dentro del modelo específico, qué intervención concreta se ha propuesto. Muy pocos estudios describen los procedimientos de intervención con detalles suficientes para que los lectores se hagan una idea de qué tareas o actividades se han realizado con los pacientes (Currier y otros, 2008). Incluso cuando se utiliza el mismo modelo de intervención terapéutica, no se llega a aclarar qué es lo que se está proponiendo como método de intervención terapéutica y qué criterios se siguen.

Por citar un ejemplo, la conclusión de un reciente estudio es que el asesoramiento cognitivo-conductual a familias en duelo por fallecimiento por suicidio no es efectivo. La intervención evaluada consistía en cuatro sesiones de dos horas (Groot y otros, 2007). En mi experiencia tratando a familias cuyos seres queridos han muerto por suicidio, la intervención media es de nueve meses y con una periodicidad semanal, sea individual o grupal. En mi opinión, no es que el modelo cognitivo-conductual fracase con estas familias, es que el efecto de cualquier tipo de intervención desde cualquier modelo terapéutico realizada en ocho horas será imperceptible. Quizás la única conclusión que se puede derivar de este estudio es ésta: que un programa de intervención familiar de ocho horas basado en un modelo cognitivo-conductual no beneficia sustancialmente a las familias en duelo por suicidio.

En la definición de lo que es una intervención terapéutica en duelo, algunos autores citan, en la misma lista de ejemplos de intervenciones diversas, modelos de servicios (visita a las familias, grupos de ayuda mutua), estrategias terapéuticas (reestructuración cognitiva, expresión de emociones) y modelos de psicoterapia (hipnosis, terapia conductual o

psicodinámica) (Schut y Stroebe, 2005). No se puede meter todo en el mismo saco: ¿están analizando modelos de servicios, modelos de psicoterapia o estrategias terapéuticas concretas? En una visita a domicilio, un terapeuta puede utilizar una estrategia terapéutica para atender la expresión emocional en una vivencia de culpa, pero ésta va a ser dirigida de manera muy distinta si el terapeuta lo hace desde un marco cognitivo-conductual o desde un marco humanista interpersonal. Las estrategias no pueden sacarse del marco de intervención. Entonces, ¿qué es lo que se está evaluando?

### **QUÉ FUNCIONA, PARA QUIÉN, PARA QUÉ Y CUÁNDO**

En la revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia de los tratamientos y sobre la guía de las intervenciones hay muchos factores que ponen de relieve la poca consistencia de las conclusiones. Necesitamos definir claramente qué es lo que ofrecemos: qué es ayudar, desde qué modelo de intervención se ofrece esta ayuda y con qué fin. Algunos autores de revisiones enfatizan la necesidad de profundizar en *qué es lo que funciona y para quién* (Schut y Stroebe, 2005). Yo añadiría también *para qué y cuándo*.

Cuando estos mismos autores afirman que la intervención demasiado temprana puede ser poco beneficiosa, e incluso causar iatrogenia, ¿a qué ayuda se refieren? Si ayudar es confrontar con la realidad —según el modelo de trabajo de duelo—, entonces seguramente es verdad que la intervención en el tiempo inmediatamente posterior a la muerte es inadecuada. Pero si ayudar es contribuir a manejar la sintomatología somática traumática y la disociación, quizás los resultados sean distintos y esta ayuda demasiado temprana podría ser muy beneficiosa. Según autores especializados en trauma (Van der Kolk, 1996), el trabajo terapéutico en los casos de experiencias muy traumáticas y de riesgo es esencialmente preventivo y debe realizarse muy poco después de la pérdida (dos semanas). Esta intervención temprana puede ser determinante para la evolución del proceso. En la misma línea, Judith Hermann, renombrada especialista en el tratamiento de personas que han sufrido algún trauma, considera que la recuperación siempre es posible cuando al sujeto se lo capacita de forma que pueda darse la respuesta normal, y que ésta es la función del terapeuta (Hermann, 2004).

Del modelo de tareas y necesidades se deriva un marco de intervención que nos ayudará a discriminar entre distintos tipos de ayuda adaptados a las necesidades específicas de las personas en cada momento; una especie de traje ajustado a cada persona, para lo cual necesitaremos haber tomado antes sus medidas. Cuando las personas en duelo acuden en busca de ayuda, presentan necesidades, afrontamientos y tareas concretas que el clínico debe identificar. Si cada individuo en duelo lo vive de una manera distinta, no podemos ofrecer una única intervención tipo «café para todos». En una reciente revisión cuantitativa sobre la eficacia de las intervenciones en duelo, ya se señala que, para que una investigación pueda llegar a resultados concluyentes, deberían clasificarse a las personas en duelo sujetas a estudio en diversos subgrupos con necesidades terapéuticas específicas y ajustar el tipo de intervención a estas necesidades (Currier y otros, 2008). Es decir, añaden los autores de la mencionada revisión, que es preciso investigar las intervenciones diseñadas sobre la base de una conceptualización del duelo específica, que incluyan modelos de cambio terapéutico y sus

mecanismos, y que estén ligadas a las necesidades específicas de las personas en duelo. El modelo de tareas y necesidades señala una posible clasificación de cuatro subgrupos específicos de personas en duelo, cada uno de ellos con unas necesidades psicológicas distintas que deberán ser abordadas con estrategias de intervención diferenciadas.

En los primeros momentos del duelo, la persona que pide ayuda lo hace para manejar la sintomatología y no para confrontar la realidad o elaborar aspectos de la relación perdida o encontrar significados; sin embargo, más adelante, meses o años después de la muerte, posiblemente ya se sienta preparada para afrontar estas tareas. Si una persona en estado de choque acude a nosotros y solicita ayuda, no podemos decirle que venga más tarde porque no tenemos nada que ofrecerle. *¿Sobre qué criterios se fundamenta la afirmación de que la intervención no es efectiva? ¿Qué intervención no es efectiva, la dirigida a soltar los lazos, a manejar la sintomatología o a reconstruir un significado?* Si los estudios realizados tuvieran en cuenta, a la hora de diseñar los programas de intervención, el momento del duelo que la persona vive, las tareas específicas presentes y los estilos de afrontamientos utilizados, y las intervenciones estuvieran ajustadas a estas necesidades, es posible que los resultados fueran muy distintos.

## 4.2. Integración y psicoterapia de duelo

Para describir la complejidad de la experiencia de duelo, hemos utilizado un conjunto de teorías que incluyen las perspectivas del desarrollo del *self* y la construcción de las defensas, las teorías sobre el ajuste traumático, la mirada desde la neuropsicobiología y los constructos motivacionales sobre el apego, entre otras. Estas teorías sobre el ser humano, la vinculación y la desvinculación tienen puntos en común y, organizadas en un marco conceptual único, nos permiten acercarnos a la experiencia de duelo contemplando sus distintas facetas. El desarrollo de un marco conceptual que englobe teorías con la misma visión sobre el ser humano es una de las estrategias útiles para la integración en la psicoterapia (Maher, 1989). A partir de esta comprensión multidimensional, podemos empezar a preguntarnos cómo debería ser la intervención terapéutica con aquellas personas que solicitan ayuda, cuáles son sus objetivos, qué fundamentos rigen la intervención y qué métodos nos ofrecen más oportunidades de éxito.

De la misma manera que no hay una teoría general de duelo que englobe la multitud de aspectos diferentes que conlleva la adaptación a la ruptura de un vínculo afectivo, tampoco existe un único supermodelo de psicoterapia que permita al profesional clínico atender las múltiples facetas y dimensiones del duelo. En estas dos últimas décadas se ha empezado a desarrollar una visión de la psicoterapia basada en un modelo más integrador, y esta mirada encaja también cuando consideramos el acompañamiento a personas en duelo, ya que no podemos considerar una reacción concreta en un momento dado como una función separada y aislada de la totalidad de la experiencia vital de la persona que afronta la vivencia de pérdida de la relación.

En este apartado citamos los principios básicos que deben guiar la práctica de la psicoterapia de duelo. Muchos de estos fundamentos ya han sido descritos en los capítulos anteriores. Asumiendo el riesgo de una cierta repetición, se presentan de una forma más articulada y detallada a fin de brindar una mayor claridad conceptual.

## NEUROCIENCIA, INTEGRACIÓN Y PSICOTERAPIA

Las aportaciones de las neurociencias (descritas en el capítulo 2, apartado 2.1.: Trauma y memoria: psicobiología del proceso emocional), que explican el procesamiento neurológico de las experiencias traumáticas, nos permiten analizar la función de la intervención terapéutica desde una nueva perspectiva. La fenomenología del proceso de psicoterapia entendido como el uso intencionado de la relación terapéutica para la facilitación del cambio tiene una base neurocientífica. *La intervención del terapeuta no es más que un intento de potenciar el procesamiento mental del doliente*, y lo que proponen los diversos modelos de psicoterapia son distintas formas de intervención para manejar los comportamientos, los pensamientos o las emociones considerados maladaptativos.

Joseph LeDoux (1999) señala que la mayoría de las corrientes psicoterapéuticas tienen como objetivo principal suprimir estos síntomas considerados disfuncionales, contrarrestándolos mediante su sustitución por otros pensamientos, emociones o conductas neutralizadores. Durante las últimas décadas, la psicoterapia ha estado dominada por el principio de que la supresión o inhibición de las conductas y pensamientos maladaptativos es de hecho el mejor, si no el único, remedio efectivo para la desactivación de las respuestas emocionales automáticas. El psicoanálisis se basa en el principio de que la represión es la causa de todas las desadaptaciones neuróticas (Freud, 1948), y por ello se intenta ayudar al paciente a ser consciente del origen de sus problemas (aunque ser consciente de lo que le ocurre y del origen de sus neurosis no siempre las resuelve). Los terapeutas de inspiración conductista están muy interesados en que la persona deje de tener comportamientos ansiosos y que disminuyan los síntomas que le producen malestar, independientemente del grado de conciencia que tenga acerca del origen de lo que le ocurre. El principio fundamental de la psicoterapia cognitiva es que todos los afectos de la persona han sido creados por sus cogniciones o pensamientos (Burns, 1980); por tanto, las terapias cognitivas pretenden alterar el esquema promoviendo reestructuraciones mentales que incluyan la aceptación de la situación. La mayoría de las técnicas que se utilizan comúnmente en estas aproximaciones terapéuticas se caracterizan por que son intentos de contrarrestar o inhibir los síntomas haciendo que sucedan menos y que aparezcan otras conductas o cogniciones distintas.

En sus propias palabras, LeDoux (1999, pág. 265) explica cómo se hacen estos intentos de inhibición (véase también la figura 2.2):

La psicoterapia es otra manera de crear y potenciar caminos sinápticos neuronales en el cerebro para controlar la amígdala. Las memorias emocionales en la amígdala están indeleblemente grabadas, y lo mejor que se puede esperar es haber logrado regular su expresión. La manera en que lo intentamos es haciendo que el córtex controle la amígdala. El objetivo del psicoanálisis y de las terapias conductuales es ayudar al paciente con su problema, y en ambos casos se intenta hacerlo ayudando a que el córtex gane control sobre la amígdala [...]. Hoy sabemos que las

conexiones corticales entre el córtex y la amígdala son mucho más débiles que entre la amígdala y el córtex; esto explica por qué la información emocional invade tan fácilmente nuestros pensamientos conscientes y por qué es tan difícil controlar desde la conciencia nuestras propias emociones. Puede que el proceso de psicoanálisis sea tan largo por esta asimetría en las conexiones del córtex y la amígdala.

Este autor denomina a estos procesos en los que se intenta que el córtex gane control sobre la amígdala «procesos de arriba-abajo». Las intervenciones psicoterapéuticas arriba-abajo pretenden abordar el *self* consciente dándole recursos para que luche contra un *self* inconsciente subyacente que contiene una información o esquema implícito responsable de inducir el síntoma maladaptativo. Hasta hace muy poco se creía que los esquemas que están almacenados en forma de memoria implícita eran indisolubles (en palabras de Joseph LeDoux: «La memoria emocional que guarda la amígdala es para siempre»). Sus efectos pueden mitigarse durante un tiempo con este tipo de intervenciones arriba-abajo, pero siempre serán susceptibles de ser reactivados ante nuevos traumas o estímulos.

Pero ¿no sería mucho más fácil trabajar en la otra dirección, intentando que desde la amígdala se gane control sobre el córtex, aprovechando que el sistema se retroalimenta una y otra vez? El hecho de que las conexiones neuronales sean mucho más intensas entre la amígdala y el córtex que en sentido contrario (LeDoux, 1998) *apunta a un modelo de psicoterapia que utilice la sintomatología como una puerta de acceso al sistema de procesamiento mental; es decir, que priorice en el trabajo clínico la focalización en las sensaciones corporales y en las emociones asociadas a la memoria implícita*. Recientes descubrimientos de la neurociencia muestran que la posibilidad de disolver estos esquemas puede darse reabriendo el circuito neuronal de la memoria desde dentro, es decir, reavivando esas experiencias emocionales. Estas conclusiones aplicadas al proceso de psicoterapia *confirman que para acceder al material del sistema límbico y poder alterarlo es esencial que el paciente pueda focalizar conjuntamente en la emoción y en el significado* (Ecker, 2008).

Susana perdió a su hija en un accidente de motocicleta hace seis meses. Está muy ansiosa y ha pedido la baja laboral. Cada semana acude al cementerio tres o cuatro veces. Si fuera por ella, dice Susana a su terapeuta, iría cada día. ¿Cómo debe intervenir el terapeuta ante esta forma de vivir su duelo? Este «ir al cementerio» o la agitación que Susana muestra cuando habla de ello en la consulta son estrategias que funcionan para el terapeuta como puertas de acceso para una intervención abajo-arriba. En vez de proponer técnicas que contrarresten o extingan esos comportamientos aparentemente disruptivos, es decir, intervenciones arriba-abajo («no pienses tanto en ella», «distráete», «debes dejar de ir tan a menudo al cementerio») que posiblemente aumenten el conflicto interno y el sentido de inadecuación de la paciente, el terapeuta estará más interesado en proponer a Susana que explore esos *estados*, promoviendo así un procesamiento integrado emocional-cognitivo. Una intervención abajo-arriba consistiría en ayudar a Susana a tomar conciencia plena de esta agitación, quizás acompañarla de forma imaginada al cementerio evocando la escena, lo cual suscitaría una integración de sus afectos, pensamientos y sentimientos y facilitaría la exploración de toda su experiencia, cuando está ahí, frente a la lápida de su hija, sin dejar de lado nada de lo que ella piensa, siente, expresa o no se permite expresar.

## LOS AFRONTAMIENTOS Y LA PROTECCIÓN DEL *SELF*

Uno de los principios básicos de la psicoterapia de duelo, que proviene de la psicoterapia integrativa, es que todos los mecanismos de defensa, por muy disruptivos que sean, tienen una función, y esta función es mantener a toda costa el bienestar del individuo y proteger al ego de cualquier amenaza, principalmente de sufrimiento psicológico (Erskine y otros, 1999). Esta visión adaptativa de las estrategias de afrontamiento y de las defensas tiene implicaciones importantes para la terapia del duelo. No importa que esas estrategias o comportamientos, ya sea en forma de afrontamientos temporales o de defensas rígidas, aparezcan como destructivas o insanas, lo que importa es que se han originado en un intento de sobrevivir y responder a alguna necesidad psicológica o tarea de la persona en duelo. *Reconocer y acoger con sensibilidad estas conductas y validar su función es uno de los objetivos de la intervención.*

Tener las cenizas en casa, estar pensando de forma obsesiva en las circunstancias de la muerte o alimentar deseos de venganza contra un supuesto culpable son ejemplos de manifestaciones de unas necesidades no satisfechas con relación al duelo. La visión orgánica de las estrategias de afrontamiento nos invita a explorar e identificar lo que están protegiendo. *El error, si no tenemos la mirada puesta en el punto final del duelo, es que se considere como objetivo terapéutico eliminar estos afrontamientos juzgados como maladaptativos sin tener en cuenta la información que encierran.* No querer desprenderse de las cenizas no es el verdadero problema. De hecho, obligar al doliente a que se desprenda de las cenizas no va a resolver el duelo, porque se obvia su función transicional. Las terapias o prescripciones conductistas que se focalizan de manera indiscriminada en la progresiva exposición a situaciones que producen malestar o en la eliminación de conductas consideradas disruptivas, sin tener en cuenta su función psicológica, no son efectivas y además provocan iatrogenia psicoterapéutica. La sintomatología o los esfuerzos de afrontamiento son confundidos por el terapeuta inexperto con los procesos mentales subyacentes, y eso es confundir el mapa con el territorio. Esto explica el fracaso de muchas investigaciones en las que lo que se evalúa como predictor es la cantidad o la intensidad del comportamiento observable (por ejemplo, medir la cantidad de veces que una persona va al cementerio, o la intensidad de sus rumiaciones obsesivas), en vez de medir su funcionalidad, es decir, de qué manera y hasta qué punto contribuyen estos afrontamientos al proceso de asimilación de la pérdida.

## INTEGRACIÓN Y DISOCIACIÓN

Para poder distinguir qué es una buena intervención en psicoterapia, deberíamos empezar por ser capaces de explicar cuál es nuestra definición de lo que consideramos que es estar sano o qué es una patología. Desde la perspectiva relacional y la intersubjetividad, nuestra identidad está configurada por tantos *self* distintos como diferentes relaciones interpersonales tenemos (Sullivan, 1964) —«soy vasto, contengo multitudes», glosaba Walt Whitman (2001) —, y cada uno de estos *self* lleva asociado un conjunto de sentimientos, pensamientos y recuerdos, de actitudes, creencias y deseos. La mayoría de nosotros, a pesar de estos distintos

*self, somos capaces de tener una visión del self más o menos integrada, y estar sano consiste en que este self fluido pueda elegir entre esta amplia variedad de formas de relacionarnos con nosotros mismos y con los demás dependiendo del contexto interpersonal en que nos hallemos.*

David Wallin lo expresa con estas palabras (2007, pág. 171):

Desde la visión de la psicoterapia relacional, la cuestión de estar sano o estar en una patología tiene que ver con hasta qué punto estos *self* están integrados o no. O dicho de otra manera, ¿hasta qué punto están abiertas las comunicaciones entre estos distintos sentidos del *self*? ¿Con qué facilidad puede el paciente transitar entre los distintos estados de la mente? ¿O está atrapado en uno de ellos? [...] [Estar sano] tiene que ver con la *capacidad de acceso* del *self* a su experiencia interna.

Desde las perspectivas tradicionales del desarrollo y las teorías relacionales, se sugiere que cuando la experiencia, por alguna razón, no puede ser acomodada en nuestras relaciones significativas, es decir, no puede ser procesada adecuadamente, tiende a ser disociada o fragmentada. En vez de ser «defensivamente» olvidada o reprimida, es relegada al límite de la conciencia (puesta en el cajón lateral inferior más alejado; véase cap. 2, apartado 2.1.: El fracaso en la elaboración de los recuerdos traumáticos, *Cuadro resumen*), y éste es el camino al fracaso en la integración de los *self*. Estos *self* desintegrados se mantienen como partes inapropiadas o rechazadas, hasta que en el contexto de un nuevo estado de la mente determinado por un nuevo conjunto de circunstancias pueden ser reactivados y actualizados. Hemos descrito anteriormente varios ejemplos de cómo en la trayectoria del desarrollo del niño puede darse el fracaso en la integración de estas distintas dimensiones del *self* (véase cap. 1, apartado 1.3.: Crecimiento postraumático). La disociación segregó algún aspecto de la experiencia al margen de la conciencia. Cuanto mayor es el grado de disociación, mayor discontinuidad hay en el sentido del yo, y más confusión, más contradicción y menor comunicación hay entre los distintos *self*.

La disociación es un componente inevitable del ser humano y no debe verse como algo patológico, especialmente en una situación de estrés intenso como es el duelo. En estado de aturdimiento y choque agudo vemos ese vaivén emocional y mental, pero no necesariamente indica una patología (véase, cap. 3, apartado 3.1.: Detención en aturdimiento y choque: trastorno de estrés postraumático). Todos tenemos experiencias que nos sobrepasan y todos necesitamos recursos para disociar, es decir, experimentar temporalmente un estado de la mente en el que los pensamientos, sentimientos y comportamientos incómodos puedan desconectarse del *self* más consciente o predominante en ese momento.

El objetivo de la intervención terapéutica en el duelo no es el restablecimiento del contacto con el objeto perdido, ni el alivio de la sintomatología o del sufrimiento, ni la extinción de comportamientos o estrategias considerados como maladaptativos. *La intervención terapéutica debe estar orientada a potenciar el procesamiento integrado de la experiencia de pérdida*, sea en los elementos de estrés o trauma, en su vertiente defensiva, en los aspectos propios de la relación perdida o en la tarea de reconstrucción de significados. Cada uno de estos estados, en tanto que reflejo de los distintos *self* que el paciente presenta, con sus dimensiones físicas, pensamientos, cogniciones, impulsos, al ser integrado permitirá

el acceso profundo a experiencias plenas, lo que posibilitará el desarrollo de significados nuevos sin necesidad de disgregar y disociar, ni de establecer defensas. Y para que se produzca esta integración de las distintas dimensiones del *self* recuperando las partes disociadas, hay que facilitar el restablecimiento de conexiones neuronales promoviendo un proceso integrado emocional-cognitivo.

Cuando me llaman a la consulta para acoger a unos padres cuyo hijo acaba de fallecer de una muerte repentina, o al esposo afligido por el suicidio de su mujer, me pregunto: ¿qué puedo brindarles en esa hora que les dedico? ¿Qué se espera de mi intervención? Ellos me presentan sus pensamientos y obsesiones, sus comportamientos de huida, sus miedos y su llanto, y cómo todo ello afecta a su percepción sobre sí mismos, a sus relaciones interpersonales y a su concepción del mundo y de la vida. Y yo necesito un modelo que me ayude a entender todas esas respuestas, reflejos de los distintos *self* que experimentan, porque individualmente ninguna de ellas identifica a la persona como un todo: no puedo atender sólo las conductas asociadas a los aspectos traumáticos de las circunstancias de la muerte y obviar sus sentimientos o sus fantasías sobre los aspectos de la pérdida de la vinculación. Como muy bien apuntan las teorías psiconeurobiológicas, describimos las funciones por separado, pero en realidad cada una de estas reacciones no es más que un reflejo parcial de todo un sistema interconectado, que es con lo que debemos trabajar como terapeuta. Las distintas estrategias o estilos de afrontamiento que ellos exhiben van a marcar dónde están disponibles para la intervención, y mi tarea es estar muy atenta para poder evaluar cuándo estas áreas están abiertas o cerradas al contacto terapéutico y *aplicar métodos que lo refuerzen promoviendo la integración de todas ellas*.

Al promover esa experiencia integrada, se facilita que el duelo tenga un desarrollo normal, lo más completo posible y que eventualmente conduzca a la persona a una transformación de parte de su identidad. Autores como Chris Davis señalan que disminuir la sintomatología de duelo no necesariamente promueve el crecimiento, y sin embargo la experimentación de crecimiento promueve el ajuste postraumático y alivia dicho malestar (Davis y otros, 1998). Si el resultado esperado es el crecimiento postraumático (Tedeschi-Calhoun, 2004b, 2006; Znoj, 2006) que se traduce en cambios en la vida interior y en las relaciones, entonces el objetivo de la terapia de duelo es aumentar el nivel de conciencia mediante la facilitación de estas interconexiones, *mejorando el tráfico (neuronal) entre todas las dimensiones presentadas* y promoviendo la integración de cada uno de estos *self*, y de ellos entre sí, a pesar de que el precio pagado sea tolerar un cierto nivel de malestar psicológico durante un tiempo.

#### **VENTANA DE TOLERANCIA: RESPETAR EL COMPROMISO DE EVITACIÓN-CONFRONTACIÓN**

Cuando acompañamos a personas que han sufrido una pérdida significativa en sus vidas, muchas de las intervenciones que proponemos estimulan sus afectos. En psicoterapia de duelo debemos capacitar a nuestros pacientes para que toleren un cierto nivel de sobreestimulación, pero al mismo tiempo debemos ayudarlos a ser capaces de modularla para que mantengan la sintomatología en unos niveles tolerables. El proceso terapéutico debe ser respetuoso con la

dinámica natural bifásica de evitación-conexión (véase el capítulo 2), entendiendo que tiene una función homeostática y que la oscilación va a ser distinta según el momento del duelo. La idea de un *intervalo de tolerancia*, que tiene una base biológica (véanse las figuras 2.1, 2.2 y 4.1) puede ayudarnos a conceptualizar este compromiso. Si estamos en un proceso normal, es decir, dentro del intervalo de tolerancia, podremos estimular la activación sintomatológica lo suficiente para que el procesamiento emocional sea efectivo al tiempo que protegemos a la persona de una sobreestimulación que provoque un sufrimiento excesivo. Para ello deberemos ser capaces de identificar cuál es la tarea o necesidad de duelo más presente en ese momento, y si la dinámica osculatoria es apropiada o no. También deberemos identificar cuándo el duelo es complicado y cuándo estamos fuera de este intervalo de tolerancia porque se ha producido una fijación en las estrategias de afrontamiento que deberá tratarse de forma específica (véase la figura 4.2).

El concepto de *ventana terapéutica* o *ventana de tolerancia* ha sido descrito por varios autores especializados en atención a víctimas de trauma (Siegel, 2007; Ogden, 2009) y, aplicado a situaciones de duelo, refleja la capacidad del paciente de responder con estrategias de evitación-conexión de forma más consciente y adaptativa. *El intervalo de tolerancia define el espacio terapéutico en que la persona en duelo es capaz de elaborar las distintas tareas sin dejar que la sobreestimulación sea excesiva para sus defensas, pero no permitiendo que se acomode en un estado de evitación o desconexión de todo el material doloroso que obstaculizaría la evolución del proceso.* El reto del terapeuta es activar el proceso integrado abajo-arriba para poder acceder a contenidos emocionales hasta ahora inaccesibles, pero a la vez sosteniéndolo para impedir una estimulación que sobreponga ese umbral de tolerancia y evitar así que la persona se vea inundada por estímulos intrusivos fuera de control y experimente una retraumatización en forma de más defensas tipo disociación. La sensibilidad ante este reto va a ser especialmente necesaria en el trabajo con las tareas de aturdimiento y choque y en casos de duelo complicado que reflejan situaciones del paciente donde este intervalo de tolerancia es menor.

Cuanto mayor sea esta ventana, más posibilidades habrá de que el proceso evolucione como un duelo normal. Todas las variables de riesgo (véase cap. 2, apartado 2.3.: Variables que predicen la emergencia de un duelo complicado) son factores que condicionan su amplitud: así, por ejemplo, si la persona tiene un estilo de vinculación segura, o un esquema mental que incorpora la posibilidad de la muerte, o se siente apoyada por las personas de su entorno, con las que se permite compartir, su intervalo de tolerancia será mayor. El establecimiento de una relación segura por parte del terapeuta también facilita que este intervalo pueda aumentar de manera progresiva. Por ejemplo, en dolientes muy evitativos, el aumento de percepción de seguridad que el terapeuta inculca a través de la relación terapéutica de confianza puede ir disolviendo su coraza defensiva protectora e ir aumentando su capacidad de tolerar el malestar asociado a la pérdida de la relación.

Manejar las respuestas de oscilación del tipo activación-desactivación se hace especialmente importante cuando el aturdimiento y choque es agudo: al ser el intervalo de tolerancia muy reducido, el paciente es más susceptible de sufrir intrusiones que lo desbordan y la oscilación queda fuera de su control. En momentos posteriores, cuando la ventana de

tolerancia es mayor, si se identifican tareas de duelo que permitan resolver temas pendientes de la relación, el terapeuta podrá proponer estrategias de conexión como escribir o recordar, que, aunque produzcan un cierto malestar, permitirán una reactivación del sistema emocional que haga posible la elaboración de este trabajo o tarea de duelo hasta que se vea completado, y además deberá estar atento a la necesidad puntual de negación o desconexión cuando se dé una cierta sobreestimulación. La progresión del proceso de duelo también implica la posibilidad de capacitar al doliente para que se permita experimentar sus sentimientos, expresarse cuando sea necesario, invertir en el futuro o experimentar cambios positivos en otros momentos. Una persona sana, con sus pérdidas resueltas, es capaz de transitar entre la conexión, la evitación y la restauración de una manera mucho más consciente y puede utilizar estos afrontamientos de forma adaptativa cada vez que afronte nuevos retos en su vida.

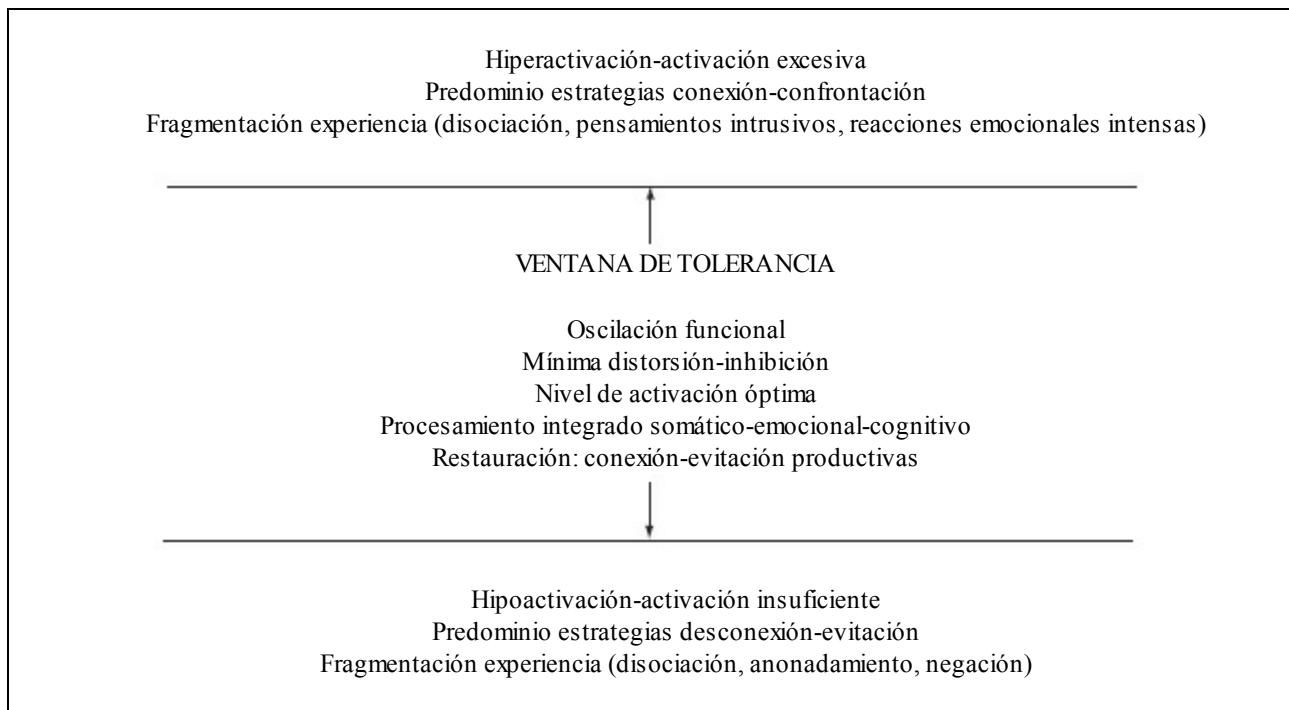


FIGURA 4.1. Ventana o intervalo de tolerancia.

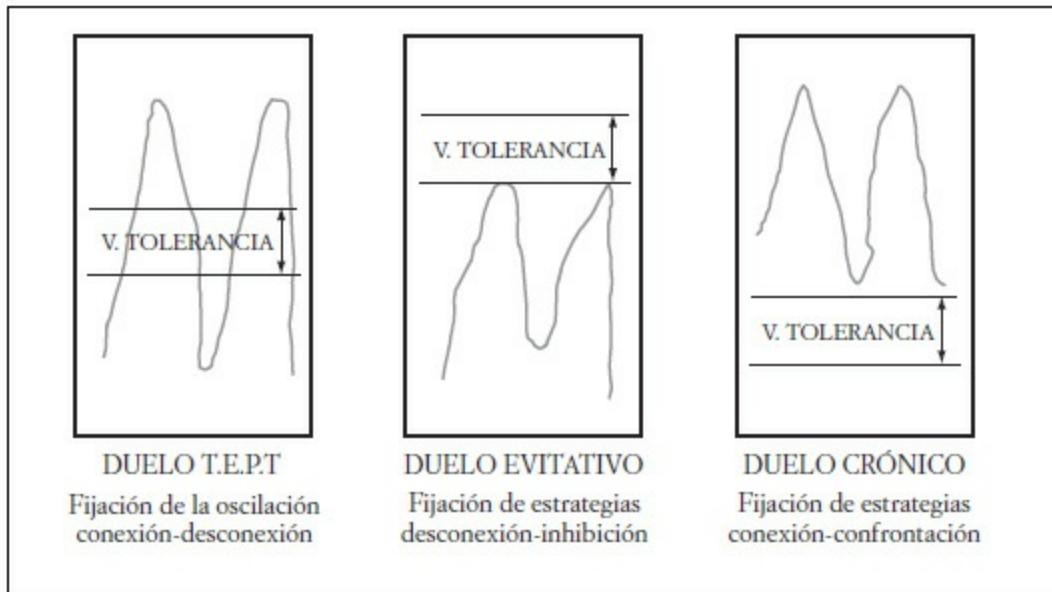


FIGURA 4.2. Conceptualización del duelo complicado según la ventana de tolerancia.

### INTERSUBJETIVIDAD Y PSICOTERAPIA RELACIONAL

El marco conceptual que nos proporciona la teoría de la vinculación inspirada por John Bowlby y sus seguidores nos ayuda a comprender que el desarrollo del ser humano es un proceso relacional y que este proceso explica también la constitución del mundo interno de creencias nucleares que constituyen la identidad, el desarrollo de las defensas o afrontamientos y los aspectos más psicopatológicos asociados a modelos internos de vinculaciones inseguras. Asimismo podemos aventurar que esta integración conceptual sugiere que el duelo o la desvinculación *constituyen también un proceso relacional de desarrollo que incluye la posibilidad de reconstrucción del mundo interno, la revisión del sistema de afrontamientos y el eventual desarrollo de psicopatologías si el proceso no se lleva a cabo de una manera saludable*.

El modelo de tareas y necesidades de duelo considerado como proceso de desarrollo relacional puede ser una teoría clínica por sus implicaciones en la psicoterapia, donde la perspectiva relacional va a ser un componente principal. Si el proceso de ruptura del vínculo afectivo es fundamentalmente un proceso relacional, es lógico que la psicoterapia que debe promover su desarrollo saludable sea concebida en términos relacionales.

Petruska Clarkson describe la psicoterapia relacional como aquella en que, «en la relación entre el psicoterapeuta y el paciente, ambos están presentes como personas, y en este encuentro entre ambos, el *self* del psicoterapeuta se convierte en el instrumento que posibilita la sanación» (Clarkson, 1997, pág. 63). ¿Cómo se da esa relación sanadora entre paciente y terapeuta? El concepto de *intersubjetividad* describe la influencia recíproca de la subjetividad consciente e inconsciente en dos personas que están en relación (Natterson y Friedman, 1995). Paciente y terapeuta están constantemente interactuando, y las respuestas de ambos

están ineludiblemente asociadas a sus experiencias subjetivas. Esta influencia mutua, que es un reflejo de las necesidades y vulnerabilidades de ambos, puede ser utilizada en beneficio de la terapia o bien puede tornarse en un obstáculo (Wallin, 2007).

La teoría de la intersubjetividad y la teoría de la vinculación surgieron como respuestas frente a la idea original de Freud de que el analista tenía que ser una pantalla negra para no interferir en el proceso del paciente (Storolow y Atwood, 1997). Esta idea básicamente pretendía mantener bajo mínimos y manejar de forma efectiva la transferencia y la contratransferencia entre el terapeuta y el paciente, ya que eran consideradas como una distorsión. Pero lo que estas teorías posteriores apuntan es que *la relación es el corazón de la práctica de la psicoterapia*, todo un desafío a la idea del terapeuta desconectado, observador objetivo e imparcial del proceso del paciente. Esto encaja con nuestra idea de que *no es posible acompañar a una persona en duelo sin implicarse, sin participar de la relación*: el terapeuta debe a veces responder afectivamente, y su subjetividad no sólo es inevitable, sino que a veces constituye un rasgo esencial y potenciador de una experiencia de relación saludable y reparadora.

Una proposición fundamental del modelo de psicoterapia integrativa es que la necesidad de relación constituye una experiencia motivadora primaria de la conducta humana, y que el contacto con el otro es el medio por el que se satisface esta necesidad (Erskine y Trautmann, 1997; Moursund y Erskine, 2004). Esa experiencia integrada de las dimensiones afectiva, conductual, cognitiva y fisiológica descrita anteriormente va a suceder de forma más efectiva cuando exista una relación terapéutica interpersonal respetuosa y de contacto pleno entre el paciente y el terapeuta. *Una psicoterapia integrativa es aquella en que las dimensiones afectiva, cognitiva, conductual, fisiológica y relacional de las personas son tenidas en cuenta de forma conjunta a lo largo de todo el proceso del tratamiento.*

Richard Erskine señala que el sentido del sí mismo integrado en la relación con el paciente es la herramienta más eficaz que el terapeuta puede utilizar (Erskine y otros, 1999). Este principio tiene su aplicación en la psicoterapia de duelo, pues *si el dolor emocional surge de la ruptura del contacto con el ser querido, entonces la elaboración de esta ruptura, tanto interna como externa, debe darse dentro de otra relación*. Por muy sofisticadas que sean las estrategias que el terapeuta propone al paciente, si no ha dedicado algún tiempo a establecer una relación de confianza y conocimiento mutuo entre ambos, no va a ser posible una terapia efectiva. El terapeuta debe establecer una relación íntima con el paciente, y para ello no puede dejar su subjetividad en la puerta del despacho, no puede negar el impacto emocional que experimenta al escuchar a su paciente, no puede disociarse de su propia vulnerabilidad como persona en duelo.

La psicoterapia de duelo está basada en la relación terapéutica como instrumento esencial del proceso de transformación. Nosotros no podemos devolver a la persona amada, pero sí podemos ayudar al doliente a examinar la fragmentación de su mundo interno y externo producida por su ausencia, identificar las disrupciones de contacto interno, ponerles nombre, contribuir a la integración de los distintos aspectos negados y facilitar una nueva reconstrucción a partir de la emergencia de nuevos significados. Ésta es una tarea ardua que la persona no puede hacer por sí sola: necesita de sus seres queridos para que le provean esta

interacción necesaria para la recuperación. Cuando esto no ocurre, cuando la persona en duelo no tiene este apoyo del entorno, o en las situaciones en que el duelo se complica, es el terapeuta quien facilitará la concienciación de estos aspectos por parte del doliente a través de la vinculación de seguridad y confianza que es capaz de crear con él.

Las teorías que explican la importancia de la vinculación en el desarrollo humano apuntan a la idea de la *psicoterapia fundamentada en la relación terapéutica como provisora de una base de seguridad en la que el paciente pueda sentirse cómodo y seguro*. Especialmente cuando trabajamos con personas con una historia de apego inseguro, que no se han sentido acogidas en sus experiencias de malestar por los adultos de referencia, el hecho de establecer una relación de confianza con un terapeuta implicado va a permitir que puedan prevenirse posibles complicaciones en el proceso. Los efectos sanadores de la intervención terapéutica basada en una relación de apego seguro entre el paciente y el cliente están siendo estudiados y descritos en la actualidad (Mikulincer y Shaver, 2008; Wallin, 2007). Si la relación proporciona al doliente un aumento de la percepción de seguridad, su necesidad de respuestas defensivas disminuirá con el tiempo. Por otra parte, en ese momento en que el doliente se siente aislado e incomprendido, y que posiblemente ha perdido la confianza en la función protectora de sus relaciones más significativas, la ayuda ofrecida a través del proceso psicoterapéutico aparece como una forma de restitución ante el trauma acumulativo, puesto que facilita un proceso continuo de apoyo en la relación con un terapeuta empático e implicado.

La persona en duelo puede llegar a pedir ayuda en diversos momentos de su proceso: la muerte puede haber ocurrido recientemente, en cuyo caso el doliente se encontrará en estado de choque, inmerso en un mar de confusión, incredulidad y ansiedad; también puede llegar a la consulta un año después de la muerte, cuando la coraza defensiva evitadora que se ha fijado empieza a pasar factura en forma de aislamiento, irritabilidad o problemas somáticos, o puede pedir ayuda después de varios años en duelo crónico, cuando la tristeza y la añoranza son tan intensas que se siente incapaz de volver a ilusionarse por la vida y la depresión empieza a ocupar todo su espacio vital. Cualquiera que sea la situación en la que se inicia la concesión de ayuda, ya sea ésta dada en un modelo de ayuda mutua, en sesiones individuales ofrecidas por un profesional o en psicoterapia grupal para duelos complicados, el terapeuta o facilitador debe ser capaz de crear un espacio de seguridad y confianza a través de la relación terapéutica para que la ayuda sea efectiva. Hasta que la relación no sea lo suficientemente estable, íntima y basada en el conocimiento mutuo entre la persona en duelo y el terapeuta, las tareas propias del duelo no pueden ser abordadas.

## **TRANSFERENCIA, RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DUELO**

Cuando Freud descubrió que nuestras relaciones del pasado, especialmente las que mantuvimos con los adultos de referencia, condicionan la manera en que establecemos relaciones en el presente y, cómo no, la relación que establecemos con el terapeuta, estaba describiendo una experiencia denominada *transferencia*, que en psicoterapia puede tener un gran potencial transformador en beneficio del paciente.

En la concepción original de la transferencia, el paciente proyecta en el terapeuta sentimientos, pensamientos y conductas que ha experimentado en el pasado con sus figuras de referencia de la infancia, lo que se considera una distorsión neurótica entre paciente y terapeuta. Heinz Kohut y sus sucesores, dentro de la corriente de la psicología del *self* (Kohut, 1971-1978), se alejaron de esta perspectiva tradicional del psicoanálisis: según su visión, *la transferencia se refiere a un conjunto de aspectos cualitativos característicos que se dan en todas las relaciones psicológicas significativas de la persona a lo largo de su ciclo vital y que se reproducen en la manera en que paciente y terapeuta construyen la relación*. Estas expresiones contemporáneas de estructuras arcaicas van emergiendo a medida que se va desvelando la historia del paciente y son una consecuencia añadida de la presencia del terapeuta y de su impacto; por tanto, desde la perspectiva de la psicología del *self*, la intersubjetividad y las teorías relacionales, la transferencia *no debe verse como una distorsión, sino más bien como una oportunidad para el cambio terapéutico* (Wallin, 2007).

En mi experiencia clínica, en la primera entrevista de acogida de una persona en duelo es siempre algo mágico ver cómo el silencio atento, la mirada de comprensión y el hecho de ofrecer ese espacio de seguridad y carente de juicios estimulan la historia y los afectos del paciente. No hay desautorización ni interpretación: toda la historia puede ser revelada; no hay un observador que «está bien» y que contempla a un paciente que «está distorsionando» la realidad desde su vivencia de fragmentación, sus necesidades inconscientes, sus defensas y sus fantasías. Al ofrecer este espacio de intimidad y confianza, el paciente puede transferir sus necesidades básicas a la relación, mostrando cuáles son sus miedos, sus decepciones en la demanda de ayuda, su dificultad para dar sentido a lo que le sucede y su confusión y sus sentimientos de inadecuación.

En el acompañamiento de personas en duelo, la transferencia tiene un doble origen: por una parte, la persona transfiere los modelos relacionados con la demanda de ayuda y la satisfacción de necesidades afectivas establecidos en la infancia y, por otra, transfiriere el modelo actual que vive en sus relaciones de apoyo ante la situación de pérdida, especialmente si éstas están fracasando en la provisión de un espacio reparador de la experiencia. Cuando estos fracasos relationales del pasado o del presente se trasladan a la relación con el terapeuta en forma de transferencia, la persona en duelo tiene una segunda oportunidad para trabajar y elaborar esos escenarios de desatención, incluidos los modelos de apego, que en algunos casos pueden ser restaurados en la relación íntima y segura que entre ambos son capaces de crear.

Al disponer de este espacio seguro, la persona en duelo puede empezar a confiar en que el terapeuta está abierto a todas sus fantasías, necesidades o sentimientos, por muy molestos e irrationales que sean; y esta actitud de apertura es la que hace posible la integración de las experiencias disociadas, facilita una exploración cuyo resultado final es dotar de sentido a la experiencia y a la vez provee un modelo de relación que constituye para algunos pacientes una experiencia emocional reparadora o correctiva. Para manejar la transferencia, el terapeuta

debe proveer esa base de seguridad atendiendo a las necesidades relacionales específicas que le presenta la persona en duelo, y que se describen en el próximo capítulo (véase el apartado 4.3.: Métodos para una psicoterapia integrativa-relacional).

## INTEGRACIÓN EN LAS TAREAS DE DUELO

El duelo es un proceso de transformación profunda que incluye una serie de tareas que el terapeuta debe identificar y facilitar. Aunque consideramos que el duelo es un proceso natural de respuesta ante la pérdida de un ser querido, incluye mucho más que el dolor de la aflicción. A pesar de que se sugiere a las personas en duelo que simplemente hablen de ello y expresen sus emociones, ésta es una parte necesaria para la recuperación tras la muerte de un ser querido, pero no la única. Resolver el duelo no es simplemente expresar el dolor emocional. El duelo duele porque no solamente hemos perdido a nuestro ser querido y lo echamos de menos, sino que debemos sobrevivir al trauma de las circunstancias de la muerte, debemos tolerar el sufrimiento que genera el sistema defensivo psicológico que construimos (en el pasado o en el presente) para poder evitar o aliviar nuestro dolor; duele porque necesitamos explorar el significado profundo de la relación perdida y porque debemos soportar la pérdida añadida de no tener apoyo continuado de nuestros allegados a lo largo del tiempo y sufrir quizás la constante desautorización que el entorno hace de nuestro dolor.

Definir el duelo exclusivamente como un proceso de «reconstrucción de significados», o de «adaptación a una nueva realidad donde el fallecido no está», o como un proceso de «soltar lazos», o de «transformación de la identidad» es reducir la teoría de duelo a un único factor causal. El duelo es una integración de todas estas tareas, porque unas van conectadas con otras, y deberemos tratarlas todas.

*Por tanto, la integración alude también al proceso de atender las distintas tareas que configuran la dinámica del proceso en sus diferentes etapas de desarrollo.* Cada etapa presenta unas necesidades que representan oportunidades de asimilación y crecimiento, o de fragmentación y desintegración si no son atendidas. El terapeuta intervendrá en los primeros momentos contribuyendo a la elaboración de los elementos traumáticos de las circunstancias de la muerte, al desarrollo de nuevas formas de afrontamiento más conscientes, disminuyendo con ello la necesidad de estrategias de inhibición-distorsión, y al manejo de estresores concurrentes, es decir, aspectos de su vida que han sido afectados por el duelo y que van a suponer una presión adicional externa. En etapas más avanzadas del duelo, irán emergiendo otras tareas en el proceso terapéutico: revisar la relación perdida, identificar los aspectos pendientes y expresar los afectos, afrontar las pérdidas no resueltas del pasado que han sido reactivadas, aceptar y construir una nueva realidad de vida sin la persona amada, asumir nuevos roles e identidades y edificar valores y creencias distintos. *Este itinerario de integración de tareas y necesidades de duelo tendrá en cuenta, pues, la dinámica evolutiva del proceso y las necesidades particulares de cada persona en cada momento, ajustando la intervención a la vertiente traumática, defensiva y relacional, o bien al crecimiento y el cambio.*

La terapia *Gestalt* nos ofrece una manera muy útil de entender cómo cambian las necesidades, ya que utiliza los conceptos de «figura» y «fondo» para referirse a cómo una necesidad aparece en primer plano y cómo, una vez que tomamos conciencia de ella y es satisfecha, pasa a un plano secundario para que otra necesidad emerja como prioritaria (Perls, 1973). En la descripción del desarrollo evolutivo del duelo, este concepto puede ser muy útil: para sobrevivir a la experiencia de separación van aemerger una serie de necesidades de forma progresiva que se expresarán en tareas específicas y características de cada etapa de desarrollo, como un modelo dinámico, y que deberán ser satisfechas de forma adecuada para que se resuelva el duelo. Para el terapeuta, este concepto es muy válido porque deberá identificar en cada momento cuáles son las tareas que están en un primer plano o figura, pues serán éas las que deberán abordarse en primer lugar.

## **INTEGRACIÓN EN LOS MÉTODOS Y LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Una teoría de métodos debe ser coherente con un modelo teórico (Mahrer, 1989): los métodos y estrategias utilizados en el tratamiento y acompañamiento de personas en duelo no pueden estar aislados del edificio teórico que los sustenta. Quizá sea ésa la razón por la que en muchos estudios de investigación donde se utilizan estrategias terapéuticas de forma indiscriminada, y sin un marco teórico coherente, los resultados son tan poco concluyentes. La eficacia de una estrategia terapéutica (o de un procedimiento como escribir, dibujar o hacer un ritual, una reestructuración del tiempo o una visualización) dependerá de si la tarea o necesidad de duelo a la que se ha dirigido está ajustada a la experiencia concreta de duelo que la persona vive en ese momento dado.

El modelo de tareas y necesidades proporciona un edificio consistente y coherente del que se deriva una terapia de métodos y estrategias. La selección discriminada de estrategias deberá realizarse siempre teniendo en cuenta este modelo, que nos va a permitir distinguir entre estrategias útiles para abordar elementos del trauma (aturdimiento y choque), estrategias para el manejo de las defensas de evitación (negación y evitación), estrategias para elaborar aspectos relacionales (conexión e integración) y estrategias útiles para suscitar aspectos de nuevos significados y cambios en la vida del doliente (crecimiento y transformación). *La integración de las estrategias específicas de intervención* es el tercer significado del término «psicoterapia integrativa» aplicado al duelo. Esta integración se da en esa selección discriminada de procedimientos: si la persona en duelo está afrontando su duelo mediante una conducta de adicción cuya función es manejar la ansiedad en la etapa de rechazo-evitación, habrá que emplear un trabajo intrapsíquico para identificar la tarea de duelo subyacente pero respetando la ventana de tolerancia emocional de la persona. Si se trata de un sistema defensivo evitativo relacionado con experiencias de la infancia, será adecuado trabajar el modelo de vinculación en referencia a las figuras parentales. Si lo que emerge es una tarea de duelo de resolución de asuntos pendientes en la etapa de conexión con el dolor, entonces una estrategia como el diálogo gestáltico, donde se invita al doliente a tener una conversación imaginada con su ser querido a pesar de que despertará cierta sintomatología, va a ser muy apropiada; y si estamos abordando una tarea de reconstrucción de significados en un momento

de duelo más avanzado, de integración-transformación, entonces va a ser muy efectivo un método más cognitivo, como la propuesta de escritura narrativa dirigida a concretar, por ejemplo, los nuevos aprendizajes experimentados a partir de la experiencia de pérdida.

Las estrategias terapéuticas en el duelo deben siempre utilizarse teniendo en cuenta el objetivo propuesto, la tarea o la necesidad de duelo, identificando en qué momento está la persona y si son adecuadas, en virtud del impacto emocional, y si éstas se hallan ajustadas a la capacidad de tolerancia de la persona. Para ello la sintonía del terapeuta con el paciente va a ser esencial (véase cap. 4, apartado 4.3.: La sintonía como método). Y siempre la propuesta debe realizarse en el contexto de una relación terapéutica de confianza que atienda los aspectos transferenciales. En las situaciones en que el terapeuta decida utilizar estrategias concretas para facilitar la conexión con la vivencia de pérdida, como por ejemplo escritura, rituales, visualización, arte-terapia o músicoterapia, es conveniente proponer únicamente técnicas o ejercicios con los que él mismo esté familiarizado. Un terapeuta no debería proponer una estrategia que él mismo no haya experimentado personalmente en su trabajo.

### **4.3. Métodos para una psicoterapia integrativa-relacional**

#### **LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: ATENDER LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS EN DUELO**

A veces me pregunto cómo se sentirían los dolientes si, después de la muerte de su ser querido, se encontraran con un entorno protector, con personas sensibles y abiertas, disponibles para la relación de apoyo, cálidas, que los sostuvieran en los momentos bajos y no tuvieran miedo a sus expresiones de dolor, ni prisa por su recuperación; personas abiertas a compartir los momentos de desesperación y también a celebrar los primeros cambios y éxitos, y con la sensibilidad suficiente para darse cuenta de cuándo es el momento de favorecer pequeñas distracciones que alivien el sufrimiento y cuándo es el de apoyar y facilitar los momentos de conexión profunda con el dolor. Si sucediera algo así, seguramente la integración de la experiencia de duelo tendría lugar de forma natural dentro de la propia comunidad relacional de la persona, y posiblemente entonces este libro no sería necesario.

Pero la realidad es muy distinta: muchas personas se lamentan del fracaso del entorno a la hora de acompañarlas en el camino. Son frecuentes entre ellas expresiones como: «Nunca me imaginé que lo que podía venir después fuera peor», «nadie me comprende», «tengo que estar dando explicaciones constantemente», «tengo que justificar mi dolor», «he aprendido a disimular y no mostrar mis sentimientos verdaderos». Esto explica que muchas de ellas busquen refugio en grupos de iguales, es decir, entre otras personas en duelo, con las que se sienten seguras, o que acaben aislándose y escondiendo sus verdaderos sentimientos. El concepto de trauma acumulativo explica cómo la ausencia de un ambiente de protección, la negligencia del entorno, la incapacidad de mantener el apoyo a lo largo del tiempo o la desautorización de algunos aspectos de la vivencia de duelo suponen un fracaso relacional que puede provocar una desintegración añadida y que en ocasiones puede ser tanto o más devastadora que la propia pérdida.

Después de escuchar el relato de muchos pacientes expresando su malestar por ciertas manifestaciones proferidas por los profesionales que supuestamente debían acompañarlos, he llegado a la conclusión de que *el psicoterapeuta que desee especializarse en la atención del duelo debe plantearse como primer objetivo de aprendizaje «no hacer daño»*, y para ello deberá atender cuidadosamente estas necesidades relacionales que no son más que una concreción de la expresión de una vinculación segura entre él y el cliente. Cuando hablamos de *necesidades relacionales de las personas en duelo*, no nos referimos a las necesidades de supervivencia y seguridad física de Abraham Maslow (1970), sino a las necesidades que deben atenderse para que la relación de apoyo sea de sostenimiento y la persona que vive una pérdida significativa pueda avanzar en su proceso de recuperación.

Para los terapeutas es importante poder identificar qué necesidades no están siendo satisfechas en el entorno del doliente, porque éstas van a ser transferidas a la relación, y entonces deberán poner especial atención y responder a ellas de forma específica. Muchas personas acaban rechazando la intervención especializada de profesionales porque han sido víctimas de su incapacidad para atender estas necesidades. Los fracasos terapéuticos más importantes tanto en el asesoramiento como en la terapia de duelo son consecuencia de la falta de habilidad del terapeuta para crear una presencia sensible y un contacto abierto que permitan la identificación de las necesidades relacionales y respondan a cada una de ellas de forma adecuada.

Responder a las necesidades fundamentales de las personas en duelo es también una manera de atender los aspectos transferenciales dentro de la relación terapéutica. La transferencia en la relación paciente-terapeuta debe verse como un fenómeno natural, no necesariamente patológico: el terapeuta se convierte, en la terminología de la psicología del *self*, en un *self-objet* para el otro una vez que la transferencia se ha establecido, y ésta es una condición indispensable para una psicoterapia efectiva. Los tres tipos de transferencia que describe Kohut (1971-1978) se corresponden con algunas de las necesidades de las personas en duelo en su relación con el terapeuta: por ejemplo, la *transferencia de reflejar* se refiere a los deseos del paciente de ser mirado de una manera positiva y empática y corresponde a la necesidad de ser creído, escuchado y aceptado en toda su historia de pérdida; las *transferencias de idealización* se refieren al deseo del paciente de idealizar la figura del terapeuta y su relación con él y son un equivalente de la necesidad de protección, donde el terapeuta va a ofrecer una figura de estabilidad y fuerza en la que el doliente puede apoyarse para permitirse revivir aspectos traumáticos de su pérdida. Mostrar cómo la vivencia de la persona en duelo impacta emocionalmente al terapeuta, al tiempo que se transmite al doliente la manera de vivir ese impacto y su capacidad de mostrarse como un ser humano, es una forma de responder a la *transferencia de reciprocidad*.

La categorización que aquí presento está inspirada en el trabajo realizado por Richard Erskine, Janet Moursund y Rebeca Trautmann sobre la transferencia (1999) y refleja aquellas necesidades que, en mi experiencia, expresan la mayoría de los clientes en duelo cuando hablan de la pérdida de sus relaciones significativas y del proceso vivido con las personas de apoyo de su entorno. Estas necesidades son expresadas en el aquí y ahora de forma implícita con gestos, expresiones de dolor y lenguaje no verbal, y a veces explícitamente con peticiones

verbales de apoyo, ayuda y escucha. *Si el terapeuta sensible responde a ellas, creará las condiciones que garantizan el espacio de seguridad donde la persona pueda vivir su experiencia de duelo con mucha menos necesidad de estrategias de distorsión-inhibición y con un intervalo de tolerancia cada vez mayor.*

1. Ser escuchadas y creídas en toda su historia de pérdida.
2. Ser protegidas y tener permiso para expresar emociones.
3. Ser validadas en la forma de afrontar el duelo.
4. Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad.
5. Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo.
6. Sentir que su experiencia de duelo tiene un impacto en el otro.
7. Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa.
8. Poder expresar amor y vulnerabilidad.

FIGURA 4.3. Necesidades relacionales fundamentales de las personas en duelo.

#### *1. Ser escuchados y creídos en toda su historia de pérdida*

Poner palabras al dolor constituye una necesidad fundamental después de la muerte de un ser querido. Escuchar es dejar que la historia del otro se revele. Las personas en duelo necesitan ser escuchadas y creídas en lo que viven; que el entorno les facilite la libre expresión de sus sentimientos y pensamientos. Muy a menudo precisan explicar repetidamente aspectos asociados con la muerte de su ser querido, lo cual forma parte del proceso de destraumatización. Con la ayuda de la presencia cálida y de apoyo de ese otro que desde la comprensión y empatía está presente y facilita esta expresión verbal, el doliente puede recorrer una y otra vez los matices únicos de su manera de vivir la ausencia. Escuchar y creer lo que nos dice, por muy irracional que sea, y validar su experiencia emocional subjetiva, sea la que fuere, es lo que va a crear las condiciones de seguridad, confianza y respeto para que pueda expresar toda su vulnerabilidad y sentirse acogido.

Con frecuencia, las personas de su alrededor niegan sus sentimientos: «Eso no es así», «no hay para tanto», «debes sentir de otra manera». El terapeuta debe proveer un modelo donde «hay alguien que cree en ti, en lo que dices, que no lo pone en duda ni lo cuestiona». Carl Rogers ya hablaba de la importancia de la mirada incondicional en la relación (Rogers, 1972). El terapeuta deberá identificar las áreas donde la persona no se ha sentido validada por su entorno y responderá afectiva y empáticamente confirmando sus sentimientos de inadecuación, de vacío y de frustración.

Sentir seguridad, según Richard Erskine (Erskine y otros, 1999), significa tener la experiencia de que nuestras variadas necesidades y sentimientos son humanos y naturales y que podemos mostrarnos vulnerables y ser, a pesar de ello, aceptados. La respuesta a esa

necesidad incluye transacciones respetuosas y no vergonzantes con el cliente que muestren respeto físico y afectivo, de modo que su fragilidad, expresada incluso en sus fantasías más extrañas, sea respetada y preservada.

Yolanda sufrió la muerte de su bebé en el momento del parto hace tres semanas. Su cuñada, que quedó embarazada al mismo tiempo, está a punto de tener a su hijo. Yolanda experimenta sentimientos ambivalentes hacia ella.

YOLANDA: Aguardo con temor el momento en que me digan que está de parto. No he querido ir a visitarla desde que me sucedió lo mío. No puedo verla, me duele demasiado y me siento mal.

TERAPEUTA: Debe de ser muy difícil ver a alguien que está como tú desearías estar, llena de esperanza y expectativas.

YOLANDA: Sí, es muy duro, la gente no lo entiende, pero yo lo paso muy mal. Me da mucha pena.

TERAPEUTA: Te da pena por lo que hubieras deseado que fuera...

YOLANDA: *(emocionada)* Por todo lo que me hubiera gustado que me ocurriera a mí... la felicidad de tenerlo en mis brazos...

TERAPEUTA: ¿Puedes hablarme de cómo imaginabas esa felicidad, esa escena de tu hijo en tus brazos?

Aquí la terapeuta escucha el dolor de Yolanda y le muestra que está interesada en conocer cómo ha sido su experiencia. Cuando ella habla de sus sentimientos, la gente de su entorno cercano minimiza su dolor y la desautoriza. Ahora puede experimentar un espacio de seguridad donde su dolor no va a ser minimizado; la terapeuta, con sus intervenciones, la anima a estar ahí, focalizada en la emoción. A pesar del dolor que suscitará el recuerdo de la fantasía imaginada sobre ese bebé en sus brazos, sabe que es así como facilitará el trabajo de duelo que Yolanda debe hacer para poder despedirse de su hijo.

Proveer un entorno de seguridad en la relación terapéutica va a ser especialmente importante ante los sentimientos irracionales y hasta conflictivos que la persona en duelo experimenta. El terapeuta deberá estar atento a la posible presencia de pensamientos destructivos que tiene el paciente en situaciones de evitación y que le generan incomodidad, pero que es incapaz de controlar. A veces el doliente ha estado escondiéndolos durante años. Poder darles voz ante un profesional sensible, que acoge su parte de frustración y enfado por lo sucedido y otorga un sentido a estos pensamientos o sentimientos, por muy irracionales que sean, va a permitirle la integración de la experiencia negada o reprimida, lo que lo ayudará a liberarse de su sentimiento de culpa y a conectar con el dolor que está sumergido.

Este extracto pertenece a la misma sesión en que Yolanda habla acerca de la muerte de su bebé. La terapeuta sabe que muy a menudo, en los casos de muerte perinatal, las madres experimentan en las primeras etapas pensamientos muy irracionales que son fruto de su enfado y frustración, y que suelen desplazar a su entorno, especialmente a otras madres con bebés. Al observar la expresión no verbal de la paciente, le da permiso y además la seguridad suficiente para que ponga palabras a sus fantasías destructivas.

YOLANDA: Si por mí fuera no iría a verla. Preferiría no verla nunca más.

TERAPEUTA: Veo un gesto de disgusto en tu cara, Yolanda. Parece que hay algo difícil en lo que estás viviendo en relación con tu cuñada.

YOLANDA: Es que a veces me pasan cosas por la cabeza.

TERAPEUTA: A veces, cuando hemos perdido a un bebé durante el embarazo y vemos a otras embarazadas, nos pasan cosas difíciles por la cabeza, a veces son pensamientos extraños...

YOLANDA: Sí, sí, muy extraños...

TERAPEUTA: A veces son cosas terribles e irracionales que no nos atrevemos a decir en voz alta.

YOLANDA: Sí, sí, es verdad, pero no puedo controlarlo, me pasan por la cabeza...

TERAPEUTA: ...ideas muy extrañas, que nos turban, ¿verdad?

YOLANDA: Sí, me pasa por la cabeza..., me da un poco de vergüenza decirlo, que... ojalá muriera también su hijo... Es terrible, ¿verdad?

TERAPEUTA: Yolanda, es natural que te pase ese pensamiento irracional por la cabeza... Claro que sí, y si seguimos fantaseando... si a ella le pasara algo así... ¿entonces?... Es una fantasía sólo.

YOLANDA: Sabría lo que ha sido para mí, así se enteraría de cómo he sufrido (*en tono enfadado*).

TERAPEUTA: Parece que ella no sabe lo duro que ha sido para ti... ¿Puedes hablarme de ello?

YOLANDA: ¡No se da cuenta! ¡Nadie se da cuenta de cómo estoy!

Algunas personas en duelo sienten que lo que viven es inaceptable para los demás. Especialmente en las primeras etapas del duelo, les parece que lo que les sucede es descabellado, que si cuentan a alguien lo que les pasa por la cabeza van a ser censuradas o incluso ridiculizadas. O que el terapeuta les va a diagnosticar el estado en que se encuentran porque sienten que lo que les ocurre es un poco como una locura. En ocasiones se consideran incluso un caso perdido porque el duelo se ha complicado y llevan años sintiéndose así, sin posibilidad de recuperación. El sentido de seguridad que el terapeuta de duelo provee muy a menudo tiene que ver con su capacidad de acoger con respeto la vulnerabilidad, la fragmentación y la desestructuración de la persona en duelo. Al mostrarle con sus palabras, gestos y miradas que está abierto a escuchar toda su historia, que es entendida y aceptada toda su experiencia, la persona en duelo puede integrarla como algo natural y humano, por muy extraña que sea.

## 2. *Ser protegidos y tener permiso para expresar emociones*

Nuestras dificultades para conectar con sentimientos difíciles tienen que ver con no haber experimentado la vivencia de ser protegidos por una figura de apoyo estable y fuerte. Si en nuestra infancia se nos dejó solos en momentos de confusión y dolor, seguramente ahora el miedo a perder el control inhibía la expresión de nuestros sentimientos dolorosos más profundos.

Las personas que han sufrido experiencias de pérdida y trauma necesitan sentir que van a ser sostenidas en su expresión emocional, sea la que fuere; que ante su necesidad de reexperimentar aspectos dolorosos van a estar ante alguien que les dé permiso para conectar con su vulnerabilidad y a la vez transmita la confianza y seguridad de que van a ser contenidos; un terapeuta que no tenga prisa ni miedo, que ofrezca una plataforma de seguridad donde puedan expresar y permitirse sentir sus miedos: miedo al futuro, a la soledad, a la propia muerte, a la muerte de otros allegados, o simplemente miedo a volverse locas de dolor. Ofrecer una figura de protección y guía que responda a la necesidad de descontrolar de las personas en duelo, abrumadas por sus sentimientos de tristeza, aflicción, miedo, enfado o necesidad de regresión, es atender su necesidad de permiso y de protección.

Victoria perdió a su hijo de 4 años como consecuencia de una meningitis. Se sintió muy culpable por no haber sido capaz de identificar los síntomas con más antelación. Tres años después acude a terapia porque sigue con estos sentimientos.

VICTORIA: Debería haberme dado cuenta. Durante esas cuatro horas él se sentía muy mal, pero pensé que no era más que un resfriado y no le hice caso; estaba muy ocupada y me despisté. Por culpa de mi despiste mi hijo murió.

TERAPEUTA: Cuéntame qué ocurrió en esas cuatro horas, hasta que te diste cuenta de que podía ser algo grave.

VICTORIA: Me cuesta hablar en voz alta de esos momentos, quisiera borrarlos de la memoria.

TERAPEUTA: Pero parece que no puedes y que siguen ahí dando vueltas y vueltas.

VICTORIA: No me los puedo sacar... Cada momento está como grabado... cada minuto...

TERAPEUTA: Me gustaría escuchar cómo fueron esas horas... y todos esos momentos que te hacen sentir tan culpable... y que están ahí en tu cabeza...

Victoria se ha sentido muy sola con estos recuerdos tan tristes y confusos. Nadie hasta ahora se ha interesado en conocer qué supuso para ella ese «despiste». La gente de su alrededor tiende a decirle cosas que la tranquilicen para que deje de sentirse culpable; sin embargo, la terapeuta está más interesada en conocer cómo se generó esa culpa y cómo es la vivencia subjetiva de ese estado. La provisión de un entorno de protección y permiso le permitirá acompañarla en ese sentimiento de culpa para que pueda revivirlo plenamente con alguien que la sostenga.

A veces las personas en duelo tienen miedo de que la intensidad de sus sentimientos, si los expresan abiertamente, sea demasiado elevada para el terapeuta y que éste responda desbordándose. Sólo si el terapeuta es capaz de proveer un espacio de seguridad, protección y estabilidad, el paciente se sentirá suficientemente seguro como para profundizar en su experiencia de trauma y accederá a pensamientos, sentimientos y recuerdos no explorados que fueron reprimidos y yacen en el subconsciente. La protección por parte del terapeuta responde a la necesidad relacional de mantener la sintomatología de duelo dentro de unos límites productivos.

Al invitar a Victoria a que haga un relato minucioso de cómo fueron esas horas, se le brinda una oportunidad de expresar sus emociones abiertamente, dándole permiso y a la vez ofreciendo protección. Gritar, llorar, mostrarse enfadada o sentirse culpable, aunque sean sentimientos incómodos e irracionales, no necesariamente son indicios de duelo complicado. Cuando el terapeuta acoge estos sentimientos desde la estabilidad y la fiabilidad, como hace con Victoria, está reconociendo su importancia y la necesidad de que sean expresados y llevados así al consciente; a partir de ahí podrá expresar de forma interpersonal esos procesos intrapsíquicos inconscientes, lo que permite identificar y entender la función que tiene la culpa como estrategia de afrontamiento.

### *3. Ser validados en la forma de afrontar el duelo*

Paralelamente a la facilitación de la expresión emocional, el terapeuta acompaña validando estos sentimientos como algo natural y necesario en el proceso. Al permitir su libre expresión, confirma la experiencia subjetiva del cliente normalizando su vivencia. Muchos dolientes sienten que se están volviendo locos, o que si se permiten dar libre curso a su

sufrimiento no están actuando bien; se sienten juzgados por su entorno y ellos mismos se juzgan. El terapeuta no sólo provee la seguridad física para que ellos puedan expresar estos sentimientos incómodos, sino que también valida su función dentro del proceso. De forma a veces no verbal, el terapeuta le hace saber al doliente que sus necesidades y sentimientos son normales y aceptables. La mirada incondicional que proporciona el terapeuta es lo que va a facilitar que el doliente se permita expresar toda su vulnerabilidad física y afectiva. La sensación del cliente con respecto al interés del psicoterapeuta por su bienestar es la de ser aceptado por una persona estable, protectora y en la que puede apoyarse durante el tiempo de la terapia.

La validación no sólo implica la parte de normalización que el terapeuta provee al paciente, sino que va más allá: implica la capacidad de dar sentido al pensamiento, al sentimiento o a la conducta de afrontamiento que el paciente está mostrando, por muy descabellados o absurdos que éstos parezcan. La visión adaptativa de las estrategias de afrontamiento y las defensas como principio fundamental de la atención al duelo entroncan con la necesidad de validación por parte del terapeuta, que es capaz de identificar la función de esos sentimientos, pensamientos o conductas disruptivas, dolorosas o incómodas y logra que se revelen en el transcurso de la relación terapéutica.

Ricardo lleva dos meses de terapia. Hace seis que perdió a su mujer, con la que estaba muy unido, después de una larga y dolorosa enfermedad degenerativa. Ricardo está muy activo y tiene dificultades para manejar la ansiedad. En la siguiente sesión empieza con esta afirmación en tono provocador:

RICARDO: Hace unos meses que salgo con varias mujeres a la vez los fines de semana. Quedo con ellas para tomar una copa y después las llevo a mi apartamento... (*entra en detalles durante varios minutos, hasta que se hace un silencio*).

TERAPEUTA: Parece que es importante para ti compartir esto conmigo, Ricardo.

RICARDO: Sí, hace días que te lo quería decir, pero no me decidía.

TERAPEUTA: ¿Qué te hacía dudar?

RICARDO: Tu posible reacción al escucharme.

TERAPEUTA: ¿Qué reacción pensabas que tendría?

RICARDO: Pensaba que me dirías que estoy haciendo una tontería y que debo parar.

TERAPEUTA: (*silencio*) Y cuando tú imaginabas que yo te diría esto, ¿qué respuesta tenías pensada?

RICARDO: (*rie*) ¡Me has pillado!... Pensé que te diría que no voy a dejar de hacerlo, que me da igual lo que me digas y que lo necesito y me lo paso bien.

TERAPEUTA: Me interesa mucho lo que me estás contando, Ricardo. Creo que hay algo muy importante detrás de toda esa actividad sexual... y creo que también me estás diciendo algo importante acerca de tu necesidad de confiar en mí... ¿Te parece bien que empecemos a explorar estos aspectos?

RICARDO: Sí, me parece bien.

Validar no significa necesariamente que estemos de acuerdo con lo que la persona nos cuenta. Kohut distingue entre identificarse o simpatizar con el doliente y empatía (Kohut, 1971), concepto que describimos más adelante. No tenemos por qué identificarnos con lo que nos cuenta, ni simpatizar con su experiencia, pero sí confirmamos que ésa es su manera de vivir la experiencia y que, como en el caso de Ricardo, estamos genuinamente interesados en

conocerla. Muchos terapeutas inexpertos utilizan la expresión «lo entiendo...» sin haber prestado la escucha debida a la vivencia subjetiva del paciente, sin haber pasado tiempo con él para conocerlo. En tanto no hayamos escuchado en profundidad a Ricardo y todo lo que él tiene que contar acerca de su adicción y el sentido profundo que tiene en el contexto de la pérdida de su pareja, no podremos decirle que lo entendemos. No juzgarlo y validar su experiencia subjetiva como algo humano va a permitir hacer esta exploración tan necesaria que revelará la función de esta estrategia como esfuerzo defensivo inconsciente para mitigar su dolor.

#### *4. Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad*

La necesidad de reciprocidad no implica que el terapeuta tenga que haber pasado exactamente por la misma experiencia de duelo que el paciente, pero sí que el paciente sienta que es acompañado por alguien que no sólo entiende mentalmente su dolor por la pérdida del ser querido, sino que además sabe algo, por su propia experiencia, de cómo es ese dolor. La reciprocidad en la relación terapéutica se satisface cuando el paciente, al expresar lo que siente, percibe que está ante alguien que «sabe» de lo que le habla y que es capaz de mostrar su subjetividad en la relación interpersonal.

No necesitas estar en duelo, pero como terapeuta conoces el territorio de tus propias pérdidas; explorar el dolor es un camino familiar para ti, así que puedes comprender desde tu corazón lo que te están contando. Aunque no hayas estado ahí exactamente, si como ser humano conoces lo que es y has tenido experiencias similares, sabes lo que es estar abrumado por el dolor, sentir el enfado y el rechazo ante la separación o lo que es sentirse culpable por una relación incompleta. La reciprocidad implica que el terapeuta es sabio, que ha hecho un recorrido personal por sus propias pérdidas, sean éstas muertes, separaciones o carencias afectivas de su infancia, y tiene una considerable experiencia como paciente. Sólo así el reconocimiento y la validación que puede hacer de la experiencia subjetiva de la persona en duelo a la que acompaña van a poder ir más allá de un normalizar con palabras tales como «te entiendo» o «me imagino que». El terapeuta puede poner el tono de la empatía porque «sabe» de primera mano lo que es estar ahí.

Elisa tiene un puesto de responsabilidad importante en la Administración. Acude a terapia después de la muerte en extrañas circunstancias de su padre, a quien prácticamente no conoció. Elisa pasó su infancia en un hospicio, hecho del que se avergüenza y que ha mantenido oculto. En esta sesión habla por primera vez de esa experiencia.

ELISA: Él nos abandonó cuando yo tenía 9 años. No volvimos a saber de él hasta su muerte. Mi madre se quedó sola, sin recursos, con cinco hijos que alimentar, y a mí me mandaron al hospicio... Me acuerdo del primer día como si fuera hoy... que te manden a un internado a esa edad, un internado donde no eres nadie, donde hay multitud de niños... Lloré tres días seguidos... (*Mira a la terapeuta.*) ¿Sabes lo que es eso?

TERAPEUTA: Sí lo sé, yo también he estado en un internado de niña.

ELISA: ¿De verdad? ¿Cuántos años tenías?

TERAPEUTA: 13, era un poco más mayor que tú. Estuve tres años.

ELISA: Oh, sí... mira... tenías unos años más que yo... Entonces sabes lo que es ser un número...

TERAPEUTA: Sí, sé lo que es ser el número 193... Cuéntame lo que es ser el número...

ELISA: ...234, yo era el número 234... Era terrible, ¿verdad? Esos dormitorios inmensos, siempre entre un montón. Echaba tanto de menos a mi madre...

El terapeuta muestra su reciprocidad en la relación al confirmar la experiencia del paciente, con sus gestos y miradas y con sus propias emociones. Ocasionalmente, como en el caso de Elisa, puede revelar sus propias experiencias siempre y cuando esa autorrevelación sea de utilidad para el aumento de contacto en la relación terapéutica y no interfiera en el flujo del diálogo terapéutico. Cuando la terapeuta dice «sé exactamente lo que sientes», no lo dice porque está identificándose, sino que es una decisión consciente y deliberada fruto de su focalización en la necesidad de reciprocidad de la paciente, y escoge compartir esa manifestación con ella porque cree que beneficia la relación.

A veces el doliente pregunta al terapeuta de forma explícita cuál es su experiencia en pérdidas del mismo cariz. En estos casos debe contestar honestamente y a la vez interesarse en dilucidar por qué es importante esta necesidad de reciprocidad y de qué manera va a afectar a la relación y al trabajo terapéutico. La autorrevelación cuidadosa de algunas experiencias personales seleccionadas, o el hecho de compartir su propia vulnerabilidad o sentimientos y fantasías similares, estando presente de forma personal y vital, permite al cliente sentir que su experiencia se produce en presencia de alguien afín, que entiende porque ha tenido experiencias parecidas, y esta experiencia compartida sirve de confirmación, normalización y facilitación del proceso terapéutico.

En estas revelaciones, el terapeuta deberá valorar el compromiso entre la necesidad de reciprocidad y la necesidad de protección. Si considera que la revelación de una experiencia similar de pérdida que ha vivido personalmente es excesiva en ese momento para la capacidad de asimilación del paciente y va a interferir en su expresión y en su sentido de seguridad, deberá protegerlo, ofrecer una figura estable y esperar quizás a un momento más adecuado en que la disponibilidad del paciente sea mayor o la revelación pueda ser más útil en relación con la tarea de duelo que se esté abordando.

##### *5. Definirse en la manera individual y única de vivir el duelo*

La necesidad de autodefinirse en una relación es la necesidad de experimentar y expresar que somos seres humanos únicos y diferentes de los otros y que esta diferencia es respetada por los demás dentro de la relación (Erskine y otros, 1999). En el duelo, la autoafirmación es una necesidad importantísima, porque muy a menudo la manera única en que la persona vive su dolor es negada, minimizada o desautorizada por el entorno. La necesidad de autodefinición se satisface cuando el terapeuta apoya de forma consistente las expresiones de identidad del paciente. De la misma forma, en psicoterapia de duelo el terapeuta debe validar todas y cada una de las múltiples maneras especiales que el doliente tiene de vivir su proceso de pérdida. En los casos de trauma acumulativo, el doliente acudirá a la consulta con una pléthora de historias de desautorización por parte del entorno y el terapeuta deberá escuchar y confirmar la exclusividad de todas esas manifestaciones rechazadas, síntomas minimizados, conductas censuradas o pensamientos tachados de irracionales. Apoyar al doliente en sus decisiones

respecto a cómo debe vivir su duelo, escuchar y dar voz a todo aquello que le fue negado o que él mismo se negó en aras de la aprobación cultural o social es una manera de responder a esa necesidad de afirmación.

JULIO: Mi madre murió cuando yo tenía 1 año, pero no me enteré de los detalles hasta los 13 años. Nadie me lo dijo. Mi madre estaba enterrada en el cementerio de mi pueblo y un día, en un entierro, vi a una tía mía llorar ante una tumba y entonces... me dice que es mi madre, y vi la foto ahí en el nicho y tuve un choque... Nadie me había dicho nada, no sabía nada. ¿Por qué tienen que esconder esas cosas tan importantes a un niño?

TERAPEUTA: Un niño necesita que le cuenten las cosas.

JULIO: Claro que sí... No eres tonto.

TERAPEUTA: ¿Qué hubieras necesitado como niño tras la muerte de tu madre?

JULIO: Que me lo hubieran contado antes de forma natural, poco a poco, que hubieran contestado a mis preguntas, que me hubieran hablado de sus buenos recuerdos, y poder llorar a mi madre con el resto de la familia.

TERAPEUTA: Parece que hubo muchas cosas importantes para ti que no te dejaron vivir.

JULIO: Sí, y esto me hace estar enfadado. Todo lo que me he perdido por este maldito tabú de la protección...

TERAPEUTA: Háblame de esa parte enfadada de ti y de ese niño que tenía preguntas que hacer a sus mayores y que éstos no respondían.

En esta sesión, Julio se da cuenta de su necesidad de autodefinición, y ésta es atendida por el terapeuta interesado, que la valida. El enfado es una respuesta natural de las personas a quienes no se les respeta su necesidad de afirmación. Al poder manifestarlo y entenderlo, Julio puede entrar en contacto con las necesidades relacionales que no fueron satisfechas en su momento como niño en duelo: ser escuchado, ser reconocido como doliente y recibir información de lo sucedido de forma apropiada a su edad.

Es frecuente que, si la persona en duelo es una persona mayor o un niño, simplemente se convierta en alguien invisible del que la familia habla como si no estuviera presente, al que se lo aparta de todo, no se le pregunta qué necesita, qué desea saber o qué necesita compartir, y muy a menudo se decide por ellos como si se tratara de seres incapaces: «Mejor que no vea el cuerpo, mejor que no vaya al entierro, mejor no explicarle cómo fue la muerte». Todo el mundo se siente con derecho a opinar, a definir su duelo y sus sentimientos, a dar consejos e interpretar. Se los incapacita, se los invalida.

El terapeuta de duelo deberá ser muy sensible a la necesidad de autodefinición del paciente, explorando todo aquello que no pudo permitirse en el pasado y apoyándolo en todas sus decisiones futuras. Es importante que no proyecte sus propias opiniones sobre lo que es correcto o no en el duelo. Para ello deberá estar especialmente atento a pacientes con personalidades adaptadas y con dificultades en su autodefinición, que van a pedir permiso u opinión acerca de sus decisiones. No hay una manera única de hacer el duelo, y permitir la autodefinición implica permitir explorar cuál es la manera óptima para cada paciente según su marco de referencia. Por ejemplo, frente a decisiones que el doliente plantea, deberá hacer una cuidadosa indagación sobre las distintas opciones, sus significados y su funcionalidad dentro del momento del duelo.

INMACULADA: Tengo las cenizas en casa y no sé si debo conservarlas o no. La gente me dice que debo sacarlas de casa, pero a mí me ayudan. Arriba en la habitación tengo las fotos y abajo en el comedor las cenizas. ¿Debo desprenderme de ellas?

TERAPEUTA: ¿Qué opinas tú?

INMACULADA: Yo no sé, pero la gente me dice que tengo que enterrarlas, que en casa eso no se tiene.

TERAPEUTA: ¿Y tú qué piensas entonces? ¿Qué te pasa por la cabeza cuando escuchas las opiniones de la gente?

INMACULADA: Pienso que a mí me ayudan.

TERAPEUTA: ¿En qué forma te ayudan?

INMACULADA: Tengo al lado una cajita con una vela y cada vez que paso por ahí digo: «Hola, hijo».

TERAPEUTA: Dices que es importante para ti tenerlas ahí por ahora, y que a pesar de lo que te dice la gente has decidido seguir lo que tu corazón te dice.

Desde ahí, el terapeuta puede dirigirse a la tarea de duelo subyacente bajo esta conducta de afrontamiento de la siguiente manera: «Y con ese gesto y esas palabras, ¿qué sientes cuando le dices hola a tu hijo? ¿Qué dices en ese hola?». O bien puede decidir que es más importante seguir indagando en su necesidad de autodefinición en el duelo y entonces hará una intervención como: «Parece que a menudo oyes a la gente decir cómo debes sentirte o lo que debes hacer en tu forma de vivir el duelo, ¿es así? Háblame de eso. ¿En qué otras situaciones te dice la gente cómo debes sentirte o lo que debes hacer?».

Permitir la autodefinición en nuestros pacientes en duelo significa estar abiertos con curiosidad a la experiencia única de cada doliente y no dejar que la teoría o nuestra propia experiencia de pérdidas nos hagan presuponer cómo debe sentirse, qué debe hacer en un buen duelo cada persona y qué no debe hacer. Aunque admitamos que la teoría y nuestras propias vivencias de pérdidas elaboradas son una guía necesaria e indispensable y que constituyen nuestra «mente de expertos», el terapeuta debe acoger la experiencia del otro desde un «corazón de principiante». El doliente debe sentir que es confirmado en su sensación de ser único en el mundo en su forma de vivir la experiencia de separación: en ciertos aspectos, la necesidad de autodefinirse frente al terapeuta es contraria a la necesidad de reciprocidad. Por ello el terapeuta deberá discernir cuándo un «le entiendo perfectamente» despertará la agresividad del paciente («usted no entiende nada, señorita»), que necesita autodefinirse en su duelo o está desplazando su enfado de negación y rechazo, y cuándo ese «le entiendo» va a facilitar una experiencia de integración en el paciente disociado de sus sentimientos.

Ayudar a que el paciente pueda autodefinirse como persona válida, única en su experiencia de duelo, por muy difícil, compleja o extraña que pueda ser, y a que esta manera individual de hacer el duelo pueda ser comunicada al otro, que acepta y apoya sus decisiones y preferencias, aunque quizás no sea lo que uno haría en una situación similar...; el respeto, en suma, es lo que va a permitir una mejor conexión terapéutica, una mayor capacidad de reconocimiento y autenticidad en la individualidad de cada uno como persona enfrentada a la muerte.

## *6. Sentir que la experiencia de duelo impacta en el otro*

La necesidad de impactar en los otros refleja la importancia que tiene en las relaciones sentir que uno posee la capacidad de hacer que el otro cambie algo: sean pensamientos, actos o respuestas emocionales provocadas en ellos (Erskine y otros, 1999). Es un reflejo de la

necesidad que tienen las personas de saber que lo que cuentan o sienten tiene un efecto en quienes las están escuchando. La protesta emocional del niño, tal y como la describe John Bowlby, no deja de ser un intento de aumentar la posibilidad de tener un impacto, cuando éste siente que no es capaz de influir en su entorno, que su manera de actuar no tiene ningún efecto en las figuras de los adultos de referencia, que haga lo que haga es como estar delante de una pared (Bowlby, 1986).

La necesidad de que el dolor de la persona que ha perdido a su ser querido impacte en el entorno cercano es una necesidad relacional que tiene que ver con la posibilidad de que se dé o no la integración de la experiencia. El término «trauma acumulativo», definido como el resultado de los fracasos en el papel de la madre como escudo protector del niño en el curso de su desarrollo (Kahn, 1963, véase cap. 1, apartado 1.2.: Trauma acumulativo y duelos desautorizados), se puede emplear igualmente para describir cómo fracasa el entorno en dar apoyo a la persona en duelo en el momento de la muerte y en el periodo posterior. La persona tiene que escuchar y manejar los pequeños pero constantes comentarios descalificadores y minimizadores. La fuente más importante de trauma acumulativo quizá sea la negligencia o incapacidad del entorno para sentirse impactado por el dolor del otro, de ahí que esta necesidad sea tan frecuentemente expresada en la elaboración del duelo.

En el proceso terapéutico, la respuesta del terapeuta que se deja impresionar genuinamente por lo que el paciente cuenta supone una respuesta de reciprocidad, un modo de enseñar que le importa lo que ha escuchado, que hay resonancia. Esto ayuda a mitigar los sentimientos de soledad e incomprendimiento del paciente, y en este sentido es una intervención reparadora: posiblemente el espacio del contexto terapéutico sea uno de los pocos ámbitos donde el doliente puede profundizar en su dolor sin ser interrumpido o sin que se le pida que cambie de tema o deje de sentirse así; presenciar la emoción del terapeuta que se permite sentir puede hacer que el paciente se deje llevar por sus propias emociones, y en esa expresión compartida puede darse una oportunidad de integración.

Juana ha perdido a su nieto de 6 años. En su casa le resulta difícil expresar su dolor porque siente que éste no puede compararse con el dolor de su hija, que es ella la que debe sostenerla y que no puede permitirse llorar para no abrumarla más. Juana dedicaba mucho tiempo al niño. El espacio terapéutico se ha convertido para ella en el único lugar donde puede explorar y expresar sus sentimientos libremente.

JUANA: Era un niño buenísimo, atento, servicial, siempre tenía una palabra cariñosa para mí. Cuando llegaba del colegio me abrazaba, se sentaba a mi lado y me decía: «¡Hola, abuelita!». Tengo otros nietos, pero ninguno como éste.

TERAPEUTA: ¡Cuántas cosas que lo hacían distinto de los demás!... ¿Cómo te hacía sentir cuando estaba a tu lado?

JUANA: Bueno, es como si no le importara que yo estuviera vieja y enferma, me tocaba con sus manitas mi cara arrugada, no sé... me hacía sentir querida, distinta...

TERAPEUTA: (*emocionada*) Creo que efectivamente era un niño muy, muy especial, que ha dejado un vacío muy grande en ti.

JUANA: (*llora*) ¿Por qué Dios tiene que llevarse a un niño así?

TERAPEUTA: (*emocionada*) Es difícil entender eso, ¿verdad? ¿Por qué tiene que morir un niño que sólo sabe dar amor?... ¿Qué te respondes tú a esa pregunta?

La terapeuta siente la tristeza de la paciente y permite que la expresión de este afecto sea visible en la relación; de esta manera muestra que entiende de lo que le está hablando, se siente impactada por ello y es capaz a su vez de experimentar ese dolor sin evitarlo. Ofrece un modelo de manifestación integrada de las emociones, sin disociar nada de su vivencia en ese momento relacional, y con esta muestra de impacto da seguridad y estabilidad a la paciente y un espejo en el que reflejarse.

Los terapeutas principiantes a veces tienen dificultades para manejar esta necesidad del doliente. Un error frecuente es mostrar neutralidad ante el relato de la persona en duelo, reacción que ésta experimenta como frialdad. La neutralidad, a veces llamada «buena distancia», muy a menudo es un reflejo de la dificultad del terapeuta a la hora de manejar sus propias emociones. Otro error es mostrarse sobreidentificado con el sufrimiento del paciente, o mostrar una empatía sin límites; el terapeuta excesivamente emotivo puede dar una sensación de inseguridad a la persona en duelo, que sentirá que éste no va a ser capaz de sostenerla o contenerla en todo su dolor. El terapeuta experto tiene la sensibilidad de mostrarse emocionado al tiempo que tiene bajo control lo que está ocurriendo en el aquí y ahora y que es capaz de sostener al doliente en la expresión de sus afectos.

Expresar que está impactado por lo que el paciente cuenta o muestra implica, como en la necesidad de reciprocidad, una cierta autorrevelación por parte del terapeuta, la cual es un elemento inherente de ese estar conectado intersubjetivamente. En el lenguaje verbal o no verbal que éste utiliza consciente o inconscientemente en sus respuestas al paciente, le muestra cómo está siendo impactado y le da una información sobre sí mismo. Mostrarse impactado incluye, pues, también la respuesta empática que damos cuando queremos que el paciente sienta que estamos ahí para él, que sentimos por él y que nos preocupamos por él. La intervención basada en mostrar el impacto suele estimular la sintomatología de malestar, pues ayuda al doliente a ponerse en contacto con sentimientos incómodos y dolorosos hasta entonces negados o rechazados, y en este sentido propicia la integración. Esto es especialmente necesario en el trabajo con pacientes en rechazo o evitación, porque justamente todos sus esfuerzos de afrontamiento están dirigidos a no dejar sentir ningún impacto.

CRISTINA: Cuando me dio la noticia fue terrible. Me lo dijo así, en el pasillo: «No hace falta que entre, ha muerto». Y yo me quedé muy parada, incapaz de decir nada.

TERAPEUTA: *(tono sentido)* Vaya manera tan terrible de dar una noticia... y ¿qué pasó después?

CRISTINA: No podía reaccionar, me dejaron sola.

TERAPEUTA: *(tono enfadado y sentido)* ¿Cómo es posible que te dejaran sola en un momento así?

CRISTINA: *(enfadada también)* Ese médico es un bruto, le habría dicho un par de cosas si me hubiera atrevido.

TERAPEUTA: *(tono de enfado assertivo)* ¿Qué cosas le dirías si lo tuvieras delante?

CRISTINA: *(enfadada)* Que debería ser más respetuoso con el dolor de los demás, que si él estuviera en nuestro lugar... Seguro que no tiene ni idea de lo que es perder a alguien así... y Dios no lo quiera... pero a veces pienso que entonces seguro que sería más sensible...

La impotencia que Cristina sintió en ese momento fue experimentada en soledad, nadie la sostuvo, nadie estuvo ahí con ella en esos momentos difíciles. El médico insensible o demasiado ocupado la abandona en ese momento tan delicado, y esa sensación de soledad y desamparo queda registrada en los recuerdos de Cristina como un momento de trauma. Que el

terapeuta sensible se muestre impactado por los acontecimientos y sienta el enfado que ella debe haber sentido en ese momento permite recuperar los sentimientos negados por el paciente, apropiarse de ellos y expresarlos dentro del contexto terapéutico. La validación que el terapeuta puede proveer le facilitará la experiencia integrada de ese hecho traumático y con ello podrá empezar a sentir el dolor de lo sucedido de una forma más auténtica.

### *7. Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa*

Es frecuente en muchos modelos de psicoterapia que se espere que siempre sea el paciente quien inicie el contacto en la relación. De hecho, en muchos encuadres el terapeuta aprovecha que el contacto terapéutico es siempre iniciado por el cliente para enmarcar los objetivos desde la necesidad explicitada por éste: «¿Qué necesita usted de mí?», «¿qué espera de estas sesiones?», «¿qué efectos cree que tendrá la terapia sobre su situación?», «¿cómo sabrá que ha alcanzado sus objetivos?». El psicoterapeuta está manejando una contratransferencia definida en su marco teórico que enfatiza la necesidad de no gratificar al paciente ni rescatarlo, sino que es preciso promover la autorresponsabilidad, intentando evitar toda posibilidad de dependencia respecto del terapeuta. *Este marco de trabajo terapéutico no puede aplicarse a las personas en duelo.* Las personas que han perdido a un ser querido suelen estar muy inactivas y poco disponibles para el contacto terapéutico, sobre todo en los primeros momentos del duelo, pero esta pasividad en principio no es transferencial, sino que se puede atribuir a su estado de choque o aturdimiento; por tanto, el terapeuta no puede esperar que el doliente se haga cargo de todo su proceso terapéutico. La persona en duelo no puede responder a esas preguntas porque están fuera de su alcance, emocional y cognitivamente. Este interrogatorio, en el duelo, sería un atropello terapéutico. Incluso las preguntas «¿qué necesita usted de mí?» o «¿en qué puedo ayudarlo?» muy a menudo no son adecuadas en el acompañamiento en el duelo y más bien surgen de la incapacidad del terapeuta para tomar la iniciativa y de su desconocimiento de hacia dónde debe orientar el proceso terapéutico.

Richard Erskine, Janet Moursund y Rebeca Trautmann, en su lista de necesidades relacionales, incluyen como premisa de la psicoterapia integrativa la necesidad del paciente de que en algunas circunstancias sea el terapeuta quien inicie el contacto (Erskine y otros, 1999). Si siempre es el paciente el que debe dar el primer paso en la relación, puede llegar a sentirse frustrado, y esta frustración es más real que transferencial. Para algunos pacientes es especialmente importante y reparador que experimenten que el terapeuta lleva el control y toma en ocasiones la responsabilidad de hacer que algo ocurra en el proceso terapéutico. Cuando el terapeuta explora las necesidades del paciente y es capaz de identificar que esto es necesario para él, puede tomar la iniciativa en la relación y proveer de un contacto relacional gratificador. Según estos autores, muy a menudo las intervenciones iniciales más poderosas que el terapeuta hace son de naturaleza no verbal: moverse al lado del paciente, tomarle la mano o decir con la mirada: «Estoy aquí contigo, no me voy». Estas intervenciones muestran al paciente que está siendo escuchado, validado y comprendido, y que su necesidad es detectada sin que sea preciso expresarla.

Algo similar ocurre con la vivencia social de las personas en duelo: con frecuencia, cuando buscan ayuda en su entorno, se sienten confusas, no saben identificar lo que les está pasando, y para la mayoría de ellos es sumamente importante que sea el otro quien inicie el contacto en la relación de ayuda. Las personas sensibles, que quieren mostrar que les importa lo que ha ocurrido y ayudar a la persona en duelo, toman la iniciativa acudiendo de forma regular a visitar al doliente o bien dejando un mensaje como: «Si me necesitas llámame, y si no me llamas en unos días, ¿puedo llamarte yo?».

En la terapia de duelo, el psicoterapeuta deberá valorar la importancia de la necesidad de iniciar el contacto escuchando la historia de duelo del paciente y su historial de pérdidas a lo largo de la vida. Si esta necesidad está en un primer plano, tendrá que asumir un porcentaje mayor de responsabilidad en la relación con el paciente. ¿Cómo hará esto? Puede hacerlo iniciando por su cuenta el diálogo, especialmente con personas que llegan en estado de choque, o bien puede proponer conectar con personas significativas cercanas que pueden contribuir a mejorar el apoyo social, o plantear una actividad determinada que considere beneficiosa para el cliente. En momentos más avanzados del proceso, al doliente le puede resultar difícil identificar los temas de duelo que debe trabajar, en cuyo caso el terapeuta deberá tomar la iniciativa enfocando el trabajo en una dirección determinada y haciendo propuestas sobre tareas de duelo específicas que han quedado pendientes.

Enrique perdió a su madre y a su hermana mayor en un accidente de tráfico cuando tenía 12 años. Tuvo que ocuparse de sus dos hermanos pequeños porque el padre cayó en una depresión y era incapaz de hacerse cargo de la situación. Enrique abandonó el hogar a los 18 y desde entonces la relación con su padre se ha ido deteriorando. Ha tenido mucha ansiedad últimamente y recurre a la ayuda terapéutica para poder implicarse de nuevo en la vida. En la última sesión ha estado muy abatido, expresando su agotamiento por una vida en la que ha tenido que tomar decisiones de adulto desde niño, y ha manifestado su cansancio por haber asumido tanta responsabilidad.

TERAPEUTA: He estado pensando estos días en ti y en todo lo que hablamos en la última sesión. Lo que me contaste de tu historia me impactó mucho y siento que has estado muy solo... Quería proponerte algo que me gustaría que pensases... Creo que me gustaría pedir a tu padre que venga a una de nuestras sesiones. Siento que es importante que podamos conversar los tres juntos. Me gustaría conocerlo y creo que sería positivo para ti.

ENRIQUE: (*muy interesado*) Oh, me gustaría mucho, pero no creo que él quiera venir.

TERAPEUTA: Quizá no quiera, pero pienso que puedo convencerlo de que es importante que esté presente. Creo que en este momento que vives su ayuda es necesaria y su apoyo para ti, en tu proceso, es esencial.

ENRIQUE: Es tan difícil conectar con él, me evita, nunca tiene tiempo...

TERAPEUTA: ¿Te parece bien que intente contactar con él y organizamos una sesión?

ENRIQUE: Sí, me gustaría mucho... Ojalá sea posible.

La terapeuta muestra su compromiso e implicación en la relación y actúa como figura protectora mostrando un modelo en el que alguien se preocupa y toma la iniciativa en la relación. El hecho de que otra persona anticipa sus necesidades se hace particularmente importante para Enrique porque él ha tenido que funcionar de forma independiente y cuidar de sí mismo durante mucho tiempo. Para él, ser atendido y poderse abandonar en el proceso terapéutico va a constituir una experiencia reparadora de lo que en su duelo no pudo tener.

En otras ocasiones, la necesidad de que el otro tome la iniciativa se evidencia en lo que la persona en duelo no pudo tener con respecto a la persona fallecida, y entonces el terapeuta debe responder ante los recuerdos dolorosos activados por el doliente reparando el contacto perdido. Éste es el caso de Inés, una adolescente de 15 años. Inés tuvo una relación muy compleja con su padre, del que recibió maltrato emocional continuado. Ahora, tras su muerte, ella tiene sentimientos ambivalentes: por una parte, se siente aliviada, y por otra, esos sentimientos de liberación le provocan culpabilidad.

INÉS: Muy a menudo me decía que era una niña estúpida y que sólo había venido al mundo a dar problemas.

TERAPEUTA: Eso no se le dice a una niña de 8 años. Un padre no puede decir esas cosas. ¿Dónde estaba tu madre cuando él te decía esas cosas?

INÉS: No lo sé... Nunca me defendió.

TERAPEUTA: Una buena madre defiende a su hija, y le dice al padre: «¡PARA!».

INÉS: *(se emociona)* Suena muy bien.

TERAPEUTA: *(con voz fuerte)* Alguien debería decir: «¡Para de insultar a Inés!... ¡Sólo es una niña y las niñas tienen que jugar!».

INÉS: *(emocionada)* Nunca nadie... lo paró... *(llora)*. ¡Oh, cómo lo odiaba!

TERAPEUTA: Hay mucho enfado ahí... y mucho dolor también.

En esta sesión, Inés está explorando sus sentimientos de indefensión como la niña que se enfrentaba a los abusos verbales del padre. La terapeuta toma la iniciativa y con sus palabras se hace cargo de la seguridad de esa niña, promoviendo una experiencia de protección que ella nunca experimentó. Que alguien, un adulto de referencia, tome la iniciativa ante esa niña desvalida ayuda a Inés a conectar con los sentimientos disociados de enfado y dolor que, una vez integrados, le permitirán liberarse de la culpa y resolver los asuntos relacionales pendientes.

## 8. Poder expresar amor y vulnerabilidad

En la intimidad con el otro, la persona se siente cuidada, protegida y apreciada. Estos sentimientos deben ser expresados de forma natural en el contexto de la relación. El ser humano, por naturaleza, necesita recibir amor, pero también necesita poder expresar amor. A medida que las personas en duelo van haciendo su trabajo y avanzan en su proceso, emerge progresivamente en ellas la necesidad de expresar el afecto por el amor recibido y perdido, pero también el amor no recibido y que ya nunca más podrán tener, al menos en esa relación. Del mismo modo que la satisfacción por parte del terapeuta de las necesidades de seguridad, aceptación y validación facultan al paciente para expresar su dolor, así el terapeuta debe crear un espacio en la relación en que el paciente pueda experimentar y expresar ese amor. Hacer el duelo y avanzar en el camino es también recuperar la capacidad de amar.

Muy a menudo, los adultos que han sido desatendidos o rechazados en la infancia tienen dificultades para expresar afectos: en el curso de su vida han aprendido a crear muros de protección alrededor de sus sentimientos. Sentir y manifestar los sentimientos supone una amenaza para ellos, pues los pone en situación de vulnerabilidad y despierta su miedo a ser agredidos de nuevo. En el trabajo de duelo realizado con un terapeuta sensible y respetuoso,

que ha sabido conectar con sus necesidades relacionales más importantes, estas personas aprenden y se permiten sentir dolor, y con este aprendizaje llegan a descubrir también los sentimientos de amor que subyacen bajo el dolor, el enfado y la desesperación. Con pacientes como Inés y Enrique, la tarea del terapeuta consistirá en facilitar que puedan conectar con el amor hacia sus padres: esos sentimientos que han disociado durante años, escondiéndolos tras una capa de resentimiento y enfado.

La necesidad de recibir y dar amor está presente en todas las relaciones, y las personas en duelo se sienten perdidas cuando ese otro que suscitaba esos sentimientos no está. Sentir el dolor de la ausencia les permite ponerse en pleno contacto con el amor perdido, y ponerle nombre a los distintos matices, a veces inconscientes o desconocidos, es parte importante del trabajo de duelo.

Incluso en relaciones muy ambivalentes en las que el paciente expresa rechazo hacia la figura quizás abusadora del cuidador que ha fallecido, el terapeuta debe tener presente que, aun en estas situaciones, se halla subyacente el deseo y la esperanza del niño maltratado que ansía recibir afecto. La agresividad y el enfado no son más que una expresión de una necesidad de afecto frustrada. Por este motivo el punto final del duelo debe ser siempre un aumento de la conciencia del doliente y una mejora en su capacidad de sentir, dar y recibir amor. Para ello es necesario que el doliente haya aprendido a expresar el afecto perdido y a poner palabras también a lo no recibido. De alguna manera, la expresión y la vivencia de las necesidades relacionales con la persona fallecida, tal y como se viven en las tareas de conexión e integración, son el preámbulo necesario e indispensable para esta última tarea de duelo.

ALBERT: Recuerdo muy bien lo que me decía cuando estábamos en el hospital... que estaba contenta con lo que había vivido... que moría en paz... que estaba muy tranquila y... Me preparaba a mí...

TERAPEUTA: Parece, por lo que me has contado, que era una gran maestra, una persona extraordinaria.

ALBERT: Me dio tanto...

TERAPEUTA: ¿Qué cosas son esas... tan especiales que te dio?

ALBERT: Cosas que ella me decía, que me hacía sentir... Que era yo el que era así... buen amigo de mis amigos..., pero era ella la que me hacía ser generoso en todas las situaciones. Me enseñó a ver la vida de otra manera. Sus abrazos y sus silencios eran poderosos para mí... Siete años fantásticos. Tengo tantos recuerdos importantes... La gente de mi alrededor no lo entendería si los expresara.

TERAPEUTA: Parece que tuvisteis una relación muy especial, muy íntima.

ALBERT: Estábamos tan unidos que a veces éramos capaces de intuir lo que diría el otro después.

TERAPEUTA: ¡Qué complicidad tan extraordinaria!

ALBERT: Sí, así era.

El terapeuta deberá poder responder a esta necesidad implicándose él mismo en la relación. Eso significa que, en el contexto terapéutico de apoyo al duelo, la expresión de los sentimientos afectivos del paciente al terapeuta va a ser algo permitido y aceptado. En psicoterapia, por lo general se ha desaconsejado la manifestación de afectos entre paciente y terapeuta. Estas expresiones pueden ser de orden transferencial, es decir, relacionadas con figuras de referencia del pasado, donde el paciente expresa la necesidad de una figura protectora quizás, o bien sentimientos de afecto real y genuino que el paciente experimenta en su relación con el terapeuta. En cualquier caso, el terapeuta tradicionalmente recibe mal las

expresiones de afecto del paciente y las interpreta como un signo de dependencia o como un intento de control. Sin embargo, desde el modelo de psicoterapia integrativa, que el terapeuta acepte esas expresiones como algo genuino y natural en la relación es totalmente aceptable (Erskine y otros, 1999).

En el caso siguiente, Teresa ha llevado un pequeño regalo a la terapeuta después de unos días de vacaciones en los que ha realizado un corto viaje. La terapeuta acoge con gratitud el regalo y explora su significado dentro de la relación.

TERAPEUTA: ¡Qué bonito! ¡Es precioso! ¡Vaya detalle has tenido al acordarte de mí!

TERESA: Bueno, es una manera de decirte que estoy muy agradecida... Durante la semana pienso a menudo en este tiempo que tengo contigo, y lo espero con ganas.

TERAPEUTA: Parece que es importante para ti poder estar juntas durante ese tiempo. ¿Qué es lo que aprecias de este espacio?

TERESA: Me siento tan feliz de poder hablar de mi hermano contigo y sentir que me escuchas y te interesas, y que no te parece raro que después de tantos años siga llorándolo así...

TERAPEUTA: Me gusta mucho estar contigo y escucharte. Creo que eres una persona con una sensibilidad especial y estoy aprendiendo muchas cosas de ti.

TERESA: ¿Qué aprendes de mí?

TERAPEUTA: Estoy aprendiendo cómo un hermano puede ser como un hijo, como lo fue para ti en su infancia, y cómo luego puede convertirse en el mejor de los amigos, y cómo su pérdida puede dejar un vacío irreemplazable que mucha gente no entendería. Eso me has enseñado.

TERESA: Pues yo creo que soy yo la que he aprendido mucho contigo.

En las relaciones entre terapeuta y cliente en duelo, la expresión del afecto es algo común y a menudo necesario: el terapeuta recibe las manifestaciones de amor y gratitud con ecuanimidad, entendiendo que forman parte del proceso de curación y de la relación íntima y sana que ambos han mantenido en el camino compartido de elaboración del duelo.

Estas ocho necesidades relacionales están presentes a lo largo de todo el proceso y el doliente las vive en su vida cotidiana, ya sea con la familia, las amistades o los compañeros de trabajo. Emergen ante situaciones de pérdida y trauma y son fruto del intento de manejar el dolor asociado a la pérdida de la relación dentro de otra relación de apoyo. La persona en duelo puede ser consciente de algunas de ellas, y esa percepción hace que pueda expresarlas abiertamente. Cuando la necesidad relacional aparece en un primer plano, dependiendo del momento de duelo, de la tarea y del contexto relacional, podrá expresarla en forma de queja, reproche, lamento. Otras veces las necesidades permanecen fuera de la conciencia, y el terapeuta deberá explorarlas e identificarlas a fin de darles una respuesta satisfactoria dentro del proceso terapéutico. Si las necesidades relacionales no están satisfechas, se vuelven más intensas y se experimentan fenomenológicamente como vacío, aislamiento, inadecuación y a veces con síntomas de ansiedad. En las personas en duelo, el fracaso continuado en la atención de estas necesidades relacionales puede llegar, como en el niño pequeño, a manifestarse como frustración, agresión o enojo.

Cuando el entorno social y familiar falla en proveer este apoyo relacional, las necesidades suelen ser transferidas a la relación con el terapeuta y éste, en las múltiples transacciones empáticas que realiza, deberá responder a cada una de ellas de forma concreta.

Si el terapeuta no las atiende debidamente va a generar iatrogenia, y la persona experimentará una revictimización o un trauma acumulativo. El sistema defensivo se refuerza: la persona en duelo pierde la esperanza de reparación y confirma sus creencias de guión o esquemas mentales —«no vale la pena pedir ayuda», «no tengo a nadie en los momentos difíciles», «nadie puede comprender mi dolor»—, que se erigen como defensas cognitivas y en ocasiones pueden derivar en una claudicación que posiblemente abrirá el camino a un duelo complicado.

Las necesidades fundamentales de las personas en duelo representan elementos transferenciales de la relación con el terapeuta que emergen del anhelo de contacto de la persona que ha vivido una separación y busca al otro para reparar esa herida. Son naturales y universales, no suponen un indicio de patología ni complicación y pueden estar presentes, unas más que otras, durante todo el proceso desde el inicio del duelo. Cada necesidad puede o no ser consciente para el doliente. Cuando el terapeuta las atiende mediante su presencia plena en el contacto y proporcionando respuestas correspondientes a cada una de ellas, está reforzando el vínculo y creando un espacio de seguridad. Cuanto más se atiendan estas necesidades, más positivas e intensas serán las transferencias, y, por tanto, mayor fuerza tendrá el *self*, lo que reduce la vulnerabilidad de la persona ante la fragmentación y la desestabilización, repara el trauma acumulativo y facilita la posibilidad de elaboración de las tareas de duelo.

## LA EMPATÍA COMO MÉTODO

La *introspección* es la capacidad que tenemos los seres humanos de observar nuestro mundo interno. También podemos entrar en el mundo interno del otro imaginando cómo debe ser estar en su piel, y a eso lo llamamos *introspección vicaria*. A esta capacidad humana de entrar en la experiencia subjetiva del otro Heinz Kohut la denominó *empatía* (Kohut, 1971). La introspección y la empatía son herramientas de observación para explorar el mundo de lo que es subjetivo, sea propio o de los demás: *es una estrategia de recogida de información o datos subjetivos sobre el otro que consiste, en parte, en experimentar lo que éste experimenta en sus propios términos*. La empatía se cita como método de intervención fundamental en todas las corrientes de terapias humanísticas. Janet Moursund y Richard Erskine hablan de cómo mediante la empatía podemos llegar a conocer lo que otra persona está sintiendo, la totalidad de su experiencia interna, sus sentimientos, pensamientos, esperanzas, miedos (Moursund y Erskine, 2004). Según Carl Rogers, en su aproximación a la terapia centrada en el paciente, la empatía es una de las condiciones necesarias y suficientes para el crecimiento terapéutico (Rogers, 1972).

La empatía implica para el terapeuta un esfuerzo de atención: estoy delante de uno de mis pacientes e intento ponerme dentro de su piel; para ello, mientras voy observando cómo se expresa verbal y no verbalmente, me pregunto: ¿cómo sería para mí haber perdido a ese ser querido?, ¿cómo me sentiría si además las circunstancias fueran éas? Me fijo en su expresión facial y corporal mientras me habla de sus sentimientos, y escucho atentamente dejando que lo que me dice se asiente dentro de mí. Al mismo tiempo me permito sentir física y emocionalmente, observando mis propias sensaciones sobre experiencias que puedan parecerse en el contenido o en lo sentido a lo que estoy escuchando. De forma gradual

empiezo a identificar sentimientos de tristeza profunda y de impotencia y soledad, a veces enfado, otras incluso puedo entrar en contacto con pensamientos acerca de lo que puede estar pasando por su cabeza.

Esas observaciones acerca de los posibles sentimientos de la persona que está delante de mí están realizadas desde dentro, a través de mi capacidad de empatía establecida dentro de la relación. Esta observación interna me proporciona unos datos distintos de los que obtendría desde fuera, si no me implicara, si no me permitiera sentir lo que la persona siente y lo que me despierta en mí misma. Es como observar mi mano desde fuera, estando desapegada de ella y mirándola objetivamente, o bien observarla incorporando las sensaciones que me llegan desde dentro. De hecho, son dos aproximaciones diferentes a la realidad de esa persona en duelo, ambas necesarias, ambas complementarias, e insuficientes por separado.

Los terapeutas de duelo recogemos también información objetiva externa que nos resulta muy necesaria: ¿cuánto tiempo hace de la muerte?, ¿cómo ha vivido ese tiempo?, ¿qué cosas han sostenido a la persona a lo largo del camino? Pero estos datos siempre deben ser utilizados como puntos de partida para el método empático de recogida de datos subjetivos: la exploración externa debe convertirse en oportunidades que faciliten la introspección empática. La psicoterapia de duelo debe ser siempre empática o introspectiva, y aunque también utilizamos la recogida de datos externos, éste es un método secundario y complementario. Cuando paso un cuestionario (afortunadamente en raras ocasiones), éste se convierte en una excusa para la introspección: cada ítem es una oportunidad de explorar la historia de la pérdida y su vivencia en el curso del tiempo. El «interrogatorio» realizado desde la empatía acaba convirtiéndose en una intervención efectiva terapéuticamente (aunque esto pueda ir en detrimento de su efectividad como instrumento de recogida de datos fiables susceptibles de análisis).

Heinz Kohut (1971) consideraba la empatía como un proceso de conocimiento del otro. En supervisión, cuando pedimos al terapeuta supervisado que por unos momentos haga de paciente mediante una dramatización, estamos invitándolo a que recabe información desde dentro: una buena manera de acercarlo al estado subjetivo de la persona en duelo. La información que descubre desde ahí es muy útil y lo va a iluminar acerca de las posibles dificultades que está abordando en el proceso. Pero los datos que recogemos con estas prácticas deben ser contrastados: la empatía no puede ser el único método terapéutico de intervención, debe ir acompañada de otras estrategias.

### *Empatía e indagación*

Recuerdo que, en mis primeros tiempos como terapeuta, realicé una entrevista de acogida con una mujer viuda que acudió a nuestro servicio de duelo en demanda de ayuda. Cuando la escuchaba hablar afligida sobre la muerte de su marido, en una pausa la interrumpí y dije con un tono de emoción: «Entiendo que debe haber sido muy duro para usted perder a su marido». Ella me miró con sorpresa y sonrió condescendiente: «Hija mía, no, no ha sido duro». De hecho, según contó acto seguido, su muerte fue un alivio para ella: su marido la había maltratado durante años. En realidad pedía ayuda porque estaba afligida por el sentimiento de culpa que experimentaba por estar tan bien.

*El proceso de empatía requiere siempre un retorno por parte del paciente:* para que no se dé un proceso erróneo de introspección vicaria, ésta debe ser corregida por otros datos recogidos mediante la exploración acerca del paciente. Popularmente definimos la empatía como la capacidad del terapeuta de ponerse en los zapatos del paciente y obtener desde ahí un conocimiento interno sobre su experiencia subjetiva. Pero la empatía precisa de exploración subsecuente; no es sólo ese «intentar meterse en sus zapatos» e intuir cómo se siente: la intuición, señala Heinz Kohut, no se parece en nada al proceso de empatía. Una de las muchas cosas que aprendí de aquella experiencia es que responder empáticamente no es decir «te entiendo»: nunca debemos decir «te entiendo» sin haber escuchado durante un tiempo al paciente. Si lo escuchamos y exploramos, seguramente ya no necesitaremos decir «te entiendo», porque será obvio por las intervenciones que haremos que lo estamos entendiendo (de hecho, esta expresión ya ha sido desterrada de mi práctica clínica). El poder terapéutico de la empatía como intervención no está en dar una respuesta en el sentido de «te comprendo, o siento lo que tú sientes», sino que va más allá de la comprensión vicaria, o de la respuesta afectiva que comprende; eso son sólo aspectos parciales. En este sentido, la empatía como concepto necesita ser ampliada con otras nociones (Kohut, 1971, 1978; Erskine y otros, 1999). La empatía incluye también la respuesta de exploración y el acto de indagar en la experiencia subjetiva del otro para conocer más, para contrastar y verificar lo que dice y lo que no dice.

Heinz Kohut evita cuidadosamente asociar empatía con intuición. De hecho, ser empático es no ser intuitivo. La empatía es un proceso de conocimiento basado en observaciones y verificaciones acierto-error que nos lleva a la comprensión de cómo se siente y piensa el paciente, y para ello es necesario el retorno de éste en el marco del método hermenéutico. El terapeuta es capaz de leer los signos y expresiones verbales y no verbales del paciente, y basándose en ellos corrige su intervención. Si el terapeuta evita el proceso hermenéutico e ignora estas señales de malestar del paciente, o bien no contrasta lo que está observando empáticamente, entonces puede darse un fracaso empático, como en el caso descrito sobre mi paciente viuda.

### *La empatía no es proyección*

En esa experiencia de fracaso empático intervinieron otros factores aparte de mi inexperiencia. En ese momento yo estaba viviendo el divorcio de mi pareja después de veinte años de relación y posiblemente lo que me estaba ocurriendo es que estaba proyectando algo de mi propia experiencia personal con el tema de la separación y el abandono. En la proyección, el foco está en uno mismo: observamos al otro desde nuestro marco de referencia, nuestras presuposiciones, nuestras vivencias internas no resueltas. En la empatía, el foco de atención está en el otro: *la motivación es conocer al otro desde su propio marco de referencia y para ello debemos descentrarnos de nosotros mismos*. Cuando el terapeuta que atiende a alguien en duelo proyecta su mundo interno, sus creencias o sus valores respecto a cómo debe ser esa vivencia, no es capaz de escuchar ni de explorar, y el paciente lo experimenta como un fracaso porque no se siente entendido. En la proyección no hay un círculo hermenéutico: el terapeuta no está interesado en conocer el retorno del paciente. Una

buenas maneras de saber si el terapeuta está proyectando material propio es su incapacidad de dar detalles o evidencias que apoyen sus interpretaciones, especialmente aquellas que pueden indicar lo que el paciente siente. Como yo misma, que, desde mi posible experiencia interna no resuelta respecto a mi reciente separación, no podía darme tiempo ni espacio para observar sus sentimientos y explorarlos: proyecté ese material de mi vivencia en ella.

Muchos de los errores cometidos por psicoterapeutas que intervienen en procesos de pérdida provienen de la proyección de sus dinámicas intrapsíquicas: malinterpretan la vivencia de la persona y no pueden escucharla, aplican un calendario al proceso, juzgan la intensidad del malestar o imponen conclusiones derivadas de sus propias experiencias personales. En la proyección siempre hay cierta dosis de arrogancia, de presunción de lo que es la experiencia del otro, y una incapacidad de conectar con la propia vulnerabilidad emocional o profesional. El terapeuta, desde su incapacidad de aceptar sus limitaciones, o desde su impotencia ante la lentitud del proceso de recuperación, acaba no respondiendo a las necesidades empáticas de los pacientes y revictimizándolos. Una buena dosis de humildad y paciencia, darse tiempo para conocer al paciente en duelo, aprender a explorar su marco de referencia, trabajar las propias pérdidas y muchas horas de experiencia como paciente van a ser factores claves que capacitarán al terapeuta para evitar las proyecciones.

### *La empatía no es identificación*

Cuando superviso a equipos de paliativos, a veces se plantea la cuestión de si el paciente que se encierra en un muro de silencio y que rechaza estar informado de su enfermedad debe o no ser confrontado. Muchos profesionales esgrimen que si el paciente exhibe expresiones de negación explícitas es porque no desea ser informado, y entonces es mejor no hablar de ello: «Ser empático es respetar sus deseos». Pero en estas situaciones en que el paciente o la familia nos muestran sus defensas protectoras, como la negación intrapsíquica o la interpersonal expresada como conspiración de silencio, ¿qué es ser empático?

El problema de la identificación no empática queda ilustrado en un incidente diplomático en el que intervino Adolf Hitler y que es citado por Ronald Lee y Colby Martin en su libro *Psychotherapy after Kohut* (Lee y Martin, 1991, págs. 112-113).

Cuando los alemanes inspeccionaron la embajada británica en 1933, descubrieron que sir Eric Philips, el entonces embajador, pensaba que Hitler era «un fanático que no estaría satisfecho hasta haber dominado Europa entera». Hitler, furioso, pidió a los ingleses un diplomático «más moderno que al menos fuera capaz de comprender los cambios que estaban teniendo lugar en Alemania». Sir Philips fue destituido y reemplazado por sir Neville Henderson, que «sí mostraba mayor interés y simpatía con las aspiraciones de Hitler» y que se hizo rápidamente amigo de Herman Göring.

En vista de la evidencia histórica posterior, siguen los autores, es claro que sir Henderson se relacionó desde la identificación y la idealización, mientras que sir Philips tuvo una auténtica comprensión empática de la situación y de los verdaderos deseos del líder nazi.

Muy a menudo, cuando es manifiesta la propia incapacidad del profesional para abordar cuestiones sobre la muerte y el duelo, sus defensas colisionan con las del paciente y el resultado es un proceso de identificación y adaptación. Pero el terapeuta no puede

identificarse con las defensas de la persona en duelo o al final de la vida. Ésta puede mostrar su parte de idealización, sublimación o distorsión de la realidad, y si el terapeuta se centra en el contacto con el *falso yo* que presenta al mundo, entonces responde con simpatía, identificándose con él. ¿Qué es empatizar con el viudo que dos meses después de la muerte de su mujer acude a la consulta feliz porque acaba de conocer a la mujer de su vida? ¿O con el paciente al final de la vida que expresa al médico su alegría porque se irá de vacaciones el próximo año? La verdadera empatía es la capacidad de conectar y entender qué es lo que el paciente está sintiendo realmente tras esa defensa o muro protector de evitación: debemos identificar esa información y darle la seguridad suficiente como para que pueda empezar a ponerse en contacto con sus miedos, preocupaciones, vergüenza, enfado o dolor. A partir de ahí, y mediante esa relación empática, el terapeuta puede facilitar que el paciente explore las necesidades o tareas de duelo que ahora ya no requieren protección, y posteriormente y de forma gradual podrá darse cuenta de una manera más consciente de las discrepancias entre la realidad de lo que está viviendo y las fantasías o expectativas expresadas en esas estrategias de distorsión.

### *La empatía como forma de estar en relación*

Heinz Kohut, en sus primeros escritos, describió el concepto de empatía como un instrumento de observación indispensable sin el cual no se pueden entender las relaciones humanas. Posteriormente redefinió y amplió el concepto. La empatía también implica la expansión del *self* para incluir a ese otro, una expansión en la que se reconoce el *self* del otro y se lo tiene en cuenta. La empatía incluye asimismo el eco de comprensión, confirmación y aceptación evocado por el *self*, y esta respuesta empática constituye el nutriente psicológico esencial sin el cual la vida humana tal como la conocemos y valoramos no podría ser sostenida; por tanto, la empatía es una forma muy activa y potente de estar en vinculación psicológica con los demás (Kohut, 1971-1978).

La idea de que la empatía, además de ser un útil instrumento de observación, es una forma de vinculación y una condición previa necesaria para la salud psicológica ha sido recogida por muchos autores. Donna Orange (1995) señala que la empatía es algo más que conocer al otro, es lo que nos hace humanos y nos permite pasar de ser objetos observados o analizados por el otro a ser verdaderas personas una frente a la otra; es este conocimiento el que emerge dentro del encuentro relacional y que nos crea como sujetos. En una relación de empatía hay una reciprocidad en que uno es influenciado por el otro y ambos se construyen mutuamente.

La empatía entendida solamente como la capacidad de sentir lo que el otro siente es insuficiente. La madre que entiende al niño que acude desolado a su regazo porque le ha ocurrido algo, pero que no es capaz de responder afectiva o conductualmente a esa situación, no está siendo empática. La empatía como vínculo incluye la capacidad de la madre de responder a esa necesidad del niño, sea con gestos, emociones o palabras. Y trasladándolo a la relación terapéutica, *la capacidad de identificar las necesidades relacionales del paciente en duelo y de responder a ellas forma parte de esta necesaria e indispensable vinculación empática en una psicoterapia auténticamente relacional*.

## *La empatía requiere sintonía e implicación*

Observo a una joven mamá que sostiene a flote a su bebé dentro de la piscina. Mientras se desplazan en el agua se miran el uno al otro: el niño sonríe y la madre sonríe, y uno no sabe quién ha empezado antes; se excitan mutuamente con pequeñas expresiones de admiración, atentos el uno al otro. En un momento dado, el niño hace una mueca de miedo, se lleva el puño a la boca y sus ojos se separan de su madre. Ella le llama la atención con unas palabras suaves y reconfortantes, en su cara un reflejo de preocupación y comprensión mientras lo acerca hacia su pecho. Así corrige su mohín transformándolo en una mirada de seguridad y confianza; el niño fija la mirada en ella, se relaja y sonríe de nuevo; la madre, otra vez distendida, extiende nuevamente sus brazos y lo aleja de su cuerpo mientras lo sigue meciendo en el agua.

El concepto de sintonía ha sido definido por los teóricos del desarrollo evolutivo del niño como la capacidad de la madre de detectar las necesidades o estados del niño en constante cambio: la habilidad de estar en su misma longitud de onda para detectar su mundo interno. Daniel Stern (1985) se refiere a la sintonía afectiva como una serie de pasos que el ejemplo anterior ilustra con claridad: a) la madre lee el estado de ánimo del niño mediante la observación de sus conductas y expresiones; b) la madre realiza un tipo de conducta-respuesta; 3) el niño lee esta conducta-respuesta y conforma una adaptación. La sintonía siempre incluye la respuesta afectiva, y es una respuesta en la que siempre hay algo nuevo y diferente. Como en la descripción anterior, la sintonía se expresa en ese diálogo entre el niño y la madre con conductas recíprocas, cada una de las cuales afecta a la otra y es siempre algo distinta.

La sintonía empática, indispensable para el desarrollo del ser humano, es un concepto que tiene su aplicación en la relación entre paciente y terapeuta (Kohut, 1978; Balint, 1968). Según Janet Moursund y Richard Erskine (2004), *la sintonía implica el uso sincronizado de lo que está ocurriendo como proceso consciente y de los elementos inconscientes entre el terapeuta y el cliente, de manera que las intervenciones del terapeuta encajen en las necesidades específicas y los procesos del cliente que van teniendo lugar y cambiando momento a momento*. Como en el ejemplo de la madre y el bebé, *el terapeuta lidera el proceso siguiendo al paciente*, y para ello está atento a los signos externos e internos que éste presenta y que son un reflejo de sus necesidades cambiantes a lo largo del desarrollo evolutivo del proceso de desvinculación. Si, por ejemplo, al explorar el sentido de su soledad se siente inmerso en un dolor incontrolable, el terapeuta observará sus expresiones anticipándose a ese estado emocional y será capaz de validar con sus palabras o gestos esa experiencia reflejándole su sentir: esta confirmación dará confianza al paciente, que podrá permitirse seguir explorando desde el respeto y la seguridad que le brindan esas intervenciones.

La implicación expresa el sentido de responsabilidad de la madre, que va a estar presente como cuidadora a lo largo del proceso de desarrollo del niño. Una presencia que va a ser distinta a medida que las tareas de desarrollo vayan cambiando, pero que ofrecerá esa figura o *self objet* a partir del cual el niño podrá crecer como adulto. La empatía incluye también necesariamente la implicación por parte del terapeuta (Erskine y Trautmann, 1997; Erskine y otros, 1999). Estar implicado en la relación significa que el terapeuta tiene un compromiso en el proceso de recuperación de la persona en duelo y en hacer que este proceso se dé de forma

respetuosa y en sintonía con sus necesidades cambiantes a lo largo del tiempo. Estar atentos a cuándo el paciente necesita que sea el terapeuta quien inicie la relación o cuándo es útil que éste se muestre impactado por su historia es una muestra de cómo esta implicación está incluida en ese vínculo de comprensión empática entre ambos.

Los conceptos de sintonía, indagación e implicación amplían el concepto de empatía y son sus tres ingredientes indispensables. Sin estos conceptos, la empatía hacia los pacientes en duelo se convierte en un simple «entiendo lo que dices y siento tus sentimientos», una especie de simpatía edulcorada que, siendo parte de toda relación de ayuda, es claramente insuficiente para promover un cambio o crecimiento. Sentir sus emociones sin explorarlas mediante una cuidadosa indagación es simplemente mostrar un cariño afectuoso; iniciar un proceso de indagación sin hacerlo en sintonía con sus necesidades específicas es correr el riesgo de interrogar en beneficio nuestro o estar llevando a la persona en duelo a tareas que aún no está preparada para abordar; estar implicados y en sintonía, pero no ser capaces de facilitar la exploración mediante la indagación, es como acompañarla en un camino sin dirección ni propósito, estar divagando sin focalizar y perdiendo las oportunidades de profundizar en los aspectos concretos que están emergiendo.

## LA INDAGACIÓN COMO MÉTODO

El primer método con el que cuenta todo psicoterapeuta para explorar la vivencia interna de la persona en duelo es el proceso de indagación. La persona presentará tareas relacionadas con su experiencia de pérdida que el terapeuta la ayudará a investigar, ya sean recuerdos acerca de cómo fue el fallecimiento del ser querido, aspectos de la relación que no pudieron cerrarse, afrontamientos muy defensivos que le causan problemas en su vida diaria, o emociones que la desbordan y que es incapaz de gestionar. Mediante sus intervenciones, el terapeuta permite a la persona en duelo focalizar alguno de estos múltiples, y la anima a expresar esos recuerdos, experiencias, sentimientos o pensamientos, muchos de ellos dolorosos, que podrán ser revividos ahora de una forma más integrada.

Cualquier acción del terapeuta que invite al paciente a explorar y profundizar en su experiencia personal de duelo es una intervención de indagación. Un silencio, un movimiento con la cabeza o un gesto de la mano pueden ser intervenciones que faciliten y animen al paciente a seguir expresándose. Pero las intervenciones de indagación por excelencia son las preguntas. El arte de escuchar es el arte de hacer buenas preguntas. Las preguntas son como *una pala* que le ofrecemos a la persona en duelo para que, si lo desea, *excave en el territorio* de su experiencia interna, ahondando en ella. No somos nosotros los que cavamos en ese terreno, lo que sería una invasión, sino que al ofrecerle una buena pregunta le damos la posibilidad de que la utilice para profundizar y conocerse mejor a sí misma.

*Indagar no es interrogar*

De hecho, el terapeuta no siempre está interesado en las respuestas a las preguntas de indagación que plantea. Cuando interrogamos, que es distinto del proceso de indagar, preguntamos para satisfacer nuestra curiosidad o para dirigir al paciente hacia un terreno que hemos decidido que queremos que explore. Pero en la interrogación el paciente está más atento a las intervenciones del terapeuta que a su propio proceso interno. Cuando indagamos no preguntamos tanto para nosotros, sino para aumentar el nivel de relación del paciente consigo mismo: es decir, para aumentar su nivel de conciencia acerca de lo que está viviendo, para que ponga atención en algún aspecto concreto de su experiencia. Indagar es favorecer ese darse cuenta del universo íntimo inexplorado, de la experiencia fenomenológica de «estar en duelo». La indagación es la intervención que permite, desde un contacto externo, favorecer el contacto interno. De hecho, en muchas ocasiones, cuando indagamos, el cliente acaba hablándose a sí mismo, haciendo introspección, y no tanto respondiéndonos a nosotros, lo cual es una buena señal. También es una buena señal que el paciente, ante una maniobra de indagación, necesite un tiempo para responder; eso significa que estamos ya en un territorio hasta ahora desconocido para él.

En la labor de indagación es más importante el proceso que el contenido. De hecho, muy a menudo no estamos interesados en las respuestas, no esperamos que nos conteste a nosotros: no queremos que el paciente «nos cuente su historia de pérdida», sino «que se la cuente a él mismo una vez más», pero esta vez con la presencia de ese otro que lo ayudará a poner conciencia en los aspectos negados, reprimidos o disociados, sean sentimientos, recuerdos o fantasías, y a la vez lo sostendrá en la posible irrupción de sentimientos intensos. El paciente no deposita en el terapeuta la historia de pérdida para que le resuelva los dilemas o le alivie el dolor: hay que explicarle que el trabajo es suyo, es una labor en la que debe estar activo. William Worden habla del duelo como una tarea en la que el doliente debe participar de forma activa (Worden, 1997).

Las intervenciones empáticas como «debiste de sentirte muy mal», «debes de estar triste» o «comprendo que debe haber sido muy difícil para ti» deberán irse produciendo de forma honesta y espontánea a medida que la historia del otro se nos revela y realmente lo entendemos y comprendemos. La empatía refleja el hecho de haber caminado con el otro un trecho para conocerlo mejor. Este tipo de transacciones, realizadas demasiado pronto, pueden suscitar el malestar de la persona en duelo: «¿Cómo puede decir que me entiende si ni siquiera me ha escuchado?», lo que indica un déficit en la indagación. Si la indagación ha sido esmerada, realizada sin prisas, la intervención de «entiendo...» será entonces bien recibida y posiblemente ya innecesaria.

### *Respeto e interés genuino*

El proceso de exploración del espacio íntimo, a menudo inconsciente, de la persona que vive la experiencia de pérdida de un ser querido debe estar basado en el respeto. Detrás de cada experiencia de duelo hay una historia que tiene algo de sagrado. El terapeuta debe ser alguien interesado en el ser humano y en su testimonio, al que se acerca con humildad y aprecio. Desde esa posición suya que gira en torno a tener el corazón de un principiante, el terapeuta se interesa con genuina curiosidad por escuchar la historia que trae al doliente a consulta; por

mostrar un deseo de conocer a la persona, lo que necesita que sea conocido, y proteger todo lo que no quiere por el momento revelar. La psicoterapia en proceso de duelo y pérdida en general implica no tener prisa: muchos aspectos de la historia se irán desvelando a lo largo del camino. No importa que el paciente esté al final de la vida, en el tiempo que estemos con él la indagación se realizará sin prisas, respetando siempre su ritmo.

Por otra parte, la actitud de principiante es de «no saber», puesto que partimos del principio de que los pacientes «son nuestros maestros» (Kübler-Ross, 1969). Probablemente, el terapeuta no sepa directamente lo que es haber pasado por esa misma experiencia; por tanto, esta actitud de humildad ante el testimonio del sufrimiento del otro es muy necesaria y refleja la honestidad en la relación terapéutica. El interés y la curiosidad se reflejan también en cómo el terapeuta se encuentra inmerso en el relato de la persona en duelo: siempre hay cosas que explorar, constantemente va aflorando nuevo material que examinar, siempre quedan preguntas por hacer, la sesión siempre se hace corta.

En ocasiones, el paciente traerá a la consulta pensamientos, emociones o conductas extrañas o que pueden parecer disruptivas. Podemos no estar de acuerdo con lo que está sintiendo, pensando o haciendo como estilo de afrontamiento por ser éste destructivo aparentemente, pero aun así mostramos un respeto genuino por la persona que hay detrás de la conducta. En situaciones en que se me hace difícil escuchar por lo extraño del relato, me ayuda observar a esa persona y preguntarme: ¿qué duelos habrá vivido que expliquen esta reacción?, ¿qué historia hay detrás de esa reacción extraña que yo desconozco pero que la justifica?, ¿qué dolor vivió, quizás de niña, que la ha llevado a considerar que ésa es ahora la única manera de afrontarlo? Y pensar que lo que hace, dice, piensa o siente, dentro de su marco de referencia, el cual quizás aún no puedo comprender, es un reflejo de sus intentos de manejar su duelo de la mejor forma posible. El terapeuta, para promover el respeto, debe ser capaz de salir de su propio marco de referencia y no dar por supuesto cómo debe vivir su duelo esa persona. Un viudo de 84 años que acaba de perder a su mujer puede preguntarnos: «Dígame usted, ¿por qué precisamente me ha tenido que tocar a mí? ¿Por qué? ¡Es injusto!»; o quizás tengamos que escuchar a alguien que está haciéndose daño con relaciones o comportamientos destructivos. Aunque no comprendamos sus sentimientos o sus maneras de responder, o no estemos de acuerdo con su forma de vivir y expresar su dolor, los trataremos a todos con el mismo respeto y atención y estaremos interesados e implicados en acompañarlos en el camino de descubrir cómo es para ellos estar ahí con esos pensamientos o sentimientos o reacciones.

La pérdida del interés o del respeto por la vivencia del paciente muy a menudo tiene que ver con procesos internos del terapeuta. Es importante preguntarse a uno mismo qué es lo que está obstaculizando nuestro camino de escucha cuando nos sentimos cansados de un paciente, o lo estamos juzgando por su manera de vivir el duelo, u observamos que nuestra mente vagabundeá ante el relato monótono y repetitivo de su historia. Quizás está hablando de una vivencia que para nosotros es incomprensible y proyectamos en él nuestro marco de referencia, o quizás está compartiendo una pérdida que nosotros no tenemos resuelta, o nos está mostrando una defensa que no somos capaces de identificar. Estar atentos a nuestro propio proceso interno mientras facilitamos la exploración aporta información muy valiosa

sobre la relación, el proceso terapéutico o asuntos inconclusos nuestros que deberán ser atendidos. Si el terapeuta de duelo pierde el interés por sus pacientes o le supone un esfuerzo escucharlos, deberá acudir a supervisión y examinar los aspectos contratransferenciales que están interfiriendo.

Hacer psicoterapia desde un modelo relacional implica siempre la necesidad de hacer un trabajo personal continuo con uno mismo. Uno puede tocar muy bien el piano porque ha practicado mucho, y además tiene buenas partituras, pero si el instrumento no está afinado no sonará ninguna melodía inteligible. De la misma manera, de poco le servirá al terapeuta tener conocimientos y practicar habilidades si no se conoce a sí mismo; si no ha elaborado sus propias vivencias de pérdida en su vida, no gestionará adecuadamente la contratransferencia y sus intervenciones pondrán en riesgo de revictimización a las personas en duelo que acompaña.

## INTERVENCIONES DE INDAGACIÓN

### *Preguntas abiertas*

A nivel del contenido, el proceso de indagación puede darse a través de *preguntas lo más abiertas posible*:

- Dices que lo echas mucho de menos, ¿podrías hablar un poco más de eso?
- Cuéntame, ¿qué supone ahora para ti ese echarlo de menos?
- ¿Qué fue lo más difícil para ti en ese momento?
- Cuando dices que te sentiste poco apoyado, ¿qué ayuda habrías necesitado?
- ¿Qué implica para ti estar aquí hoy hablando de esto por primera vez?

### *Repeticiones de palabras, inicio de frases o parafrases*

A veces indagamos mediante un silencio. Otras usamos la repetición de alguna palabra como subrayado de lo que la persona ha dicho y que se utiliza para poner el acento en algo en concreto y continuar con la exploración en esa dirección:

CLIENTE: Me volví a sentir tan sola otra vez.

TERAPEUTA: ...otra vez tan sola...

Proponer el inicio de una frase para que la persona en duelo la termine, empujándola a encontrar las palabras que reflejen un aspecto hasta ahora no atendido, es también una forma de indagación:

CLIENTE: Lo añoro tanto...

TERAPEUTA: Y lo que más añoro es...

Otro ejemplo:

CLIENTE: ...Estoy muy enfadada con la vida...

TERAPEUTA: Y lo que me gustaría decirle a la vida es...

Otras veces indagar consiste en utilizar simplemente expresiones que animen a seguir hablando:

- Ah, sí, sí, dime...
- ¿Y qué más?
- ¡Qué difícil!
- ¡Cuántas cosas!
- Cuéntame algo más sobre eso.

### *Evitar preguntas cerradas*

Es importante evitar las preguntas cerradas («¿y no te diste cuenta?») y las preguntas por curiosidad personal («¿cómo murió?»). También es preciso evitar aquellas preguntas que desvían la atención hacia el terapeuta y que denotan su incapacidad para identificar las necesidades de la persona en duelo: «¿En qué puedo ayudarte?» o «¿qué necesitas de mí?».

En vez de estas preguntas directivas, el terapeuta puede decir:

- Escucho lo que necesites compartir.
- ¿Hay algo en la manera en que murió que sea especialmente difícil para ti?
- Parece, por lo que me estás diciendo, que buscar una razón que explique su muerte es muy necesario para ti en este momento.

### *Evitar las preguntas manipuladoras*

Las preguntas manipuladoras son aquellas que encierran una afirmación, un consejo o una interpretación y que hay que evitar siempre:

- ¿Y no crees que lo importante es que te distraigas en vez de ir al cementerio?
- ¿Y no te has planteado la posibilidad de que hablar con él sea una fantasía tuya?
- ¿Estás segura de que no trabajar te ayuda?
- ¿No piensas que deberías esforzarte en salir un poco más?

Estas preguntas cerradas son directivas y, en vez de permitir que sea el propio paciente quien decida dónde quiere poner su atención, son ejemplos de cómo el terapeuta juzga, dirige y define cómo debe ser su vivencia.

### *El tono fenomenológico o factual*

El tono de voz va a ser fundamental, pues refleja el nivel de intersubjetividad que paciente y terapeuta están dispuestos a experimentar. Una misma intervención, por ejemplo «¿cómo fue?», realizada con un tono empático, poniendo el sentimiento ajustado a lo que el paciente expresa o siente, va a permitir que conecte con su experiencia subjetiva y pueda explorarla; es

decir, que este tono va a favorecer una indagación fenomenológica o más intrapsíquica; si, por el contrario, el tono es de desconexión y el terapeuta no es capaz de darle el sentimiento de interés o la sensibilidad adecuados, esa misma pregunta se convertirá en una indagación factual y el cliente se limitará a relatar los hechos de forma desconectada, es decir, sin ser consciente del impacto en su mundo interno.

## ÁREAS MÁS COMUNES DE INDAGACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE DUELO

El proceso de exploración, ya sea en forma de afirmaciones, preguntas o subrayados, puede hacerse en distintas áreas. La categorización aquí propuesta se inspira en el trabajo realizado por Richard Erskine (Erskine y otros, 1999) y que he trasladado a la psicoterapia de procesos de pérdida y duelo, donde estas intervenciones deben realizarse en las distintas dimensiones de la vivencia de duelo del paciente, especialmente en aquellas que éste muestre abiertas al contacto.

1. Síntomas físicos de duelo.
2. Gestos y expresiones físicas.
3. Emociones y estados emocionales.
4. Pensamientos, creencias y valores.
5. Sueños y fantasías.
6. Conductas y decisiones.
7. Recuerdos y evocaciones sobre el ser querido.
8. Ilusiones y expectativas truncadas.
9. Interpretaciones y significados.
10. Esperanzas y porvenir.

FIGURA 4.4. Áreas de indagación más frecuentes en el proceso de duelo.

### 1. *Síntomas físicos*

La experiencia traumática de pérdida despierta en el paciente síntomas físicos como vacío en el estómago, nudo en la garganta, opresión en el pecho, falta de energía, sensación de despersonalización, flojera muscular... Todas estas sensaciones son naturales y el paciente puede sentir las en el transcurso de la sesión, o bien puede referirse a ellas al recordar algún hecho.

Preguntar al paciente cómo se siente físicamente en un momento dado, o sugerirle que tome conciencia y ponga atención a sus sensaciones corporales amplificándolas, le facilita la reconexión con la experiencia completa del recuerdo y muy a menudo le permite identificar y expresar emociones encubiertas. Para algunos pacientes, especialmente aquellos que abordan tareas de choque-aturdimiento y/o rechazo-negación, indagar sobre la sintomatología que experimentan puede ser muy útil, pues posiblemente estén rechazando parte de la experiencia por ser demasiado dolorosa y esa exploración los puede ayudar a conectar más con el cuerpo y a hacer conscientes esas sensaciones, poniéndoles palabras.

CLIENTE: No pude hacer nada, ¡fue terrible!

TERAPEUTA: Déjate sentir esa sensación en tu cuerpo.

CLIENTE: Es como si tuviera una losa en el pecho.  
TERAPEUTA: ¿Cómo es esa losa? ¿Puedes sentirla ahora?  
CLIENTE: Pesa mucho aquí en el pecho.  
TERAPEUTA: Permítete sentir ese peso mientras sigues contando la historia.  
CLIENTE: Es tan grande que no me deja moverme, me ahoga...  
TERAPEUTA: Y cuando te ahoga, tú...  
CLIENTE: No pude hacer nada, me siento tan impotente...

## 2. Gestos y expresiones físicas de duelo

En otras ocasiones, la sintomatología provoca reacciones en el cuerpo del cliente, de las que a menudo no es consciente: respiración entrecortada, ansiedad, suspirar profundamente, mirar hacia un lado evitando el contacto... Los gestos y expresiones físicos son distintos de las sensaciones y se expresan en forma de gestos o conductas corporales que el paciente adopta sin darse cuenta. El terapeuta observará estas reacciones a veces en forma de pequeños movimientos involuntarios y se los reflejará al paciente para que pueda reconocerlos y darles un significado. La persona en duelo puede estar desviando la vista mientras cuenta algo referente a la relación que no pudo completar, o puede estar encogiéndose de hombros mientras expresa su miedo a afrontar los fines de semana en soledad.

Los síntomas físicos son a menudo una expresión de emociones no reconocidas y no expresadas. Los estados emocionales suelen expresarse con gestos o expresiones muy característicos: torcer el hombro, encoger la espalda, cerrar los ojos, mantener la mandíbula apretada o la rigidez corporal son intentos del cuerpo de evitar sentimientos o pensamientos incómodos. Su exploración puede conducirnos a una parte de la experiencia que ha estado fuera del contacto interno durante años.

- Tus manos están diciendo algo.
- Tienes el ceño fruncido cuando hablas de...
- Parece que al hablar de esa escena te aceleras.
- Y al encoger la espalda, ¿te estás protegiendo de...?

## 3. Emociones y estados emocionales

Indagar acerca de emociones no es simplemente preguntar «¿cómo te sientes?» o «¿cómo te sentiste?». Explorar emociones significa que el terapeuta es capaz de proveer al paciente de una experiencia dentro de la relación donde pueda reconocer sus emociones no expresadas. Otras veces significa poder facilitar la conexión entre emociones sentidas en el *aquí y ahora* y llevar a la persona en duelo al *allí y entonces* de una experiencia traumática. En otras situaciones, la indagación sobre emociones implica la capacidad de facilitar la revivencia del trauma para que el paciente pueda conectar con sus miedos y, al expresarlos, descubrir un enfado y, bajo el influjo de éste, identificar y permitirse sentir un dolor profundo. Como capas que van desvelándose una tras otra, la indagación de emociones permite ir poniendo de manifiesto estados afectivos subyacentes más profundos, frecuentes en la vivencia de pérdida,

como tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, cansancio, confusión, alivio o añoranza. Y la persona en duelo puede experimentar estos estados de forma integrada rescatando la experiencia completa de pensamientos y sensaciones físicas.

TERAPEUTA: ¿Y pensar que podía haberse evitado su muerte te hace sentir...?

CLIENTE: Muy enfadada.

TERAPEUTA: ...muy enfadada...

CLIENTE: Impotente y rabiosa con ellos.

TERAPEUTA: Y desde tu impotencia te gustaría decirles a ellos...

CLIENTE: ¡Que son unos incompetentes, que por su culpa ha pasado lo que ha pasado!

TERAPEUTA: ¿Qué otras cosas te gustaría expresar desde tu enfado?

#### *4. Pensamientos, creencias y valores*

La exploración de los pensamientos también es una manera de ponernos en la piel de la persona en duelo y descubrir cómo son sus procesos de discernimiento mental, sus valores, sus interpretaciones, sus conclusiones; pero también sus estados de incredulidad, confusión, preocupación o negación desde la racionalización y su función ante la vivencia de pérdida. Preguntamos acerca de los procesos cognitivos que se dieron en un momento concreto, o sobre un aspecto determinado de la historia que está relatando la persona en duelo en el que sucedió algo importante, ya sea el propio momento de la muerte, o en el proceso de deterioro vital provocado por la enfermedad, o en el periodo de soledad posterior que afectó a su manera de pensar.

La exploración cognitiva permite al doliente expresar sus creencias, esquemas mentales, maneras de entender o no entender lo que le ha sucedido y hacerse consciente de todo ello; o bien, en etapas finales del proceso, lo ayuda a poner palabras a ese posible cambio en la escala de valores o presuposiciones acerca de la vida que está experimentando como consecuencia de haber integrado la representación simbólica de la relación perdida.

Para el terapeuta, la exploración de los pensamientos, creencias y valores es una oportunidad de poner de manifiesto el marco de referencia del doliente; nunca hay que dar por supuesto qué es lo que piensa ese padre que ha perdido a su hijo, qué puntos de vista tiene acerca de lo sucedido, cómo da sentido (o no) a lo que está experimentando. Es importante que el terapeuta no haga presuposiciones proyectando sus propios valores o creencias; si da por sentado cómo es ese «estar en duelo», entonces estará trabajando desde su propio marco de referencia y no desde el del doliente. Acompañarlo en el camino es ayudarlo a que sea capaz de abordar las distintas tareas y de afrontar las decisiones, pero siempre desde su manera de vivir las relaciones, la vida y también la muerte.

Las siguientes intervenciones serían ejemplos de indagación sobre pensamientos y cogniciones:

—¿Qué pasó por tu cabeza en ese momento?

—¿Por qué crees que tuvo esa reacción?

—¿Qué pensaste durante el tiempo que te dejaron solo?

—Entonces parece que has decidido no vender tu casa. ¿Cómo ha sido este proceso de toma de decisiones?

—Dices que has aprendido mucho, ¿qué es eso nuevo que has aprendido?

### 5. Sueños y fantasías

Las personas en duelo sueñan mucho, despiertas o dormidas se retiran a un mundo donde nada de eso ha sucedido, o fantasean sobre la posibilidad de que un acontecimiento mejore sus vidas o cambie la situación de forma milagrosa. A diferencia de las esperanzas, las fantasías están mucho más en el imaginario. La persona en duelo fantasea con que podría haber evitado la muerte de su ser querido, y en esa fantasía lo recupera y se libera del dolor y de la culpa. O fantasea con que su ser querido se despidió de ella pidiendo perdón y reconciliándose. O con la posibilidad de reencuentro en el más allá. Las fantasías constituyen una parte importante de la experiencia del doliente, son sueños acerca de algún hecho que no sucedió o no sucederá en los que puede refugiarse y experimentar un alivio. Poder poner palabras a estas fantasías y explorarlas con el terapeuta permite una integración más consciente de todos los aspectos disgregados de esa experiencia.

Inma ha perdido a su madre hace tres años, tenía con ella una relación muy dependiente. En esta sesión, el terapeuta explora la fantasía de conexión que yace bajo una estrategia de afrontamiento:

INMA: No he cambiado los recibos de luz, gas y agua, que están a nombre de mamá. Me gusta recibir aún cartas a su nombre.

TERAPEUTA: ¿Qué hay de importante para ti en mantener todo a su nombre después de los años que hace que ha fallecido?

INMA: No quiero cambiarlo, mi padre me dice que no lo entiende pero yo quiero seguir recibiendo esas cartas.

TERAPEUTA: Me puedo imaginar la escena: tú ante el buzón y abriendolo...

INMA: Al sacarlas del buzón me digo: «Ésta es para mamá», y por un momento es como si estuviera viva.

TERAPEUTA: Por unos instantes está ahí...

INMA: Sí, siento que está esperando en la casa, que todo sigue igual que cuando estaba ella. Es sólo un momento, pero aún lo necesito.

Las fantasías de las personas en duelo a veces están escondidas. La persona puede fantasear con que su ser querido está vivo, o con deseos de venganza contra el presunto culpable de la muerte, o puede soñar que las circunstancias de la muerte fueron otras. La exploración de esas fantasías ante una persona que escucha toda la experiencia, por extraña o distorsionada que sea, y que posteriormente puede validarla en el contexto de la situación de duelo y conectar con la tarea correspondiente según el momento del proceso, va a facilitar que gradualmente la persona pueda dejar de fantasear y conectar más con el presente.

### 6. Conductas y decisiones

La muerte de un ser querido es una experiencia devastadora, y a menudo, como consecuencia de la separación, muchas personas en duelo acaban llegando a conclusiones respecto a la vida, a sus relaciones interpersonales, a su imagen sobre sí mismas o respecto a su vida laboral. Estas conclusiones implican decisiones importantes: por ejemplo, la persona decide vender la casa donde ocurrió el accidente, o dejar su trabajo durante un tiempo. El terapeuta deberá ayudar al doliente a explorar estas decisiones y a ponerlas en el contexto de la situación de duelo, explorando su función psicológica y emocional mediante un proceso de indagación en esta área. Esto es especialmente necesario cuando las decisiones o conclusiones a las que llega el doliente se toman desde el inconsciente y por ello se aplican transferencialmente a situaciones inapropiadas, provocando confusión y problemas de adaptación o incapacitación en la vida presente o futura del doliente. La exploración con el paciente sobre cómo son esas decisiones y conclusiones y en qué contexto fueron tomadas permite prestarles atención y reexaminarlas desde la perspectiva presente, valorando su parte adaptativa y su parte desadaptativa.

La indagación de comportamientos se refiere también a la exploración de conductas de afrontamiento que la persona utiliza para manejar su dolor. Explorar cómo es ese *ir al cementerio, o hablar con la foto o ese distraerse trabajando mucho* va a ayudar a hacer consciente su función de evitación o conexión y poder valorar hasta qué punto está contribuyendo como estrategia de afrontamiento en el proceso.

En ocasiones, como en el ejemplo siguiente, el trabajo de exploración incluye identificar decisiones asociadas a la situación de duelo presente y facilitar que la persona se haga consciente de cómo éstas encajan con conclusiones o pensamientos anteriores ligados a otras pérdidas sufridas en el pasado. Esto se hace especialmente importante al tratar con defensas arcaicas.

En esta transcripción, Pedro, que ha perdido hace un año a su segunda mujer en un accidente de tráfico, está explicando la nueva relación en la que se ha involucrado y cómo ha escogido a una mujer de la que no está enamorado:

PEDRO: No estoy enamorado, pero estoy bien. Ella se ocupa mucho de mí y me quiere.

TERAPEUTA: Pero no estás enamorado.

PEDRO: No quiero volver a enamorarme nunca más, con dos veces ya está bien.

TERAPEUTA: Nunca más suena muy definitivo...

PEDRO: Ahora es mejor así.

TERAPEUTA: Yescogiendo a una mujer de la que no estás enamorado, ¿de qué te estás protegiendo?

PEDRO: Bueno... supongo que de no volver a sufrir.

TERAPEUTA: No volver a sufrir...

PEDRO: Sí, si ocurre algo y la relación se rompe, no sentiré tanto dolor.

TERAPEUTA: ¡Has tomado una decisión muy importante!

PEDRO: Sí, no quiero volver a sufrir más, ya tengo demasiadas pérdidas en mi vida. Espero que vaya bien, pero si va mal pues... Ya sé que suena fuerte lo que digo, pero si va mal, sé que no me importará.

TERAPEUTA: O sea, que estar con una mujer de la que no estás enamorado es un seguro de protección para no volver a experimentar dolor.

PEDRO: Sí, algo así (*suspira y baja la mirada*).

TERAPEUTA: Suspiras y bajas la mirada...

A partir de ahí, el terapeuta opta por dirigir la exploración hacia lo que está transmitiendo su cuerpo —indagación en la sensación física— y su significación en el contexto original en que se tomó esa decisión. Al facilitar esa integración, Pedro puede empezar a darse cuenta emocionalmente, es decir, en un proceso abajo-arriba, del sentido y utilidad de esa decisión de protección y a la vez de forma progresiva en futuras sesiones empezar a tener en cuenta el precio que está pagando en sus relaciones por mantener la garantía de no volver a sufrir.

## *7. Recuerdos y evocaciones sobre el ser querido*

Las personas en duelo necesitan contar su historia y de forma natural buscan el contacto con los demás para satisfacer esta necesidad. Las áreas de exploración que presenten van a depender de la etapa en que estén en su proceso. A menudo, en el tiempo inmediatamente posterior al fallecimiento necesitan recordar momentos asociados al proceso de morir o a las circunstancias concretas de la muerte. En momentos más avanzados suelen focalizarse más en expresar la historia de la relación con su ser querido perdido, momentos de recuerdos significativos o aspectos de la relación que echan de menos o en cómo es la vida con su ausencia y en soledad. A veces el doliente necesita explicar su frustración por los fallos de las personas de su entorno en proveerles apoyo emocional. La exploración de recuerdos es mucho más que contar la historia factual. Mediante una cuidadosa indagación, el terapeuta facilitará la revivencia concreta de esos momentos representativos; por ejemplo cuando sueña con la persona muerta, o visita lugares, o guarda objetos que lo conecten, o la busca en su imaginación. Al favorecer esa reexperimentación, el paciente evocará afectos, pensamientos y reacciones hasta ahora quizás ignorados que el terapeuta aprovechará para seguir explorando.

TERAPEUTA: Dices que a menudo recuerdas ese día, ¿qué es lo que recuerdas exactamente?

SANTIAGO: Fuimos a pescar y lo pasamos muy bien.

TERAPEUTA: Háblame de cómo era esa escena en que estabas pescando con él.

SANTIAGO: Yo le preparaba la caña y esperaba paciente a su lado, mientras él reía y reía esperando que picaran.

TERAPEUTA: ¿Qué suponía para ti verlo reír y reír?

SANTIAGO: Me hacía sentir tan bien...

TERAPEUTA: ¿Bien? ¿Puedes explorar un poco más ese sentimiento? Pon esa escena en tu corazón y obsérvala.

La reminiscencia es un afrontamiento de conexión que la persona utiliza para poder elaborar los aspectos más relacionales del duelo (véase cap. 3, apartado 3.3.: Respuestas de afrontamiento) y que debe ser abordada con un cuidadoso proceso de indagación. Al examinar ese recuerdo, la terapeuta invita a Santiago a que haga un relato minucioso de cómo fueron esas horas con su hijo y con ello le proporciona la oportunidad de expresar sus afectos, que irán siendo explorados progresivamente. Al hacer eso, Santiago tendrá la posibilidad de otorgar sentido a esa experiencia de «estar viendo reír a su hijo», lo que tiene para él de regalo, lo que hace que fuera tan especial en su relación.

## *8. Ilusiones y expectativas truncadas*

Cuando hablamos de la pérdida de las expectativas en el duelo, nos referimos a todas aquellas cosas que podrían haber sido de otra manera y ya no serán: la tarea de explorar el futuro no vivido y que nos hace daño (véase cap. 3, apartado 3.3.: Función adaptativa: necesidades y tareas). Podemos hablar de la pérdida de la ilusión respecto a la vida, a las relaciones con los demás o a nosotros mismos que la muerte de nuestro ser querido ha causado. Hay que explorar las expectativas acerca de las cosas que podrían haber sucedido en la relación con el fallecido, tanto en lo que se refiere a aspectos no resueltos como al futuro que nunca tendrá lugar. El terapeuta ayudará al doliente a descubrir cuáles eran sus sueños sobre cómo sanar, mejorar o resolver aspectos negativos de la relación que la muerte ha truncado, permitiéndole que ponga palabras a esa esperanza de reparación perdida. También facilitará la expresión plena de la relación que ya nunca existirá explorando ese futuro no vivido, sea éste ver crecer a un hijo o poder envejecer al lado de la pareja. Esas ilusiones truncadas están ahí, aunque a menudo fuera de la conciencia, y siempre generan sufrimiento.

Un caso específico de este trabajo lo vemos en el acompañamiento de padres que han perdido a su hijo en una muerte perinatal. El trabajo principalmente tiene que ver con la pérdida de las expectativas. El siguiente extracto pertenece a una sesión con una madre que recientemente ha perdido a Carlos, su bebé, en el momento del parto.

TERAPEUTA: Cuando piensas en Carlos, ¿cómo te imaginas que habría sido para ti tenerlo?

LAURA: Yo soñaba con ser madre, era la mayor ilusión de mi vida.

TERAPEUTA: Háblame de cómo te imaginabas ese «ser madre de Carlos».

LAURA: Lo habría cuidado mucho, quería dejar de trabajar para poder estar con él, me habría preocupado de que fuera muy feliz y le habría dado mucho amor.

TERAPEUTA: Cuéntame qué habrías hecho para hacer sentir a Carlos todo tu amor.

LAURA: (*emocionada*) Tenía todas sus cosas a punto y lo veía ya en mis brazos, mimándolo, acunándolo, dándole el pecho; no dejaría que nada lo preocupara.

TERAPEUTA: Qué bonita imagen de ti con él. ¿Cómo habría sido para Carlos tener una madre así?

LAURA: Él habría estado muy orgulloso de mí.

TERAPEUTA: ¿De qué habría estado orgulloso Carlos acerca de ti? ¿Qué te imaginas que habría sentido respecto a que fueras su madre?

Las expectativas acerca de cómo podrían haber sido las relaciones futuras con el ser querido, que no van a tener nunca lugar, son fuente de sufrimiento para la persona en duelo. El terapeuta no puede devolverle la vida, pero sí puede crear un espacio donde esas expectativas puedan ser narradas, exploradas y lloradas, y mostrarse impactado por ellas, como en el caso de Laura con su bebé. Cuando, dentro de una relación de confianza y seguridad, el terapeuta permite la plena expresión de las expectativas frustradas tras la muerte del ser querido y sostiene a la persona en su aflicción por lo que ya nunca existirá, ésta puede empezar a abrirse a la posibilidad de otorgar sentido a esa relación imaginada que, al ser validada por el terapeuta, puede progresivamente empezar a integrar.

## 9. Interpretaciones y significados

La exploración de sensaciones, reacciones, emociones, recuerdos o conductas permite a la persona en duelo entrar en contacto con todo este material reflejo de distintas dimensiones del proceso de recuperación. A medida que va realizando conexiones, debe ir otorgando significados e interpretaciones. El doliente, como parte de su trabajo, ha de poner atención en toda la experiencia plena y, al hacer esto, puede dar sentido a lo que ha vivido. El proceso de superación de la muerte de un ser querido implica poder ir dando significado a la experiencia emocional. La indagación de significados siempre viene en una segunda fase del proceso de exploración, para que sea una auténtica intervención *abajo-arriba*.

Es importante no dar por sentados significados acerca de la experiencia subjetiva de lo que está expresando la persona en duelo, por muy obvios que nos parezcan. Una persona puede llorar al pensar en su ser querido, pero ese llanto puede significar pena por su ausencia, o pena por el sentimiento de culpa que le genera no sentir dolor por su ausencia.

TERAPEUTA: Suspiras y bajas la mirada.

PEDRO: (*Silencio.*)

TERAPEUTA: ¿Qué hay en ese suspiro, Pedro?

PEDRO: Bueno... que si esto no va bien no voy a sufrir. No quiero volver a sufrir.

TERAPEUTA: Y por tanto decides...

PEDRO: Que haré lo que sea para no volver a pasar por eso... Prefiero estar solo. Es triste, ¿verdad?

TERAPEUTA: ¿Qué significa esa tristeza ligada a esta decisión?

PEDRO: Nunca más podré volver a ser feliz como lo fui antes.

TERAPEUTA: O sea, que esta protección tiene un coste.

PEDRO: Bueno, me protege y me aísla a la vez.

TERAPEUTA: Entonces ¿qué significado tiene esa decisión de protección en tu duelo?

PEDRO: Si soy feliz puedo hacerme mucho daño; prefiero no ser feliz a volver a sentir dolor.

TERAPEUTA: Mejor no volver a ser feliz que la posibilidad de volver a sentir este dolor, aunque el precio sea quedarse aislado. ¡Qué importantes palabras y cuánto dolor encierran!

Es evidente que la tristeza es un reflejo de la pérdida asociada a esa decisión. Sin embargo, el terapeuta no lo da por supuesto y permite que sea Pedro quien explore por sí mismo y asigne un significado a esa emoción. Hay que ser cuidadoso en la indagación de significados, evitando poner palabras a la experiencia subjetiva del doliente y no asumiendo que se sabe o se comprende lo que está sucediendo. Lo que dice la persona no necesariamente significa lo mismo para nosotros que para ella. El doliente puede decir que no siente nada, y el terapeuta debe indagar qué sentido tiene ese «no sentir nada». ¿Cuál es el pensamiento o sentimiento anestesiado? ¿Ese «no sentir» es algo bueno o algo malo para él?

## 10. Esperanza y porvenir

La indagación sobre la esperanza se refiere a los aspectos positivos con los que la persona en duelo, a medida que el proceso va avanzando, puede ir conectando al pensar en su futuro. La exploración acerca de la esperanza en el duelo no puede realizarse demasiado pronto: la persona en choque-aturdimiento o la persona en rechazo-negación no es capaz de vislumbrar ninguna esperanza ni ningún porvenir. Pero a medida que la persona conecta con su

dolor y se permite expresarlo, incorporando nuevos significados a su vida, a las relaciones y a sí misma, empiezan a aparecer vislumbres de esperanza en su vida. Ése es el momento, especialmente en la etapa de crecimiento y transformación, en que el terapeuta sensible podrá preguntar acerca del futuro y de los aspectos positivos que pueden aparecer tras el trabajo realizado.

MIREIA: Al principio quería morirme, pero ahora tengo claro que deseo vivir, y deseo vivir con todas mis fuerzas.

TERAPEUTA: Todas esas fuerzas serán para vivir el futuro... ¿de qué manera?

MIREIA: Bueno, creo que he cambiado mucho, creo que ahora estoy preparada para cosas nuevas y muy distintas. Es como si empezara una nueva etapa.

TERAPEUTA: ¿Qué esperas de esta nueva etapa?

MIREIA: Siempre lo recordaré con dolor, pero ahora es distinto. Creo que mi vida será mucho más plena. Este accidente me ha cambiado y ha cambiado mi vida. Ahora me siento ilusionada.

TERAPEUTA: ¿Puedes hablar de cómo serán esos cambios en tu vida y de qué manera aportan ilusión a tu presente?

Los cambios en la manera de vivir la vida, de ver las relaciones, de estar en el mundo son pequeñas esperanzas que los dolientes empiezan a vislumbrar en las últimas etapas del duelo. La posibilidad de reencontrarse en el más allá, o de vivir la vida de una manera que refleje lo que se ha aprendido, o los cambios experimentados a través de la experiencia son algunos de los posibles anhelos que van apareciendo en el camino y que una indagación sensible por parte del terapeuta y realizada en el momento adecuado permite ir señalando y afianzando.

Como puede observarse en los ejemplos presentados, el proceso de exploración mediante la indagación es muy distinto de una conversación de café. Muy a menudo, terapeutas inexpertos de duelo acaban hablando o discutiendo con sus pacientes sobre los temas que éste vive. Pero hacer psicoterapia no es conversar o intercambiar opiniones. Los terapeutas deben abstenerse de dar su opinión acerca del material que trae el paciente: el objetivo de las intervenciones de indagación, sea el área que sea, es promover un mayor grado de conciencia sobre la experiencia subjetiva de la persona en duelo. Eso significa que las intervenciones pueden generar un cierto grado de malestar. Pero hacer terapia de duelo no es hacer que la sesión transcurra apaciblemente, sino proveer a la persona de una experiencia de concienciación de lo que está viviendo, sean recuerdos difíciles, estados afectivos o defensas.

Para ello el terapeuta planteará preguntas o sugerencias que harán que el cliente se detenga en un momento dado y preste atención a un aspecto concreto del relato, que puede ser un recuerdo, una emoción o un pensamiento. Con frecuencia, los pacientes empiezan la sesión con el relato factual de un hecho cotidiano, algo que les ha ocurrido durante la semana, y es tarea del terapeuta ayudar a descubrir qué hay detrás de este relato: cuál es su significado profundo en relación con el duelo. En algunos casos, especialmente si la persona está en rechazo-evitación, puede utilizar esos relatos anecdóticos e irrelevantes como una manera de evitar entrar a fondo en cuestiones más dolorosas. El terapeuta experto deberá ser capaz de identificar estas defensas y facilitar su elaboración a fin de que el paciente pueda progresivamente entrar en contacto con los aspectos de la relación o de las circunstancias de la muerte evitados hasta ahora.

La exploración mediante la indagación es un método de intervención por sí mismo (Erskine y otros, 1999). La indagación es un camino, y avanzar por él es ya en sí un proceso de reparación. No siempre hace falta llegar a un objetivo concreto: el proceso ya es sanador porque permite un aumento del nivel de conciencia de la persona en duelo. Indagar de forma respetuosa es también una forma de decir al cliente que lo que le ocurre nos importa, que nos interesa, y que lo que nos cuenta tiene un sentido profundo para nosotros, aunque quizás ese sentido, en ese estadio del proceso, aún no ha sido desvelado.

Esta cualidad del proceso de indagación es la que lo convierte en el método por excelencia de la psicoterapia para personas que afrontan situaciones de pérdida y duelo. Muy a menudo los terapeutas que acompañan a personas al final de la vida o en el duelo, con el genuino y natural deseo de tener algo que dar ante el sufrimiento del ser humano enfrentado a la separación, arremeten dando una solución, un consejo o una opinión, sin ser conscientes de que sólo el hecho de brindar esa cálida presencia, sin prisa y sin miedo, este regalo que es una cuidadosa y respetuosa indagación exploratoria de lo que la persona está presentando, es ya en sí mismo reparador.

## **LASINTONÍA COMO MÉTODO**

La observación detallada del proceso de desarrollo evolutivo del duelo (descrito en el capítulo 3) nos muestra cómo, a lo largo de su curso, las necesidades y tareas que la persona afronta van a ir cambiando, sustituyéndose y superponiéndose unas a otras. El terapeuta, al entrar en una relación empática con la persona en duelo, no sólo deberá intentar percibir lo que el paciente siente, sino que deberá ser capaz de identificar su experiencia subjetiva, en el plano cognitivo, afectivo y fisiológico, respecto al momento de duelo que vive, a las estrategias de afrontamiento que está utilizando y a sus necesidades específicas. El terapeuta en sintonía podrá identificar esas puertas de acceso y mantenerse en contacto ahí, entrando dentro de su piel y siendo capaz de caminar con él y focalizar sus intervenciones. Uno de los primeros psicoterapeutas en tomar este constructo prestado de los investigadores de la relación madre-niño y aplicarlo a la psicoterapia fue Kohut, que describía la sintonía como una forma de relación con el paciente, una forma de estar en la misma onda en una relación donde puede darse una resonancia entre las dos personas (Kohut, 1971-1978). Cuando no hay sintonía, dice Michael Balint (1968), los pacientes reaccionan con síntomas de desesperación y agresividad.

«Parece que no se den cuenta de cómo estoy, quieren ayudarme, pero a veces dicen exactamente lo que menos necesito en ese momento.» Las personas en duelo necesitan sentir que son entendidas, creídas y escuchadas, pero no es tarea fácil teniendo en cuenta lo cambiantes que pueden ser sus afectos, sus pensamientos y sus necesidades en el día a día y a lo largo del tiempo. Para estar en sintonía, el psicoterapeuta debe estar conectado consigo mismo, con su material interno de pensamientos, sensaciones y emociones, y a la vez estar escuchando plenamente a la persona en duelo que tiene delante, prestando atención al lenguaje no verbal y al verbal. Estar en sintonía implica, por una parte, la capacidad de no llevarlo allí donde él no está abierto, lo cual sería intrusivo e irrespetuoso, y por otra, la capacidad de

hacer que el paciente entre en contacto con el tema real más allá de lo que él puede estar presentando, al tiempo que se lo anima a vivir una experiencia integrada que facilite la cohesión de los elementos hasta ese momento fuera de la conciencia.

La sintonía del terapeuta va a ser un instrumento de detección y de diagnóstico y a la vez va a constituir en sí misma una intervención terapéutica. Cuando el terapeuta interviene desde la sintonía, ofrece al paciente estabilidad al indicar que sus defensas van a ser respetadas y atendidas, y el paciente se siente seguro porque sabe que no va a ser dirigido a temas que no puede abordar en ese momento. Paradójicamente, es gracias a la capacidad del terapeuta de estar en sintonía, no forzando, como el paciente puede recuperar la funcionalidad de esas estrategias y progresivamente renunciar a ellas a medida que va tomando conciencia de los recuerdos hasta entonces rechazados e integrando nuevos significados. La sintonía es lo que permite esta cadena de respuestas recíprocas entre el paciente y el terapeuta, que pueden darse a lo largo de una sesión o en el curso del tiempo a medida que se desarrolla el proceso.

Para que se produzca un aumento de la conciencia interna de la vivencia de duelo, el proceso de exploración debe darse de forma focalizada. Una buena sesión es aquella en que terapeuta y cliente se han centrado en uno de los múltiples aspectos de la vivencia, y para ello la sintonía es una habilidad indispensable. Distraerse con la historia factual o dejar que un cliente en evitación nos seduzca con un montón de problemas pendientes para no entrar en contacto con su dolor es no estar en sintonía. Preguntar al paciente en duelo «¿en qué puedo ayudarte?» es un fracaso empático. Cuando el terapeuta busca ayuda con esta pregunta está señalando su falta de sintonía, puesto que no ha podido identificar dónde está dispuesto el cliente al contacto y cuáles son las tareas que debe abordar en ese momento del proceso.

El conocimiento teórico o experiencial del proceso de duelo por parte del terapeuta es uno de los requisitos indispensables para lograr una correcta intervención en sintonía, pues aporta información externa acerca del proceso y forma parte también del conjunto de material interno al que el terapeuta accede para poder empatizar correctamente. Conocer la secuencia de tareas y necesidades específicas a lo largo del proceso de duelo ayudará al terapeuta a anticiparse y guiar al paciente, pues lo proveerá de un plan de tratamiento. Sin embargo, la teoría tampoco puede sesgar la sintonía (Erskine y otros, 1999). Cada paciente es un universo, y su forma de vivir la experiencia de pérdida es distinta. No podemos hacer que un cliente encaje en una fase, por ejemplo. La teoría es una guía general que apunta hacia una dirección, pero el paciente tiene su propia agenda, sus ritmos y sus caminos, que no siempre siguen el trayecto más corto.

## ÁREAS DE INTERVENCIÓN SINTÓNICA EN EL DUELO

En la psicoterapia en procesos de duelo, el terapeuta debe estar en sintonía y abierto a áreas distintas que pueden darse por separado o simultáneamente.

1. Necesidades relacionales: atender las transferencias relacionales.
2. Afrontamientos: sintonía cognitiva, afectiva y comportamental.

- 3. Oscilación evitación-confrontación: manejar el intervalo de tolerancia emocional.
- 4. Defensas arcaicas: disolver estrategias rígidas improductivas.
- 5. Etapa de desarrollo evolutivo del duelo: identificación de las tareas a abordar.

FIGURA 4.5. Áreas de sintonía en la atención al duelo.

### 1. *Sintonía en las necesidades relacionales*

Una relación en la que se puede sanar el sufrimiento causado por la muerte de un ser querido es aquella en la que las necesidades fundamentales del doliente son reconocidas y atendidas. ¿Qué necesita esta persona para sentirse segura conmigo y para que acceda a compartir aspectos tan privados de su vida? ¿Para que me permita conocerla íntimamente y entrar en su mundo? *La primera tarea del terapeuta que acompaña a personas en duelo es crear una relación donde las transferencias relacionales estén atendidas* (véanse necesidades relacionales en el duelo, págs. 230-255). En las primeras sesiones, el terapeuta deberá estar muy atento y dilucidar cuáles son las necesidades relacionales que van aemerger como más importantes en ese momento y que deberán ser atendidas. La sintonía en las necesidades relacionales requiere un conocimiento del modo en que el paciente está viviendo sus relaciones con los más allegados. Debemos explorar cuáles son los fracasos que subjetivamente siente en su necesidad de recibir apoyo de sus amigos, familiares y conocidos. A partir de la historia de un posible trauma acumulativo que el paciente exprese, o de la experiencia de desautorización de algunos aspectos de su pérdida, vamos a poder detectar cuáles son las necesidades relacionales no satisfechas más importantes para poder crear una buena relación de apoyo, necesidades que va a transferir en la relación terapéutica. Esto es especialmente necesario en el caso de personas que acuden a pedir ayuda un tiempo después de la muerte del ser querido y que expresan la incapacidad del entorno de darles ese sostén continuado que necesitan.

Para una persona en duelo que tiene un estilo de relación muy dependiente con su familia, es posible que la necesidad de tomar decisiones acerca de cómo quiere vivir su propio duelo y que éstas sean respetadas sea muy importante. El terapeuta en sintonía con su necesidad de afirmarse en la forma individual y única de vivir el duelo va a tener que estar muy atento a no hacer presuposiciones acerca de su experiencia, y para ello establecerá una relación en la que sea él el que vaya decidiendo cómo quiere avanzar. Una persona que haya vivido una historia de múltiples pérdidas traumáticas no resueltas seguramente necesitará sentir de forma prioritaria que su terapeuta la provee de una figura estable y protectora que le da permiso para sentir y a la vez protección en la expresión emocional, siendo capaz de sostener quizás alguna experiencia de regresión. Si la pérdida que se trabaja tuvo lugar en la infancia y ese niño no fue tenido en cuenta y se lo dejó aislado, es posible que intervenciones en que el terapeuta tome la iniciativa en la relación lo hagan sentirse seguro y validado y le permitan salir de la confusión de no entender lo que ocurrió a su alrededor. El terapeuta atenderá simultáneamente las distintas necesidades prioritarias y también cómo éstas van a ir cambiando a lo largo del tiempo.

La historia del desarrollo del paciente como niño puede determinar a su vez cómo éste transfiere, siente, actúa o interpreta estos fracasos terapéuticos. Las dificultades que pueda expresar acerca de sus relaciones actuales más significativas pueden ser un reflejo de esas carencias vividas en el pasado, con lo que el trauma acumulativo producido por el duelo será una nueva confirmación de los fallos en las relaciones de apoyo, como ejemplifica la historia de Montserrat.

Montserrat perdió a su madre a los 5 años de edad y pasó al cuidado de una tía con la que tuvo una relación muy conflictiva. Aprendió a manejarse sola en la vida y a no pedir ayuda. Ahora, un año después de la muerte de su marido, tras veintidós años de matrimonio, no consigue rehacerse. Se siente muy sola y desatendida por su entorno. A pesar de su aislamiento, expresa ambivalencia hacia su necesidad de relaciones: «Al fin y al cabo, quién va a entenderme». Sus hijos la presionan para que rehaga su vida, lo que acrecienta sus sentimientos de incomprensión. La terapeuta decide compartir algo de su experiencia personal para conectar con ella en uno de sus momentos de soledad y facilitar así una experiencia compartida de reciprocidad.

MONTSERRAT: Cuando duermo me olvido de que él no está ahí... Uno de los momentos más difíciles para mí es cuando me despierto por la mañana: estiro el brazo y hay ese vacío tan inmenso... ¿Puedes imaginarte lo que es eso después de haber dormido juntos veintidós años día tras día, y levantarte por la mañana y que no haya nadie ahí, en esa cama que parece inmensa...?

TERAPEUTA: Sé lo que es eso, sé lo que es despertarte con esa sensación. Hace años pasé por una separación dolorosa y recuerdo haber experimentado ese mismo dolor por las mañanas al despertarme en mi cama vacía. Cuéntame cómo es para ti ese momento de cada mañana.

MONTSERRAT: Hay un primer momento en que parece que todo es irreal, que es como cada día. Despues me giro lentamente con los ojos cerrados y extiendo el brazo, entonces veo la realidad de lo que se me viene encima: él no está ahí y ya nunca más estará ahí, y... lloro...

TERAPEUTA: Y tus lágrimas mojan la almohada... y... y tienen un olor especial...

MONTSERRAT: Sí, sí... ¡Es verdad!... Las lágrimas sobre la almohada huelen de una forma especial...

TERAPEUTA: Y en ese momento sientes esa... soledad...

MONTSERRAT: ...y no hay nadie que me abrace (*llora*).

TERAPEUTA: Y lo que más desearías es...

Ofreciéndole una autorrevelación que puede mejorar el nivel de contacto en la relación, la terapeuta está en sintonía con su necesidad de establecer relaciones desde la reciprocidad. Y por ello le brinda una experiencia compartida que puede mitigar su sensación de soledad. Montserrat puede sentir que está acompañada por alguien que «sabe» de primera mano lo que es estar ahí. Y en un proceso paralelo, al compartir con ella ese «saber sobre el olor de las lágrimas», puede aliviar la sensación de incomprensión y desinterés que siente en su entorno y sentirse más confiada en una experiencia de reciprocidad. 2. *Sintonía en los afrontamientos*

Escuchar las maneras que el doliente tiene de vivir su duelo y ayudarlo a profundizar en lo que está experimentando es la tarea principal del terapeuta. La sintonía en los afrontamientos refleja la capacidad del terapeuta de descubrir dónde está más abierto el cliente al contacto y llamar a esa puerta de acceso a su mundo interno. Para ello debe ser capaz de atender las

diferentes respuestas e invitarlo a poner atención e integrar de una manera más consciente esas distintas formas de dar sentido a lo que está viviendo. La sintonía en las respuestas de afrontamiento es más que un simple escuchar, porque implica el acto de explorar mediante una indagación en esas estrategias que permita ampliar los aspectos de la experiencia que necesitan más conciencia por parte del cliente. Las intervenciones sintónicas en los afrontamientos tienen como objetivo mejorar su productividad procesual. Al indagar sobre esas puertas abiertas se arroja luz sobre esa maraña de respuestas que vive el doliente, permitiéndole discriminar cogniciones, emociones, conductas o síntomas que experimenta de forma desintegrada.

La *sintonía en las reacciones físicas* muy a menudo conduce a la experimentación de recuerdos emocionales. Hacer una indagación fenomenológica de las respuestas físicas que el paciente muestra en un momento dado es una buena manera de permitir que conecte con alguna emoción de la que no es consciente, como un modelo de respuesta ante ciertos estímulos. Al explorar esos síntomas, la persona puede hacerse consciente de ellos y conectarlos con estados afectivos que hasta ahora había rechazado. El terapeuta se adelanta en el reconocimiento de esas experiencias y con sensibilidad le hace una devolución al doliente, que puede empezar a poner palabras a esas sensaciones y conectarlas con esos recuerdos.

Quizás el cliente está atrapado en el relato factual de la historia y no es consciente del contenido emocional de lo que relata o lo está apartando. Quizás ha aprendido a ignorar sus emociones y hace una narración sobre las circunstancias de la muerte disociando parte de esa experiencia emocional: ignora esa parte, pero su cuerpo puede dar una señal en un momento dado de que algo está ocurriendo. El cliente puede recuperar la experiencia integrada con la ayuda del terapeuta que en sintonía interviene con una indagación fenomenológica sobre esas sensaciones y expresiones físicas.

Conchita ha estado hablando de la muerte de su bebé mientras se apretaba con la mano la zona del pecho:

TERAPEUTA: Te tocas esta zona; pon la mano ahí. ¿Puedes describir la sensación?

CONCHITA: Me duele aquí.

TERAPEUTA: ¿Cómo es...?

CONCHITA: Es muy fuerte, siento que nunca me lo podrá quitar, siento que me ahogo...

TERAPEUTA: Tómate un momento para dejarte sentir esa sensación de opresión en tu pecho. Dirige tu atención a esa parte de tu cuerpo y a la vez presta también atención a tu respiración. Pon la otra mano en el bajo vientre y respira desde ahí. Tómate unos momentos...

*(Conchita pone una mano en el pecho y la otra en el bajo vientre, y ralentiza la respiración.)*

TERAPEUTA: Y pon palabras a esas sensaciones...

CONCHITA: Es como estar desesperada. Nunca me lo podrá quitar.

TERAPEUTA: Siempre está ahí...

CONCHITA: Día y noche.

TERAPEUTA: ¿Puedes describir cómo lo sientes ahora?

CONCHITA: Ahora se va calmando... Tengo que ir tragando... porque siento que no podría expresarlo todo, sería mucho dolor... y cuando lo expreso en terapia es mucho dolor...

TERAPEUTA: Estás desesperada..., y te dices a ti misma...

CONCHITA: ...que es demasiado para sentirlo, que por mucho que lo lllore no será suficiente.

TERAPEUTA: Sientes toda la culpa en tu pecho... Sigue respirando desde ahí.

Las intervenciones destinadas a fomentar la *atención plena* en la vivencia de la sintomatología física y el malestar o sufrimiento emocional son muy útiles en experiencias de pérdida y favorecen la integración. Las técnicas de atención plena han sido utilizadas de forma muy efectiva en el tratamiento de personas en estrés agudo, dolor crónico o supervivientes de traumas (Kabat-Zinn, 2005; Ogden, 2009). Poner la atención en su experiencia interna corporal, aun cuando cause malestar y a menudo vaya en contra de sus deseos de olvidar, es una buena manera de mejorar las capacidades de regulación afectiva. Poner atención consciente facilita el estar anclado en el presente, y al invitarlos a poner palabras a sus sentimientos pueden observar su experiencia reviviéndola pero a la vez sintiendo que pueden controlarla.

En la *sintonía afectiva*, el terapeuta detecta los primeros signos de emoción que ve en el paciente y se los refleja a medida que emergen y van mudando. El terapeuta está entrenado específicamente para tolerar las muestras de dolor de las personas a las que acompaña, tiene una especial sensibilidad para detectar las emociones de sus pacientes y los anima a expresarlas. No teme las manifestaciones de enfado, miedo o culpa, y su intervención está dirigida a que la persona en duelo profundice en estos estados. La respuesta empática y en sintonía con el paciente produce a menudo una magnificación de la emoción y eso brinda una oportunidad de mejorar el procesamiento de la experiencia que se está tratando, como sucede con el sentimiento de culpa en el caso de Conchita.

CONCHITA: Me siento muy culpable, no puedo quitármelo de la cabeza.

TERAPEUTA: Lo que no puedes quitarte de la cabeza es...

CONCHITA: Tendría que haberme dado cuenta de que no era un simple constipado.

TERAPEUTA: Es una historia muy triste.

CONCHITA: Pobre niña mía, veo su mirada con esos ojitos (*suspira*).

TERAPEUTA: ¿Qué dice esa mirada?

CONCHITA: No sé: es una mirada de súplica.

TERAPEUTA: ...y a ti te deja...

CONCHITA: Muy triste.

TERAPEUTA: ¿Qué le dice a ella tu tristeza?

CONCHITA: (*llora*) ¡Lo siento tanto! No me di cuenta... Estaba tan ocupada...

TERAPEUTA: Sigue diciéndole a tu niña lo que expresan tus lágrimas.

A menudo la sintonía afectiva implica ir facilitando la conexión con emociones escondidas tras otras emociones, y en cada emoción, como en las capas de una cebolla, van surgiendo temas concretos que se deberán ir elaborando. El terapeuta promueve con este trabajo la asignación de significaciones emocionales y cognitivas a la experiencia concreta de duelo que la persona vive; es decir, que es capaz de hacer que los mensajes que encierra cada emoción se hagan progresivamente más conscientes. A Conchita la tristeza y la culpa le permiten seguir vinculada con su hijita desde un intento de expiación. En este estado afectivo, estar en sintonía con ella significa acompañarla ahí, en ese momento de dolor, y facilitar que pueda poner palabras a esa esperanza de reparación.

La *sintonía cognitiva* implica entrar en el marco de referencia de la persona en duelo, en su estructura de creencias, valores y principios. La persona en duelo puede estar afrontando su vivencia intentando darle un sentido desde su capacidad de análisis. Esas cogniciones deben ser exploradas con independencia de que estén facilitando el proceso afectivo o distorsionándolo; es decir, que estén funcionando como estrategias de inhibición o alteración o como estrategias de restauración ajustada. La persona en duelo puede estar desconectada emocionalmente y analizar los hechos de forma racional, conforme a su propia lógica. Estar en sintonía cognitiva con la persona en duelo significa que el terapeuta va a identificar esa puerta de acceso y responder en resonancia, facilitando el diálogo exploratorio. Para ello debe mostrar que comprende su marco de referencia, que está interesado en su mundo de valores y presuposiciones, a partir de los cuales el paciente intenta dar sentido a su pérdida. En la sintonía cognitiva, el terapeuta, en palabras de Janet Moursund y Richard Erskine (2004), adopta el proceso mental del paciente para poder ver a través de sus ojos, para intentar entender cómo sería para él vivir dentro de esas defensas e interpretar la realidad de lo que está viviendo.

Julio ha perdido a su hijo de 20 años. Con sus preguntas, el terapeuta trata de comprender el marco mental desde el cual Julio intenta dar sentido a su experiencia. Entra dentro de su espacio interno y desde ahí explora sus pensamientos, se adelanta a ellos y facilita a Julio la comprensión de aspectos de la relación con su hijo que lo ayuden a dar más sentido a lo sucedido.

JULIO: Me siento mal; estuvimos muy peleados durante mucho tiempo. Él rechazaba mis consejos.

TERAPEUTA: ¿Cuál era tu sueño para él?

JULIO: Que estudiara, que se hiciera un hombre de provecho.

TERAPEUTA: Te voy a hacer una pregunta importante: ¿qué significaba para ti que él realizara este sueño en su vida?

JULIO: Bueno, que hiciera lo que yo no pude hacer.

TERAPEUTA: Háblame de eso.

JULIO: Bueno, yo no tuve esas oportunidades. Tuve que empezar a trabajar a los 14 años, y he sido siempre un trabajador. Pero he luchado para poder dar a mis hijos un futuro mejor.

TERAPEUTA: Te esforzaste mucho para que pudieran tener una vida distinta de la que tú tuviste.

JULIO: Sí, y ahora mira, ha muerto y no tendrá futuro ni nada.

TERAPEUTA: Tú querías lo mejor para él, pero él escogió vivir como quiso, con independencia de ti.

JULIO: Sí... Eso está bien, porque hizo lo que quiso.

TERAPEUTA: ¿Harías algo distinto si pudieras volver atrás?

JULIO: Hacer, haría lo mismo, pero... quizás sería menos crítico con él.

TERAPEUTA: Lo volverías a animar a que estudiara y se superara... y serías menos crítico... y más...

JULIO: Le diría más a menudo que estaba orgulloso de él.

TERAPEUTA: Para mí tiene mucho sentido lo que dices como padre que quiere lo mejor para su hijo y lo anima a superarse. ¿Qué otras cosas le dirías?

Al estar en sintonía con el proceso cognitivo del doliente podremos comprender mejor qué es lo que intenta decírnos. A veces el terapeuta entiende lo que está pasando antes de que el cliente pueda ponerlo en palabras; otras veces el terapeuta necesita seguir explorando el marco de pensamientos y significados hasta que es capaz de alcanzar una verdadera

comprensión. La sintonía cognitiva es necesaria para que la persona que acompañamos se sienta respetada. Debemos conocer su historia antes de poder comprender sus maneras de afrontar.

En ocasiones nos equivocamos y el paciente responde que «no» a nuestra anticipación: es imposible estar siempre en sintonía con lo que el otro está viviendo. Por eso es importante que las anticipaciones las hagamos en tono de hipótesis, de interrogación. Si nos equivocamos, debemos reconocerlo, incluso podemos pedir a la persona en duelo que nos corrija. La expresión «no he entendido bien lo que quieras decir, ¿puedes hablarle un poco más de ello?» puede ser una intervención que beneficie el proceso terapéutico, porque es una muestra de que el terapeuta admite sus errores y respeta la manera de vivir del paciente, y además le expresa que el trabajo de caminar y avanzar es una experiencia compartida.

La sintonía en los afrontamientos implica también identificar y explorar la función de los comportamientos como estrategias de afrontamiento cuando éstas son presentadas como puertas de acceso al contacto. Todas ellas son conductas desarrolladas para sobrevivir a la pérdida que se han instalado de forma temporal (duelo normal) o de forma fija (duelo complicado) para poder manejar el dolor. *La sintonía en las conductas* implica una exploración de su función en el contexto del duelo, como se refleja en la siguiente transcripción:

JUAN: Desde que murió mi hija me he ido retirando, sólo trabajo y trabajo hasta quedar agotado. Pasa el tiempo y cada vez estoy más encerrado en mí mismo.

TERAPEUTA: ¿Qué quieras decir con que te encierras en ti?

JUAN: Es como si estuviera muerto, sin alegría ni esperanza. Me olvido del resto de mi familia, de mi mujer, de mi otro hijo, y empiezo a obsesionarme con el trabajo.

TERAPEUTA: Si no estuvieras trabajando obsesivamente, ¿qué estarías sintiendo?

JUAN: Supongo que vacío, miedo, dolor quizás.

TERAPEUTA: Miedo, vacío y dolor.

JUAN: Entiendo que estoy mal y lo que pasa, pero no puedo parar, estoy en el trabajo y voy buscándome más y más trabajo para estar ocupado.

TERAPEUTA: Es importante buscar y buscar más trabajo para estar constantemente ocupado (cambia el tono a lento y suave)... ¿Qué aparecería si no estuvieras ocupado?

JUAN: Entraría en una tristeza muy profunda y eso no me gusta.

TERAPEUTA: ¿Puedes ir ahora ahí?

JUAN: (suspira) Me cuesta mucho.

TERAPEUTA: Claro, es mucho mejor estar trabajando en la oficina horas y horas.... y así no tener que conectar con todo ese dolor.

JUAN: Es que no me lo puedo permitir.

Es tarea del terapeuta poner atención en las conductas que el doliente describe y que constituyen una estrategia de respuesta a su duelo. La intervención arriba-abajo propone una integración de la experiencia afectiva, cognitiva y conductual que ha sido suscitada mediante el proceso de indagación en sintonía con el afrontamiento conductual. Juan puede poner su atención en ese comportamiento y comprenderlo desde dentro, sintiéndose apoyado en su función estratégica de supervivencia, pero esta validación debe ser siempre una invitación a ir

más allá. Al no sentirse juzgado puede darse cuenta del porqué de esa conducta. Esta nueva conciencia le va a permitir ir sustituyendo estos afrontamientos por otros (del comportamiento hiperactivo a la creencia «no me lo puedo permitir» como esquema mental defensivo), y en cada uno de ellos podrá gradualmente ir permitiéndose sentir y explorar nuevas áreas, nuevos pensamientos, sentimientos o recuerdos dolorosos. Este trabajo da lugar a esa constante expansión de su intervalo de tolerancia, tan necesaria para promover la reorganización interna de esquemas y valores como punto final de su duelo.

### 3. *Sintonía en la oscilación evitación-confrontación*

La sintonía en la necesidad de confrontar y la necesidad de evitar es la expresión de la capacidad del terapeuta de identificar el nivel, frecuencia y ritmo de oscilación requerido para el adecuado procesamiento de la experiencia de duelo por parte de ese paciente en un momento dado. Para ello el terapeuta debe ser capaz de medir, a través de sus observaciones, la ventana de tolerancia que el paciente muestra, teniendo en cuenta los afrontamientos que exhibe, las tareas que aborda y el tiempo transcurrido desde la muerte de su ser querido. La sintonía le permitirá estar en el equilibrio preciso que el paciente necesita y desde ahí podrá hacer una intervención de validación ajustada y, si es el momento terapéutico para ello, animarlo a ampliar esas estrategias en la dirección necesaria, sea de conexión, de desconexión o de restauración (véase cap. 4, apartado 4.2.: Ventana de tolerancia: respetar el compromiso de evitación-confrontación).

El reto terapéutico es hacer intervenciones que activen el detonante emocional suficiente como para posibilitar el acceso a contenidos hasta ahora disociados, negados o evitados, pero no hasta el punto de que se exceda la capacidad de tolerancia de la persona y se vea sumergida en sentimientos que la desbordan o, como en el caso exemplificado a continuación, la seguridad de la relación terapéutica se vea amenazada.

David acaba de perder a su mujer en un accidente de automóvil. Tiene un niño pequeño y acude a la consulta a pedir información. Está muy alterado, aunque hace esfuerzos por controlar sus emociones. Habla nervioso, muy deprisa y sin dar tiempo al terapeuta.

DAVID: Necesito saber cómo debo responder a las preguntas de mi hijo. No sé qué decirle. ¿Qué le puedo decir?

TERAPEUTA: Te preocupa ver a tu hijo.

DAVID: Mucho, ahora quiero hacerlo bien.

TERAPEUTA: ¿Ahora?

DAVID: Sí, lo mejor para él, ahora que estamos solos, tendré que dedicarle mucho tiempo, y no tengo mucho tiempo.

TERAPEUTA: ¡Qué momento más difícil estás viviendo, David! Te veo muy ansioso: háblame un poco de cómo estás.

DAVID: (*suspira y para; evita la mirada y luego vuelve la cabeza otra vez*) Lo que quiero es saber cómo responder a sus preguntas cuando me las haga, que seguro que me las hará.

TERAPEUTA: Ahora lo prioritario para ti es el cuidado y atención de tu hijo, ¿verdad? ¿Qué preguntas imaginas que te puede hacer en un futuro?

Al empezar la sesión, David hace una demanda específica de información, pero lo que muestra al terapeuta como tema figura es su ansiedad. Habría sido un fracaso en la sintonía si la terapeuta no hubiera intentado primero explorar el territorio que rodea esa puerta abierta al

contacto. Si le hubiera ofrecido directamente un folleto sobre «cómo dar información a los niños que han perdido un ser querido» sin atender la emoción y preocupación que David muestra, habría sido como tener un «elefante en medio de la sala» que es obviado por ambos. El terapeuta hace una intervención de indagación sobre ese signo o preocupación presente, a la que David responde evitando el contacto. La sintonía en la oscilación evitación-confrontación es expresada en el permiso que el terapeuta da para seguir en un nivel más cognitivo, validando a la vez su función de protección: es muy pronto para que David conecte con todo el dolor por la pérdida de su esposa y forzarlo sería poner en peligro la incipiente relación terapéutica que están empezando a construir. En estado de choque-aturdimiento, el respeto a la oscilación evitación-confrontación es fundamental. La respuesta habría sido un fracaso de sintonía si el terapeuta lo hubiera forzado a seguir por ese camino emocional para el que David no está aún preparado.

La resonancia empática inevitablemente estimula afectos en las personas en duelo. Estos afectos pueden ser difíciles, como el enfado, el malestar, la desesperanza, la aflicción. Cuando el paciente en duelo muestra signos de sufrir una sobreestimulación de sentimientos difíciles, puede responder mediante un rechazo o abandono de la terapia como forma de protegerse ante la fragmentación. Es posible que esto aleje a muchos hombres de las unidades de duelo o de grupos de apoyo demasiado emocionales, donde lo que se promueve es el «hablar de ello y conectar». Algunos de los abandonos en terapia de duelo deben considerarse a la luz de un posible fracaso en la sintonía ante la dinámica de oscilación evitación-confrontación del paciente.

#### 4. *Sintonía en las defensas arcaicas*

Entender la dinámica oscilatoria entre la necesidad de confrontación y la necesidad de evitación a lo largo del duelo implica también la importancia de identificar cuándo una estrategia se ha convertido en una defensa rígida e improductiva y necesita ser tratada. *Las estrategias de afrontamiento pueden ser expresiones contemporáneas, exclusivamente ligadas a la situación actual de pérdida, o pueden ser arcaicas, es decir, que corresponden a estilos de afrontamiento asociados a pérdidas del pasado no resueltas, o a déficits relacionales en el desarrollo evolutivo de la persona.* Las defensas arcaicas son respuestas instrumentales, que se expresan como un *self* rígido y desconectado del resto de la experiencia vital, como hábitos de respuesta susceptibles de ser reactivados por nuevas experiencias que actúan de estímulos. Como defensas han protegido a la persona frente a la posibilidad de fragmentación a lo largo de toda o parte de su vida, pero también la aíslan y le dificultan el contacto pleno con los demás. En el abordaje de las defensas que presentan las personas en situación de duelo complicado, el terapeuta afronta una doble tarea: por un lado, la necesidad de respetarlas, que es esencial, pues señalan la dificultad ante el cambio manteniendo su función de preservación de la seguridad de la persona, y, por otro, la necesidad de abordarlas para que la persona pueda avanzar en la integración consciente de su historia de vida.

El tratamiento de las defensas arcaicas (que se describe con más detalle y ejemplos en el próximo capítulo) implica su identificación y conexión con la pérdida original y a la vez la capacidad de reconocer su función y de validarla. El terapeuta, con sus intervenciones, contribuye a facilitar la posibilidad de poner conciencia a cómo esos esfuerzos de no conectar se crearon por primera vez como estrategia funcional adaptativa, y cómo ahora tienen un coste importante para la persona. Por decirlo metafóricamente, se han convertido en *una armadura para una guerra que ya pasó, una guerra prescrita*. Con esa información revelada emocionalmente desde la experimentación, a través del contacto empático en sintonía dentro de la relación con el terapeuta, la persona en duelo puede gradualmente ir desprendiéndose de esta defensa. Muy a menudo esa disolución sigue siendo un proceso inconsciente, consecuencia de intervenciones en un modelo de psicoterapia auténticamente abajo-arriba. El respeto a la defensa se refleja en el ritmo ajustado al paciente: cuando el paciente sigue defensivo e impermeable a la intervención, el terapeuta no fuerza, sino que sigue validando esa respuesta defensiva y la importancia del camino personal y único del paciente.

Jorge acude al servicio de duelo pocas semanas después de la muerte de su hijo en un accidente laboral. Su vida está plagada de pérdidas: su madre murió cuando él tenía 8 años y su padre los abandonó poco después. Una tía se hizo cargo de él. Tiene un historial de problemas de relaciones, su mujer lo ha amenazado con dejarlo y ha sido despedido recientemente de su trabajo. Acude a nuestra unidad aconsejado por su médico de cabecera.

JORGE: ¡Cómo es posible que me cobren esta visita? Este servicio debería ser gratuito. ¡Esto es un abuso!

TERAPEUTA: Sería fantástico que este servicio fuera gratuito y seguramente debería serlo, tiene usted razón. Lamentablemente no lo es. Pero nuestra unidad le ofrece la posibilidad de no pagar la primera vista. Si usted lo desea y lo necesita, puede no pagar nada.

JORGE: ¡Estáis mercadeando con las miserias de la gente! ¡Abusáis del dolor de los demás!

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente usted ante este abuso?

JORGE: ¡Estoy muy cabreado!

TERAPEUTA: Y el estar tan enfadado por la muerte de su hijo hace que una parte de usted no pueda escuchar mis palabras. Una buena manera de evitar conectar con su dolor por la muerte de su hijo es acudir al enfado. Entonces, imaginar un abuso de nuestra unidad hacia usted es una buena manera de distraer su dolor. Y me puedo imaginar que su dolor es inmenso, tanto o más que su cabreo.

Esta escena en la que el cliente en duelo desplaza su enfado contra el terapeuta es bastante frecuente en la terapia de duelo, aunque en distintas versiones. Puede ocurrir sobre todo en los primeros momentos del duelo y en aquellos casos en que el marco de trabajo o contrato no ha sido bien elaborado, o la persona ha estado mal derivada. Es el caso de Jorge, que acude a instancias de su médico de cabecera y no por decisión propia, por lo que no hay alianza terapéutica, que es la condición indispensable de cualquier proceso terapéutico (Clarkson, 1990). En pacientes con duelos evitativos, el enfado desplazado contra el terapeuta es una buena manera de protegerse ante la posibilidad de conectar con la tristeza, la añoranza o la soledad. La terapeuta, a pesar de su incomodidad, y sin responder al ataque personal, es capaz de señalar a Jorge su forma de evitar conectar con el dolor. Después Jorge deberá decidir si desea comprometerse con el trabajo terapéutico. La confrontación que hace la

terapeuta es asertiva pero respetuosa y validadora de lo que Jorge está viviendo. Gradualmente, en las sesiones siguientes, una vez establecido el vínculo, Jorge puede calmar su enfado, bajar su ritmo y empezar a conectar con los aspectos más específicos de su vivencia de duelo.

Este extracto pertenece a una sesión realizada a los pocos meses de la anterior: la historia de pérdidas de Jorge va haciéndose presente a medida que el trabajo con las defensas lo va conectando con el dolor original para el que fueron desarrolladas. Sigue desplazando su enfado como estrategia defensiva arcaica.

TERAPEUTA: ¿Con quién estas enfadado?

JORGE: Con esa funcionaria. Yo creo que esa mujer es la culpable de su muerte. Si no se hubiera equivocado, ahora mi hijo no estaría muerto. Son unos funcionarios ineptos, estoy pensando en hacer una denuncia.

TERAPEUTA: ¿De qué forma relacionas la ineptitud de esa funcionaria y la muerte de tu hijo?

JORGE: Bueno, si ella no se hubiera equivocado en esos trámites, entonces mi hijo no habría tenido que ir allí ese día, y el accidente no habría ocurrido.

TERAPEUTA: Y cuando piensas en esa denuncia, ¿cómo te sientes?

JORGE: Pienso en lo que pondría y diría y le voy dando vueltas en la cabeza.

TERAPEUTA: ¿Puedes contarme qué pondrías en la carta?

JORGE: No sé, la verdad es que no sé muy bien lo que pondría... Que por su negligencia mi hijo ha muerto.

TERAPEUTA: ¿Y cuáles son tus expectativas al imaginar que cursas esa denuncia?

JORGE: *(se queda pensativo)* Que a ella la expedienten o la despidan, no sé, que hagan algo.

TERAPEUTA: Para ti es importante que ocurra algo... Y si eso ocurriera, si a ella la expedientaran y la despidieran, ¿cómo crees que la afectaría?

JORGE: Le haría daño, claro, así se enteraría.

TERAPEUTA: ¿Se enteraría de...?

JORGE: De lo que estoy pasando ahora.

TERAPEUTA: ¡Es tan importante que la gente de tu alrededor se entere de lo que estás pasando...!

JORGE: *(con gestos de enfado)* ¡Nunca nadie se da cuenta de cómo estoy! Creen que estoy bien, pero por dentro tengo esa rabia que no me deja vivir.

TERAPEUTA: Creo que estamos tocando un punto importante para ti, Jorge, esa rabia que no te deja vivir. Ese «nunca nadie sabe lo que estoy sintiendo» parece que es algo ya conocido para ti... ¿Puedes prestar atención a este sentimiento y ver con qué te conecta?

JORGE: *(pensativo)* Cuando papá nos abandonó, yo lo odié, sentía tanta rabia...

TERAPEUTA: *(con empatía)* Mucha rabia en un niño que acaba de perder a su madre y ve irse a papá también...

El enfado desplazado de Jorge es una estrategia de negación-rechazo que lo ayuda a apartar de la conciencia pensamientos o sentimientos más incómodos. El resentimiento es un estado emocional que insensibiliza su cuerpo y lo protege de sentir dolor: una forma de resistirse a experimentar sentimientos desagradables, una protección ante la posibilidad de conectar con recuerdos dolorosos y ante la regresión. La terapeuta, en esta intervención y en otras similares que se suceden a lo largo de esta etapa del tratamiento, identifica cómo estas reacciones de rabia no están restringidas al duelo, sino que son viejos patrones de afrontamiento fijados en pérdidas anteriores que se han reactivado con esta pérdida. La exploración respetuosa y en sintonía sobre cómo Jorge vive su enfado en su vida, en sus relaciones personales, y cómo se fijó como respuesta de afrontamiento asociada también a pérdidas anteriores le va a permitir identificar esta función defensiva en el transcurso del

tratamiento. La terapeuta valida cuidadosamente la utilidad de esa defensa en relación con la pérdida que la originó. El enfado del niño abandonado es un reflejo del control de la ansiedad de separación, intentos neurológicos de distorsión de la realidad para mantener intacto el frágil *self* del niño y preservar esa estructura ante un cambio para el que no está preparado. Y Jorge sigue en ese punto, funcionando con el mismo sistema defensivo arcaico. La sintonía de la terapeuta respecto a sus defensas arcaicas y sus necesidades relacionales refleja su capacidad de identificar en ese «nunca» —que a veces es «siempre», «jamás», «otra vez»— material de un pasado no elaborado que está actuando transferencialmente en el duelo actual de Jorge.

##### *5. Sintonía en el desarrollo evolutivo del duelo: identificación de las tareas a abordar*

La pérdida del ser querido supone una miríada de tareas que la persona deberá atender a lo largo del proceso y que gestiona mediante las distintas respuestas de afrontamiento. A pesar de que cada persona tiene una historia de desarrollo distinta en su duelo, el terapeuta sabe que si está en la etapa de conexión e integración debe abordar las tareas específicas de esta etapa, que son distintas de las que ha tenido que afrontar cuando estaba en aturdimiento y choque. La sintonía en la etapa del desarrollo es esencial y requiere la sensibilidad del terapeuta para detectar las tareas de duelo, así como conocimientos conceptuales sobre su evolución. Muy a menudo estas necesidades están en el inconsciente; de hecho, las expresiones concretas de afrontamiento, al ser esfuerzos de procesamiento, sea de asignación o distorsión, están relacionadas cada una de ellas con la dirección del tema subyacente. La sintomatología asociada a un aspecto concreto del duelo nos señala la dirección hacia donde hay que mirar y todos los obstáculos que deberemos ir sorteando hasta llegar ahí.

La tarea de duelo que vayamos a abordar debe ser identificada de forma progresiva mediante la provisión de una experiencia de descubrimiento mutuo: a veces significa seguir al paciente en una regresión o en la reexperimentación de una escena que necesita revivir para resolver algún aspecto de culpa; otras veces implica recordar aspectos de la relación en que la persona en duelo no pudo agradecer lo recibido, o un aspecto positivo perdido y añorado de la vida en común con el ser querido. En el caso de Francisco, a través de la exploración de un enfado desplazado, la intervención en sintonía permite elucidar un asunto inconcluso de relación:

FRANCISCO: Bueno, es lo que hay, ya nada puede cambiar (*enfado resignado*).

TERAPEUTA: ¿Qué hubieras deseado que fuera distinto?

FRANCISCO: Ya da igual, está muerto.

TERAPEUTA: ¿Y qué pasa con tu sueño de un padre ideal?

FRANCISCO: Me habría gustado tener un buen padre (*enfadado*).

TERAPEUTA: Entonces ése es el origen de tu enfado: el contraste entre lo que tuviste y lo que deseabas.

(*Francisco se encoge en silencio.*)

TERAPEUTA: ¿Qué sientes en tu cuerpo al escuchar esas palabras?

FRANCISCO: Me voy a la cabeza.

TERAPEUTA: Para no escuchar a tu corazón que dice...

FRANCISCO: ...que me cuesta perdonarlo por lo que me hizo (*con tristeza*).

TERAPEUTA: Y lo que es tan difícil perdonar y que parece que ya nada va a cambiar es...

Hablar de los aspectos de la relación que no fueron bien, de las esperanzas frustradas en la historia vivida con su padre, indagando en las ilusiones, expectativas y recuerdos, podrá ayudar a Francisco a entrar paulatinamente en contacto con los límites de la relación y aceptar de forma gradual lo que su padre pudo darle, así como a perdonar y despedirse de lo que no pudo darle. La terapeuta sabe identificar el origen del enfado desplazado y lo dirige hacia él para que pueda hacerlo consciente desde dentro, es decir, manteniéndose conectado con la tristeza que subyace bajo el enfado. Una vez que ha entrado en contacto con la tarea concreta que debe abordar, la persona en duelo puede recuperar la experiencia emocional y, al expresarla, iniciar el camino que le permita dotarla de significación.

El de Luisa es un caso de *trasposición de roles*. Una situación de pérdida secundaria muy común entre niños es la que se da cuando la muerte de un miembro de la familia supone la pérdida de las relaciones con los adultos que, afectados por su duelo, dejan de estar disponibles para atender las necesidades básicas del menor. En muchos casos, el niño debe asumir la posición de *cuidador*, ya sea para atender a algún otro miembro de la familia, o porque tiene que responsabilizarse de su propio cuidado. Este trauma acumulativo suele emerger como tarea principal de duelo con mucha más frecuencia que la propia muerte del hermano o del progenitor. Luisa tenía 10 años cuando murió su hermanito de 2. El duelo de Luisa, a pesar de que ella expresa que está referido a la muerte de su hermano, tiene mucho más que ver con la pérdida secundaria que sufrió al tener que asumir ella ese rol que no era el que le tocaba. La terapeuta, consciente de la posibilidad de que esta tarea esté ahí, evita en las primeras transacciones referirse directamente a la pérdida de la relación fraternal como origen de su malestar. Esto ayuda a Luisa a entrar en contacto con la pérdida real y hacerse consciente de lo que supuso para ella como niña ver a su madre deprimida y las consecuencias que eso tuvo en su desarrollo.

LUISA: Murió mi hermanito pequeño de 2 años...

TERAPEUTA: ¿Y?

LUISA: Fue muy duro para mí, tenía 10 años.

TERAPEUTA: Es muy dura la vida de una niña de 10 años en una familia en duelo. ¿Qué era eso tan duro que vivía esa niña?

LUISA: Mi madre. Tuvo una depresión y se pasaba el día en la cama.

TERAPEUTA: ¿Qué suponía para ti verla ahí?

LUISA: Me acuerdo de que cuando regresaba de la escuela iba rezando por el camino: «Por favor, Dios mío, que no esté en la cama, que esté levantada».

TERAPEUTA: Si estaba en la cama, entonces...

LUISA: Me sentía muy mal, muy triste, y tenía que ocuparme de todo para intentar que ella estuviera contenta. Y me acuerdo de que intentaba hacerla reír, me esforzaba en todo.

TERAPEUTA: Entonces, con la muerte de tu hermanito perdiste muchas cosas.

LUISA: A mi madre, nunca más la vi bien.

TERAPEUTA: Y con ella también perdiste... entonces...

LUISA: (suspira) Supongo que perdí mi infancia, nunca nada volvió a ser igual.

La primera intervención de la terapeuta en este extracto es un buen ejemplo de sintonía en la tarea de duelo. La terapeuta sabe que, en el desarrollo del duelo en un niño, la exploración de las pérdidas secundarias es algo muy importante, y por ello no da por supuesto que lo que presenta Luisa como pérdida real, la muerte de su hermanito, sea efectivamente el tema principal que necesita abordar.

La sintonía en las tareas de duelo va a permitirnos focalizar los temas concretos que la persona en duelo tendrá que ir abordando. A veces surgen varias tareas simultáneamente y unas cubren a otras. El terapeuta, al estar en sintonía con los distintos afrontamientos, podrá ir dilucidando sesión tras sesión hacia dónde debe dirigirse el trabajo, teniendo en mente ese mapa que le da su conocimiento de la progresión de tareas a lo largo del desarrollo del proceso y su capacidad de estar sintónicamente conectado con las necesidades emergentes que el paciente va señalando como disponibles para su abordaje.

## LA IMPLICACIÓN EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Estar implicado como terapeuta en la relación significa tener un compromiso con el proceso de recuperación de la persona en duelo y con que éste se dé de forma respetuosa. Para ello debe estar atento y en sintonía constante con su mundo intrapsíquico e interpersonal: identificando sus afectos, sus necesidades y sus defensas, respondiendo con un interés genuino y comunicando ese interés a través de sus intervenciones.

Estar implicado significa que, en una entrevista de acogida de unos padres en duelo que acaban de perder a su hija, no los haremos esperar sino que iremos a su encuentro en cuanto lleguen a la consulta; que conoceremos el nombre de las personas que acogemos por primera vez; que pensaremos en nuestros pacientes durante la semana y ocasionalmente se lo haremos saber si eso contribuye a una buena relación; que nos dejaremos impactar por lo que nos cuentan y reflejaremos ese impacto cuando sea necesario y útil. Estar implicados significa que estaremos comprometidos a lo largo de todo el proceso, animándolos a seguir con las tareas y atendiendo constantemente su necesidad de posponer aspectos demasiado dolorosos, sean recuerdos o emociones, o su necesidad de conectar con temas de duelo para los que estén preparados.

La implicación en la relación terapéutica significa que estamos disponibles en los momentos difíciles, sin prisas, sin miedo; que nos importa lo que les sucede a nuestros clientes, y que nos interesa genuinamente lo que están viviendo. Que les hacemos conocer este interés a través de nuestra propia atención, a veces recordando fechas significativas, nombres de personas importantes para ellos o detalles que han ido emergiendo a lo largo del proceso. Que cuando nos traen un álbum de fotografías de su ser querido o una selección de cartas, nos sentamos a su lado y los escuchamos relatar los detalles significativos de cada una de ellas, atendiendo cuando sea necesario una emoción difícil, parando otras veces para evitar una regresión para la que no están preparados, o empujándolos cuando lo estén.

Estar implicados como psicoterapeutas significa que no estamos parapetados tras un muro de profesionalismo, de la «buena distancia», para que no nos afecte demasiado. Que somos capaces, desde la honestidad, la congruencia y la aceptación de los propios límites, de

decir «no tengo respuesta» a la pregunta de «por qué ha tenido que morir mi hijita», y a la vez somos capaces de facilitar, sostener y explorar el grito de dolor que acompaña a esa pregunta. Estar implicado también significa que en alguna ocasión estaremos dispuestos a autorrevelar nuestra propia experiencia personal de pérdidas, cuando creamos que puede estar al servicio de la relación terapéutica y que con certeza beneficiará a su seguridad porque ello contribuirá a la reciprocidad que esa persona en duelo ha mostrado como necesidad relacional específica.

Janet Moursund y Richard Erskine (2004) describen cuatro maneras en que la implicación se manifiesta en la relación: el reconocimiento, la validación, la normalización y la presencia.

### *El reconocimiento*

El reconocimiento es la capacidad de ver al paciente tal como es y con todo lo que nos trae: lo que es importante para él y que habrá que identificar (sus necesidades relacionales, sus estrategias de afrontamiento, sus estados afectivos, sus pensamientos, e incluso aquello que no muestra directamente, sino a través del lenguaje no verbal), y aceptarlo con todo eso. Las personas en duelo suelen llegar a terapia con una falta de reconocimiento por parte del entorno, que los trata como si su duelo ya hubiera pasado. «Nos dan el alta a los seis meses», se lamentan. Se los trata como si ya estuvieran recuperados, y su vivencia de duelo es invisible para los demás. El reconocimiento de su experiencia plena por parte del terapeuta es sanador en sí mismo y puede tener un sentido reparador de los fracasos del entorno en darles apoyo. Muchas personas en duelo de nuestra unidad, al acabar el tratamiento, expresan que uno de los momentos más impactantes que han vivido fue la entrevista de acogida que realizaron el primer día: «Por primera vez en mucho tiempo pude hablar libremente, y la terapeuta me escuchaba con atención: pude expresar un montón de cosas que nunca antes había podido expresar». Ser reconocidos plenamente como personas en duelo es una experiencia para ellos chocante, después de haber experimentado las constantes interrupciones de la gente de su entorno ante sus intentos de expresión.

Muy a menudo la persona en duelo no es consciente de sus estados emocionales ni de sus necesidades, ni del porqué de sus respuestas de afrontamiento. El terapeuta sensible es capaz de interpretar la expresión fisiológica y verbal de estas partes de su vivencia subjetiva, manifiesta consciente o inconscientemente, y gracias a su reconocimiento facilita ese darse cuenta y la expresión integrada de necesidades y sentimientos. A partir de ahí, la persona en duelo puede empezar a recordar, a hacer conexiones o quizás a atribuir significados a su experiencia. La psicoterapia de duelo enseña a las personas un nuevo vocabulario, nuevas formas de expresarse, enseña a ser más asertivos, a comunicar mejor las experiencias afectivas y escuchar más atentamente las de los demás. El terapeuta expresa un reconocimiento de lo que está observando en sintonía y, mediante una cuidadosa exploración, permite a la persona que entre en contacto pleno con su propia experiencia fenomenológica y le ponga palabras; en esta reexperimentación puede integrar partes de la vivencia anteriormente rechazadas. Para ello el terapeuta debe estar presente de forma receptiva, reconociendo, sintiendo, interpretando y comunicando lo que está viendo a través del contacto empático.

## *Validación*

Cuando el terapeuta responde a la persona en duelo dando relevancia a lo que dice, confirmando el valor del significado que le da a una experiencia, o expresando el impacto que siente ante un sentimiento difícil, le está trasmitiendo que su experiencia tiene un valor y es de importancia.

La validación es especialmente necesaria porque muchos dolientes se sienten inadecuados en la manera en que viven su enfado, sus miedos, sus deseos de estar aislados o sus formas de manejar el dolor. Pueden sentirse culpables por encontrarse mejor, o avergonzados de una conducta disruptiva que utilizan para manejar el dolor, o preocupados por los impulsos agresivos que no pueden controlar. Las conductas, los pensamientos y los sentimientos que expresa la persona en duelo, por muy destructivos, caóticos o irracionales que puedan ser, tienen una función psicológica importante. El terapeuta puede reconocer el valor de esa defensa, aunque no tenga claro todavía cuál es su función: no querer desprenderse de la ropa después de diez años, tatuarse el cuerpo con el nombre del fallecido en zonas dolorosas o tener ataques de ansiedad cuando se aproximan fechas significativas son conductas aparentemente maladaptativas, pero cada una de ellas puede estar protegiendo una tarea de duelo no resuelta, y por tanto tienen una funcionalidad adaptativa en ese momento, o cuando menos la tenían en el momento en que aparecieron y se fijaron.

Al validar esas maneras de vivir su experiencia, les estamos comunicando que sus afectos, defensas, sensaciones físicas o patrones de comportamiento están relacionados con algo significativo referente al duelo. La persona vive mal esas conductas, y la validación del terapeuta en el sentido de que, a pesar de su apariencia, deben tener una función psicológica importante en el proceso, aunque todavía no haya sido identificada, y que juntos podrán explorarla, puede aliviar al cliente de sus sentimientos de inadecuación. La validación es un método importante de intervención, especialmente en personas en duelo que utilizan estrategias de afrontamiento de evitación-rechazo. Al ayudarlas a encontrar ese valor, estamos sugiriendo que puede haber un vínculo entre su función y una necesidad no satisfecha en relación con su duelo, y así contribuimos a mitigar su necesidad de distorsionar la realidad.

## *Normalización*

Muchas personas en duelo creen que lo que experimentan no es normal, que tanto dolor las hará volverse locas y que no controlar la intensidad de sus sentimientos las hará perder la razón. El duelo no es una patología, y pedir ayuda no significa que estén enfermos. Normalizar su experiencia a veces implica explicar a los pacientes algo de teoría sobre el proceso, compartir cierta información que los puede beneficiar: por ejemplo, que «estar mal» en situaciones de duelo en realidad es «estar bien»; que tener sentimientos de agresividad es adecuado y una respuesta natural ante la pérdida de la vinculación; que expresar dolor es difícil para un hombre porque el impulso de seguir protegiendo a la familia es una necesidad superior, pero que no expresar dolor no significa que no se sienta, o que desear honrar a la persona fallecida escribiéndole una carta, preparándole una página web u organizando un encuentro entre sus amigos es algo absolutamente natural, si eso es lo que se desea.

Normalizar no es decir al paciente que lo que vive «es normal», sino proporcionarle una vivencia de reconocimiento y validación en la que él se sienta acogido en cualquier cosa que viva: por ejemplo, en la que entienda dónde y cuándo aprendió que «estar afligido o triste» era inadecuado o que mostrar su vulnerabilidad molesta a las personas de su alrededor. Proveer un espacio de normalización implica que el terapeuta no prejuzga las expresiones de dolor, o la dinámica específica de cómo lo vive el doliente, y que es capaz de crear una base de respeto y seguridad donde éste pueda explorar sus vivencias, aun aquellas que le causan más vergüenza. Uno de los beneficios de hacer psicoterapia de duelo en espacios grupales es que la experiencia compartida entre iguales es una experiencia de normalización.

### *La presencia*

La implicación emocional en la relación entre psicoterapeuta y paciente se da entre dos personas en contacto ante el dilema existencial, donde ambos están presentes como personas, y en este encuentro el *self* del psicoterapeuta se convierte en el instrumento a través del cual la sanación tiene lugar (Clarkson, 1997). Con la presencia plena del terapeuta puede desplegarse el potencial transformador de una psicoterapia orientada a la relación. Según Janet Moursund, la presencia del terapeuta como modelo de persona integrada ofrece una relación de seguridad y fiabilidad y a la vez un espejo donde el paciente puede mirarse (Moursund y Erskine, 2004).

En el modelo de psicoterapia integrativa, a diferencia de otras modalidades de psicoterapia, el conjunto de pérdidas que el terapeuta ha experimentado en su vida profesional, su historia de desarrollo, su recorrido de vida, sus conocimientos y su propia vivencia personal como paciente en psicoterapia van a constituir el corazón de la relación con el paciente y forman parte de la presencia que éste ofrece. El uso deliberado de esta presencia es lo que va a determinar en qué medida es capaz de establecer este contacto existencial con el paciente, lo que Martin Buber llama el *yo-tú*. Según este autor, en una psicoterapia genuina el paciente sólo puede crecer si ha entrado en la relación con el terapeuta de persona a persona y nunca desde una posición en que el terapeuta esté investigando u observando a un paciente-objeto (Buber, 1970).

El terapeuta de duelo debe tener una *mente experta*, pero un corazón que conserve la *curiosidad del principiante*; un espíritu de *no saber y no querer hacer o cambiar* que le permita tener una posición no directiva ni sesgada acerca de lo que vive la persona en duelo. El terapeuta que actúa desde el modo de «hacer» desea descubrir las discrepancias en lo que cuenta el paciente y quiere cambiarlas (Segal y otros, 2006); pero estar implicado significa intervenir desde un modelo de «ser», donde el foco está en aceptar lo que está ocurriendo en el momento presente, permitiendo que se despliegue la experiencia subjetiva sin tener la presión de querer cambiar nada. Si el terapeuta está más preocupado por forzar un cambio, no es capaz de estar en la experiencia inmediata, no está presente.

La presencia del terapeuta es la cualidad que, como en una madre que sostiene a su hijo angustiado, provee al paciente de una base de seguridad sobre la que éste puede realizar su trabajo de duelo. La presencia íntegra del terapeuta es una muestra de respeto ante la fragmentación del paciente y a la vez una manera de promover su integración. Mediante este

estar en pleno contacto interno y externo con lo que está sucediendo, puede acceder a la experiencia del paciente y desde ahí comunicar lo que observa, tomando la responsabilidad en la relación y ofreciendo una proximidad sin miedo ni juicio ante la desintegración de la persona en duelo. El paciente puede estar en el enfado, la culpa o el choque, y el terapeuta responde manifestándose conmovido quizás, pero a la vez sosteniendo y facilitando la plena elaboración de estos estados. Una presencia como modelo de persona en duelo, que se permite estar vulnerable y que a la vez es capaz de proveer protección y manejar estados emocionales intensos. Al cumplir estas funciones en la vinculación, proporciona al paciente una fuente de fortaleza y seguridad que le permite elaborar su proceso de recuperación.

La implicación, la sintonía y la indagación son los métodos básicos para una psicoterapia integrativa de duelo orientada a la relación. Estos conceptos definen la manera específica de establecer y utilizar la relación terapéutica para facilitar el duelo y que el paciente pueda realizar progresivamente todas las tareas hasta llegar a ese crecimiento postraumático al que está llamado. Esta forma de describir la relación terapéutica y asignarle la función de método relacional por excelencia de la psicoterapia de duelo emana de la creencia de que el duelo es un proceso natural humano y de que, siendo originado por la falta de una relación, sólo dentro de otra relación puede ser sanado; de la certeza de que todas las personas luchan por vivirlo de la mejor manera que pueden con todas sus capacidades, y de que las posibles distorsiones, complicaciones o desviaciones, por muy extrañas que puedan parecernos, no son más que las respuestas de un ser humano con una historia pasada de pérdidas, fracasos relationales y estrategias defensivas que median en su capacidad de respuesta, y que intenta por encima de todo sobrevivir al dolor.

Una intervención efectiva es aquella que tiene por objeto expandir y profundizar la práctica de la integración, porque, al incluir la cognición, la motivación, el afecto y la conducta, se proporciona al paciente un sentido del *self* cohesivo que es lo que facilita la posibilidad de cambio (Greenberg y Korman, 1993; Erskine y otros, 1999; Moursund y Erskine, 2004). Para ello, los terapeutas debemos estar comprometidos en la provisión de *experimentos* que aumenten y promocionen el nivel de conciencia del paciente (Perls, 1973), y *el experimento más frecuente que podemos ofrecer en el acompañamiento a personas que sufren una pérdida como es la muerte de un ser querido es una relación de contacto pleno que las provea de reconocimiento, validación, normalización y presencia*.

Las personas en duelo nos llegan en un momento determinado de su proceso con un abanico de necesidades que les despiertan reacciones incómodas. Y los terapeutas debemos estar donde ellos están y, partiendo de donde ellos están, los ayudamos a poner algo de conciencia. A través de la indagación en sintonía, los ayudamos a desbrozar esa maraña de sentimientos, cogniciones y conductas defensivas, reflejo de sus estados fragmentados del *self*, y facilitamos que pongan los elementos de comprensión, emoción o sentido que faltan, para que puedan vivir ese estado de una manera más integrada. Los validamos en esos estados y, a partir de ahí, ellos deciden si quieren seguir avanzando en alguna dirección, y nosotros los seguiremos acompañando, aclarando las nuevas «arenas psicológicas» que van emergiendo. La intervención de indagación posibilita ir abriendo constantemente nuevas rutas neuronales de procesamiento, y la validación de lo que se va encontrando, al permitir experiencias más

integradas de vivencias antes almacenadas en forma de fragmentos, es lo que les puede dar fuerzas para seguir expandiendo la conciencia a lo largo del proceso. La teoría de las etapas-tareas nos da una guía de los posibles obstáculos que iremos encontrando. Es como tener un mapa aproximado de antemano, aunque el camino que ellos van a seguir no discurre necesariamente de forma rectilínea y además habrá paradas y abandonos; y en cada nuevo estado deberemos sostenerlos y a la vez seguir facilitando la exploración y validando el nuevo material en un proceso de continua clarificación abajo-arriba. La sintonía es esa capacidad clave que permite identificar los momentos cambiantes de la persona y seguirla donde está y sin empujarla; no es sólo estar donde está; eso sería una empatía a medias, sino ayudarla promoviendo descubrimientos nuevos, no con interpretaciones sino con experiencias integradas de esos estados, y a partir de ahí dilucidar los nuevos posibles caminos que pueden ir abriendose ante ella. Y la sostenemos en sus intentos de parar en el camino, de cortocircuitar el proceso: cuando ella puede sentir que damos un valor a sus esfuerzos y dificultades, eso le puede dar confianza en sus propias capacidades para seguir avanzando en su camino de transformación.

## CAPÍTULO 5

### EJEMPLOS DE INTERVENCIÓN

El fin de un modelo teórico sobre el duelo es que éste contribuya a una mejor comprensión de lo que les ocurre a aquellas personas que viven la muerte de un ser querido, y que a la vez sea útil a la hora de plantear cómo debe ser la ayuda que necesitan para poder elaborar mejor las tareas a las que se ven enfrentadas. La situación de duelo de una persona en un momento concreto de su proceso es muy compleja, y el terapeuta debe ser capaz de considerar los múltiples aspectos implicados y decidir las prioridades y principios que van a guiar su plan de intervención.

En los capítulos precedentes he presentado un modelo teórico integrado de comprensión de la experiencia de duelo y una propuesta de métodos basados en la psicoterapia integrativa-relacional. En este último capítulo se muestran varios casos prácticos con la pretensión de ilustrar la utilidad clínica del modelo. Cada ejemplo se inscribe en la etapa predominante que está afrontando la persona siguiendo el modelo de necesidades-tareas. También incluyo algunas descripciones generales de aspectos comunes sobre las especificidades de cada intervención en las diversas etapastareas.

En cada testimonio describo el momento de duelo que vive la persona en función de la tipología de los afrontamientos, las tareas de duelo que debe abordar y las necesidades fundamentales que van a regir la relación con el terapeuta. Con el fin de mostrar de forma práctica cómo se aplican los principios fundamentales de la intervención, presento transcripciones que pertenecen a la totalidad o a parte de una sesión terapéutica, intercalando comentarios donde aporto los aspectos teóricos que informan esa dimensión específica de la intervención. Todos los extractos presentados pertenecen a transcripciones reales de sesiones realizadas en terapia individual o en el marco de grupos de apoyo.

La imagen que mejor puede reflejar el trabajo de acompañar el proceso de elaboración de las tareas del duelo es la de una espiral en la que ir adelante significa a menudo revisitar lugares, pensamientos, sentimientos y recuerdos ya visitados anteriormente, pero que hay que modelar de nuevo. En este sentido, el proceso no es estrictamente lineal, pero esa espiral tampoco refleja una vuelta atrás en el camino: en realidad se vuelve atrás para poder seguir adelante. Los detalles sobre los momentos previos e inmediatamente posteriores al fallecimiento suelen aparecer al comienzo del proceso, pero si algún aspecto ha sido negado emergirá posteriormente y deberá abordarse de nuevo. La persona que vuelve a revisar lo que ocurrió el día del fallecimiento del ser querido ya no es la misma, algo ha cambiado, y lo que antes era intolerable ahora puede revisarse con más aceptación, o quizás lo que antes era negado ahora puede afrontarse sin tanto rechazo al dolor. Más que volver atrás, a veces se trata de recuperar alguna pieza perdida que ahora es importante, algo que quedó pendiente de atender y

que ahora, con nuevas capacidades de afrontamiento, o con el sostén de alguien que valida y apoya, puede reexaminarse. Y en todo este proceso un nuevo *self* va emergiendo, en cada nueva vuelta de tuerca van reorganizándose nuevos esquemas mentales, nuevas capacidades de afrontamiento, nuevos estilos más adaptativos, nuevos significados más realistas. Cada etapa tiene un contrato: unas tareas típicas y específicas que emergen como tema principal.

Por ejemplo, los pensamientos intrusivos motivados por recuerdos traumáticos relacionados con las circunstancias de la muerte, que se presentan de forma invasiva e incapacitante, tienen lugar principalmente en relación con tareas de aturdimiento y choque, y si han sido atendidos, ya no aparecen más, al menos de esa forma. Pero si mediante mecanismos de negación o evitación han sido reprimidos, presionados a fondo, el aplazamiento no puede ser permanente y deberán abordarse una vez avanzado el proceso. Es posible que, estando en momentos más avanzados del proceso, por alguna razón se reactive una tarea de duelo que ha quedado pendiente. Uno puede ir al cine y ver en una película una escena que es similar a la de la muerte del ser querido; eso reactiva algún matiz no elaborado, y la persona se encuentra sumergida de nuevo en sentimientos dolorosos. Pero eso no significa que esté en choque de nuevo. O pueden haber pasado años de la muerte de tu pareja y al iniciar una nueva relación amorosa te invaden sentimientos de culpa y necesitas completar algún aspecto de la relación perdida que no fue elaborado adecuadamente. Que haya quedado pendiente una tarea no significa que la persona tenga un duelo complicado, es decir, que el duelo se haya detenido, sino que alguna tarea no ha sido elaborada suficientemente. Para que se dé un duelo complicado debe presentarse una añoranza que inunda todos los aspectos vitales, un deterioro importante en las relaciones sociales o una incapacitación para las actividades cotidianas de la vida.

Este modelo proporciona un marco de tareas para el cliente y el terapeuta que guía el camino de recuperación tras la muerte de un ser querido. La secuencia de tareas refleja los temas que van apareciendo de forma natural y que definen la naturaleza del trabajo terapéutico. En el duelo no hay un camino rápido, no hay atajos ni intervenciones mágicas. El conocimiento que aporta el modelo intenta aportar comprensión sobre el proceso para que pueda evitarse que el camino sea aún más difícil y doloroso de lo que es en sí mismo. El modelo de tareas de transformación trata de ser una guía que dé sentido a este proceso, intentando reducir al mínimo la iatrogenia psicológica debida a intervenciones terapéuticas realizadas a destiempo.

## 5.1. Explorar tareas de aturdimiento-choque

### PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Tras el fallecimiento de un ser querido, las personas en duelo se ven invadidas por una sintomatología intensa, acompañada de reacciones típicas de estrés agudo, que son un reflejo del intento del organismo de integrar ese primer impacto tan traumático (véase cap. 3, apartado 3.1. Aturdimiento y choque: Afrontar la vertiente traumática de la pérdida). El

objetivo terapéutico primero en esta etapa es ayudar a manejar esta sintomatología y la sobreestimulación aguda de aturdimiento y choque y proveer estabilidad y apoyo, especialmente si las circunstancias de la muerte han sido muy traumáticas.

Las personas manifiestan sentirse aturdidas, anestesiadas o con sentimientos de incredulidad y confusión; en otros momentos expresan estar conectadas constantemente con la idea de la muerte, y muestran desesperación y aflicción intensa, perdiendo a veces el contacto con el presente porque están inmersas en un torbellino de recuerdos. El terapeuta debe considerar todas estas reacciones como algo natural, que forma parte de esa oscilación bifásica tan característica de esta primera etapa. En estado de aturdimiento y choque, esta alternancia tiene una función procesual importante, tal y como se ha descrito anteriormente, y desde el punto de vista terapéutico y de intervención es esencial la sintonía en la oscilación evitación-confrontación para mantenerse dentro de la ventana de tolerancia, que en este momento es muy reducido (véase cap. 4, apartado 4.2. Ventana de tolerancia: respetar el compromiso de evitación-confrontación y Áreas de intervención sintónica en el duelo, 3. *Sintonía en la oscilación evitación-confrontación*). El terapeuta deberá ser muy cuidadoso en su intervención, centrándose en los aspectos que el paciente traiga en el aquí y el ahora y no empujándolo hacia la confrontación ni hacia la evitación. El despliegue de la expresión verbal, en un sentido u otro, sólo deberá proponerse a aquellos dolientes que de forma natural estén abiertos a hablar de los temas que van surgiendo.

La persona sometida a este vaivén de respuestas de afrontamiento, aparentemente caóticas pero adecuadas al momento del duelo, es incapaz de sintetizar un esquema mental adaptativo, por lo que la intervención terapéutica nunca debe estar dirigida a promover la asignación de significados: es fundamental que el terapeuta tenga claro que la prioridad en esta etapa es la elaboración de los aspectos inherentes al trauma, y que será más adelante cuando de forma gradual podrán abordarse los aspectos relativos a la pérdida de la relación, sus implicaciones en la vida de la persona y la posibilidad de dotar de significado a la experiencia.

A menudo, los dolientes que acuden a pedir ayuda se preguntan si lo que están viviendo es normal o si están en su sano juicio, y se les hace difícil poder imaginar un futuro mejor. Una necesidad fundamental de las personas en estado de aturdimiento-choque es ser escuchadas, creídas en todo lo que cuentan y respetadas en su forma de vivirlo (véase cap. 4, apartado 4.2, Transferencia, relación terapéutica y duelo): el terapeuta deberá establecer una relación de apoyo, ofreciendo seguridad, protección y estabilidad ante la historia que cuenta el doliente y la expresión de afectos que la acompaña. Brindar su presencia atenta y serena es mucho más importante que intentar dar respuestas o buscar soluciones. El principio que guía la intervención en tareas de aturdimiento y choque es escuchar la sintomatología en lugar de pretender suprimirla. Si el terapeuta es capaz de acompañar y facilitar la expresión emocional, sea ésta la que sea, el paciente se sentirá validado y normalizado en su experiencia subjetiva, lo cual ya de por sí contribuirá a aliviar su malestar (véase, cap. 4, apartado 4.3, La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 3. *Ser validados en la forma de afrontar el duelo*). Al ofrecer un espacio de seguridad, facilitará que el doliente pueda empezar a manejar sus estrategias de evitación-confrontación con menos intensidad, aumentando así de forma gradual su margen de tolerancia al malestar. Si, por el

contrario, el terapeuta pretende mitigar los síntomas de una forma directiva, en una intervención dirigida desde la cognición hacia los afectos —es decir, arriba-abajo (véase cap. 4, apartado 4.2.: Neurociencia, integración y psicoterapia)—, posiblemente contribuya a acrecentar sus sentimientos de inadecuación, aumentando su confusión y malestar porque no puede controlar las reacciones que lo desbordan.

Es frecuente también que el aturdimiento les impida escuchar, ya que no logran concentrarse y muestran dificultades para articular sus propias vivencias. La disponibilidad para la relación terapéutica es baja, y las intervenciones cognitivas son muy poco efectivas. El terapeuta ofrecerá más con su cálida y comprensiva acogida que con palabras explicativas. La capacidad de relacionarse desde el interés y la implicación va a ser esencial para la provisión de un espacio de seguridad donde el doliente va a poder permitirse experimentar sus emociones más difíciles y dar libre curso a su expresión.

Las circunstancias particulares de la muerte van a tener un peso muy importante en esta primera etapa del duelo. La manera en que ocurrió la muerte, si fue anticipada, violenta, o súbita, el apoyo recibido durante los primeros momentos, las primeras respuestas de afrontamiento utilizadas..., todos estos detalles suelen emerger en las primeras semanas y meses después del fallecimiento del ser querido y son tareas que deberán ser atendidas. Si la muerte ha sido muy traumática, como en el caso de una muerte repentina, no anticipada, la persona debe identificar, expresar y elaborar los sentimientos en torno a los recuerdos dolorosos expresados en forma de pensamientos, imágenes y sensaciones somáticas. Muy a menudo pueden experimentar de forma espontánea, como en una reescenificación de los elementos traumáticos, los sentimientos de impotencia, horror y desvalimiento que vivieron en esos momentos del pasado. Estas regresiones suelen estar fuera de su control y las viven en su vida diaria: algo de su entorno —una imagen, un lugar, una presencia— les recuerda lo sucedido y se sienten invadidos por esas escenas y sentimientos agudos. Durante el proceso de psicoterapia, estas regresiones van a ser acogidas como una oportunidad de revisar el trauma de una manera distinta. El terapeuta no debe temerlas, sino que debe ser capaz de sostenerlas y facilitarlas, estimulando la reescenificación en el allí y entonces y contribuyendo, con sus palabras y la relación de apoyo, a dotar de sentido la experiencia traumática.

La atención al cuerpo y a las sensaciones corporales mediante intervenciones de indagación es un componente esencial del tratamiento en la etapa de aturdimiento y choque (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo). El mero hecho de hablar sobre lo que les ocurre o sobre lo que ocurrió y que fue traumático es útil, pero insuficiente. Para promover un procesamiento abajo-arriba es necesario activar un proceso integrado en la vertiente emocional y sensorial, y para ello se anima a los pacientes a que estén atentos a su experiencia interna mientras vivencian esta oscilación de afrontamientos. La focalización en sensaciones fisiológicas es un potente recurso para aumentar la capacidad de autorregulación de los pacientes traumatizados (Van der Kolk, 1996). Poner conciencia sobre lo que sienten los ayuda a estar en el presente y a la vez pueden modular el malestar ocasionado por lo que están reviviendo del pasado. Al pedirles que nombren sus estados afectivos y sensoriales, es decir, que integren la parte de significado, los invitamos a hacer de observadores de la experiencia. Cuando este trabajo se realiza una y otra

vez con el apoyo del terapeuta, que pone voz a los aspectos disociados desde una posición intersubjetiva, pueden revivir paulatinamente estos estados de forma más cohesiva y desde una posición de menos identificación, con lo cual aprenden a regularlos. En los dos ejemplos siguientes se dan ejemplos clínicos de este trabajo.

### *Objetivos terapéuticos*

- Normalizar la experiencia de duelo, especialmente en presencia de elementos traumáticos y/o desautorizados.
- Legitimar la necesidad de expresar sintomatología emocional o la necesidad de no expresarla.
- Facilitar el manejo de la sintomatología aguda y la sobreestimulación.
- Elaborar los elementos traumáticos acerca de las circunstancias del fallecimiento (cómo se dio la noticia, la no anticipación, la visión del cuerpo y la percepción de evitabilidad, entre otros).
- Facilitar el manejo de recuerdos intrusivos y de emociones fuera de control.
- Explorar posibles respuestas fóbicas ante la propia muerte.
- Explorar la red social de apoyo disponible y mejorar sus funciones y accesibilidad.
- Explorar las necesidades relacionales de apoyo no satisfechas que puedan derivar en una pérdida secundaria o trauma acumulativo.
- Asegurar funciones básicas para el día a día en el ámbito familiar, relacional o laboral.
- Atender demandas urgentes del entorno inmediato.
- Establecer la relación terapéutica: manejar los aspectos transferenciales.

### *Métodos*

- La presencia e implicación como forma de vinculación y provisión de base de seguridad terapéutica.
- Sintonía en las necesidades relacionales transferidas: ser escuchados y creídos en su historia, recibir protección y permiso para expresar emociones, y validación en la forma de vivir el duelo.
- Escuchar la sintomatología y acogerla sin intentar evitarla.
- Facilitar la experiencia integrada en el «aquí y ahora» de la sintomatología aguda.
- Indagación suave en los gestos, expresiones y sensaciones físicas.
- Tomar la iniciativa cuando sea necesario como forma de validación de la experiencia.
- Sintonía en la oscilación y compromiso en evitación-desconexión e intrusión-confrontación.
- Facilitar la experimentación de los elementos traumáticos y sostener la revivencia favoreciendo el procesamiento integrado de los aspectos disociados.

- Uso de estrategias de anclaje como la atención plena y la relajación.

### *Fracasos terapéuticos más comunes*

- No priorizar la relación terapéutica como base de seguridad para la elaboración de los elementos traumáticos.
- Proponer tareas sobre aspectos relacionales o de crecimiento y transformación para las que el doliente no está preparado.
- Presionar en el proceso de recuperación: falta de sintonía en los afrontamientos y su ritmo.
- Priorizar la supresión de la sintomatología y no su uso como puerta de contacto terapéutico.
- Sobremedicación.
- Fracaso en la gestión de la contratransferencia: inseguridad y miedo del terapeuta ante las muestras de descontrol emocional o reexperimentaciones espontáneas del doliente.

FIGURA 5.1. Resumen de objetivos terapéuticos, métodos y estrategias de intervención en aturdimiento y choque: afrontar la vertiente traumática de la pérdida.

#### **SILVIA: «¡NO PUDE HACER NADA PARA SALVARTE!». MANEJAR LOS ASPECTOS TRAUMÁTICOS DEL DUELO**

Silvia es una mujer de 27 años. Hace tres meses su hija de 3 años murió atropellada. Silvia y su marido estaban presentes en el momento del accidente. Después del fallecimiento vivieron varias semanas en casa de su madre, y hace un mes han vuelto a su propio domicilio. Silvia es una joven sana, muy querida y protegida por sus padres. Es enfermera y trabaja en un hospital local. Ahora está de baja. Es la primera vez que se enfrenta a una pérdida importante en su vida. Tiene una excelente relación con su marido, Carlos. Ambos acudieron a la unidad de duelo a los pocos días del accidente y desde entonces asisten cada semana a sesiones de terapia, sea de forma individual o en pareja.

Desde la muerte de la niña, Silvia tiene dificultades para concentrarse, se siente sobrepasada por sus sentimientos y muy culpable por lo sucedido. No puede dormir por las noches y está muy ansiosa. Llora frecuentemente con mucha desesperación. Expresa que no puede distraerse y que en muchos momentos piensa que todo es un sueño del que va a despertar. Hace reexperimentaciones espontáneas muy a menudo, causadas por escenas o recuerdos de su vida diaria: en ellas grita y llora perdiendo el control y desconectándose momentáneamente de la realidad. Silvia está en estado de aturdimiento y choque, y todo lo que le sucede, a pesar de la intensidad y la aparatosidad de las reacciones, es absolutamente normal.

La muerte de un niño, las circunstancias traumáticas del accidente y la percepción de evitabilidad son factores que apuntan a que el duelo de Silvia tiene un alto riesgo de convertirse en duelo complicado (véase cap. 3, apartado 3.1.: Variables de riesgo). Por otra parte, el hecho de que ambos hayan pedido ayuda psicológica juntos y a los pocos días del suceso, y que estén comprometidos activamente en el trabajo terapéutico desde las primeras semanas, va a ser una oportunidad de prevenir posibles complicaciones.

La terapeuta ha estado trabajando la relación terapéutica como objetivo principal, proveyendo a Silvia mucha validación y normalización. A la vez le ofrece un espacio de seguridad y protección donde ella pueda sentirse confiada y compartir esas reacciones que le causan tanto sufrimiento. En las últimas sesiones, Silvia ha expresado su dificultad de estar en contacto físico con su marido. La terapeuta acompaña a Silvia en los distintos temas que van emergiendo. Silvia empieza expresando su irritabilidad hacia todas las personas que la rodean.

**SILVIA:** Él me busca y me pide mucho contacto físico. Me dice que se siente solo, y a veces me pide abrazos, y yo intento esforzarme, pero hay momentos en que lo enviaría todo a la mierda. Sencillamente no puedo más; me esfuerzo, pero hay momentos en que no puedo... Luego se me pasa... ¡Que no me pidan más!

*Una de las dificultades que afrontan las parejas que viven la pérdida de un hijo es la manera distinta como afrontan su duelo desde la diferencia de género. En el estilo de duelo masculino (no necesariamente ligado al género), las personas suelen encontrar alivio a través del contacto físico y sexual y lo buscan, mientras que en el duelo femenino, y especialmente para las madres, la sexualidad está inhibida y suelen rechazar el contacto: la posibilidad de experimentar placer les provoca rechazo y confusión. Es importante tratar este tema en el trabajo con las parejas para evitar que esta diferencia natural en su forma de vivir el contacto físico las separe. En esta sesión, sin embargo, el enfado de Silvia es el tema que emerge como principal y, por tanto, la terapeuta toma nota de esa tarea que deberá abordarse en otro momento.*

**TERAPEUTA:** No puedes más...

**SILVIA:** (silencio) La verdad es que no lo entiendo. Hago un esfuerzo, quiero a mi marido con locura, pero no puedo. Me pasa con todo el mundo, no sólo con él. Me pasa con la gente. Llega un momento en que ya no puedo. Un momento en que estemos abrazados, sí, pero luego ya no puedo. Lo intento, pero... (enfadada) ya lo intento, pero no puedo más, estoy así y no hay más. No puedo (silencio). Yo lo quiero mucho y no quiero que se enfade conmigo. No quiero que lo ponga en duda. Si no lo quisiera no estaría con él. Eso está claro. Quiero seguir con él, pero mi cuerpo está así ahora: estoy enfadada con el mundo y con la vida, y mi cuerpo está encerrado en un cascarón. Y necesito un tiempo para poder asimilar lo que me toca vivir y... quizás después pueda volver a acercarme a la gente, cuando empiece a confiar más en mí...

(La terapeuta permanece en silencio.)

**SILVIA:** Es que también estoy enfadada conmigo misma (llora, enfadada). Alba, estoy enfadada conmigo misma (llora)... Me siento responsable de lo que ha pasado... Me destrozo a mí misma.

*La terapeuta no interrumpe su monólogo: con su silencio atento la ayuda a conectar con lo que vaya surgiendo, con lo que esté disponible como material emergente. Evitar el contacto físico con los demás y aislarse es una respuesta de protección para no sentir*

*tanto dolor. El enfado y el rechazo son mecanismos de distorsión-inhibición muy frecuentes en los primeros momentos del proceso de duelo, ajustados a la dramática realidad de las circunstancias de la muerte. Silvia proyecta esas emociones hacia los demás, pero al escucharse a sí misma también es capaz de darse cuenta de cómo estos estados desplazados cubren una parte del enfado hacia sí misma (véase cap. 2, apartado 2.3.: Emociones como defensas improductivas). Una vez que inicia el contacto con este material doloroso subyacente, la terapeuta la centra con suavidad.*

**TERAPEUTA:** ¿De qué manera estás enfadada contigo? ¿Con qué parte de ti misma?

**SILVIA:** Pues el accidente... el no haber podido evitarlo. La responsabilidad de no haberlo visto. No sé, no me siento culpable, pero me siento responsable (*ha cambiado de tono*)... No lo hice yo... no... pero en cierta manera quizás sí... si hubiera mirado bien lo habría podido evitar... y me vuelve ese pensamiento una y otra vez...

*La intervención suave de indagación fenomenológica invita a Silvia a seguir hablando. La protección, respeto y seguridad que recibe por parte de la terapeuta, construida durante el trabajo pasado, es lo que le permite a Silvia avanzar en este difícil camino de exploración de sus sentimientos de culpa. Mientras va hablando y expresándose afectivamente sin ninguna traba se facilita la posibilidad de que ella misma vaya aclarando la confusión de estados emocionales que vive: del enfado desplazado al enfado con ella misma, y de éste a la culpa expresada en forma de rumiación obsesiva.*

**TERAPEUTA:** Y cuando vuelve... ¿cómo es ese pensamiento?

**SILVIA:** Me dirijo a mí... Es sólo el sentimiento de no haber podido hacer nada. Me hablo a mí misma. Me torturo pensando que podía haber hecho algo y que ahora no está. Un día siento que sí, que quizás era su momento, pero después me vuelve lo otro... (*silencio*). Y no sé si algún día dejaré de torturarme... si esto durará toda la vida.

**TERAPEUTA:** (*con tono de empatía*) Silvia, es muy duro lo que me estás contando.

*Con esta afirmación, la terapeuta le está diciendo varias cosas. Por una parte, es una intervención de normalización: muestra que está interesada en su relato y que reconoce el valor de las preocupaciones de Silvia. De esa manera la lleva también a la relación con ella, pues la invita a dejar de hacer ese monólogo interno en soledad y a compartirlo con alguien que está escuchando de forma empática. A la vez, la terapeuta, al mostrarse emocionalmente impactada, le da permiso para seguir en contacto con esas emociones y así profundizar en los detalles del relato sin necesidad de disociarlas. En la escucha de las obsesiones rumiativas en el duelo, estas intervenciones dirigidas a captar la atención y mostrar una reacción emocional ante lo que la persona dice son muy necesarias (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 6. Sentir que la experiencia de duelo impacta en el otro). Silvia se dirige ahora directamente a la terapeuta.*

**SILVIA:** Es que no se puede vivir así, Alba, llevando la responsabilidad de la muerte de tu hija así...

*(La terapeuta permanece en silencio.)*

*Esta sesión se desarrolla en su primera parte con un ritmo muy lento. La terapeuta ofrece numerosas pausas, reflejo de su sintonía con la necesidad de evitación-conexión; en estado de aturdimiento y choque, la ventana de tolerancia es muy reducido y Silvia puede sentirse demasiado desbordada emocionalmente para seguir. Al intervenir con sus silencios, la terapeuta le da el espacio necesario para que tome el camino de llorar y expresar emociones naturales que están cubiertas por el enfado desplazado, o, si lo desea, para que se detenga e inicie una retirada a un nivel más cognitivo y menos amenazador.*

**SILVIA:** (llora profundamente) No puedo vivir así...

**TERAPEUTA:** Estoy aquí contigo, Silvia, escuchando tu dolor.

*La presencia respetuosa de la terapeuta atenta e implicada le da el tiempo necesario para explorar su experiencia interna y la anima a ir más lejos. El grito es un reflejo de conexión con emociones dolorosas asociadas a su sentimiento de culpa, con el que ahora Silvia se permite conectar.*

**SILVIA:** Dependiendo del momento, intento sacármelo de la cabeza... y me digo que no pude hacer nada y punto. Pero luego pasa algo y vuelve otra vez, vuelve y vuelve. A veces veo un bebé y me digo (grita): «¡Ella no está aquí y es por mi culpa!». No puedo controlar eso. Me torturo...

**TERAPEUTA:** No puedes controlarlo.

*La terapeuta evita cuidadosamente sacarla de ese estado emocional expresado en forma de rumiación obsesiva, y con este subrayado que la lleva al pasado la anima a que ponga voz y comparta todos esos diálogos interiores que suele tener en soledad. En este momento del proceso terapéutico, las intervenciones van dirigidas a que terapeuta y paciente puedan conocer juntas cómo es ese sentirse responsable de la muerte y qué cogniciones y emociones sustentan ese estado. Al hacer este trabajo se facilita la productividad de esta estrategia de afrontamiento, llevando a cabo un trabajo preventivo para que no acabe fijándose. Hay que evitar la tentación de eximirla de la culpa con alguna frase hecha: «Si hubieras podido evitarlo lo habrías hecho», «todos nos despistamos alguna vez». Estas afirmaciones, a pesar de ser ciertas, no modificarán su estado emocional de culpa. Silvia ya ha escuchado decir estas frases a la gente de su entorno, pero no son útiles porque es difícil manejar la emoción desde la cognición. El trabajo propuesto a partir de aquí es un buen ejemplo de intervención abajo-arriba. La terapeuta tiene que sostenerla en la emoción, permitiendo la sintomatología, antes de que Silvia pueda buscar por sí misma respuestas a su culpa.*

**SILVIA:** No pude hacer nada, el coche pasaba por ahí y no lo vi. No vi que pasaba un coche (llora desconsoladamente)... (Grita) ¡Porque si yo hubiera visto que ese coche pasaba no habría dejado a la niña en el suelo!... Y yo... ¿por qué deje a la niña en el suelo? Hay cosas que no entiendo, la culpa es mía: dejo a la niña en el suelo y pasa el coche.

**TERAPEUTA:** (silencio)... Me gustaría escuchar todo lo que te pasa por la cabeza y te duele cuando piensas en esos momentos.

*La rumiación en Silvia es recurrente y expresa el vaivén característico entre la necesidad de sentirse responsable de lo sucedido y la necesidad de protegerse de esos sentimientos demasiado dolorosos. La terapeuta, al invitarla a compartir sus pensamientos obsesivos, facilita su expresión de forma interpersonal y afectiva. Para ello, en esta última intervención, utiliza una suave indagación acerca de los pensamientos de Silvia (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 3. Emociones y estados emocionales).*

**SILVIA:** No hago más que pensar en ese día. Y en que no tendríamos que haber pasado por allí. Mi marido iba a ir solo. Pero al final le dije: «Te acompaño». Iba a aparcar en otro sitio... Es que fueron tantas cosas las que nos fueron llevando hasta allí. ¿Por qué tuvimos tan mala suerte? ¿Por qué? Si hubiéramos tomado otra decisión, habría cambiado la situación. ¿Por qué? (llora)... ¿Por qué no pude hacer nada?

*(La terapeuta permanece en silencio; se sienta a su lado y le brinda contacto físico.)*

**SILVIA:** (llorando apoyada) Cualquier pequeño cambio habría hecho que no sucediera...

**TERAPEUTA:** Si hubiera cambiado alguna cosa, habría sido distinto.

*Con esta afirmación que subraya lo dicho por Silvia, la terapeuta está ofreciéndole la posibilidad de llevarla a revivir la escena del accidente. Esta vez, sin embargo, al proporcionarle contacto físico y facilitar la expresión verbal y afectiva del trauma, le permite revivir la escena de una forma distinta. Ella no pudo permitirse llorar, ni abandonarse, ni ser sostenida, y esos sentimientos y pensamientos rechazados pueden ahora ser expresados y atendidos al recibir esta protección (véase cap. 4, apartado 4.2.: Integración y disociación).*

**SILVIA:** No, no, no hubo ningún cambio (llora en sus brazos)... Aparcamos allá, dejo a la niña en el suelo y pasa ese coche. No entiendo por qué... Todo pasó así... y mi niña pasa justo en ese momento.

**TERAPEUTA:** (sosteniéndola) Tómate tu tiempo: pon palabras a lo que sientes y déjate sentir las sensaciones físicas, presta atención a tu respiración, Silvia, estoy contigo.

*Silvia, al revivir la escena, puede expresar en voz alta sus deseos, sus miedos, sus preguntas sin respuesta, sus fantasías de incredulidad, su culpa o su rabia. Al poder poner palabras a todo este material, prestando especial atención a las sensaciones corporales, lo lleva al consciente y lo reexperimenta en el contexto del contacto con la terapeuta, que le ofrece una figura de seguridad y permiso (véanse necesidades relacionales, págs. 234-235). Ésta acoge con sensibilidad el material mostrado y la invita a seguir en la experiencia, y aun cuando es dolorosa, porque incluye a la vez aspectos cognitivos y de expresión de afectos, facilita la posibilidad de una experiencia integradora de estos aspectos antes disgregados. Con la intervención «tómate tu tiempo, estoy contigo» la mantiene anclada en la relación para sostenerla y protegerla de una regresión que posiblemente en este momento sería excesiva para sus defensas.*

**SILVIA:** Un segundo en el suelo y mi niña se va y está ahí delante de ese coche... (silencio, llora desconsoladamente). ¿Por qué nos paramos justo ahí?... Todo el rato pienso en ese día, sólo en ese día...

*(Llora y grita.)* ¿Por qué no pude hacer nada?

**TERAPEUTA:** Di lo mismo en forma de aseveración.

**SILVIA:** (grita) ¡No pude hacer nada!

**TERAPEUTA:** ... Déjate sentir estas palabras en tu cuerpo... «No pude hacer nada»...

*La descripción que hace Silvia de su proceso interno es un ejemplo de la fragmentación de la identidad producida por la muerte de un ser querido cuando la percepción es que ésta podría haberse evitado. La autoinculpación que Silvia se hace del accidente de su hija ha roto su propia identidad. Al sugerirle que haga de la pregunta «¿por qué no pude hacer nada?» una aseveración, «¡no pude hacer nada!», la terapeuta le permite ponerse en contacto con una imagen de sí misma más integrada y congruente. Al permitirle expresar todo su dolor e impotencia y afirmar en voz alta sus limitaciones en su capacidad de controlar y proteger, la invita a dar un pequeño paso desde la culpa hasta la aceptación. Silvia, después de ese intenso momento, se dirige de nuevo a la terapeuta, lo que indica que el grado de contacto con el material doloroso es excesivo para ella y necesita cambiar a un nivel más cognitivo e interpersonal. La terapeuta sintoniza con esta necesidad y se separa de ella físicamente, restableciendo un diálogo que va a preparar a Silvia para el inicio gradual del cierre de esta breve reexperimentación.*

**SILVIA:** No pude hacer nada para salvarte (*llorando*)... (*Silencio*.) Podría haberlo evitado no parando en esa calle, pero yo no sabía, claro... si lo hubiera sabido... No puedo vivir con esa responsabilidad encima, no puedo pensar que toda la vida estaré con esa culpa, no puedo vivir así, no quiero; pero ¿cómo puedo llegar a no sentirme así? Intento encontrarme con padres que hayan pasado por experiencias similares para ver cómo han podido sobrevivir. Las madres que conozco han perdido a sus hijos por enfermedad, y es muy distinto. ¿Cómo puedo seguir caminando con eso? Porque no es sólo que no la tengo a ella, es que además pienso en la responsabilidad que quizás he tenido en que no esté aquí.

**TERAPEUTA:** (*sin abrazarla, pero permaneciendo a su lado*) Estás expresando algo importante a través de tu culpa. Quieres ser una madre diez. ¿Cómo sería no sentirse culpable? ¿Qué padre no se sentiría culpable? Pero eres una madre real, una madre que no puede controlarlo todo... ¿Qué estás expresando con tu sentimiento de culpa? ¿Qué le estás diciendo a ella?

*La terapeuta, al escuchar las palabras de Silvia, identifica y pone nombre a la función psicológica de la culpa. Detrás de la culpa está no sólo la pérdida de la niña, sino además la pérdida del rol de buena madre, de la capacidad de proteger a sus hijos, y sentirse culpable también es una forma de mantener la continuidad en ese rol. La terapeuta la apoya en su sentirse culpable y valida la función de este estado a pesar del sufrimiento que genera. Con ello abre la posibilidad a Silvia de hacer el duelo por el fracaso del rol protector, que es la tarea subyacente del estado de culpa.*

**SILVIA:** (*silencio*) Había deseado tanto ser madre... a veces sentía que quizás no sería capaz de hacerlo bien, y ahora me digo que si no fui capaz de cuidarla a ella, entonces no podré cuidar a nadie, y eso es autodestructivo (*silencio*). No quiero que sea destructivo, quiero ser capaz de amar a un bebé, abrazarlo, cuidarlo, verlo crecer. Es lo que más deseo en esta vida, cuando sea, más adelante. Pero no quiero sentir la responsabilidad que siento. Que me pueda más la culpa y entonces lo envíe todo a la mierda y decida no ser madre... Y cuando estoy así a veces me digo: «Pues nada, nunca más seré madre». Pero después me digo: «¡Pero si la única luz que hay ahora para mí está en volver a ser madre!».

**TERAPEUTA:** Y si decidieras no ser madre te protegerías de...

*Para hacer esta intervención de indagación de una decisión o conclusión de duelo (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 6. Conductas y decisiones), la terapeuta utiliza un inicio de frase. Mediante esta exploración invita a Silvia a identificar su función defensiva anticipando la discrepancia entre sus deseos y anhelos y el miedo a volver a experimentar el fracaso como madre.*

**SILVIA:** No sé... de no hacerle daño a otro niño... Pero después me digo: «Pero si yo no le he hecho daño a nadie: es algo que ha pasado», pero me dejo llevar...

**TERAPEUTA:** Entonces, decidiendo no ser madre de nuevo te protegerías del riesgo de que pasase de nuevo algo malo o te protegerías del hecho de no ser perfecta, así aceptarías que no eres perfecta, aceptarías las limitaciones humanas. Entonces, en ese sentido, sería una buena decisión: si no soy madre, nunca más corro ese riesgo. Hay tantas personas que toman esta decisión después de algo así...

**SILVIA:** ¡Pero yo quiero tener más hijos!

**TERAPEUTA:** Tus sentimientos dicen mucho de ti, que tengas esas dos partes dentro de ti... una parte que se siente culpable..., pero a veces contactas con otra parte que dice que no eres culpable... que dice: «Son cosas que pasan en la vida, no podía hacer nada, hice lo que pude, y los accidentes ocurren».

*La terapeuta señala la escisión que hay dentro de Silvia entre sus dos partes y valida ambas, pues en este momento de su duelo ella necesita experimentar las dos. Lo importante en este punto es que Silvia sea capaz de verse a sí misma con esas dos partes y las deje expresarse sin que entren en conflicto. Que entienda que la parte que se siente culpable está en relación con su rol de protección y de ser buena madre, y que desde esa parte contemplaría la posibilidad de no tener más hijos; pero que también está presente esa otra parte, la que se sabe no culpable y que desea seguir con una vida plena, y poder volver a ser madre.*

**SILVIA:** Pero es tan feo sentir eso... que no quieras... Te sientes mala persona, mala madre, y duele mucho.

**TERAPEUTA:** Sí, es un sentimiento terrible.

**SILVIA:** Ya la larga... ¿ganará la otra parte?

**TERAPEUTA:** ¿Qué te respondes tú a esa pregunta?

*La función del terapeuta es acompañar al paciente adonde quiera llegar y ayudarlo a arrojar claridad sobre su proceso. Esta pregunta que devuelve a Silvia la responsabilidad de sus propias conclusiones es una muestra del respeto a su proceso y a su marco de referencia (véase cap. 4, apartado 4.3.: La indagación como método, Respeto e interés genuino).*

**SILVIA:** (piensa un momento) Yo siento que tengo que aprender a ser una madre espiritual, hasta ahora he sido muy terrenal y ahora me toca ser espiritual.

*Es demasiado pronto para que Silvia pueda imaginar un futuro, por tanto esquiva la pregunta con una respuesta de sublimación que la ayuda a vivir de una forma más adaptativa ese estado de culpa.*

**TERAPEUTA:** Es bonito lo que dices.

**SILVIA:** Ser madre... tenerla y sentirla de otra manera, conectar con ella de otra manera. No sé cómo, pero quiero seguir en contacto con ella. Escribir me va muy bien, y esa vocecita que me parece que oigo creo que es ella... Y ahora tengo ganas de hacer cosas, quizá meditación, que es una vía... Tengo que ser más espiritual. La gente me dice que haga esto o lo otro, pero no sé...

*Después de vivir unos momentos con tanta sintomatología, Silvia necesita un respiro y recurre a una estrategia cognitiva de distorsión como es la sublimación (véase cap. 2, apartado 2.2.: Categorización) multidimensional de los afrontamientos en el duelo). Este cambio es también un reflejo de la dinámica oscilatoria entre confrontación y evitación que puede darse en tan poco tiempo y que es característica de esta fase. En este momento, pensar que la experiencia trágica la va a ayudar a ser mejor madre, una madre más espiritual, es una forma de aliviar su dolor y mitigar el impacto de las emociones dolorosas que ha estado experimentando. La terapeuta sigue a la paciente, manteniéndose siempre en sintonía con la necesidad de controlar el exceso de sintomatología traumática (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas de intervención sintónica en el duelo, 3. Sintonía en la oscilación evitación-confrontación), que en este momento del duelo es más importante que la tarea propia de elaborar las circunstancias de la muerte, y por tanto respeta las defensas naturales de choque y aturdimiento permitiendo a Silvia cambiar el foco de atención. De forma natural, en sesiones posteriores seguirá apareciendo este tema y se atenderá con la misma sensibilidad y profundidad.*

**TERAPEUTA:** De todo lo que te propone la gente, toma lo que sientas que es bueno para ti.

En la escena del accidente, Silvia vivió mucho miedo e impotencia, emociones que tuvo que controlar y disociar. Si este suceso dramático y toda la parte de pensamientos y emociones rechazadas no se elaboran, con el tiempo irán reforzándose en su mente produciendo más sintomatología traumática. Por esta razón es necesario abordarlo cuanto antes en la intervención en choque-aturdimiento, es decir, en cuanto se presente dentro de la relación paciente-terapeuta.

Esta experiencia traumática no se resolverá en una sola sesión. Cuando la terapeuta muestra a la paciente traumatizada que no tiene miedo de su miedo y que puede sostenerla en el recuerdo de esa escena, le ofrece la posibilidad de revivir esa situación de una manera más integrada, experimentando la protección que no pudo tener entonces. Con sus intervenciones introduce elementos que ayudan a Silvia a poner palabras a los pensamientos y emociones hasta ahora apartados de su conciencia. Al hacer esto reiteradamente, cada vez con matices y elementos distintos, puede empezar a dotar gradualmente de una significación más coherente lo que allí sucedió y a reconstruir una imagen de sí misma menos fragmentada. Poco a poco, este trabajo hará que sus sentimientos agudos de impotencia, ansiedad, miedo y culpa remitan progresivamente.

En el futuro Silvia vivirá muchos momentos en que los recuerdos sobre el evento traumático surgirán en su vida diaria. Pero en la medida en que hayan sido elaborados en las sesiones de forma similar a lo descrito aquí, ella podrá confrontarlos con recursos emocionales y cognitivos nuevos y, por tanto, con menos dolor y culpa y con más aceptación.

## **ALICIA: «¡ME HUBIERA GUSTADO QUE NO ESTUVIERAS SOLO!. RECORDAR LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE**

Alicia perdió a su hermano en un accidente de automóvil hace un año. Javier tenía 26 años y era el hermano pequeño. Durante su infancia, Alicia se ocupó mucho de él: solía protegerlo y ayudarlo en sus tareas escolares. El año anterior a su fallecimiento estuvo ayudándolo en los preparativos de su boda. Se veían casi a diario y, como expresa ella, era uno de sus mejores amigos. Alicia tiene 32 años, está casada desde hace tres y no tiene hijos. Trabaja en una empresa local cercana al lugar donde ocurrió el accidente.

Alicia expresa que tiene muchas dificultades para hablar de su duelo con la gente de su entorno. No entienden que «aún esté así». Sus padres no hablan de lo sucedido, ni entre ellos ni con el resto de la familia. Desde el fallecimiento, Alicia ha tenido que ocuparse de ellos y también de apoyar a la mujer de Javier, que está deshecha.

Alicia participa en las sesiones de grupo desde hace cuatro meses. Acude con ganas a este espacio que le permite sentirse apoyada y validada. Llora con mucha facilidad. Está en un momento avanzado de su duelo, donde se permite expresar abiertamente sus sentimientos. Los síntomas de choque han remitido y está mucho más serena. Alicia puede, en este momento, confrontar el dolor por la ausencia. En las sesiones pasadas ha estado revisando aspectos de la relación perdida. Aunque está abordando tareas más propias de la conexión e integración, en esta sesión la proximidad de la fecha del aniversario del accidente la hace revivir escenas muy dolorosas para ella, lo que indica que tiene una tarea que ha quedado pendiente y que la terapeuta la ayuda a abordar. Este caso se presenta como un buen ejemplo de trabajo de tarea de choque y aturdimiento que ha quedado sin resolver y que se aborda en un momento más avanzado del proceso.

La proximidad del aniversario de la muerte de Javier hace que se reactiven las emociones asociadas a ese acontecimiento que no fueron atendidas. La terapeuta utiliza la reescenificación espontánea como una oportunidad para elaborar una tarea de duelo que ha quedado pendiente. A diferencia del caso de Silvia, Alicia está en un momento de su proceso en el que se permite conectar mucho más con su dolor, por lo que la terapeuta puede sintonizar con su necesidad de confrontar y mantiene el foco de atención permanentemente en la tarea de elaboración de las circunstancias traumáticas.

Este fragmento de intervención corresponde al tiempo de Alicia en un espacio grupal.

**TERAPEUTA:** Estás conectando con algo importante, Alicia.

*Alicia lleva tiempo participando en el grupo y ha aprendido a conectar con facilidad con el trabajo que desea realizar. La terapeuta reconoce su disponibilidad y su apertura a la emoción que muestra. Esta primera afirmación es un reconocimiento de lo que está viviendo, una muestra del permiso para sentir y a la vez una invitación a seguir conectada y expresar por dónde quiere empezar.*

**ALICIA:** El miércoles hará un año que murió mi hermano... y estos días voy autocontrolándome todo el rato para no descontrolarme.

**TERAPEUTA:** ¿Qué intentas controlar?

**ALICIA:** Me vienen pensamientos muy negativos.

**TERAPEUTA:** ¿Como por ejemplo?

**ALICIA:** (suspira) Una de las cosas es cómo murió.

**TERAPEUTA:** Aún es difícil para ti...

**ALICIA:** Lo será siempre. Sí, porque no sé si sufrió o no... Tendré que aceptar su muerte, pero necesitaría saber que no sufrió, al menos en el momento de la muerte. Pero como el coche se quemó, eso... Intento controlar esos pensamientos... Él murió un lunes por la mañana... muy cerca de casa. Yo me estaba duchando cuando oí las ambulancias; fui a mi empresa tranquilamente y vi el accidente en la carretera lejana, pero no vi nada...

**TERAPEUTA:** ¿Qué hay de trágico en esta escena?

**ALICIA:** El no saber que mi hermano estaba sufriendo ahí.

*En las primeras intervenciones, la terapeuta explora la experiencia de Alicia para ayudarla a focalizar, realizando varias intervenciones de indagación en los recuerdos (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 7. Recuerdos y evocaciones sobre el ser querido). Se trata de intervenciones que deben facilitar el despliegue de la historia, para que emerjan los detalles factuales. Alicia expresa cómo vive esas intrusiones en su cabeza: se esfuerza en que el relato sea lo más desconectado posible, conteniendo sus emociones, enseñando en el aquí y ahora cómo es ese esfuerzo de control. El hecho de que traiga este material hoy a la sesión, el trabajo realizado hasta ahora en las anteriores sesiones y la estimulación que Alicia presenta inducen a la terapeuta a intentar promover una conexión con este material doloroso.*

**TERAPEUTA:** Te emocionas al pensar en ello... (con voz suave.) Pasar por ahí... sin saber... tranquila... sin conciencia...

*Ésta es una intervención de empatía en la que el tono de voz aporta más que el propio contenido verbal. No es sólo que la terapeuta subraye las mismas palabras de Alicia, sino que con su cuerpo y su tono de voz le está expresando lo que observa desde dentro de ella (empatía como estrategia de observación, véase cap. 4, apartado 4.3.: La empatía como método), y sobre todo refleja las sensaciones corporales de Alicia de las que ella no es consciente. Es un ejemplo de intervención en la reciprocidad donde, al observar sus propias reacciones sobre la experiencia interna de Alicia y comunicárselas, le permite reconocer y darse permiso para experimentarlas. Esto facilita la plena conexión con los recuerdos de ese día.*

**ALICIA:** Sí... (llora mucho)... y creo que por la hora que era (llora)... oí las ambulancias pero seguí como siempre y llegué a la escuela. Un compañero me dijo: «Pensé que llegarías tarde porque ha habido un accidente y han cortado la carretera». Pero yo le dije que, como había pasado por la otra carretera, no me habían parado, y fui a dar clases normalmente; dos horas más tarde vi una llamada perdida de una amiga y pensé: «¿Qué pasa?»... La llamé y me dijo que ya me llamaría más tarde... Y le pregunté: «¿Te ha pasado algo?». Diez minutos más tarde me llamaron a la conserjería y allí me esperaban mi madre y mi hermana y... Paso todos los días por esa carretera, es mi rutina de siempre...

*Alicia va poniendo nombre a los estados emocionales y a los pensamientos que justamente se esfuerza por controlar. Los recuerdos estimulan emociones y éstas favorecen la conexión con otros recuerdos, en un claro ejemplo de procesamiento abajo-arriba integrado.*

**TERAPEUTA:** Cuando pasas por ahí y recuerdas ese día, ¿cuál es tu anhelo?

*Un ejemplo claro de intervención de indagación de fantasías y expectativas truncadas (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 5. Sueños y fantasías, 6. Conductas y decisiones y 7. Recuerdos y evocaciones sobre el ser querido) a las que Alicia necesita poner palabras para conectar con una pérdida secundaria: su sentimiento de fracaso por no haber podido proteger a su hermano.*

**ALICIA:** Haber sabido lo que pasaba y a lo mejor...

**TERAPEUTA:** ¿Qué fantasía tienes respecto a él?

**ALICIA:** Él se estaba quemando... quizás en ese momento... (llora profundamente).

**TERAPEUTA:** Y si lo hubieses sabido... ¿habrías querido...?

**ALICIA:** No sé qué habrías hecho...

**TERAPEUTA:** ¿Habrías deseado...?

**ALICIA:** Es una de las cosas que me hace sentir mal...

*Alicia está totalmente sumergida en la emoción. La terapeuta, con su inicio de frases, la invita a ir expandiendo la conciencia sobre lo que siente cada vez que pasa por ese espacio, y eso estimula más sus emociones, que ahora ya no necesita controlar.*

**TERAPEUTA:** ¡Qué duro estar ahí y no poder hacer nada!

*En esta afirmación y en el tono de voz que la acompaña se aprecia la presencia del terapeuta emocionalmente activo: para Alicia es un reconocimiento de su valor al estar ahí viviendo esa reactivación de recuerdos, y a la vez una muestra de que está acompañada por alguien que entiende, que se muestra impactado y que está implicado (véanse necesidad relacional de impacto, capítulo 4; implicación del terapeuta, capítulo 4).*

**ALICIA:** (muy afectada)... Nada, nada, no pude hacer nada por él.

**TERAPEUTA:** Dile en palabras a tu hermano lo que habrías deseado.

**ALICIA:** (llorando profundamente) Me siento impotente por no haber podido hacer nada por ti, Javier. Me duele tanto no haber podido estar contigo.

*A partir de este punto, y con la invitación de la terapeuta a que se dirija directamente a su hermano en vez de mantenerse en el diálogo interpersonal como hasta ahora, empieza para Alicia una vivencia de reexperimentación del pasado imaginado. Es llevada a una fantasía donde puede experimentar todos los sentimientos de afecto hacia su*

*hermano hasta ahora no expresados. En esta y en las siguientes intervenciones, la terapeuta estimula cada vez más la conexión de Alicia con la figura interna, ayudándola a que ponga palabras a ese deseo de reparación.*

**TERAPEUTA:** Si lo hubiese sabido, me habría gustado estar contigo...

**ALICIA:** Sí... estar a tu lado...

**TERAPEUTA:** Así no hubieras tenido que morir solo...

**ALICIA:** Sí... eso es (*llora desconsoladamente*)...

**TERAPEUTA:** Y al pensar eso me siento...

**ALICIA:** (*llora*) Siento que no pude hacer nada por ti...

**TERAPEUTA:** Nada... No pude hacer nada... y me habría gustado...

**ALICIA:** Oigo las ambulancias, no sabía que estabas allí y me habría gustado tener la oportunidad de ir contigo.

**TERAPEUTA:** Sigue ahí.

*«Sigue ahí» es una expresión que anima a seguir explorando, expandiendo ese espacio interno de dolor por lo no vivido, una forma de indagación no directiva, porque no sugiere ninguna dirección específica, sólo la que señala la emoción que está guiando a Alicia.*

**ALICIA:** Duele mucho haber estado ahí al lado, oír las ambulancias y no haber podido estar allí.

**TERAPEUTA:** Y cuando oigo las ambulancias y siento que no puedo hacer nada, me digo...

*Con esta invitación, la terapeuta la anima a moverse de ese estado de impotencia y a entrar en contacto con su hermano, recreando un estado psicológico de relación y diálogo con él donde puede permitirse encontrar elementos de reparación para aquello que no pudo evitar y por lo que se siente culpable.*

**ALICIA:** Me digo... que no estabas solo, que estabas ya con papá, que te estaba esperando ahí, eso me ayuda (*llora*)... (*Silencio*.)

**TERAPEUTA:** Y mis lágrimas te dicen, Javier...

**ALICIA:** Que te echo de menos y que me duele que no estés aquí conmigo.

(*La terapeuta permanece en silencio*.)

**ALICIA:** (*dirigiéndose a la terapeuta*) Necesito decir estas cosas. No era consciente de que tuviera tanto dolor. He estado llenándome de tantas cosas estos días para no ocuparme de mis sentimientos..., ya sé que no es una solución, pero necesitaba hacerlo para sobrevivir. Si conecto mucho me duele, y mejor evitarlo entonces, y por ese motivo huyo de estos días.

*Al dirigirse a la terapeuta, Alicia está señalando que necesita parar. Además, con sus palabras transmite explícitamente la necesidad de manejar el compromiso evitación-confrontación. La terapeuta responde de forma empática y en sintonía con esa necesidad y no insiste ni la anima a continuar. Este pequeño trabajo es un buen ejemplo de expansión de la ventana de tolerancia ante un recuerdo traumático mediante el uso exclusivo de métodos relacionales.*

**TERAPEUTA:** Estoy contenta de que ahora y aquí no hayas huido y hayas podido compartir esto con nosotros.

En las primeras transacciones, Alicia conecta inmediatamente con la emoción, lo que hace que el trabajo se inicie de una forma muy rápida. El espacio grupal, si se dan las condiciones de respeto y seguridad, suele proporcionar muchas oportunidades para trabajos profundos. La vinculación que los miembros tienen entre ellos permite que se sientan apoyados y contenidos en sus expresiones de dolor. A menudo, como es el caso de hoy con Alicia, la persona que ha intervenido antes que ella ya ha realizado un trabajo emocional intenso. Eso facilita que para Alicia la entrada sea muy rápida.

En la primera parte de la sesión, la terapeuta utiliza la indagación fenomenológica para explorar cómo es para ella esa escena de recuerdo doloroso. Al validar los sentimientos que van emergiendo, le permite entrar en contacto con la imagen del momento de la muerte, cuando ella pasaba por ahí sin saber que era su propio hermano la víctima del accidente. En vez de evitar ese recuerdo, como ha estado haciendo en estos últimos días, la terapeuta le brinda la oportunidad de explorarlo juntas.

En la segunda parte de la sesión, Alicia experimenta unos momentos de revivencia del pasado, que están grabados en su memoria pero como fragmentos sin coherencia; un ejemplo de memoria traumática que, si no es correctamente procesada, va a quedar almacenada en forma de memoria implícita y, por tanto, susceptible de reactivaciones futuras fuera de control (véase cap. 2, apartado 2.1.: El fracaso en la elaboración de los recuerdos traumáticos). En esta fantasía imaginada, mientras la terapeuta la invita a mantenerse conectada a través de la emoción, la ayuda simultáneamente a poner voz a lo que ella imagina que pudo suceder, a sus deseos acerca de lo que podría haber sucedido. Al hacer este trabajo de integración emocional-cognitiva, le permite a Alicia empezar a reconstruir una posible narración del evento más aceptable para ella. En su fantasía hasta ahora negada, ella mantenía la secreta esperanza de que podía haber actuado de otro modo, lo que le generaba mucho dolor. En la fantasía ahora actuada con la ayuda de la terapeuta, ha podido empezar a poner voz a su deseo de haber acompañado a su hermano y ha expresado el dolor por no haber podido hacerlo. Empezar a entrar en contacto con una versión más realista y menos secreta la ayudará a seguir en su camino de aceptación y maduración en su duelo.

## 5.2. Explorar tareas de evitación y negación

### PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

La persona en duelo cuya energía está focalizada principalmente en rechazar todo lo que tenga que ver con la realidad de la muerte o con sus consecuencias no suele acudir a pedir ayuda, y si lo hace, suele mostrarse muy defensiva ante la intervención. Quizás alguien de su entorno la ha empujado a acudir porque la ve mal; o el dolor subyacente bajo la defensa está surgiendo de forma distorsionada con síntomas psicosomáticos como insomnio o ansiedad; o está empezando a tener problemas relacionales por el aislamiento que conlleva estar acorazada detrás de la máscara evitativa; o bien se siente agotada por la hiperactividad que debe estar constantemente desarrollando para protegerse del dolor.

Los dolientes, en evitación-negación, organizan su vida interpersonal e intrapsíquica alrededor de la expectativa de no conectar con recuerdos que producen dolor. La muerte del ser querido, los detalles que rodean las circunstancias del fallecimiento, su ausencia, los recuerdos dolorosos son alejados de la conciencia, y no es que sean borrados de la memoria, sino que se esconden en un lugar donde no hagan daño. Las estrategias utilizadas para no pensar en ello o para reprimir las emociones son esfuerzos inconscientes para protegerse del malestar que suscitan, y en muchos dolientes configuran el estilo de afrontamiento evitativo (véase cap. 3, apartado 3.1.: Respuestas de afrontamiento).

La etapa de evitación y negación es un tiempo necesario, pero el peligro es que estos mecanismos se fijen de forma rígida y acaben provocando un duelo complicado; por ello, el trabajo preventivo va a ser esencial. El objetivo terapéutico general es disolver de forma progresiva estos afrontamientos de evitación y alcanzar así la aceptación plena de la realidad de la pérdida, su significado y el impacto que tiene en la vida del doliente. William Worden habla de «aceptar la realidad emocional de la pérdida y asumir su impacto» como una tarea de duelo (Worden, 1997).

Al igual que en las personas en estado de choque, en aquellas con duelos evitativos o en fase de evitación-negación, la psicoterapia no puede estar orientada, al menos de forma directa, a hacer trabajo de duelo o a buscar un significado a lo sucedido. En estos momentos del duelo, las personas no toleran la confrontación, responden muy mal a los intentos del terapeuta de conectar con el dolor y suelen abandonar la terapia o el grupo de apoyo. El terapeuta inexperto querrá promover que el doliente rompa esta coraza negadora y acepte la realidad y sus consecuencias, para así poder realizar el trabajo de duelo que le permitirá progresivamente llegar a la asimilación de la pérdida. Pero el camino para trabajar estas estrategias de evitación es paradójico: si el terapeuta desea que se disuelvan mediante su confrontación, entonces el sistema corre el riesgo de fijarse cada vez más, provocando una mayor fortificación defensiva y un sentimiento de inadecuación en el paciente. Esto explica la alta tasa de abandono de los dolientes en aquellos programas de acompañamiento o psicoterapias de duelo que aplican indiscriminadamente estrategias terapéuticas para facilitar la conexión y no tienen en cuenta los aspectos defensivos que la persona puede estar necesitando en ese momento de su duelo.

Reconocer la necesidad psicológica de evitación y negación nos permite identificar como tarea prioritaria el trabajo con esas respuestas y no precipitarnos a la hora de abordar tareas relacionadas con la rendición y la confrontación para las que el doliente no está preparado y que justamente estas estrategias están protegiendo. Es evidente que antes de «hacer el duelo» hay que disolver la evitación (Raphael y Martinek, 1997), y para ello estas estrategias de afrontamiento de inhibición, supresión o distorsión de los estímulos incómodos deben ser sustituidas por otras que estén más orientadas a la conexión. Pero ¿cómo debe hacerse este trabajo para que se llegue a esa aceptación de la realidad?

La indicación más importante en el tratamiento de la evitación y la negación en el duelo es que el terapeuta no debe tratar los esfuerzos de evitación, ya sean estrategias en un momento del duelo o defensas fijadas en un duelo complicado, como conflictos intrapsíquicos que deben ser abordados, ni como distorsiones inapropiadas y que, por tanto,

terapéuticamente interesa remover o eliminar, como se haría desde una perspectiva psicoanalítica tradicional. Estas defensas, ya sean comportamientos, emociones o cogniciones, deben entenderse como un desplazamiento en que el doliente es incapaz de identificar la emoción original subyacente así como la tarea de duelo que las origina.

El doliente puede manifestar que se aísla, trabaja demasiado, habla con las cenizas, se niega a creer que su ser querido está muerto, está enzarzado en un litigio o comiendo desmesuradamente, todo lo cual no es más que un esfuerzo para evitar conectar con temas dolorosos, que acaba distorsionando y suprimiendo aspectos de la realidad de la pérdida o de su impacto emocional (véase cap. 2, apartado 2.2.: Categorización multidimensional de los afrontamientos en el duelo). Para conseguir un buen transcurso de la terapia y la posible disolución o elaboración de estas estrategias, el terapeuta debe considerar estas conductas, síntomas o emociones como respuestas creativas adaptativas.

El primer requisito terapéutico para que la persona en duelo pueda avanzar en su proceso disolviendo esos afrontamientos evitativos es que el terapeuta cree activamente un espacio de confianza y respeto. Más que en ningún otro momento del duelo, y muy especialmente en los casos de duelo complicado evitativo, la seguridad de que el terapeuta no va a tocar temas amenazadores hasta que el doliente esté preparado es esencial. Las necesidades relacionales o los aspectos transferenciales que el terapeuta deberá tener en cuenta son la necesidad de no ser juzgados en su forma particular de afrontar el duelo (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo), y la sintonía en los afrontamientos, el respeto a las defensas y su validación en el contexto del proceso de duelo (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas de intervención sintónica en el duelo). Éstas son las condiciones intrapsíquicas y relacionales que garantizarán la provisión de esa «base de seguridad suficiente» donde la persona en duelo podrá empezar a explorar el marco de referencia y el contexto en que se están dando esas respuestas y su función.

El paciente siente que la relación terapéutica no es una amenaza para él y que no va a ser juzgado ni criticado por muy irracional, distorsionada o destructiva que sea la respuesta evitativa que esté utilizando. Con estas condiciones, el terapeuta podrá promover, mediante una intervención sintónica en los afrontamientos, la experiencia interna de descubrir e identificar la función psicológica y los beneficios que el doliente obtiene con ellos. Cuando el terapeuta reconoce, aprecia y valora la función de esa estrategia, la persona en duelo puede tener una experiencia integrada de esa función en el contexto original de la pérdida, que la hace sentirse confirmada en esa vivencia, y a partir de ahí puede empezar a encontrar respuesta a esa necesidad identificada, sea relacional o intrapsíquica (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas de intervención sintónica en el duelo, 4. Sintonía en las defensas arcaicas). A medida que se va realizando este trabajo, la persona va a poder empezar a mostrar una respuesta menos reactiva y más consciente. Un ejemplo de este trabajo es el caso de Anna que veremos a continuación.

En el tratamiento de duelos complicados donde las estrategias se han convertido en defensas rígidas en el tiempo e improductivas procesualmente, el terapeuta explorará la hipótesis de que se trate de defensas arcaicas, es decir, asociadas a pérdidas o traumas del pasado no resueltos (véase, cap.3, apartado 2.3. Los caminos por los que un duelo se complica). En el duelo evitativo, inhibido o pospuesto, muy a menudo los mecanismos de

defensa de desconexión ante la muerte del ser querido corresponden a respuestas instrumentales aprendidas en el transcurso de la vida que se han ido reforzando con el tiempo (véase cap. 3, apartado 3.2.: Detención en evitación y negación: duelo evitativo o ausente). Estas respuestas de afrontamiento, una vez que se han adquirido, se ponen en marcha de forma automática, sin mediar decisión consciente, y acaban convirtiéndose en maneras de responder ante estímulos que pueden despertar malestar. Una vez identificadas las respuestas defensivas, el terapeuta deberá facilitar su exploración mediante intervenciones en sintonía con la defensa arcaica (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas de intervención sintónica en el duelo, 4. *Sintonía en las defensas arcaicas*) desde el modelo de desarrollo, o mediante la exploración de las figuras de vinculación de la infancia o de experiencias de trauma no resueltos en la infancia. En especial deberá estar atento a traumas acumulativos relacionados con los fracasos en el cuidado y la atención de las necesidades del niño, cuya conclusión, para poder dar sentido a esa experiencia de soledad o abandono, al no haber nadie que proporcione apoyo y comprensión a sus necesidades, puede dar lugar a una creencia de guión o un esquema nuclear que va a predisponer la experimentación de duelos evitativos en la vida adulta, como ilustra el caso de Alfonso, que se describe después del de Anna.

#### *Objetivos terapéuticos*

- Identificar funciones inestables del *self* que deben ser atendidas.
- Mantener y potenciar la red de apoyo disponible. Responder a la presión del entorno hacia una pronta recuperación. Identificar posibles traumas acumulativos por el fracaso del entorno en proveer apoyo.
- Facilitar la integración de los aspectos negados o disociados respecto a las circunstancias del fallecimiento, especialmente los elementos desautorizados.
- Identificar las estrategias de inhibición y distorsión: sublimación, sustituciones, personificación de objetos, hiperactividad, evitación de recuerdos, emociones distorsionadas como culpa y enfado, etc.
- Mejorar la productividad procesual de estas estrategias de negación-evitación.
- Identificar defensas arcaicas asociadas a guiones de vida, creencias nucleares o estilos de vinculación insegura.
- Identificar y atender pérdidas del pasado no elaboradas.
- Disolver el sistema defensivo-evitativo promoviendo estrategias de afrontamiento más maduras.
- Responsabilizarse de las conductas adictivas o destructivas.
- Facilitar el acceso a recuerdos dolorosos y a su verbalización.
- Aumentar la ventana de tolerancia al dolor y disminuir la necesidad de estrategias de inhibición y supresión.

#### *Métodos*

- Proveer una base de no enjuiciamiento, respeto y validación de la vivencia de negación y evitación que disminuya la necesidad de defensas del doliente.
- Validar la necesidad de definir la manera individual de vivir el duelo.
- Proveer sintonía en los afrontamientos y en las defensas arcaicas.
- Proporcionar una experiencia de indagación de las estrategias de distorsión e inhibición (estados emocionales, conductas y cogniciones), permitiendo su despliegue en el «aquí y ahora».
- Explorar las distintas funciones de estas estrategias o tareas de duelo subyacentes, tanto en el contexto de la pérdida presente como en pérdidas del pasado.
- Poner nombre y validar las funciones de los afrontamientos y su importancia en la supervivencia emocional y física del doliente.
- Proveer una experiencia integrada de los elementos disociados, rechazados o fragmentados.
- Señalar las discrepancias reveladas a través de la reexperimentación: fomentar la reestructuración interna con los nuevos elementos, promocionando un *self* más cohesivo.

#### *Fracasos terapéuticos más comunes*

- No priorizar la relación terapéutica como base de seguridad para la disolución del sistema defensivo.
- Invalidar la función de las estrategias de evitación y negación («es un paciente resistente»).
- Tener prisa con pacientes especialmente defensivos, proponer estrategias de conexión para las que no están preparados. Forzarlos a conectar con el dolor («tienes que hablar de ello»).
- Confundir el mapa con el territorio: proponer la extinción de los afrontamientos como si fueran resultados y no procesos (por ejemplo, proponer al doliente que se desprenda de las cenizas o que deje de ir al cementerio).
- Proponer estrategias terapéuticas de conexión (escribir o hablar de ello, por ejemplo) sin tener en cuenta la necesidad de protección ante la sobreestimulación.

FIGURA 5.2. Negación y evitación, manejar el sistema defensivo: resumen de objetivos terapéuticos, métodos y estrategias de intervención y fracasos terapéuticos más comunes.

**ANNA: «¡SÓLO QUIERO ESTAR EN EL SOFÁ!. RESOLVER AFRONTAMIENTOS EVITATIVOS**

Anna, una joven de 30 años, acudió al servicio de duelo tras la muerte de su hermano Lucas a causa de un accidente laboral. Un año después, otro hermano, Juan, falleció en un accidente de moto. Anna está muy ansiosa, tiene dificultades para concentrarse y le cuesta expresar lo que siente. Se queja frecuentemente de la falta de apoyo de su entorno, y no encuentra alivio en nada de lo que hace. Según manifiesta, el grupo es uno de los pocos espacios donde se siente escuchada. Anna ha estado participando en sesiones individuales y grupales. El extracto de la sesión que se transcribe a continuación corresponde al trabajo realizado ocho meses después del fallecimiento de Juan.

Anna ha expresado en las últimas sesiones que cuando llega a su casa se tumba en el sofá y se dedica a comer. Sólo sale para ir a trabajar. Lleva dos meses haciendo esto. Todo el relato de Anna refleja sus vanos esfuerzos para controlar su agitación: el trabajo le permite desconectar, pero cuando llega a casa se siente desbordada y empieza a comer, lo que la ayuda a manejar su ansiedad. Teniendo en cuenta que ha sufrido dos pérdidas traumáticas en menos de un año, las estrategias para reducir la sintomatología excesiva parecen intentos naturales de supervivencia.

En esta sesión, la terapeuta decide abordar sus respuestas de evitación-negación a fin de que no se fijen en el tiempo, y paralelamente ayuda a Anna a tomar conciencia de sus dificultades a la hora de manejar el malestar que siente. El duelo de Anna es de riesgo; las dos pérdidas consecutivas y el hecho de que sean repentinamente hacen que aumenten las posibilidades de que el proceso se complique (véanse factores de riesgo, en el capítulo 3). Esta intervención específica que aquí se presenta tiene interés por su carácter preventivo: al ser una estrategia que está apareciendo en este momento, es decir, contemporánea al duelo, la terapeuta sabe que si se aborda adecuadamente estará contribuyendo a que no se fije en el tiempo.

**ANNA:** Estaba pensando que estos días he estado muy intranquila. Hace unos días que estoy un poco angustiada, no en crisis... pero sí que siento como un fondo de angustia, como si fuera el principio de una angustia muy grande... La he ido tomando, pero la siento así. Ya no sé qué es. Y tengo miedo de angustiarme más. Pero pensando... me siento tranquila interiormente, aunque hay ratos en que me desespero y otros en que me aíslor. Quiero estar sola, y me doy cuenta de que, en el tema de la comida, actúo compulsivamente. A ver si me explico: me doy cuenta de que me he desapuntado del gimnasio, de que he ido dejando todo lo que suponga hacer cosas con gente. Puedo estar triste un rato y puedo hablar de ello, pero... Desde fuera parece una vida normalizada, pero hay una parte de mí que se escapa de esto, me puedo pasar horas en el sofá, comiendo y evitando hacer algo. Esto me preocupa, porque he engordado unos kilos. Me he pesado y he subido cinco, y eso me hace estar mal. Hay días que no me arreglo y no quiero salir, y mi marido se queja de que siempre estoy en el sofá... comiendo; y sería capaz de comer cualquier cosa sin control. Ya no como fruta. He pensado que quizás tendría que pedir una baja. Es como si hubiera perdido mis costumbres. Creo que lo que me ocurre es que durante el día funciono bien en el trabajo, pero cuando llego a casa, como no tengo que disimular ante nadie, ni excusarme de nada, como nadie ve lo que hago, entonces me pierdo... Estoy muy preocupada porque no voy por buen camino... Ahora mismo, por poner un ejemplo, estoy aquí y el día ha estado bien, pero mañana, en vez de salir a hacer alguna actividad, me digo: «¿Para qué voy a hacer algo?». Me marcho a casa y me tumbo en el sofá. Mejor no relacionarme..., mañana me quedaré en casa sin hacer nada en vez de hacer algo que me han propuesto, ir a una conferencia. Pero sé que me quedaré en casa y no haré nada.

*Anna está angustiada, intransquila. Come demasiado y está descontrolándose. Todo su relato es rápido, sin pausas, desconectado de su experiencia interna. Ha estado hablando en varias sesiones de su tendencia a «hacer sofá». La terapeuta la deja hablar sin interrumpir. Toda su narración, tanto en el contenido como en la forma, es una expresión de las actividades de inhibición que realiza y que la ayudan a desconectar de su dolor. Desde la perspectiva del modelo integrativo-relacional aplicada al duelo, las conductas disruptivas como comer o la pasividad, por muy disfuncionales que parezcan, deben tratarse teniendo en cuenta su función adaptativa, es decir, considerando que, como en el caso de Anna, representan un intento homeostático de regular el malestar excesivo que ella vive.*

**TERAPEUTA:** Cuando dices «hacer sofá», ¿qué haces?

**ANNA:** Me siento, cojo unos libros y voy comiendo.

**TERAPEUTA:** ¿Puedes enseñarme cómo lo haces? Has hablado otras veces de «hacer sofá» en estas últimas semanas y me gustaría poder prestar atención a eso. ¿Puedes mostrarme físicamente lo que haces?

*Uno de los objetivos del trabajo en estrategias de afrontamiento evitativas es hacer que éstas se desplieguen en el aquí y ahora del momento terapéutico. Para ello, la terapeuta invita a Anna a representar cómo es ese momento que cada día se repite al llegar de su trabajo. En vez de ir ahí desde el imaginario, se sugiere a la paciente que traiga la escena al espacio terapéutico, cosa que ella acepta: con este experimento, la terapeuta pretende que Anna pueda darse cuenta de cómo funciona ese «hacer sofá» como estrategia de rechazo, cuál es su función en relación con las pérdidas que está viviendo y qué tareas de duelo está protegiendo.*

**ANNA:** Sí... me preocupa porque llego al sofá y me echo ahí, cojo así dos cojines y me tumbo con los libros.

**TERAPEUTA:** Ponlos así (*la hace acomodarse*).

**ANNA:** Y la tele ahí y la comida...

**TERAPEUTA:** ¿Cómo es la comida?

**ANNA:** Una caja de galletas así, y me la puedo comer en un rato.

**TERAPEUTA:** Enséñamelo, muéstrame cómo te pones a comer.

**ANNA:** (*rie*) Así (*hace el gesto de comer*). Y me la acabo en un santiamén. Ni me levanto a tirarla.

**TERAPEUTA:** Es importante que lo hagas poco a poco... Déjate sentir y di en voz alta lo que experimentas... Sitúate en el espacio como si estuvieras allí y pon palabras a lo que sientes, pero muy lentamente... Mientras vas hablando, presta atención a tus sensaciones corporales...

*Hasta este momento, Anna ha estado hablando muy rápido. Esta agitación es un reflejo de sus esfuerzos para manejar el dolor experimentado por sus dos pérdidas: hablar deprisa la ayuda a disociar su experiencia traumática. El ritmo ansioso interfiere en la habilidad de procesamiento y corresponde a un esfuerzo evitativo tanto como comer o «hacer sofá». Al pedirle que hable más lentamente, la terapeuta la invita a que ponga conciencia en esa conducta en vez de vivirla desde el impulso. En este momento del proceso y con la relación ya construida en anteriores sesiones, Anna se deja conducir.*

**ANNA:** (representando la escena del sofá y hablándose a sí misma) Sé que lo que estoy haciendo no me va bien, soy consciente de eso... lo sé, pero lo hago. Sé que no me tengo que comer la caja de galletas, pero pienso: «Me da igual, lo voy a hacer de todas formas», y aunque me sienta mal ahora, me ayuda a estar tranquila.

**TERAPEUTA:** (lentamente) ¿Puedes, por favor, cerrar los ojos un momento y dejar hablar a la parte de adicción, a la parte del impulso?... Si esta parte tuviera la capacidad de hablar, ¿qué diría? Deja que hable un minuto mientras te dejas sentir lo que te dice tu cuerpo.

*Anna empieza a otorgar significado a la utilidad de esta estrategia. La propuesta de cerrar los ojos y prestar atención a su cuerpo y a las sensaciones físicas la ayuda a tomar más contacto con la manera como está funcionando ese impulso compulsivo. La terapeuta la invita a seguir poniendo palabras.*

**ANNA:** «Me estoy haciendo daño», dice mi cuerpo... me hace sentir mejor ahora, aunque después me sentiré peor... porque sé que no me las tengo que comer y aun así me las como. Si puedo evitar no moverme durante un rato, no me moveré.

**TERAPEUTA:** Sigue con los ojos cerrados... Y por una parte me hago daño... Y por otra lo necesito... y qué gusto me estoy dando comiendo estas galletas...

*La terapeuta empieza señalando el conflicto intrapsíquico entre las dos partes de la estrategia de evitación-distorsión: la funcional, de protección del malestar, y la disfuncional, que es el coste de mantener la parte defensiva. Al mismo tiempo provee esta validación mediante su tono y sus palabras, con lo que le da permiso a Anna para que conecte con el gusto que le proporciona estar comiendo en el sofá, y a la vez la invita a que haga una exploración más consciente. Anna sólo podrá disolver la naturaleza defensiva de esta estrategia si es capaz de identificarla desde un proceso integrado fisiológico-emocional-cognitivo. Para promover esta experiencia, la terapeuta pone voz y subraya sus palabras desde dentro, utilizando el presente como tiempo verbal, y sigue con la indagación sintónica en este afrontamiento conductual (véase cap. 4, apartado 4.3.: La sintonía como método) para que la función procesual de distorsión se haga más evidente.*

**ANNA:** Es el placer de... de no controlar... de poder dejarme ir y hacer lo que quiero... pues si como galletas no pasa nada... Y si pasa algo, da igual, porque otras cosas peores han pasado antes.

**TERAPEUTA:** ¡Qué sabio es mi cuerpo! Estando en el sofá y comiendo galletas me doy el gusto de no controlar... Si suceden cosas tan terribles en el mundo... ¿por qué no puedo hacer también yo lo que me dé la gana?

*Aunque parezca una interpretación por parte de la terapeuta, en realidad lo que hace es juntar en una misma afirmación la estrategia de distorsión, su función protectora-evitadora y una validación de la conexión procesual entre ambas (véase cap. 4, apartado 4.2.: Integración y disociación). Estar en el sofá y comer cumple una función (aunque no es la única) que está empezando a desvelarse: manejar y expresar su enfado por lo sucedido. La validación de este esfuerzo en su lado adaptativo está contenida en las palabras «qué sabio es mi cuerpo» que la terapeuta expresa en primera persona, y que con el tono de sintonía empática se convierten en una intervención intersubjetiva. La terapeuta utiliza*

*palabras literales o muy similares a las del discurso de Anna, lo cual es esencial para mantener el respeto y estar en su ritmo. Anna está preparada para aceptar e integrar esa conexión, lo que indica que está dispuesta a seguir explorando con más profundidad.*

ANNA: Sí, así es.

TERAPEUTA: Sigue ahí un poco más.

ANNA: Es que estoy muy enfadada... y así de esta manera esconde mi enfado... pero me hago daño...

TERAPEUTA: Y me hago daño a mí misma... en vez de...

ANNA: ...hacer todo aquello que podría hacer y que me haría sentir mejor.

*Si la terapeuta le hubiera dicho a Anna: «Lo que te pasa es que estás enfadada y hacer esto es una manera de expresar tu enfado, pero que te destruye», habría sido una interpretación confrontativa desde lo cognitivo, es decir, una intervención arriba-abajo (véase cap. 4, apartado 4.2.: Neurociencia, integración y psicoterapia). Este tipo de intervenciones acrecientan los sentimientos de malestar de la persona en duelo y son un fracaso terapéutico relacional. Para incentivar la revelación de esa información la terapeuta trata de promover una experiencia intrapsíquica de diálogo entre los aspectos disociados: las funciones protectoras, los beneficios de mantener esta estrategia, los inconvenientes o costes, a los que Anna va a ir poniendo nombre a medida que vaya tomando conciencia de ellos.*

TERAPEUTA: Pero es mucho más importante estar ahí ahora que hacer cosas para estar mejor.

ANNA: Sí.

TERAPEUTA: Es una manera pasiva que mi cuerpo tiene de decir que está enfadado.

ANNA: (silencio) Sí..., así no me obligo a nada, es una excusa... aunque me haga daño con las galletas.

TERAPEUTA: Aunque me haga daño, es mejor estar aquí en el sofá...

*Para mantener fuera de la conciencia alguna de las necesidades relacionadas con su duelo, Anna paga un precio fisiológico, emocional y relacional. Este subrayado de las palabras de Anna es una especie de confrontación benigna seguida de validación por parte de la terapeuta, que insiste una y otra vez en dar voz a la función y al coste de la estrategia de afrontamiento. La combinación de ambos tipos de intervenciones en una misma afirmación es necesaria porque provee una experiencia integrada de la función de negación al incluir la toma de conciencia de la escisión que tuvo lugar durante el proceso evitativo.*

ANNA: Sí... Es un espacio protector... estoy bien aquí sola (*señala el espacio a su alrededor*). Estoy bien... bueno, tranquila: hago lo que quiero y no tengo que dar explicaciones a nadie de lo que hago y lo que dejo de hacer.

TERAPEUTA: Aquí no hay responsabilidad, no hay exigencias.

*La indagación es una estrategia fundamental que permite a la terapeuta y a la paciente ir tomando nota de las distintas funciones que van emergiendo a medida que ella va haciendo conexiones. Con esta intervención de subrayado, «aquí no hay responsabilidad, no hay exigencias», da importancia a otra de las funciones de protección*

*de esa estrategia: además de ser una manera de mostrar el enfado por lo sucedido, estar pasivamente en el sofá le proporciona un espacio de seguridad donde no tiene que vivir la presión del entorno social o familiar que la fuerzan a recuperarse.*

ANNA: No hay nada... Ya me hacen hasta las labores de la casa... Me he ido acomodando...

TERAPEUTA: Yestando así, acomodada en el sofá, estoy diciendo al mundo...

ANNA: Sí, eso es... Enseño a todos... que no estoy bien.

TERAPEUTA: (con tono de validación y empatía) ¡Qué espacio tan bueno!... Tan organizado, con mis libros, galletas... y diciendo al mundo lo mal que estoy... y mientras, paso las hojas del libro.

*Una intervención que es ejemplo de sintonía en la defensa. Adoptando el tono de voz, el ritmo, el tiempo verbal adecuados y hablando en primera persona la terapeuta pone en palabras la necesidad relacional que Anna no puede satisfacer en su entorno y que está emergiendo en este trabajo de exploración: la necesidad de que su dolor tenga un impacto en los demás (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 6. Sentir que la experiencia de duelo impacta en el otro), que es otra de las tareas de duelo que esta estrategia de «hacer sofá» está cubriendo.*

ANNA: Sí, las paso, pero sin enterarme de nada (*hace el gesto de pasar las hojas mientras ladea la cabeza*).

TERAPEUTA: Así, pasando las hojas, voy anestesiando mi cuerpo.

ANNA: ...Una manera de no sentir dolor... así estoy tranquila.

TERAPEUTA: ...Un espacio protector, nadie me pide nada, nadie me molesta, puedo ir anestesiando mi cuerpo con la televisión, pasando las hojas y comiendo... así no siento dolor...

ANNA: ...Y con el ordenador.

TERAPEUTA: ...Y mostrando a los demás que no estoy bien.

ANNA: Sí, mi marido, cuando me ve, dice que no lo entiende. Pero me lo facilita: él se ocupa de las tareas de la casa, limpia, va a comprar, lo hace todo... (*calla súbitamente y cambia el gesto y la actitud*).

TERAPEUTA: Algo importante está pasando.

*Los gestos y expresiones físicas que acompañan al discurso de Anna son muy importantes, pues son un reflejo de su proceso interno. Al intervenir mediante subrayados de indagación en las sensaciones y en las reacciones físicas, la terapeuta está indicando a Anna lo que su cuerpo o voz está diciendo, y con ello la ayuda a tomar más conciencia de la vivencia interna que tiene lugar al estar inhibiendo o distorsionando su dolor.*

ANNA: No lo sé... Pensaba que él me estaba ayudando, me he apoyado demasiado y ya no hago nada en casa... antes hacía algo muy básico, me ocupaba de la ropa. He tirado todas las flores: han muerto. No quiero plantar nada. Él me dice: «Vamos a comprar flores». Pero yo le digo: «No, no las cuidaré». «Ya lo haré yo», dice él, pero yo no las miro. Él se ocupa de todo y me permite no hacer nada.

TERAPEUTA: Yestar ahí pasiva, sin contribuir en ninguna tarea doméstica, es una forma de decirle...

ANNA: ...Es una forma de llamarle la atención.

TERAPEUTA: ¿Qué es eso tan importante de lo que él debe darse cuenta?

ANNA: De que no estoy bien.

TERAPEUTA: Estar en el sofá y despreocuparme de las tareas domésticas es una manera de decirle a él...

ANNA: Que estoy muy dolida y... enfadada... no sólo por la muerte de mis hermanos, sino también porque él no me ha apoyado.

*Otra función de esta estrategia que está surgiendo es que protege a la paciente del trauma acumulativo producido por el fracaso en su necesidad de sentirse protegida y apoyada por su marido. Anna no sólo ha perdido a dos de sus hermanos, sino que experimenta que su marido no la está apoyando suficientemente, y una manera de mostrar su enfado de forma desplazada es no responsabilizándose de las tareas domésticas. Al mismo tiempo esa desactivación que experimenta en el sofá es una forma de desconectar del malestar y del enfado que le origina sentir la necesidad de ser apoyada y no recibir ninguna satisfacción por parte de su marido (véanse trauma acumulativo en el capítulo 1, y emociones como defensas improductivas en el capítulo 2).*

TERAPEUTA: (con emoción) No has recibido el apoyo que esperabas de él, y lo necesitabas tanto en este periodo tan difícil que estás sufriendo desde la muerte de tus dos hermanos...

*Las necesidades del marido entran en conflicto con las de Anna. Probablemente a él se le hace difícil seguir en su rol de persona de apoyo tras las dos muertes que Anna ha vivido. En su intervención, la terapeuta no minimiza la necesidad de Anna de apoyo y comprensión, sino que la entiende y la valora y, al escucharla, le está ofreciendo esa figura de apoyo y estabilidad que ella necesita. Al sentir esta comprensión por parte de la terapeuta, Anna puede moverse del enfado desplazado al dolor subyacente en una intervención de transición de la estrategia de evitación a la de confrontación.*

ANNA: Me duele mucho... (llora).

TERAPEUTA: Una manera de mostrar que nadie ha sabido responder a tu dolor...

ANNA: (solloza)... No como yo lo habría deseado.

TERAPEUTA: Y lo que habrías deseado es...

ANNA: Que no me dejaran tan sola, que me escucharan y me dejaran hablar, pero no me han dejado, y lo muestro así porque... verbalmente no me ha servido de nada.

TERAPEUTA: Y sentirte tan sola con tu dolor, y sin el apoyo necesario...

ANNA: ...Me hace mucho daño.

TERAPEUTA: Una manera de no sentir ese dolor es estar como estás ahora.

ANNA: Sí, es algo muy cómodo, así van pasando los días. Aunque hacer eso tampoco me hace sentir bien.

TERAPEUTA: Pero el dolor es demasiado fuerte, ¿verdad?... Y esa es tu manera de mostrar el dolor. En lugar de hacerlo verbalmente, porque no ha servido de nada, lo muestras físicamente.

*Anna ha identificado y nombrado ya varias de las funciones que tiene esta estrategia de afrontamiento. Cada una de ellas encierra una necesidad relacional o intrapsíquica importante para Anna: la necesidad de descontrolarme para manifestar mi enfado al mundo; la necesidad de tener un espacio de protección donde no sucedan calamidades; la necesidad de no tener que dar explicaciones a nadie sobre cómo vivo mi duelo; la necesidad de anestesiarme para no sentir dolor; la necesidad de expresar a mi marido que estoy enfadada porque no me ha dado apoyo... Lo más importante de este trabajo es que esa toma de conciencia se ha hecho desde un proceso somático-emocional-cognitivo, es*

*decir, que, desde la vivencia emocional de la estrategia evitativa, Anna ha sido capaz de descubrir por sí misma esas funciones y las ha experimentado en el contexto de una relación de apoyo y validación por parte de la terapeuta.*

**ANNA:** Sí, es más fácil para mí estar aquí...

**TERAPEUTA:** Es más fácil estar aquí que...

**ANNA:** Activarme. Pero, para que esto cambie, necesito una ilusión que me haga estar bien.

**TERAPEUTA:** Una ilusión que me haga estar bien... ¿Algo como qué? ¿De dónde debería venir?

**ANNA:** De dentro... (*llora*).

**TERAPEUTA:** Pero aquí en el sofá estás muy protegida de todo lo que puede venir de dentro.

**ANNA:** Necesito algo... Algo... que me estire... Una de las pocas cosas es el trabajo. Allí controlo, estoy bien... (*llora*).

**TERAPEUTA:** Y en casa, para poder controlar, tienes que estar en el sofá.

**ANNA:** No... no soy capaz de disfrutar nada. Me faltan ellos, mis hermanos (*llora*).

**TERAPEUTA:** Y para mí la relación que hay entre que yo no disfrute y el dolor por la falta de mis hermanos es...

**ANNA:** (*duda*) No lo sé.

*La terapeuta le sugiere, en una intervención intrapsíquica, la posibilidad de que no haya una relación directa entre la estrategia de afrontamiento y la falta de sus hermanos. Esta «discrepancia» con la que Anna entra en contacto es un reflejo de cómo ella está en rechazo-evitación. Para ella la función evitativa más importante de ese «no disfrutar en la vida» o «estar en el sofá desactivada» es que la protege de la asunción de responsabilidades de las que ahora no se siente capaz; es una muestra de su enfado distorsionado por lo que le ha ocurrido y por la falta de apoyo recibido, y también es una manera de mostrar su necesidad de tener un impacto en las personas de su entorno. Si Anna es capaz de empezar a prestar atención a estas tareas de duelo, como está haciendo en esta sesión, la estrategia dejará de ser necesaria.*

**TERAPEUTA:** Porque lo que ellos dirían si me estuvieran escuchando es...

**ANNA:** (*suspira hondo*) «Ya puedes espabilarte, niña, y salir de ese sofá»...

**TERAPEUTA:** Yes importante para nosotros que salgas del sofá y espabilas porque...

**ANNA:** Porque así no puedo estar... tengo que activarme y vivir la vida que ellos no pueden vivir... (*llora*).

*La terapeuta aprovecha la intervención de Anna acerca de sus hermanos para hacer una suave confrontación que conecte a Anna con esta discrepancia. Ahora Anna sí que puede llegar a otras conclusiones a partir del trabajo realizado: está dando asignaciones cognitivas a su experiencia de duelo y tomando decisiones de cara al futuro y acerca de cómo gestionar su dolor de una manera más constructiva. El permiso que se da para expresar su emoción de aflicción mientras pone voz a estas nuevas conclusiones, «tengo que vivir la vida que ellos no pueden vivir», es un indicador del procesamiento integrado.*

**TERAPEUTA:** (*con compasión*) Vivir la vida que vosotros no podéis vivir, es fácil decir eso... pero no tanto hacerlo, levantarse es difícil para mí... ¡me cuesta tanto!

**ANNA:** (*llora desconsoladamente*) Sin ellos es difícil vivir la vida, pero tengo que hacerlo, tengo que hacerlo. No puedo seguir así.

*Es importante que la terapeuta siga otorgando valor a esta estrategia de evitación que la ha estado ayudando a sobrevivir durante todo este tiempo. Continuar validando de forma constante a lo largo de todo el proceso es una manera de mantener activada la emoción y, por tanto, de promover el proceso integrado de todos los aspectos que vayan surgiendo. La terapeuta, al subrayar todas las funciones, al darles voz desde dentro de la subjetividad de la paciente y validarlas, se hace cargo de ellas, lo que permite que de forma progresiva Anna se pueda dirigir hacia el dolor y empezar a conectar con los pensamientos y sentimientos que estaba protegiendo y con las tareas pendientes no satisfechas. Estas últimas transacciones son un reflejo claro de cómo este trabajo facilita que se disuelva el esfuerzo evitativo y Anna pueda empezar a rendirse ante el dolor, lo que le permite percibir un pequeño atisbo de un posible nuevo significado.*

Anna manifestó en la siguiente sesión que este trabajo le había resultado muy útil y que al día siguiente hizo un montón de cosas: fue a comprar, hizo la cena y quedó con una amiga. Meses después, al recordar la sesión se expresó con las siguientes palabras: «Fue muy revelador, me hice consciente de por qué actuaba así. No he vuelto al sofá desde entonces y he tenido mucho tiempo para encontrarme a mí misma».

En la primera parte de la sesión, la paciente revela esa conducta disruptiva y la terapeuta expresa con sus intervenciones que no desea que ella cambie esa forma de afrontar y que está más interesada en conocer cómo vive ese momento de alivio. Al comienzo de la sesión, la indagación suave sobre cómo es la vivencia de evitación-rechazo le va a permitir identificar su función protectora. En una segunda parte de la sesión, cuando estas funciones ya han sido transferidas a la relación terapéutica, se conduce el trabajo de modo que Anna pueda tomar contacto con las emociones desplazadas o estados emocionales que está expresando con esa conducta, principalmente soledad, dolor, impotencia y enfado. El trabajo de expresarlas en el contexto de una relación terapéutica de confianza y de descubrir el valor funcional que tienen permite abrir ese camino de reestructuración interna emocional-cognitiva que concluye, al término de la sesión, con una toma de contacto pleno con el dolor original asociado a sus pérdidas, que hasta ese momento sólo podía ser abordado a través de esas conductas disruptivas. Éste es el ejemplo prototípico del trabajo terapéutico que debe realizarse en la transición de la etapa de evitación y negación a la fase de conexión e integración. El trabajo con estas estrategias de evitación, especialmente si son contemporáneas, es decir, sólo asociadas al duelo actual, y han sido tratadas a tiempo antes de que se conviertan en respuestas automáticas y hábitos fijados, puede desarrollarse en una o varias sesiones, como en el caso de Anna. Si las estrategias ya se han ido fijando a lo largo del tiempo, será preciso volver una y otra vez a esa exploración hasta que todo el trabajo pueda ser completado.

El «hacer sofá» ha sido tratado como una estrategia funcional protectora en el duelo, lo que abre la posibilidad, en el proceso terapéutico, de que se convierta en una oportunidad para identificar necesidades no satisfechas o tareas de duelo pendientes. La terapeuta interviene facilitando que Anna vaya tomando conciencia del valor que esta estrategia tiene en su contexto particular de duelo. Al actuar de ese modo, ella puede abandonar ese estilo evitativo de una manera natural y espontánea. A partir de ahí, en su proceso pueden emergir otras

defensas que deberán ser tratadas de la misma manera, hasta que, de forma gradual, Anna amplíe su ventana de tolerancia y vaya adoptando estilos más confrontativos para abordar las emergentes tareas de duelo que se deriven de los aspectos inherentes a la relación perdida con sus dos hermanos.

## ALFONSO: «TENGO QUE TIRAR DEL CARRO». ELABORAR DEFENSAS ARCAICAS

La mujer de Alfonso murió de cáncer hace algo más de un año. Alfonso pudo acompañarla en todo el proceso y despedirse de ella: su mujer murió consciente e incluso lo animó a seguir con su vida. Tiene una hija de 15 años, fruto de un matrimonio anterior, con la que convive. Alfonso ha sufrido muchas pérdidas en su vida: su madre murió cuando él tenía 18 meses; en su adolescencia murió el padre, y en estos últimos años han muerto dos de sus tres hermanos. Ha tenido muchas dificultades para elaborar todas estas muertes, y ahora se siente desbordado ante la ausencia de su mujer, con la que tenía una relación muy íntima y satisfactoria. En este momento, Alfonso tiene problemas de ansiedad y suele descontrolarse con hábitos destructivos. Tiene un duelo complicado de tipo evitativo. Actualmente lleva seis meses en la unidad de duelo, donde combina las sesiones de grupo, participando muy activamente, con el apoyo individual, que le permite trabajar en su duelo con más profundidad.

La relación terapéutica construida a lo largo de estos meses es de mucha confianza, Alfonso se siente protegido en manos de la terapeuta. En esta sesión, Alfonso ha estado comentando lo estresado que está y cómo se llena la agenda de actividades y compromisos. El trabajo propuesto se centra en la exploración de este sistema defensivo tan destructivo, cuyo origen está asociado a funciones de protección aprendidas en el pasado. Las defensas evitativas rígidas que utiliza lo ayudan a distorsionar el contacto con la realidad de las múltiples pérdidas de su vida y, por tanto, a manejar su dolor; pero a la vez lo aíslan y consumen su energía, lo separan de los demás y de sí mismo y no le permiten progresar en su duelo. El trabajo en esta sesión se centra en el estilo defensivo de Alfonso, a pesar de que a lo largo de la sesión van apareciendo otras tareas de duelo pendientes, de las que la terapeuta toma nota mental para trabajarlas en los próximos meses. Antes de que Alfonso pueda elaborar los aspectos más propios de la pérdida de las relaciones en su vida, la terapeuta debe abordar su estilo evitativo, que, tal y como se refleja en el trabajo de esta sesión, corresponde a una defensa arcaica, es decir, establecida en el pasado, asociada a otras separaciones no resueltas y que han sido ahora reactivadas tras la muerte de la esposa.

En la primera parte de la sesión, la terapeuta invita al paciente a que exprese las distintas formas en que se manifiesta la defensa, todo ello de una forma respetuosa y atenta para generar las condiciones de seguridad que le permitirán, en una segunda parte de la sesión, realizar un trabajo más profundo. Cuando Alfonso, a través de las intervenciones de indagación de la terapeuta, haya podido desplegar en su totalidad las distintas formas de pensamientos, conductas y emociones con que está protegiéndose del dolor, en la validación que experimente por parte de la terapeuta será capaz de darse cuenta de la función que tienen y eventualmente podrá conectar con las experiencias del pasado donde estas estrategias se establecieron, lo que constituye el trabajo central en las defensas arcaicas.

**ALFONSO:** A veces me estreso mucho y otras veces paso de todo. Si estoy solo no actúo del mismo modo que cuando estoy con la niña. Si ella está en casa me controlo más, si no... me paso días sin dormir.

**TERAPEUTA:** ¿Y entonces...?

**ALFONSO:** Me colapso.

**TERAPEUTA:** ¿Hasta dónde puedes llegar con este ritmo desenfrenado?

**ALFONSO:** Salgo de fiesta y al día siguiente estoy destrozado. La gente me dice que no sabe cómo tiro, pero yo sigo así... Llego un poco más tarde al trabajo... les digo a los clientes que no he dormido, busco soluciones... Si estoy muy mal le mando un mensaje a la secretaria y desvío las llamadas... Si estoy mal hago eso, ya sé que me tengo que centrar, pero no puedo. No sé por qué lo hago.

**TERAPEUTA:** ¿Qué respuesta te das a esta pregunta?

**ALFONSO:** Es una forma de evitar algo, no... de sobrevivir... Hago eso... para no estar solo. En casa no sé dónde mirar, ni qué hacer... Tengo que distraerme. En casa estoy solo, ¡yo qué sé!... y me siento vacío. Si estoy muy estresado y me da la ansiedad entonces salgo a caminar. Cojo el coche y me voy a dar una vuelta, y camino a las tres de la madrugada... (silencio; suspiro)... y a veces tengo que aprender a decir que no...

*Las preguntas de la terapeuta constituyen formas de indagación en la conducta disruptiva de Alfonso y una invitación a que empiece a prestar atención a la intensidad con que se presenta. Alfonso sigue describiendo esas actividades así como los pensamientos y emociones que experimenta. En las siguientes intervenciones, la terapeuta sigue indagando con el fin de conocer cómo es ese «estar estresado», y de este modo facilita un mayor despliegue de estas estrategias.*

**TERAPEUTA:** ¿Qué quieres decir con eso?

**ALFONSO:** Los amigos me llaman y tengo que decir no. No puedo, tengo que dar una excusa... Ellos no me escuchan... He pasado un fin de semana estresante... Me he llenado la agenda de actividades...

**TERAPEUTA:** Si la agenda no está llena, ¿entonces...?

**ALFONSO:** Me aburro...

**TERAPEUTA:** Tradúcelo a términos de duelo.

**ALFONSO:** (piensa un momento) Todo me da igual... Con ella nunca me aburría... tanto si hacíamos alguna cosa como si no hacíamos nada.

**TERAPEUTA:** ¿Qué tenía de especial estar con ella?

**ALFONSO:** Éramos muy distintos: conectábamos en un nivel profundo.

**TERAPEUTA:** ¿Qué hacía ella para que te sintieras así?

**ALFONSO:** Siempre tenía la palabra o el gesto adecuado. Conectábamos... no sé cómo explicarlo... Parecía que estábamos de acuerdo en todo... Yo pensaba en lo que quería y siempre coincidíamos... Si no coincidíamos, entonces el otro aceptaba... Era una sintonía total... no sé... no sé...

**TERAPEUTA:** ¿Cómo se comportaba ella contigo y qué hacía que no te sintieras solo?... ¿Qué hacía para que tú no te sintieras solo?

**ALFONSO:** Se comunicaba con besos...

**TERAPEUTA:** Yesto te hacía sentir...

**ALFONSO:** Bien, como un rey.

*La indagación en el material que Alfonso va aportando permite explorar el territorio de lo perdido, todo aquello con lo que se le hace difícil conectar y que necesita evitar. El relato es muy factual y Alfonso se mantiene estrictamente cognitivo. La terapeuta recoge información valiosa que la ayuda a comprender mejor cómo puede sentirse Alfonso tras la muerte de su mujer, y al mismo tiempo le transmite que su historia de relación tiene un valor y que está interesada en conocerla. El trabajo en este fragmento es poner nombre a*

*ese vacío y calibrar el hueco que ha dejado la persona amada, dar a Alfonso la oportunidad de permitirse sentir y explorar su añoranza en compañía de alguien que está interesado en escuchar y conocer qué tenía de única y especial esa relación perdida.*

**TERAPEUTA:** Y todo lo que haces corriendo arriba y abajo, sin parar, es una manera de evitar conectar con esta soledad profunda y una manera de no sentir el vacío...

*Ésta es una intervención en sintonía que permite incidir en el desarrollo evolutivo del duelo (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas de intervención sintónica en el duelo, 5. Sintonía en el desarrollo evolutivo del duelo: identificación de las tareas a abordar): la tarea prioritaria ahora es explorar la defensa destructiva, que es la tarea «figura»; por tanto, es muy importante no distraerse con otras tareas «fondo», como son los aspectos de la relación perdida, que deberán abordarse más adelante, en una etapa más avanzada. En esta última intervención, la terapeuta vuelve a dirigir la atención hacia la conducta disruptiva, pero incluyendo ya elementos propios de su función.*

**ALFONSO:** Cuando estoy con gente... no siento ese vacío... Si hay un problema debo solucionarlo y cuando se soluciona... Me comporto de un modo muy impulsivo, me meto en líos...

**TERAPEUTA:** ¿Líos?

**ALFONSO:** Sí, depende de cómo esté, pero eso me hace sentir bien. Para mí la soledad es la soledad completa. Es terrible, cuando me siento tan solo quisiera morirme en ese mismo instante. A veces hay algo que la puede romper, una llamada, un mensaje, pero me siento tan solo en esos momentos. Quizás hacer cosas me agota, pero también me ayuda... Ya sé que tengo que estar solo, pero no quiero estarlo... La soledad es la muerte en vida... Aceptar cómo estoy... es morirme... Entonces empiezo a correr en todos los sentidos, en cualquier dirección, da lo mismo, lo importante es correr... (silencio). (Suspira) He encontrado mil y una maneras de encontrarme solo... antes no las conocía... Me paso la vida haciendo kilómetros solo. Nunca antes me encontraba solo: deseaba llegar a casa... Y ahora me siento solo y parece que no llego nunca a los sitios. Necesito ir con alguien que pueda acompañarme, me aterroriza la idea de estar solo en el coche... Me doy cuenta de que he perdido capacidad de querer...

**TERAPEUTA:** ¿Qué significa eso?

**ALFONSO:** La capacidad de querer... a mi hija ahora... No sé si es correcto, pero me gustaría acabar con todo... y no puedo pensar en ella. Estará mejor sin mí... Una vez estuve a punto de sufrir un accidente con el coche. Tuve miedo, me paré en una estación y la pagué con ella... Estoy muy destructivo... En todas mis relaciones, cuando aparece alguna relación interesante, salgo huyendo... Estoy perdiendo la capacidad de relacionarme como una persona...

**TERAPEUTA:** Háblame de esta parte destructiva que te afecta a ti y a tus relaciones.

**ALFONSO:** Con el tabaco... no hacer deporte...

**TERAPEUTA:** ¿Qué otras cosas hace esa parte destructiva que hay en ti?

**ALFONSO:** Como compulsivamente, conduzco a velocidad excesiva... El otro día me puse a 240. Oí en la radio que sancionarían el exceso de velocidad por encima de los 200 y me puse a 240. Me descuido físicamente, mi imagen, mi cuerpo, he engordado, como a cualquier hora, bebo cuando me apetece, aprieto los dientes, me he destrozado la boca y ahora no me importa y no me la arreglo. Me aíslo, aparto a la gente de mi alrededor... Conozco a alguien nuevo y me alejo porque tengo ganas de destruir todas las amistades, las nuevas relaciones... Todo me da igual...

*Alfonso sigue con el recorrido factual de cómo son esas conductas que utiliza ahora para sobrevivir. Todas esas cosas que está haciendo —actividades de búsqueda de riesgo, hiperactividad, descuidar su imagen, no implicarse en las relaciones, desplazar su rabia contra su hija— son respuestas de rechazo-negación (véase cap. 3, apartado 3.1.):*

*Respuestas de afrontamiento) que corresponden a esfuerzos inconscientes para mantener apartados los recuerdos dolorosos que puedanemerger con la reactivación producida por la muerte de su pareja. Estos recuerdos son demasiado incómodos y no puede experimentarlos. Sabemos que se trata de defensas arcaicas porque son improductivas, debido a la temporalidad, la fijación y la intensidad de tales conductas (véase cap. 2, apartado 2.3. Los caminos por los que un duelo se complica).*

**TERAPEUTA:** Y lo que alimenta todas estas conductas es...

**ALFONSO:** La rabia.

**TERAPEUTA:** ¿Contra quién?

**ALFONSO:** Contra el guionista de mi vida... Antes todo iba bien y ahora se ha dado vuelta la tortilla... y me cago en Dios...

**TERAPEUTA:** Estás enfadado con Dios.

**ALFONSO:** Sí... lo provoco...

**TERAPEUTA:** Lo provocas.

**ALFONSO:** Sí, cuando me pongo a 240 lo provoco para que me mate.

**TERAPEUTA:** Y lo que le digo a Dios cuando lo provoco poniéndome a 240 kilómetros por hora es...

**ALFONSO:** Estoy tan enfadado... que... ¡llévame contigo! ¡Quiero morirme!

**TERAPEUTA:** ...Y si me llevas contigo y me muero... entonces...

*Esta serie de subrayados son una forma de indagación en otra de las tareas de duelo que se nos plantea: la rabia como estado emocional o emoción desplazada (véase cap. 2, apartado 2.3.: Emociones como defensas improductivas). Pero la terapeuta se limita a validar esa emoción, tomando nota para futuras sesiones y siguiendo el trabajo con los afrontamientos. Una vez descrita la defensa de todas las conductas destructivas, de forma gradual la terapeuta, mediante sus intervenciones en sintonía y reflejando sus estados afectivos a medida que van emergiendo, va guiando a Alfonso para que conecte con los sentimientos subyacentes. Debajo de la rabia como estado emocional o emoción distorsionada hay mucho dolor; al ser éste validado, Alfonso puede hacer una conexión más profunda.*

**ALFONSO:** ¡No volveré a sentir más dolor! Ya no puedo tolerar más dolor...

**TERAPEUTA:** (con emoción) No más dolor añadido... Hay ya tanto dolor... que parece que viene de lejos.

*La terapeuta subraya las palabras que indican la posibilidad de que el origen del dolor esté en el pasado, para lo cual realiza una intervención en sintonía sobre las defensas arcaicas (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas de intervención sintónica en el duelo, 4. Sintonía en las defensas arcaicas). Alfonso, que ahora está empezando a ser consciente del significado defensivo de sus conductas, ya está preparado para empezar a recordar. Ha hablado otras veces de sus pérdidas del pasado, pero en esta sesión es capaz de expresar las emociones dolorosas de esos recuerdos, conectando al mismo tiempo con la necesidad de ser protegido de esos recuerdos mediante la voz de la terapeuta que lo sostiene.*

**ALFONSO:** (sollozando) Cuando murieron mis dos hermanos me ayudaba pensar que hablaba con el mayor y le pedía que me ayudara. Yaunque no sé si hay un más allá, hablaba con él y me ponía en sus manos, y ahora pienso que si muero los encontraré a todos, incluso a mi padre, y estaré bien acompañado... (llorando).

**TERAPEUTA:** Yentoncs no estarías solo y no tendrías tanto dolor.

**ALFONSO:** (llora con rabia) Es el puto guionista... Todo lo que me ha pasado es una injusticia... Hasta lo de mi padre, que estaba tan mal; después de la vida tan dura que le tocó vivir, se murió cuando estaba mejor. ¿Qué debo pensar ahora?... ¡No quiero ser feliz!

**TERAPEUTA:** ¡Cuánto dolor has tenido que afrontar!

**ALFONSO:** Jaime, el hermano que me queda, cayó en una depresión abismal... Alcohol, juego... (*Se queda pensativo; desconecta de la emoción y luego sigue dirigiéndose a la terapeuta en tono explicativo.*) Ahora lo entiendo perfectamente; lo llevé al hospital, pidió ayuda y salió de eso, pero se quedó en un segundo plano... Nunca más ha querido asumir responsabilidades, es como si no quisiera vivir, y yo tuve que ocuparme de él... Uno de los hermanos que murió era su gemelo, estaban muy unidos, sentían las mismas cosas... Lo pasó muy mal (*contiene la emoción y mira a la terapeuta*). Yo tuve que tirar del carro...

*En este momento, Alfonso cambia el tono de voz y su ritmo se acelera, desconecta de la emoción y habla muy mentalmente. Ha perdido el contacto interno consigo mismo, deja de hablarse a sí mismo y se dirige a la terapeuta para contarle un relato. En el trabajo en el aquí y ahora, este cambio es un proceso paralelo al evitativo que se revela fenomenológicamente y que la terapeuta debe señalar para seguir focalizando y permitir a Alfonso poner conciencia en las muchas maneras en que evita conectar con todo ese dolor almacenado.*

**TERAPEUTA:** (muy suavemente) Has dejado de expresar dolor, de sentir. Algo importante ha pasado en tu cuerpo. Presta atención a lo que ha sucedido y que ha parado tu expresión del dolor.

*La terapeuta utiliza una intervención de indagación en las reacciones físicas, en sintonía con la defensa, para lo cual el tono de voz y el ritmo son esenciales. Con esta intervención quiere ayudar a Alfonso a aumentar su conciencia respecto a los cambios corporales asociados con el material que está emergiendo y de esta manera facilitar la posibilidad de que acceda a contenidos emocionales hasta ahora inasequibles (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 2. Gestos y expresiones físicas de duelo)..*

**ALFONSO:** Es que no me lo puedo permitir... (solloza).

**TERAPEUTA:** No, porque...«tienes que tirar del carro».

*La interrupción del contacto interno en ese momento, en el aquí y ahora, está ligada a la necesidad que Alfonso ha expresado de «tirar del carro» en la intervención anterior. Con esta conexión que le brinda, la terapeuta aventura la posibilidad de que esta creencia o guión esté subyacente en el contexto original del allí y entonces en el que se instaló la defensa evitativa y que las vivencias de pérdidas posteriores han ido fijando.*

**ALFONSO:** Toda mi familia cuenta conmigo desde que era muy joven para que la saque adelante. Todo empezó cuando mi padre cayó enfermo, yo tenía 17 años.

TERAPEUTA: Tenías entonces 17 años.

*Subrayar la edad es una manera de empezar a sintonizar con el momento del desarrollo de la vida de Alfonso en el que probablemente apareció por primera vez esta creencia o guión defensivo, o, si es anterior, nos permitirá señalar uno de los momentos en que se reafirmó y consolidó. Esta intervención es una validación y una normalización a la vez y apoya la conexión con más recuerdos del pasado de Alfonso.*

ALFONSO: Tuve que asumir muchas cosas. Yo estaba en la escuela y tuve que dejar los estudios y empezar a trabajar en la empresa, y luego mi hermano mayor murió... (*llora*).

TERAPEUTA: Y no pudiste permitirte sentir dolor...

ALFONSO: No, tenía que tirar del carro de toda la familia... Con ninguna de mis tres pérdidas me lo pude permitir.

TERAPEUTA: A este chico de 17 años lo sacan de la escuela y tiene que empezar a tirar del carro de la familia.

ALFONSO: (*silencio*) Fue terrible... tuve que asumir una responsabilidad excesiva... Era muy joven... Demasiado.

TERAPEUTA: ¿Qué era demasiado para este chico de 17 años?

ALFONSO: Todo... asumir la dirección de la empresa, dejar a mis amigos de la escuela, el ritmo de trabajo, el cuidado de mis hermanos.

*La terapeuta, en las dos últimas intervenciones, apunta al momento evolutivo en el que Alfonso aprendió a evitar el dolor con esa máscara, señalando cómo en ese contexto tenía una función de supervivencia. Alfonso empieza a recordar las escenas en que este adolescente, con mucho miedo posiblemente, tuvo que hacerse cargo de responsabilidades que, como dice él, eran excesivas. Al recordar estas escenas con la ayuda y validación de las intervenciones de la terapeuta, hay un pequeño cambio: está experimentando la posibilidad de conectar con esos recuerdos sin ningún esfuerzo de distorsión o inhibición. Esta vez puede recordar sin necesidad de interrumpir el contacto interno consigo mismo, a la vez que va dotando de significado la experiencia abrumadora de ese adolescente de 17 años.*

TERAPEUTA: ¿Cómo te dejaba eso?

ALFONSO: Iba como un loco, sin parar.

TERAPEUTA: ¡Pobre chaval! Debía de estar muy cansado... pero ir tan deprisa lo ayudaba a...

ALFONSO: No sentir tanto dolor.

*Al otorgar un valor de protección a la estrategia defensiva, la terapeuta está propiciando a la vez la posibilidad de que se dé un cambio. En el marco de la relación terapéutica, al poner voz a la defensa se hace cargo por un tiempo de su función de satisfacción de la necesidad de protección, y Alfonso puede, en ese contexto, dejarse ir y empezar a experimentar con un nuevo modelo de estar presente en el dolor generado por lo que sucedió entonces. Todo ello mientras sigue el trabajo de indagación del contexto y la causalidad existente entre las experiencias de pérdidas y las respuestas de afrontamiento. En las siguientes intervenciones, la terapeuta explora el coste que ha tenido en la vida de Alfonso este sistema defensivo.*

TERAPEUTA: ¡Cuánta soledad y cansancio para un chaval de 17 años!

**ALFONSO:** Sí, estaba muy solo...

**TERAPEUTA:** ¿Y qué perdiste tú con eso?

**ALFONSO:** Dejé de vivir mi propia vida.

**TERAPEUTA:** ¿Y cuál era la paga que recibía este chico por ocuparse de toda la familia, por perder su propia vida?

**ALFONSO:** La sonrisa de papá.

**TERAPEUTA:** ¿Cómo era esa sonrisa con la que te sentías compensado por todo el trabajo que realizabas?

**ALFONSO:** Bueno, él estaba enfermo y confiaba en mí. Se sentía feliz al ver cómo yo asumía todo, y entonces yo disimulaba mi cansancio.

**TERAPEUTA:** De modo que ese chico de 17 años aprendió pronto a disimular.

*(Alfonso permanece en silencio.)*

**TERAPEUTA:** ¿Quién te apoyó en esos momentos?

*Con estas últimas intervenciones, la terapeuta indaga en la historia del pasado donde se generaron esas defensas. Al hacer estas preguntas, sigue invitando a Alfonso a activar más la memoria afectiva, para que recuerde y ponga palabras a lo que perdió, la decisión que tomó con más o menos conciencia de asumir esa responsabilidad, el coste de esa decisión en forma de esperanzas perdidas y de agotamiento vital, y lo que recibió, la gratitud de papá. Todo ello experimentado desde la emoción de aflicción que hasta ahora había sido rechazada.*

**ALFONSO:** Nadie... me dejaron solo.

**TERAPEUTA:** ¿Y cómo gestionaba su soledad y su cansancio ese chico?

**ALFONSO:** Empecé a salir por las noches, entonces empecé a no dormir, a correr, beber, comer.

**TERAPEUTA:** ¡Qué decisión más inteligente para un chaval tan joven! Ese adolescente perdido y confuso que está asumiendo una responsabilidad excesiva y no tiene dónde apoyarse aprende a manejar su soledad con todas esas actividades.

*El proceso de disociación y fragmentación que esa experiencia de pérdida produjo en Alfonso condujo a la instalación de estas estrategias de inhibición, distorsión y alteración del input traumático, con las cuales se altera el contacto con esa realidad externa e interna que resulta excesiva para su organismo. Estas estrategias fueron fijándose en el tiempo con las sucesivas pérdidas que Alfonso sufrió y constituyen una especie de self autónomo que se reactiva regularmente en los momentos de soledad. El trauma acumulativo desempeña aquí un papel muy importante que la terapeuta deberá abordar en futuras sesiones. Ese chico de 17 años estuvo muy solo, no tanto por las muertes experimentadas en su vida, sino por la soledad que tuvo que vivir durante esa toma de decisiones, cuando se hizo cargo de la familia tras la enfermedad del padre.*

**ALFONSO:** Yahora necesito que alguien me cuide y no hay nadie.

**TERAPEUTA:** Ella hacía esto por ti.

**ALFONSO:** Sí, lo era todo para mí: alguien muy completo en quien me podía apoyar. Con ella no necesitaba hacer esas cosas.

**TERAPEUTA:** Has tenido que cuidar de los demás, ocuparte de todo, hacerte el fuerte, disimular tu cansancio... Y todo eso sin saber dónde apoyarte... Yahora haces cosas destructivas, pero que te ayudan a vivir tu dolor.

**ALFONSO:** Quiero cambiar eso. Lo sé, quiero dejar de hacer esas cosas, pero por ahora no puedo.

En el tratamiento de duelos complicados como el de Alfonso, no debemos olvidar nunca que los dolientes han llegado hasta ahí en su duelo gracias a estas defensas (y sin ningún terapeuta), y que antes de poder disolverlas es necesario que haya una relación terapéutica y una estructura interna lo bastante firmes como para contener y sostener todo el material que emergerá a medida que estas defensas se manifiesten y sean derribadas. La relación terapéutica va a proveer ese espacio de seguridad y conocimiento mutuo donde el paciente puede permitirse restablecer el contacto con los aspectos disociados que se desintegran a lo largo del proceso.

Al intervenir de forma directa incidiendo en el respeto y validación del sistema defensivo, Alfonso empieza a darse cuenta de la función de esas defensas, de esa creencia que guía su vida presente: «tener que ocuparse de los demás» y «estar activado con conductas excesivas para no sentir la soledad». Con la ayuda de la terapeuta conecta con la fuerza y creatividad que manifestaba ese chico de 17 años, cuando tuvo que aprender a sobrevivir a todo lo que se le venía encima después de la enfermedad del padre. Alfonso puede ir descubriendo el contexto en el que tomó esas decisiones inconscientes y que rememora gracias a esa experiencia de reescenificación del momento de la pérdida original. Esta vez, sin embargo, puede experimentarlo de una manera mucho más integrada, pudiendo expresar los afectos, los pensamientos y los recuerdos generados, y haciendo manifiesta la sintomatología asociada, sostenido por la presencia de la terapeuta, que interviene atendiendo las necesidades relacionales que van emergiendo y haciéndose cargo de la función de protección de esas defensas. Con ese trabajo, que deberá seguir realizándose en sucesivas sesiones, se abre para Alfonso la posibilidad de empezar a decidir cómo quiere vivir su soledad sin tener que recurrir a estrategias tan reactivas y destructivas.

Alfonso ha hablado en otras sesiones de sus experiencias del pasado, y dado que es un paciente intelectualmente dotado, posiblemente sabe que lo que le ocurre ahora, ese estrés que vive, está conectado con esas experiencias pasadas. Sin embargo, necesitará algo más que este saber cognitivo si quiere acabar con esa forma destructiva de afrontar sus duelos. Este fragmento de sesión de intervención es un buen ejemplo de cómo, mediante intervenciones arriba-abajo, se activa el procesamiento emocional-cognitivo que permite al paciente tener una vivencia emocional de la defensa y del contexto en que se instaló, y cómo al hacer eso puede dar un paso para sanar esa disrupción del contacto, dotándola de significado, y a la vez empezar de forma gradual a diluir la vieja defensa que está distorsionando su manera de relacionarse con él mismo y con la vida.

En el trabajo futuro con Alfonso, la terapeuta deberá facilitar una y otra vez la vuelta a esas escenas del pasado con métodos más regresivos, de modo que Alfonso pueda reconstruir la relación con esas figuras de referencia de su infancia y adolescencia de una forma reparadora y trabajar el duelo por la pérdida de la satisfacción de sus necesidades como adolescente. Al hacer esto podrá conectar con su importancia emocional y, por tanto, empezar a dotarla de significado: es decir, avanzar en el camino de aceptarse a sí mismo con toda la historia de pérdidas de su vida y entender que ese material ha sido precisamente el que lo ha construido como persona y el que lo puede ayudar a crecer.

### 5.3. Explorar tareas de conexión-integración

#### PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

A medida que las estrategias de negación son menos necesarias, la persona en duelo empieza a permitirse experimentar los sentimientos que hasta ahora rechazaba. Los detalles de las circunstancias de la muerte dejan de ser tan importantes, ya no busca un responsable de lo sucedido, ni se pregunta obsesivamente «¿por qué a mí?», ni evita hablar de lo que echa de menos de su ser querido. De forma progresiva, la persona va tomando conciencia de los aspectos más propios del duelo y entrando en contacto con ellos. La ausencia del ser amado y la pérdida de la relación implican la desaparición de una figura significativa que proveía de gratificación unas necesidades afectivas concretas, lo que despierta una añoranza y una tristeza que el doliente puede ahora expresar. Hacer el duelo en esta etapa implica vivir este dolor a pesar del malestar que produce y rendirse ante la realidad de la ausencia irrevocable del ser querido (véase cap. 3, apartado 3.3. Conexión e integración: elaborar los aspectos relacionales de la pérdida). La capacidad del doliente para vivir este sufrimiento ha ido aumentando a lo largo del proceso, y su intervalo de tolerancia es ahora mucho mayor (véase cap. 4, apartado 4.2.: Ventana de tolerancia: respetar el compromiso de evitación-confrontación). El terapeuta, en esta etapa, favorece afrontamientos o estrategias orientados a la toma de contacto con la realidad plena de la ausencia del ser querido: en este momento del proceso, el doliente puede relatar recuerdos por primera vez, ver objetos que lo conectan con momentos concretos vividos o ir a lugares que evocan aspectos de la historia de la relación hasta ahora no atendidos. Es ahora cuando es capaz de relacionarse emocionalmente con la representación simbólica de su ser querido fallecido y establecer un diálogo interno: puede hablar y sentirse escuchado e incluso sentir la respuesta de su ser querido ausente. En esta etapa de acompañamiento, el terapeuta hace intervenciones más directivas, con más énfasis en métodos y técnicas expresivas específicas. La persona está abierta a propuestas concretas para explorar significados simbólicos sobre rituales, objetos, recuerdos, acontecimientos (véase cap. 4, apartado 4.2.: Integración en las tareas de duelo). La reminiscencia, a pesar de ser una fuente de sentimientos dolorosos, facilita el trabajo de elaboración de nuevos significados: la persona se entrega a los recuerdos sobre la relación y, al compartirlos y ponerles palabras, encuentra un alivio y se abre a la posibilidad de dotar de significado su experiencia de pérdida.

El terapeuta deberá no sólo escuchar este malestar, sino a veces incluso alentarlo mediante sus propuestas. Según Pennebaker, las personas en duelo se benefician de hablar o escribir sobre su vivencia de duelo porque eso las ayuda a organizar la experiencia, clarifica los estados emocionales al ponerlos en palabras y les facilita un cambio cognitivo a lo largo del proceso (Pennebaker, 1989, Pennebaker y otros, 2001). Hablar o escribir permite acceder a recuerdos asociados a la relación perdida y reexperimentar los sentimientos y las imágenes de forma vívida, lo que facilita este procesamiento integrado que va a permitir al doliente construir una nueva percepción del mundo sin el ser querido. Hay estudios que concluyen que escribir factualmente sobre un episodio importante no contribuye a la mejora de la salud, mientras que escribir emocionalmente sí (Pennebaker y Beall, 1986; Zech, 1999, 2000), lo que refuerza la hipótesis de la emoción como clave para la resolución de los aspectos

relacionales del duelo. Esto explica también cómo, a pesar de que hablar del duelo con los allegados reactiva emociones difíciles para los dolientes, éstos manifiestan que están dispuestos a volver a repetir el hecho de compartir socialmente esas experiencias negativas. Compartir es una conducta natural que las personas en duelo necesitan y buscan (Pennebaker, 1989 y Pennebaker y otros, 2001).

Desde una perspectiva relacional, en el diálogo con el terapeuta lo que importa no es la revelación sin más por parte de la persona en duelo, sino el encuentro intersubjetivo entre ambos, que es lo que facilita que la experiencia pueda ser integradora. El terapeuta expresa un impacto por lo que el paciente relata, a veces muestra una experiencia de reciprocidad, en otras ocasiones inicia el contacto sobre temas dolorosos; y con todas estas intervenciones estimula emociones como la aflicción, el enfado o la culpa que, en el marco de la relación terapéutica, serán utilizadas como señales que apuntan hacia lo que está pasando en el interior del doliente. El trabajo de duelo de conexión-integración incluye identificar, expresar y comprender las expresiones somáticas, emocionales y conductuales de dolor asociadas a los recuerdos. Por decirlo de una manera simbólica, *el objetivo es explorar el mensaje que encierran las lágrimas*. Al hacerlo, van emergiendo distintas tareas de duelo propias de esta etapa, que son atendidas progresivamente en el marco de la relación de confianza, seguridad y aceptación.

Al proveer de un apropiado nivel de conciencia interior, la disponibilidad a hablar del ser querido será orientada, mediante una cuidadosa indagación, hacia la puesta en contacto con recuerdos, imágenes, emociones, necesidades o expectativas relacionados con la naturaleza de la relación. Facilitar la expresión de lo que fue la historia relacional; poder llorar y despedirse de lo que se ha recibido, así como de lo que no pudo lograrse; experimentar una vivencia de reconciliación de lo difícil, sean hechos, omisiones, pensamientos, actuaciones o sentimientos que se vivieron en la relación; sacar a la luz los aspectos negativos que el doliente necesita perdonar, y tomar conciencia de cómo una necesidad frustrada es también una forma de relación son algunas de las tareas que serán abordadas en esta etapa. Asimismo el terapeuta propondrá al doliente que exprese el dolor por lo que ya no existirá, que se permita sentir la aflicción por la relación futura que no va a tener lugar; en definitiva, que explore y ponga palabras al futuro imaginado, mejor, distinto y que ya nunca podrá vivirse. El trabajo de mostrar la gratitud, el perdón y el afecto es otra de las tareas del duelo que el terapeuta deberá ir atendiendo cuando vaya emergiendo en el marco de la psicoterapia.

#### *Objetivos terapéuticos*

- Consolidar y ampliar las funciones del *self*.
- Identificar y responder al posible trauma acumulativo causado por la carencia de un entorno de apoyo y comprensión persistente en el tiempo («¿aún estás así?»).
- Facilitar la expansión de la ventana de tolerancia emocional.
- Aprendizaje del manejo consciente de estrategias de conexión o de evitación que intervienen en las necesidades psicológicas de procesamiento del duelo.

- Promover la productividad de las estrategias de conexión.
- Facilitar las tareas de duelo propias de esta etapa: aspectos de la relación perdida (asuntos inconclusos, futuro no vivido, espejo roto).
- Identificar y elaborar posibles pérdidas concurrentes (pérdida de rol social, por ejemplo) o secundarias (ejemplo: el niño pierde a su madre, que deja de estar disponible al morir el hermanito).
- Facilitar la integración de la narración de las circunstancias referidas a la muerte del ser querido de una manera realista y aceptable.
- Elaborar aspectos de dependencia y/o ambivalencia con el ser querido ausente.
- Trabajo de guiones de víctima y su relación con estilos de vinculación dependiente.
- Reestructuración de un estilo de vinculación más madura.
- Examinar las relaciones con los que quedan: promover cambios en relaciones insatisfactorias.

### *Métodos*

- Responder a las necesidades relacionales expresadas: proporcionar permiso para la expresión de afectos, protección, reciprocidad e impacto.
- Promover activamente la reminiscencia como afrontamiento de conexión-integración.
- Identificar las tareas relacionales presentes en sintonía con el desarrollo evolutivo.

### *Métodos*

- Indagar en las siguientes áreas: recuerdos y evocaciones sobre el ser querido, interpretaciones y significados, emociones y estados emocionales.
- Facilitar el diálogo con la representación interna del ser querido para promover la reestructuración y elaboración de los aspectos relacionales.
- Animar la expresión plena de las emociones naturales, principalmente tristeza, aflicción y añoranza: promover un proceso integrado abajo-arriba o emoción-cognición.
- Señalar y subrayar la emergencia de nuevas visiones, interpretaciones y significados sobre la pérdida y los aspectos de la relación.
- Uso de estrategias terapéuticas como escribir, emplear objetos de recuerdo, visitar lugares significativos, diseñar rituales de despedida y arte-terapia, entre otros.

### *Fracasos terapéuticos más comunes*

- Imponer un calendario de recuperación.
- Esquivar las tareas relacionales para evitar despertar emociones difíciles («es mejor que no pienses más en ello»).
- Desautorizar las expresiones de aflicción, tristeza o añoranza («vamos a lo positivo»).
- Hacer intervenciones arriba-abajo como confrontaciones e interpretaciones cognitivas en vez de mantenerse en la indagación estricta.
- Imponer significados, adelantarse al ritmo del paciente y robarle el *insight*.

FIGURA 5.3. Rendición y confrontación, elaborar los aspectos relacionales de la pérdida: resumen de objetivos terapéuticos, métodos y estrategias de intervención y fracasos terapéuticos más comunes.

A medida que estas cogniciones son expresadas en una experiencia integrada con la emoción, empiezan aemerger nuevos significados. El doliente, al expresar el dolor y ponerle nombre, puede conectar a la vez con el amor vivido y expresarlo en palabras, junto con las partes positivas recibidas en la relación. El dolor explorado abre la puerta de acceso al amor y a la gratitud. En el curso de este difícil camino empiezan a aparecer momentos de esperanza, de posibilidad de un futuro. Experimentar la emoción de la relación perdida permite sentir que, de alguna manera, esa relación persiste en el tiempo. Paradójicamente, entrar en el dolor del duelo nos conecta con la posibilidad de seguir sintiendo amor por el otro e incluso, según expresan muchos dolientes, seguir recibiéndolo.

#### **LOURDES: «ELLA LO ERA TODO PARA MÍ». TRABAJAR EL ESPEJO ROTO**

Lourdes perdió a su nieta hace un año de una meningitis. Ha estado participando en un grupo de apoyo desde hace seis meses. En los primeros meses le era muy difícil hablar de su nietecita y sólo podía expresar su enfado sintiendo que su muerte podría haberse evitado y culpabilizando al personal médico y a los maestros de la escuela de su fallecimiento. En este momento más avanzado de su proceso hay mucha más aceptación, está más abierta al dolor y se permite expresar su aflicción. La niña tenía 4 años cuando murió y pasaba mucho tiempo con Lourdes, quien la atendía regularmente, ya que los progenitores trabajan en una industria local. Lourdes tiene su casa llena de fotografías, en cualquier lugar adonde dirige la mirada está su imagen sonriente mirándola. Lourdes tenía una relación muy simbiótica con su nieta, lo que, unido a las trágicas circunstancias en que sucedió la muerte de la niña, hace que su vivencia sea especialmente difícil. Su dolor está relacionado con lo que ella ha perdido, y en este trabajo terapéutico que aquí se presenta es capaz de identificar y de poner nombre a esta parte de ella misma que vivía en su nieta. La terapeuta, en sesiones anteriores, ha ido estableciendo una conexión entre esa relación simbiótica con su nieta y algunas conductas que Lourdes está mostrando en este momento de su duelo. El objetivo terapéutico principal en el caso de Lourdes es favorecer su comprensión del sentido profundo de su dolor para que pueda

conectar con los aspectos más dependientes de su relación con la niña. Si ella no es capaz de identificar la parte de su vida que no está resuelta y que ha estado proyectando en su relación con su nieta, corre el riesgo de desarrollar un duelo crónico.

**LOURDES:** Tengo la casa forrada de fotografías suyas. La gente me dice que ya es hora de quitarlas, pero yo no quiero.

**TERAPEUTA:** Para ti es importante tener la casa forrada con sus fotos.

*Uno de los principios básicos de la psicoterapia de duelo es la importancia de mantener una visión biológica adaptativa de los afrontamientos (véase cap. 4, apartado 4.2.: Los afrontamientos y la protección del SELF), y, por tanto, esta conducta de afrontamiento es utilizada por la terapeuta como una puerta de acceso a material más profundo. En vez de intentar que deje de hacer eso, la terapeuta empieza haciendo un subrayado, ese «tener forrada la casa de fotografías», mediante una intervención que es una indagación y a la vez una validación que da seguridad y protección a Lourdes (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 3. Ser validados en la forma de afrontar el duelo). En las siguientes intervenciones muestra un interés genuino por cómo ella ha decidido vivir su duelo, al tiempo que muestra un respeto sincero a su necesidad de afirmar su forma individual de vivir el proceso (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 5. Definirse en la manera individual y única de vivir el duelo).*

**LOURDES:** Sí, sí, eso me ayuda.

**TERAPEUTA:** ¿Cómo te ayuda?

**LOURDES:** Puedo conectar con ella en todo momento.

**TERAPEUTA:** ¿Cómo lo haces? ¿Cómo haces esa conexión?

*La terapeuta empieza interesándose por la función de ese «tener forrada la casa de fotografías de la niña» y, a partir de una cuidadosa indagación fenomenológica, explora la productividad de esa conducta de confrontación mediante una intervención en sintonía con este afrontamiento (véase cap. 4, apartado 4.3.: La sintonía como método). Al hacer eso está validando los esfuerzos de Lourdes en su duelo y normalizándolos. A la vez la anima a poner conciencia en la manera en que estos esfuerzos de afrontamiento están contribuyendo a procesar la pérdida de su nieta.*

**LOURDES:** Me gusta mucho mirarlas.

**TERAPEUTA:** Cuéntame cómo es ese momento para ti.

**LOURDES:** Pues me quedo mirando la foto que tengo delante y lloro un poco.

**TERAPEUTA:** Y tu mirada ¿qué le dice?

**LOURDES:** Que la echo de menos... (llora) y le pido que me ayude y que ayude a su madre.

*Lourdes es capaz de hacer ese diálogo interno con la niña y de elaborar aspectos de la relación y de su duelo. Esto es posible gracias al trabajo realizado en las etapas anteriores y es un signo de cómo Lourdes está preparada en este momento para*

*experimentar el dolor de su ausencia sin tener que rechazarlo, distorsionarlo o negarlo. Las intervenciones de la terapeuta son ejemplos de sintonía en el afrontamiento, cuya función es mejorar su productividad en términos de procesamiento, es decir, estimular los recuerdos, las emociones y los pensamientos de una forma integrada ante una figura que provee de validación. Lourdes explora este diálogo con su nieta a pesar del dolor que le suscita: esto es posible porque en este momento su ventana de tolerancia es mucho mayor (véase cap. 4, apartado 4.2.: Ventana de tolerancia: respetar el compromiso de evitación-confrontación) y, por tanto, puede integrar los aspectos emocionales con los cognitivos en esa experiencia de conexión que está teniendo.*

**TERAPEUTA:** (*mostrándose impactada*) Es bonito lo que dices... ¿Qué más le pides?

**LOURDES:** Que ayude a su madre, y creo que lo hace. Ahora podemos hablar un poco más. Antes no podíamos ni hablar. También le digo que estoy muy sola y que la echo de menos, esperando que pasen los días. Creo que el tiempo me ayudará... Que el tiempo pase rápido... Que pase un año o dos...

**TERAPEUTA:** ¿Qué efecto tendrán un año o dos?

**LOURDES:** Que no sufriré tanto.

**TERAPEUTA:** El tiempo solo no hace nada, depende de lo que hagas en ese tiempo. Si te sirve para expresar el dolor, poner palabras a lo que sientes, entonces... entonces te ayudará. Pero si es para tapar el dolor y asumir una actitud pasiva ocultando tus sentimientos, entonces el tiempo no te ayudará.

*Aquí la terapeuta aporta información sobre cómo ha sido el proceso de Lourdes en el pasado y el camino de aprendizaje realizado en la expresión y aceptación de sus emociones. Aprovecha para subrayar la importancia de la expresividad como manera de afrontar el duelo en esta etapa. Para Lourdes, este trabajo ha resultado ser un auténtico aprendizaje de lenguaje emocional.*

**LOURDES:** Últimamente intento hablar de lo que siento. Tengo que cambiar muchas cosas... Sé que ya nunca seré la misma. Noto cómo ahora están cambiando cosas en mí.

**TERAPEUTA:** ¿Qué notas que está cambiando?

**LOURDES:** Ahora puedo estar con otros niños de su edad... (*llora*)... Nietos de amigos míos. Estar con ellos me hace daño, pero sigo ahí; escucho sin ilusión, pero intento ir a verlos y estar con ellos. Hay uno que me recuerda mucho a mi nieta, verlo me parte el corazón.

**TERAPEUTA:** Lo que te parte el corazón es...

**LOURDES:** Vérlo crecer, ver en él lo que no será mi nieta. Ellos disfrutan de su niño y yo me noto vacía. A veces hay una barrera en las conversaciones con ellos...

**TERAPEUTA:** Es duro como abuela escuchar a otros hablar de sus nietos y sentir que tú no verás crecer a tu nieta, y eso te hace sentir un vacío, ellos no se dan cuenta.

*Lourdes señala con esta expresión dos tareas de duelo que debe atender y que están apareciendo en su relato: por un parte, su futuro no vivido con su nietecita (véase cap. 3, apartado 3.3.: Función adaptativa: necesidades y tareas, El futuro no vivido) y, por otra, el fracaso de su entorno en escucharla y ser sensible a lo que ella está viviendo (véase cap. 3, apartado 3.3.: Variables de riesgo, Factores interpersonales). La terapeuta pone nombre a los sentimientos que experimenta Lourdes hacia otros abuelos, y a la vez muestra su empatía sintiéndose impactada emocionalmente por lo que dice, respondiendo*

*así a esa necesidad relacional (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 6. Sentir que la experiencia de duelo impacta en el otro). La terapeuta subraya ambas tareas y deja que sea ella la que focalice en el tema emergente. Eso anima a Lourdes a seguir hablando de cómo son para ella esas situaciones tan confrontativas.*

**LOURDES:** Claro. Yo pienso que deberían ir con cuidado con quien está ahí, pero no sé, quizá tampoco yo me hubiera dado cuenta si la situación fuera al revés... Ellos no tienen la culpa... Pero antes hablábamos de eso... siempre de los nietos... No es que no sean delicados... Es que les sale porque tienen ganas de hablar de su nieto.

**TERAPEUTA:** Entonces, cuando dices que los abuelos deberían ir con cuidado con quien está ahí, ¿quéquieres decir?

**LOURDES:** Que el tiempo pasa muy rápido y tenemos que aprovecharlo, que hay que estar con los niños... Eso me hace mucho daño... Aunque ya nada me hace ilusión... (*Con emoción y fuerza.*) No había nadie como ella, yo con ella ya tenía bastante.

*Ese «deberían ir con cuidado con quien está ahí» podría tener varias interpretaciones. La terapeuta no hace ninguna presuposición e interviene mediante una indagación cognitiva (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 3. Emociones y estados emocionales). La continua indagación y validación del material que Lourdes va desplegando nos muestra los temas más acuciantes para ella. La aparición de una emoción asociada a estas últimas palabras señala una puerta abierta a un tema que emerge en primer plano y que la terapeuta subraya.*

**TERAPEUTA:** No había nadie como ella, yo con ella ya tenía bastante...

**LOURDES:** Ella lo era todo para mí, era mi ilusión, TODA mi vida.

**TERAPEUTA:** Cuánta emoción hay en tus palabras.

**LOURDES:** A veces mi hija me hablaba de tener otro niño y yo le decía que a mí no me hacía falta, que yo no quería otro nieto: no habrá otro como ella. Yo ya estoy... Con ella tengo suficiente.

*Lourdes expresa cómo la relación con su nieta era una fuente de gratificación de necesidades personales muy profundas, hasta tal punto que no desea otro nieto. A partir de esta revelación, la terapeuta toma la decisión de abordar el tema de la dependencia como tarea prioritaria en esta etapa. Las relaciones de dependencia son una variable de riesgo de duelo crónico (véase cap. 3, apartado 3.3.: Variables de riesgo, Factores interpersonales). Tomando como punto de partida esta afirmación, «yo con ella ya tenía bastante», se inicia el trabajo de toma de conciencia de los elementos de dependencia en su relación con la nieta.*

**TERAPEUTA:** Con ella tengo suficiente... Suficiente ¿para qué?

**LOURDES:** Yo no había podido hacer de madre con mi propia hija. No fui una buena madre... Con mi nietecita pude hacer de todo... Siempre me reproché no haber podido ocuparme de mi hija. Ella me reprochó siempre que no había actuado como una madre y que no tuve otros hijos. Pero eran tiempos muy difíciles. Yo tenía que trabajar mucho, tuve que pedir ayuda y que alguien se ocupara de ella para que yo pudiera trabajar. De hecho, me sentía un poco culpable por no haber podido pasar más tiempo con ella y cuidarla más. Entonces, cuando llegó mi nietecita, me sentí feliz, lo dejé todo para estar con ella.

**TERAPEUTA:** Pudiste hacer con tu nieta lo que no hiciste con tu hija.

**LOURDES:** Sí, cosas que no había podido hacer con mi hija, que era cuidada por otras personas. Yo acababa de trabajar a las ocho de la tarde, la niña estaba con otras personas, cuando la veía ya estaba cenada y dormida...

**TERAPEUTA:** Es decir, que con tu amor a tu nieta reparabas cosas tuyas...

**LOURDES:** Sí, así es.

**TERAPEUTA:** ¿Qué es eso tan importante que recibías a través de esta relación?

**LOURDES:** (piensa un momento) No sé, sentirme mejor madre, supongo, menos culpable.

**TERAPEUTA:** Qué bonito eso que dices... Entonces tu nietecita te ha ayudado a curar una herida importante de tu vida.

**LOURDES:** (llora) Sí, ahora soy más consciente de esto, ella me permitió vivir lo que no viví con mi hija.

**TERAPEUTA:** ¡Qué bonito regalo!

**LOURDES:** Sí... pero ¡por tan poco tiempo!

**TERAPEUTA:** Yentonces forrar la casa con sus fotos es una forma de recordar lo que has perdido: no sólo he perdido a mi nieta, sino también la posibilidad de reparar lo que no pude vivir con mi hija.

*Aquí la terapeuta hace una integración conectando la conducta de afrontamiento de Lourdes, ese «tener forrada la casa de fotos», con aspectos concretos de su función procesual acerca de la relación. Con esta invitación facilita que Lourdes ponga conciencia al contenido de significación de su dolor. Ahora la paciente sabe más acerca del material al que están conectadas sus lágrimas.*

**LOURDES:** (conmovida) Yo me sentí tan mala madre con mi hija..., sentí que la había abandonado, que me perdí su infancia. Necesito sentir que soy una buena abuela...

**TERAPEUTA:** Entonces, cuando estoy delante de tus fotos mis lágrimas dicen...

*Al invitarla a sentir y volver a la escena de estar frente a las fotos y poner nuevas significaciones a esa emoción, se la está ayudando a dotar de un nuevo sentido la pérdida de su nieta: Lourdes va a poder expresar también el dolor del duelo no resuelto en la relación con su hija. Su nieta le devolvía la imagen de madre que ella había perdido y le satisfacía la necesidad de curar la herida producida por sentir que la había abandonado. Parte del dolor de Lourdes ahora tiene que ver con esa pérdida, y este trabajo la ayuda a empezar a dotar de significado consciente este material de espejo roto.*

**LOURDES:** (llora) Que es como si te hubiera abandonado... Yo quería ser una buena abuela, y... (llora) también una buena madre... Te echo mucho de menos...

**TERAPEUTA:** Y el regalo que me has dado con tu vida y con tu presencia es...

**LOURDES:** (llora) Durante el tiempo que he pasado contigo me he podido sentir buena madre y aliviar mi dolor por lo que no pude vivir con mi hija.

**TERAPEUTA:** Y lo que necesito decirte es...

**LOURDES:** (llorando) ...que me perdes, porque a veces pienso que te has ido porque yo te quería demasiado para mí. Te quería demasiado para mí, estaba muy obsesionada contigo...

**TERAPEUTA:** Tómate un momento para continuar con esta emoción, Lourdes, y siente esas palabras en tu corazón. Puedes cerrar los ojos.

(Lourdes cierra los ojos.)

**TERAPEUTA:** Perdóname porque a veces pienso que te has ido porque yo te quería demasiado para mí... y ahora mi dolor es porque debo dejarte partir...

**LOURDES:** Sí, mi niña, debo dejarte ir y me duele...

**TERAPEUTA:** Deja ir su imagen... y permítete sentir tu dolor por esa partida.

*(Lourdes permanece en silencio.)*

**TERAPEUTA:** Quiero pedirte que sigas un poco más ahora, Lourdes. Sigue con los ojos cerrados... y pon delante de ti la imagen de tu hija, tal y como es ahora.

**LOURDES:** Oh... Ahora estamos algo distanciadas.

**TERAPEUTA:** Dirígete a esa mujer que es tu hija y... háblale de tus sentimientos de culpa por no haber sido buena madre.

*Al llevar a cabo una estrategia de diálogo entre las figuras simbólicas de su hija y su nieta, Lourdes puede hacer conexiones entre su dolor actual y la pérdida de su rol anterior de madre y ver cómo el uno afecta a la otra. Dirigirse a la relación original y hacerse consciente de cómo ha estado desplazando sus afectos le va a permitir aliviar parte de su sufrimiento en relación con la pérdida de rol reactivado por la ausencia de la niña.*

**LOURDES:** (con emoción, dirigiéndose a la hija) Yo no me daba cuenta de lo importante que era. Tenía que trabajar y era todo tan difícil, tenía que dejarte con la abuela todo el día. Y después, cuando regresaba, yo estaba muy cansada y muchos días tú ya estabas dormida. La abuela era ya como tu madre y no me dejaba hacer nada. Y yo me dejé llevar, aunque no tendría que haberlo hecho. Era tu madre y nunca hice de madre. Fui una mala madre contigo y creo que ahora quería compensar eso con la pequeña. No te he dejado espacio con ella y ahora me siento muy mal; estamos distanciadas y eso me duele mucho.

**TERAPEUTA:** Y lo que necesito ahora para reparar eso contigo es...

**LOURDES:** Que podamos hablar... Que pueda estar más contigo y que me perdes. Que no me eches de tu lado ahora que nos necesitamos tanto. No puedo perderte a ti ahora. Es como si te hubiera perdido dos veces, una entonces y otra ahora.

**TERAPEUTA:** Es tan importante que puedas hacer esta conexión, Lourdes. Háblale a tu hija de cómo una pérdida está relacionada con la otra.

En el trabajo de espejo roto, la persona en duelo debe hacerse consciente de lo que recibía a través de esta relación y de cómo gratificaba las necesidades psicológicas relativas a su propia historia. Proporcionar una experiencia de reconocimiento afectivo y cognitivo de esta parte, ahora perdida con la muerte del ser querido, es la esencia de la intervención en el espejo roto. Lourdes no era consciente de este aspecto de su relación con su nietecita y de cómo en ella proyectaba parte de los temas pendientes con relación a su propia maternidad. En su vivencia, este material estaba apartado de la conciencia y sólo reconocía que no podía soportar la ausencia de su nieta, que estaba obsesionada con ella y que esta obsesión no era natural. Para avanzar en su proceso, Lourdes debe hacerse consciente de esa parte de la relación con su nieta proyectada de un pasado no resuelto, y de ese modo podrá ir comprendiendo progresivamente y dar un sentido global a lo que ha significado en su vida el tiempo pasado con ella. En esta experiencia integrada que le proporciona la sesión, Lourdes puede restaurar el contacto pleno con los aspectos negados de su pérdida anterior y llevarlos a la conciencia, poniendo nombre a las necesidades gratificadas por esa relación. A partir de ahí, y una vez elaborado su duelo por la maternidad que no pudo vivir, podrá empezar a abordar la tarea de reconstruir una nueva relación con su hija, que ya es apuntada al final del fragmento de

sesión presentado más arriba. Este cambio en la forma de relacionarse con su hija constituye uno de los aprendizajes que Lourdes va a poder iniciar como consecuencia de su trabajo personal en torno a la pérdida de su nietecita.

#### **IRENE: «ESAS FAMILIAS ME SACAN DE QUICIO». RESOLVER ASUNTOS INCONCLUSOS**

Irene es trabajadora social en una unidad de cuidados paliativos. El trabajo que aquí realiza es un ejemplo de resolución de asuntos pendientes como tarea de conexión-integración. La madre de Irene murió hace muchos años, cuando ella era una adolescente. Aunque no diríamos que Irene tiene un duelo complicado, éste sería un buen ejemplo de duelo pendiente o tarea no resuelta en relación con un duelo del pasado. La sesión se realiza en el marco de una supervisión profesional a la que Irene ha acudido en busca de ayuda. En el trabajo realizado, Irene puede resolver aspectos transferenciales en sus relaciones con algunos pacientes. Para ello se permite conectar con sentimientos del pasado, explorándolos con el apoyo de la terapeuta, que la valida y la ayuda a identificar esas tareas o temas específicos subyacentes, es decir, los temas no resueltos asociados a recuerdos dolorosos. Estos temas, que durante tantos años han sido negados o evitados por Irene, van a ser confrontados, recordados de nuevo y resueltos de forma adecuada.

Irene está hablando de algunas de las familias a las que atiende en la unidad de enfermos en la etapa final de la vida.

**IRENE:** Estas situaciones me pasan a menudo y no las controlo. Son familias que cuando se acerca el final no hablan entre ellos. Yo les digo a los familiares que tienen que hacerlo, pero parece que no pueden. Estas familias me sacan de quicio. Tienen todo el tiempo para poder hablar entre ellos y no lo aprovechan. En la que estoy acompañando ahora, ella se queda quieta en la puerta de la habitación y no habla con su padre; a él le queda poco tiempo, sufre crisis agudas y cada vez está menos consciente, pero vuelve a recuperarse. En las crisis ella se machaca y se culpa, pero no se despide, y yo quisiera que pudiesen hablar, que se despidieran, pero no sé cómo conseguirlo.

**TERAPEUTA:** Tu interpretación es que hay un tema pendiente que retiene al padre y que no puede resolver, y tú deseas intervenir para resolver todo esto.

**IRENE:** Sí.

**TERAPEUTA:** Cuéntame la escena final de esta historia: tu mejor fantasía de cómo te gustaría que acabara esta historia. Como si fuera una fotografía o un cuadro, o la escena de una película...

**IRENE:** (ríe) El padre se está muriendo y entonces ella, la hija, se acerca a él y en ese momento puede decirle todo y darle las gracias y decirle adiós, y luego él se marcha en paz.

**TERAPEUTA:** Un final feliz. ¿Y tú dónde estás en la escena?

**IRENE:** Bueno, yo sé que he contribuido a ello, y estoy feliz.

**TERAPEUTA:** Estás viendo eso con felicidad porque sabes que ha sucedido así. Muy bonito.

**IRENE:** (con mucho énfasis) Pero no consigo hacerlo, no lo consigo, y estoy segura de que esta mujer va a tener un duelo complicado porque ya está tomando medicación. Hay un programa de duelo en el centro y quiero que ella pueda ir después, porque yo sólo la puedo ayudar hasta el fallecimiento del padre, no después. He hablado con la terapeuta de ese programa para que hable con ella después.

**TERAPEUTA:** O sea, que se lo tienes todo organizado.

**IRENE:** Sí, todo lo que he podido.

*La terapeuta hace una indagación más factual en la primera parte, recreando la escena para que Irene tome contacto pleno con esa situación. Una vez que está allí, interviene mediante una indagación más fenomenológica preguntándole sobre su experiencia, para que ponga nombre a lo que siente, y con ello le permite tomar conciencia de cómo es su experiencia interna ante estas situaciones a medida que hace el relato. Después de haber tomado conciencia profunda de cómo es vivir esa situación, ella puede estar abierta a empezar la toma de contacto con material inconsciente. El hecho de que tales situaciones sean frecuentes y la sobrerreacción emocional que le producen esas familias, es decir, la irritación, son un indicio de que hay material transferencial perteneciente a su pasado.*

**TERAPEUTA:** Tengo un pregunta importante (*silencio*). ¿Qué supone para ti la escena final de esa fantasía? En ese deseo tuyo, ¿qué hay para ti?

**IRENE:** (*silencio*) ¿Qué quiere decir «para mí»?

**TERAPEUTA:** Si consigues eso en la escena final, ¿cómo estás tú por dentro?, ¿qué recibes tú?

**IRENE:** Tranquilidad, poder hacer algo que es muy bonito... poder despedirse...

**TERAPEUTA:** Poder despedirse....

**IRENE:** Saber que puedes ayudar a la gente (*se emociona*)... Que la estoy ayudando.

**TERAPEUTA:** Ahora estás conectando con algo importante...

*La reacción emocional de Irene es un indicador de que está haciendo una conexión con material más profundo. La terapeuta lo subraya mediante una intervención de indagación en la reacción emocional (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 3. Emociones y estados emocionales), lo que facilita que este material más inconsciente empiece a emergir.*

**IRENE:** Conecto conmigo misma, con algo de mi pasado que tiene que ver con mi madre.

**TERAPEUTA:** Ayudar a la gente a despedirse tiene que ver con tu madre.

**IRENE:** Sí.

**TERAPEUTA:** Con ella la escena no pudo ser así.

**IRENE:** No.

**TERAPEUTA:** ¿Qué habrías querido que fuera distinto?

**IRENE:** La habría tocado, le habría dicho cosas... en vez de que me sacaran de casa y me dijeran que saliera con las amigas del pueblo. Tenía 16 años cuando murió y no me daba cuenta.

**TERAPEUTA:** No te dieron ninguna explicación.

**IRENE:** Nada, no me dijeron nada.

**TERAPEUTA:** O sea, que mientras ella estaba muriéndose tú estabas...

**IRENE:** ...pasándomelo bien con mis amigas... Yo la había cuidado mucho, me acuerdo de cómo la peinaba y me sentaba a su lado y la abrazaba, pero no era consciente de que estuviera tan mal.

*En estas intervenciones, la terapeuta hace una indagación histórica que le permite recoger los hechos más significativos de lo que sucedió. Esta parte primera es importante porque esos elementos pueden ser útiles y necesarios para el trabajo de reexperimentación reparadora que se da a continuación. Y al mismo tiempo estas intervenciones validan la propia experiencia de Irene: al responder con interés a su*

*historia, la terapeuta está atendiendo su necesidad de ser creída y escuchada y de poder definirse en su manera de vivir la muerte de su madre, necesidades que no fueron atendidas en su tiempo (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 1. Ser escuchados y creídos en toda su historia de pérdida y 5. Definirse en la manera individual y única de vivir el duelo). Estas validaciones en sintonía con las necesidades relacionales (véase cap. 4, apartado 4.3.: La relación terapéutica: atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo, 1. Sintonía en las necesidades relacionales) transferidas a la relación terapéutica son el detonante de la emoción intensa con la que puede conectar Irene.*

**TERAPEUTA:** Pasándolo bien... en vez de...

**IRENE:** (*sollozando intensamente*) ... estar con ella y despedirme. Me siento muy culpable, siempre me siento muy mal cuando pienso en ella.

**TERAPEUTA:** Irene, ¿puedes tomarte un momento y cerrar los ojos? Haz ahora lo que habrías querido hacer... Ponla delante y háblale de tus sentimientos de culpa.

*En este punto, la terapeuta invita a la paciente a hablar directamente con su madre en vez de con ella, es decir, pasa de una intervención interpersonal a una intrapsíquica. Para ello aprovecha un momento en que la emoción es muy intensa, de modo que la conexión de revivencia en la relación perdida está ya presente en el aquí y ahora. A partir de este punto comienza el trabajo de reexperimentación. Irene empieza a experimentar los sentimientos y pensamientos de la chica de 16 años frente a su madre que está muriéndose. La terapeuta la ayuda utilizando el tiempo verbal presente para que a partir de ahí reviva esa escena y pueda contar su historia de una manera distinta. Al inducir esta reexperimentación reparadora, ella puede vivir una fantasía de conexión con su madre mientras la terapeuta propicia una conversación genuina, ayudándola a poner palabras a lo que no pudo expresar entonces.*

**IRENE:** (*cierra los ojos y se toma un momento*) Mamá... lo siento... yo no sabía lo que pasaba... Y cuando regresé ya te habías ido (*muy emocionada*).

**TERAPEUTA:** Y me siento culpable por...

**IRENE:** ...no haber estado a tu lado mientras te ibas...

**TERAPEUTA:** Si hubiera estado ahí te...

**IRENE:** ...te hubiera abrazado y besado...

**TERAPEUTA:** Y con ello te estaría diciendo...

**IRENE:** ...que te quiero, que has sido la mamá más buena del mundo...

**TERAPEUTA:** Y te doy las gracias por...

**IRENE:** ...cómo me has educado, cómo me has hecho sentir en los años que te he tenido, por tu manera de mirarme cuando estabas enferma...

**TERAPEUTA:** Con esa mirada me decías...

**IRENE:** ...Tú puedes con todo, tú vales...

**TERAPEUTA:** Observa su cara mientras le dices eso... y sigue un poco más.

**IRENE:** Te necesito, mamá, me he sentido muy sola a veces, te echo tanto de menos, ya no hay nadie que me haga sentir así...

**TERAPEUTA:** ...Como tú que me hacías sentir...

**IRENE:** Te metías dentro de mí, me animabas con tu sonrisa cuando me acariciabas la mejilla, cuando me preguntabas por mis clases... Recuerdo cómo siempre me tomabas la lección y te interesabas por los detalles...

**TERAPEUTA:** Y todo esto me hacía sentir...

*La terapeuta, con sus palabras, su tono de voz, su ritmo y su conexión interna, comunica un reconocimiento empático de la experiencia interna de Irene que la transcripción no puede de ninguna manera expresar. Sólo en el marco de una intervención con alguien que está en sintonía puede darse un trabajo de diálogo con la figura de representación interna mentalizada que permita la integración de aspectos disociados y con ello la asignación de nuevos significados emocionales a la experiencia.*

**IRENE:** (Llorando) ... valorada, querida, importante...

**TERAPEUTA:** Por eso necesito decirte, mamá...

**IRENE:** ...que te quiero y que me perdes, yo no sabía que estabas tan mal, y luego en el funeral me sentí tan sola...

**TERAPEUTA:** Tan sola... y lo que habría necesitado es...

**IRENE:** ...que papá me dijera algo, pero nunca hablamos, nunca hemos hablado.

**TERAPEUTA:** ...Y lo que más necesito decirte sobre mis sentimientos de culpa, mamá, es...

**IRENE:** ...que me siento muy mal cuando pienso que estaba pasándomelo bien mientras tú estabas ahí... que me perdes...

*Expresar el afecto, la gratitud y el perdón son temas recurrentes en la resolución de asuntos inconclusos. La terapeuta guía en estas intervenciones y en las próximas con estas palabras, estos inicios de frase, en sintonía con la tarea de duelo, es decir, con el asunto inconcluso. Irene va parándose emocionada y es invitada a explorar nuevos espacios emocional-cognitivos hasta ahora desconocidos: eso le permite identificar y expresar todo lo que no pudo expresar en aquel momento y que ha quedado pendiente; todo ello constituía el material subyacente bajo los sentimientos de culpa, que luego era proyectado en sus relaciones con las familias a las que acompaña en su trabajo.*

**TERAPEUTA:** Observa su rostro mientras le dices esto. Date un momento para sentir cómo le llegan a ella estas palabras... Perdóname...

**IRENE:** Perdóname... Me habría gustado poder despedirme y darte mi último adiós...

**TERAPEUTA:** Y si hubiera podido hacerlo te habría dicho...

**IRENE:** Vete tranquila, mamá, no te preocunes por mí, seguiré adelante. Siempre te llevaré en mi corazón, mamá.

**TERAPEUTA:** Mamá está escuchando... Mira su cara y observa su expresión.

**IRENE:** ...Tu sonrisa, mamá.

**TERAPEUTA:** Déjate impregnar por esa sonrisa.

*Esta última intervención, donde explora el impacto en la relación con la representación interiorizada de su madre, le da la posibilidad de resolver el asunto inconcluso. Al poder comunicar esta vez algo distinto de lo que pudo decir entonces y permitirse sentir cómo habría sido el final de esta manera, puede empezar a sentirse*

*perdonada en el curso de un proceso intrapsíquico que es propiciado desde la fantasía interpersonal. Eso no cambia la realidad del pasado, pero sí su recuerdo como experiencia subjetiva, y este trabajo le va a permitir empezar a disolver sus sentimientos de culpa.*

*(Irene permanece en silencio mientras llora.)*

**TERAPEUTA:** Escucha lo que tiene que decirte con esa sonrisa... Creo que tiene un mensaje para ti. Escucha su voz y pon sus palabras en un espacio en tu corazón.

*(Irene sigue en silencio y llora.)*

**TERAPEUTA:** Lo que necesito decirte, hija mía, es...

**IRENE:** *(sigue en silencio; llora y suspira.)*

*Aquí el ritmo forma parte de la intervención, aunque lamentablemente no puede reflejarse en la transcripción. La terapeuta deja que ese diálogo imaginario tenga lugar en el interior de Irene, para lo cual le permite tomarse el tiempo necesario mientras va observando su expresión corporal y facial. El suspiro es un indicio de que algo ha cambiado en su interior.*

**TERAPEUTA:** Cuando estés preparada... despídete de mamá... Déjala partir... Observa su cara mientras os despedís... Observa cómo es su mirada, su sonrisa... Date cuenta de cómo su sonrisa te llega y de cómo te hace sentir... Permítete sentir su perdón en tu corazón...

*La visualización guiada es una intervención eficaz para la resolución de asuntos inconclusos. Permite esa conexión interna con la figura simbólica, permite actualizar la relación y mantener un diálogo imaginario cuya función es reparar los aspectos que no pudieron ser completados en su momento.*

*(Irene abre los ojos, sonriendo plácidamente; se mueve un poco.)*

**TERAPEUTA:** Entonces hay una conexión entre el hecho de que trabajes en paliativos y esta experiencia.

**IRENE:** *(piensa)* Ahora necesito sentir que ayudo a las familias a hacer lo que yo no pude, y entonces todo está bien...

**TERAPEUTA:** Y si no sale bien...

**IRENE:** Me irrita como he hecho con esa familia ahora.

**TERAPEUTA:** Entonces lo que deberías decirle a esa mujer si le hablaras desde el corazón sabiendo lo que sabes ahora es que... Háblale de la reparación que supone para ti el que ella haga eso.

**IRENE:** Cuando tú haces esto de despedirte de tu padre, me ayudas a reparar un asunto pendiente con mi madre, porque yo no me pude despedir de ella y ahora me ayudaría ver que tú puedes despedirte y dejarlo marchar tranquilo.

**TERAPEUTA:** Y si no lo haces, entonces me siento irritada porque...

**IRENE:** Porque es lo mismo que yo hice, estar alejada y no despedirme. Creo que ahora lo veo claro.

**TERAPEUTA:** Los pacientes que más nos irritan son los que más nos pueden enseñar sobre nosotros mismos. Parece que estas familias están ahí para que tú puedas aprender algo, Irene.

*La terapeuta, con estas últimas transacciones, invita a Irene a deshacer la transferencia. Al poner conciencia en cómo ese material que la irrita es parte de su proyección, la ayuda a poder manejar mejor emociones contratransferenciales como el*

*enfado que desplaza a las familias con las que trabaja y que le recuerdan situaciones similares a la que ella vivió. Al hacerse consciente de estos aspectos y poder elaborarlos, estará mejor preparada para intervenir en estas situaciones.*

Irene tiene una tarea pendiente en el duelo con su madre asociada a las circunstancias de la muerte. Ha estado todos estos años reforzándose en sus sentimientos de inadecuación por lo que sucedió entonces. A pesar de que sólo tenía 16 años cuando ocurrió el fallecimiento y de que a fin de cuentas fueron los adultos quienes la apartaron de su lecho de muerte, ella se autoinculpa por no haber estado a su lado. Posiblemente ya se ha dicho a sí misma, o le han dicho muchas veces otras personas, que no es culpa suya y que deje de sentirse así, pero eso no cambia su experiencia interna de impotencia y dolor. La irritación que le despiertan esas familias cuya historia puede acabar como la suya es un signo de su frustración ante la incapacidad de hacer que las cosas sean distintas, como ocurrió en su pasado. Pero esa irritación proyectada le impide hacer un buen trabajo como profesional. Al intentar empatizar con esas familias con dificultades de comunicación, recurre a su *self* herido y disgregado, y no es capaz de manejar esta inadecuación que proyecta en ellas. Eso dificulta su trabajo y su capacidad de establecer una relación de seguridad y confianza. En esta sesión terapéutica, en un trabajo claramente abajo-arriba, es decir, propiciando un procesamiento emocional-cognitivo, la terapeuta la ha ayudado a darse cuenta de cómo la impotencia experimentada ante ciertas familias en negación encerraba una esperanza de reparación para ella. En el diálogo imaginario con su madre, Irene puede resolver intrapsíquicamente ese tema, pudiendo expresar su perdón y sintiéndose perdonada. Al hacer esto es capaz de gestionar sus sentimientos contratransferenciales adecuadamente, utilizándolos de forma más consciente, con un *self* más cohesivo, para beneficio de sus pacientes, en lugar de que interfieran a nivel inconsciente en su manera de comunicarse con esas familias.

En la etapa de conexión e integración, las intervenciones psicoterapéuticas a menudo están orientadas de modo que aumente la sintomatología de malestar del duelo. Como puede apreciarse en los dos trabajos aquí presentados, la emoción es un elemento indispensable, pues es el activador de la memoria implícita que permite, tanto a Irene en este caso como a Lourdes en el anterior, entrar en contacto con aspectos de la pérdida de la relación hasta ahora desconocidos. La ventana de tolerancia es ahora mucho mayor y la persona en duelo puede experimentar emociones sin verse desbordada por ellas y sin necesidad de recurrir a estrategias de distorsión, lo que le permite, con la ayuda del terapeuta que promueve y sostiene a la vez, proveer una asignación cognitiva más ajustada a la experiencia, integrando esos aspectos hasta ahora disociados o negados. Este procesamiento emocional-cognitivo, activado por la sintomatología de duelo, es el que va desmantelando la estructura de las creencias nucleares previas acerca de la vida, de uno mismo y de las relaciones que Irene y Lourdes tenían hasta ahora. Este trabajo de reestructuración posibilita la emergencia de nuevos esquemas mentales que constituyen la base del crecimiento postraumático que va a ir produciéndose de forma progresiva.

#### **5.4. Explorar tareas de crecimiento-transformación**

## PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Una vez aceptadas y vividas las consecuencias emocionales de la pérdida y después de haber dotado de nuevos significados a la experiencia, la persona en duelo deberá integrar todo lo aprendido, aplicándolo de alguna manera en su vida. En esta etapa final del duelo, la sintomatología ha desaparecido o es mucho menos intensa, hay más energía y motivación para afrontar las relaciones y la vida en general. De forma natural y como conclusión del trabajo realizado, la persona empieza a ser capaz de identificar cambios en sí misma: a veces puede llegar a sentir que su identidad ha sido transformada por el duelo, y a partir de esos cambios puede explorar nuevos roles en las relaciones con los demás y decidir cómo reinvertir la nueva energía en el futuro. Todas estas son tareas típicas de la etapa de integración-transformación (véase cap. 3, apartado 3.4.: Crecimiento y transformación: experimentar la integración y los cambios). Haber dotado de significación emocional y cognitiva la experiencia de pérdida propicia la emergencia de nuevos esquemas mentales en el doliente, que le permiten poner en marcha recursos adaptativos de integración y transformación en su vida.

Si hasta este punto la psicoterapia de duelo estaba más orientada a la elaboración de los elementos traumáticos, a la disolución de las defensas de negación y a prestar atención a la elaboración de la pérdida de relación con el fallecido, la añoranza y la soledad, la última etapa de la intervención tratará de identificar y potenciar los signos que indican el crecimiento y la transformación. Para llegar al crecimiento postraumático como final del duelo, el terapeuta va facilitando el camino a lo largo de todo el proceso, etapa por etapa, tarea por tarea; con ello estará favoreciendo en el doliente la capacidad de reflexión y análisis, el desarrollo de un lenguaje emocional, la tolerancia al sufrimiento, la disminución de la necesidad de defensas y un aumento de la capacidad de expresión del afecto. Entonces el terapeuta no necesitará forzar a la persona a encontrar nuevos significados ni cambios en sus creencias nucleares, porque habrá creado en ella ese terreno fértil donde la percepción de la posibilidad de transformación interna genuina germinará de forma natural. Ese tesoro escondido sólo tiene valor si es el propio doliente el que lo descubre.

El crecimiento postraumático no puede ser impuesto por el psicoterapeuta, sino que debe emerger de forma espontánea en el doliente como consecuencia del trabajo de reelaboración realizado. El profesional que acompaña a la persona en duelo debe contribuir en todo momento a que ésta identifique y descubra los pequeños signos del despertar de su nueva conciencia, y así podrá alentarlos y encauzarlos fomentando su transformación (Calhoun y Tedeschi, 1999). No todas las personas serán capaces de aprender de su experiencia traumática; el grado de aprendizaje va a depender de muchos factores: la intensidad del trauma, la capacidad de elaborar las distintas tareas, la experiencia de pérdidas en el pasado (véase cap. 3, apartado 3.4, Cuando el crecimiento no se produce). De hecho, en los años que llevo dirigiendo un servicio de apoyo al duelo he observado que muchas personas parecen no dar este último paso y que cuando la sintomatología remite dicen aceptar lo sucedido y desean seguir con su vida, pero se detienen ante la posibilidad de seguir extrayendo frutos de su experiencia. En este sentido, el papel del psicoterapeuta de duelo es fomentar que esta última tarea tenga lugar.

### *Objetivos terapéuticos*

- Reestructuración de significados: una nueva narración integrada sobre la pérdida en la historia de vida del doliente.
- Poner nombre a todo lo descubierto acerca de uno mismo, la vida y las relaciones.
- Encontrar nuevas formas de vivir la vida como una expresión de lo aprendido a través de la experiencia de duelo.
- Liberarse de los sentimientos de traición o culpa por sobrevivir y por estar mejor y desear vivir.
- Encontrar maneras creativas de seguir experimentando la relación sin necesidad de hacerlo a través del sufrimiento.
- Poder seguir extrayendo frutos y lecciones de la relación.
- Explicitar cambios en el estilo de vinculación.
- Reconstruir el sistema de creencias y valores.
- Experimentar la transformación y los cambios intrapsíquicos e interpersonales.
- Abrirse a los aspectos existenciales y espirituales.

### *Métodos*

- Facilitar la expresión del amor y la vulnerabilidad como necesidad transferencial dentro de la relación terapéutica.
- Indagar en las siguientes áreas prioritariamente: interpretaciones y significados, creencias y valores, esperanzas y porvenir.
- Señalar y subrayar los aprendizajes que van surgiendo.
- Promover la expresión de nuevos significados.

### *Fracasos terapéuticos más comunes*

- Dar por resuelto el duelo cuando la sintomatología ha remitido.
- Forzar significados desde lo cognitivo y no desde un proceso integrado emoción-cognición o abajo-arriba.
- Forzar significados impuestos por el terapeuta («vas a crecer mucho con esto, y lo que vas a aprender es...»).
- Confundir el optimismo ilusorio, la sublimación o la intelectualización con el crecimiento y la transformación.

FIGURA 5.4. Crecimiento y transformación, experimentar la integración y los cambios: resumen de objetivos terapéuticos, métodos y estrategias de intervención y fracasos terapéuticos más comunes.

Aunque en tareas de crecimiento y transformación hay mucha menos intensidad emocional, a veces el trabajo implica ponerse en contacto con emociones desautorizadas, por ejemplo la culpa por empezar a sentirse mejor. En la labor de acompañamiento hay que ayudar al doliente a trabajar la creencia destructiva de que elaborar el dolor es separarse u olvidar, y facilitar que pueda encontrar nuevas formas más sanas de sentir que la vinculación pervive en el tiempo.

Un error común en la práctica clínica de la psicoterapia de duelo es que el terapeuta fuerce demasiado pronto al paciente a encontrar un beneficio, significado o aprendizaje en su pérdida. Si la persona en duelo está utilizando afrontamientos de negación o aún está sumergida en el trabajo de elaboración de aspectos del trauma, presionarla para que ponga nombre a los beneficios de su situación de duelo le producirá sentimientos de frustración e inadecuación, o incluso pondrá en peligro la relación terapéutica. Si el objetivo de la psicoterapia es promover el crecimiento postraumático, preguntar al doliente demasiado pronto, es decir, en choque-aturdimiento o negación-evitación, sobre qué es lo que está aprendiendo en su duelo, o en qué ha mejorado su situación ahora, o si hay algo bueno en lo que está viviendo ahora, sólo conducirá al fracaso terapéutico. La tarea del terapeuta de duelo es identificar en qué momento estas preguntas son adecuadas, pero en lugar de formularlas él mismo de forma cognitiva, debe proporcionar al doliente una experiencia integrada de su vivencia de duelo que lo lleve a plantearse esas cuestiones por sí solo y a darse la oportunidad de encontrar sus propias respuestas. Ésta es la tarea que se desarrollará en esta última etapa del duelo. Por decirlo de otra manera, debemos evitar cuidadosamente la tentación de «robarles el *insight*», y dedicarnos más a la tarea de potenciar su propia capacidad de poner nombre a esos descubrimientos: nuestro trabajo se limita a estar presentes y sostenerlos mientras ellos van haciendo esa tarea por sí mismos.

#### **MERCHE: «MIS RELACIONES ESTÁN CAMBIANDO». EXPERIMENTAR LA TRANSFORMACIÓN**

Merche perdió a su hijo de 22 años en un accidente de tráfico ocurrido hace dos años. Ha estado participando en sesiones de grupo durante 14 meses. A lo largo de este tiempo ha podido elaborar sus sentimientos de culpa, su relación excesivamente protectora con su hijo, su soledad y su añoranza, y ha podido despedirse de él. Ahora se siente ya en otro momento y, como muy bien expresa ella misma, aun sintiendo dolor por lo sucedido, ahora «se encuentra muy distinta».

El siguiente extracto es un ejemplo característico de diálogo terapéutico de trabajo de transformación, pertenece a una de las últimas sesiones grupales antes de que se le diera el alta. Después de haber atendido todos los aspectos asociados con la muerte de su hijo, ahora, en esta última etapa, y como conclusión de ese trabajo, aparece su necesidad de relacionarse con los demás de forma más íntima, reflejo del cambio en la escala de valores que ha experimentado. Merche se encuentra mucho más abierta a la vida y está empezando a vencer sus miedos a establecer nuevos vínculos. En la sesión, la terapeuta la ayuda a darse cuenta por ella misma de cómo se ha ido produciendo la reestructuración interna de sus creencias, para

que pueda extraer sus propias conclusiones respecto a sus necesidades. El respeto a su ritmo y a su necesidad de dirigir ella misma el proceso que la terapeuta le ofrece le va a dar a su vez la fuerza necesaria para llevarlo a término.

**MERCHE:** Hace tiempo que me encuentro muy distinta, aunque estos días en que se acerca la Navidad siento más añoranza, pero en general estoy mucho mejor: ya no estoy enfadada, ni con Dios ni con nadie. Lo he aceptado: bueno, aceptar... no sé qué palabra poner. A veces yo misma me pregunto cómo es posible que no sienta ese dolor de antes, pero es como si mi corazón me pidiera otras cosas, ahora me pide estar con más personas, aunque eso a mí me da miedo.

**TERAPEUTA:** Háblame de ese miedo.

**MERCHE:** Sí. Estar con gente a la que no le ha pasado nada me da miedo. Estar con personas que en su vida no han tenido ninguna pérdida... Su vida continúa como siempre, pero mi vida no es la misma, y eso me da miedo. Me da miedo confrontarme con personas cuya vida es la misma que la mía de antes.

**TERAPEUTA:** ¿Qué es lo que te da miedo de esa confrontación?

**MERCHE:** Me ahoga. Yo me alegro de que estén así y pienso que soy yo la que debe integrarse, pero me da una sensación de ahogo (*suspira profundamente*)... Me cuesta.

**TERAPEUTA:** ¿Qué quieras decir con ese suspiro?

**MERCHE:** Que me cuesta sentir su alegría. Quizá yo también la tenía antes, pero ahora no sé cómo me veré en medio de ellos otra vez. He empezado a intentarlo últimamente; este año nos hemos propuesto hacer algunas actividades juntos. Ahora estamos preparando un encuentro, y estoy preocupada. No sé, no me veo ahí. Después habrá una cena y, francamente, me da cosa: es como si no me pudiera ver sentada con los demás, con personas a las que no les ha pasado nada. Es como si no fuera mi sitio. Me cuesta un poco dar este paso.

**TERAPEUTA:** Hablas de dos cosas: de tu dificultad de conectar con la alegría, con las risas... y de...

*Después de varias intervenciones de indagación fenomenológica, la terapeuta intenta resumir los dilemas de Merche para que ella misma pueda decidir hacia dónde dirige su atención. Merche interrumpe antes y ella misma focaliza.*

**MERCHE:** A veces lo intento y consigo conectar, pero después me siento cansada.

**TERAPEUTA:** ¿Es un esfuerzo para ti estar contenta, o te sale espontáneamente?

**MERCHE:** Me sale espontáneamente.

**TERAPEUTA:** ¿Vives mal el hecho de que te salga así, o estás contenta de estar contenta?

*Una posibilidad es que ese cansancio que Merche experimenta en sus relaciones sociales tenga que ver con sentimientos de culpa por estar encontrándose mejor y disfrutar de ellas; o bien se cansa porque estar contenta, más que una conclusión del duelo, es producto de un esfuerzo de control cognitivo por su parte. La terapeuta explora estas posibilidades mediante una indagación de las cogniciones (véase cap. 4, apartado 4.3.: Áreas más comunes de indagación en la experiencia de duelo, 3. Emociones y estados emocionales y 4. Pensamientos, creencias y valores) que realiza en esta intervención y en las siguientes. Para ello combina preguntas de indagación e intervenciones de subrayado, evitando interpretaciones prematuras para invitar a Merche a que pueda tomar conciencia por sí misma del origen de ese cansancio.*

**MERCHE:** En ese momento lo vivo bien, pero después tengo una sensación extraña.

**TERAPEUTA:** Describe esa sensación extraña.

**MERCHE:** Rara, me siento rara. Ese día estoy contenta, pero después, al día siguiente, me siento rara y cansada...

**TERAPEUTA:** Rara y cansada...

**MERCHE:** Algo no encaja.

**TERAPEUTA:** ¿Qué preguntas te haces entonces?

**MERCHE:** ¿Cómo es que puedo disfrutar? (*silencio*).

**TERAPEUTA:** ¿Cómo es que estando en duelo después de haber perdido a un hijo puedo sonreír?

**MERCHE:** Sí... sí... es así... pero dentro de mí siento que ahora ya puedo reír y estar contenta. Pero hay un conflicto...

**TERAPEUTA:** Entre la parte que ya puede y quiere reír y la parte que se niega eso, ¿es así?

**MERCHE:** Sí, sí, exactamente.

**TERAPEUTA:** ¿De dónde viene esa parte? ¿Tiene que ver con la mirada de fuera, la mirada social?

**MERCHE:** No, no, yo he hecho siempre lo que sentía, no estoy pendiente de lo que digan los demás. Una de las cosas que he aprendido con la muerte de mi hijo es que debo hacer lo que yo quiero, y esto me hace estar contenta, haber aprendido esto.

**TERAPEUTA:** Qué bien suena ese «debo hacer lo que yo quiero y no tengo que estar pendiente de lo que digan los demás».

*Al repetir la frase en primera persona y poniéndole acento, la terapeuta señala los aprendizajes de Merche y los aprecia, mostrándose impresionada por ellos. De ese modo hace un reconocimiento explícito de tales cambios, que además representan una auténtica transformación para Merche.*

**MERCHE:** Sí, es muy importante para mí.

**TERAPEUTA:** Entonces... ¿la parte que no puede estar contenta...?

**MERCHE:** Es como si aún me faltara dar un paso, hay una barrera que debo superar.

**TERAPEUTA:** Una barrera que te impide disfrutar, estar contenta...

**MERCHE:** Sí, volver a ser la misma. Bueno, la misma no, porque soy distinta y este dolor tampoco lo quiero perder. Se trata de que pueda volver a estar bien con esa gente con la que ya me sentía bien...

**TERAPEUTA:** Entonces tienes que atravesar una barrera...

**MERCHE:** Sí. Ya la tuve que atravesar cuando empecé a ir de compras, a pasearme por el pueblo, a afrontar a la gente, mis miedos, y ahora me falta esta parte... Estoy con gente a quien no le ha pasado nada y puedo estar con ellos: he dado ya un paso más.

**TERAPEUTA:** ¿Puedo preguntarte algo? Quizá me haya formado una idea equivocada, pero ¿te sientes culpable por haberlo hecho?

*La terapeuta aventura una interpretación porque quiere descartar de forma definitiva la posibilidad de que sea la culpa lo que hace que Merche esté mal cuando tiene relaciones sociales con las que debería disfrutar. Es importante que la interpretación sea tentativa para dar seguridad y no poner en riesgo la relación terapéutica de confianza. Merche descarta de forma clara esa posibilidad.*

**MERCHE:** No, por dentro me siento tranquila con él y en paz...

**TERAPEUTA:** Pero después del esfuerzo quedas cansada...

**MERCHE:** Sí, cansada, triste, por la noche cuando llego a casa... (*suspiro profundo*).

**TERAPEUTA:** Puedes subir el volumen a este suspiro y ponerle palabras...

*Descartando la culpa como causa del cansancio, la terapeuta toma el camino de indagar en la sensación física expresada por el suspiro. Con esta indicación, la terapeuta anima a la paciente a conectar más profundamente, invitándola a tomar contacto con ese momento de cansancio después de haber tenido relaciones sociales, y al ponerle palabras facilita la posibilidad de que emerja nuevo material que permita clarificar el origen de ese estado.*

**MERCHE:** (suspira profundamente) Tengo que continuar con la vida... (silencio). A veces hablábamos de la muerte y yo le decía: «Si algún día te pasa algo, yo me quedaré muerta en vida». Pero ahora no lo veo así. Quiero vivir la vida. No es verdad, no podría vivir muerta en vida.

**TERAPEUTA:** Quieres vivir... no puedes vivir muerta en vida. Es una afirmación de cambio para ti.

**MERCHE:** Sí. No puedo, no puedo estar muerta... por mi otro hijo, por mi marido, y por todo mi entorno cercano. Ahora necesito vivir, pero me cuesta. Es como si no me diera permiso y eso me hace sentir contrariada. Tengo ganas, lo siento, pero después hay algo que me frena.

**TERAPEUTA:** Y cuando estás ahí con esa gente y no tienes ese permiso te sientes...

**MERCHE:** Ahogada.

**TERAPEUTA:** Traduce este ahogo en palabras.

**MERCHE:** Ellos están bien... Soy yo, no es mi sitio, no es mi papel...

**TERAPEUTA:** No es tu sitio... Deberías estar en...

**MERCHE:** ...en casa, encerrada.

**TERAPEUTA:** Encerrada, protegida de...

**MERCHE:** ...sus conversaciones... Me dejan fría... Necesito sentir algo más... Es como si las cosas que antes me llenaban ahora me dejaran vacía... No sé lo que quiero, pero me gustaría sentir más cosas.

**TERAPEUTA:** Entonces estás diciendo que gracias a tu experiencia de duelo sabes que quieras hacer lo que tú quieras, quieras vivir a pesar de lo que te ha sucedido, no quieras estar muerta en vida y además quieras tener relaciones que no te dejen fría, quieras sentir más con estas personas. Parece que estás diciendo que han cambiado muchas cosas dentro de ti.

*La terapeuta, que ha estado tomando nota mentalmente de las palabras manifestadas, escoge cuidadosamente el mismo lenguaje que ella ha utilizado para referirse a sus cambios y se lo devuelve en forma de resumen, asociando los cambios con la experiencia de duelo, para aumentar la conciencia de causalidad. Esta intervención reflejo nos permite recoger esos logros en forma de afirmaciones que Merche va a ir asimilando como creencias nucleares para su futuro, y a la vez es un reconocimiento con función de validación y una invitación a que la paciente siga explorando por ese camino.*

**MERCHE:** Sí, sí, ellos siguen igual, pero yo he cambiado. No me sentiré bien... Quizá busco algo distinto que no encuentro.

**TERAPEUTA:** ¿Algo distinto?

**MERCHE:** No sé qué, estoy perdida.

**TERAPEUTA:** Parece que estás diciendo que tú has hecho un viaje de iniciación, de cambio radical en tu vida, y cuando estás con toda esa gente...

**MERCHE:** Es como si fuera una superviviente entre ellos.

**TERAPEUTA:** Efectivamente, has sobrevivido a algo muy importante...

**MERCHE:** Sí, y eso me cuesta...

**TERAPEUTA:** Seguro que ya eres distinta, y muy diferente de los que están ahí, y eso cuesta y te hace sentir cansada y rara.

*Merche va a afrontar un cambio profundo en sus relaciones personales. Ella ya es otra persona en su manera de relacionarse con el mundo y con los demás, y eso va a suponer unas pérdidas y unas ganancias. Relaciones que antes eran satisfactorias ahora aparecen superficiales. Hacer el trabajo de transformación y crecimiento incluye darse cuenta de cómo esos cambios afectan a la persona y encontrar recursos para llevarlos a cabo. No es sólo adaptarse a una nueva situación en la que el fallecido no está, sino adaptarse a una nueva situación en la que uno mismo ha cambiado. Merche refleja muy bien esa «no vuelta a la normalidad» que es signo de crecimiento postraumático (véase cap. 3, apartado 3.4.: Crecimiento y transformación: experimentar la integración y los cambios).*

**MERCHE:** ¿Y qué tengo que hacer?... No puedo quedarme encerrada en casa.

**TERAPEUTA:** No, porque quieres salir de casa... y estar con la gente.

*La terapeuta la confronta suavemente con el dilema interno. Es importante observar cómo evita cuidadosamente aconsejar o proyectar sus propias opiniones. El respeto al marco de referencia de Merche y a su necesidad de avanzar lentamente en esos cambios es esencial en esta etapa. Aunque estemos al final del duelo, seguimos sin tener prisa y respetamos el ritmo del proceso del doliente.*

**MERCHE:** Quiero hacer algo que me haga sentir útil. No me basta con seguir viviendo, ahora siento que estoy aquí para algo. Necesito encontrar ese algo.

*Merche expresa toda una declaración de principios con relación a la etapa de crecimiento y transformación: su necesidad de aplicar lo aprendido a su vida futura. Aunque este tema puede ser objeto de clarificación en una sesión específica, la terapeuta se limita a tomar nota de ello y no se distrae. En otra ocasión puede seguir ese tema, retomándolo a partir de la frase «siento que estoy aquí para algo y necesito encontrar ese algo»; pero ahora su objetivo prioritario es seguir focalizada hasta el final en el tema de las relaciones sociales. La terapeuta lleva a Merche a lo concreto, retomando la petición original del inicio de la sesión y ligándola con todo lo hablado hasta ahora.*

**TERAPEUTA:** Parece que tu duelo te ha llevado a desear encontrar algo distinto en la vida respecto a tus relaciones personales. ¿Qué pasaba antes cuando salías de cena con esos amigos?

**MERCHE:** Bueno, cosas frías... conversaciones para estar ahí... sin implicarse, cada uno a lo suyo. Quizás ahora quiero algo más, una relación más íntima, quiero tener amigos con los que pueda abrirm... Me cuesta pedir ayuda, siempre he estado muy sola y ahora quiero encontrar otra cosa.

**TERAPEUTA:** Tienes un anhelo de intimidad profunda.

**MERCHE:** Una relación en la que pueda sentirme querida...

**TERAPEUTA:** Necesitas algo más de lo que te daban hasta ahora.

**MERCHE:** Y eso me da miedo. Sí, porque si no lo encuentras, es triste vivir por vivir ahora que él no está. Antes estaba pendiente de él, de sus idas y venidas.

**TERAPEUTA:** Y ahora hay ese vacío y tienes que encontrar un sentido en la vida más allá de los hijos, porque una madre debe encontrar un sentido en la vida más allá de los hijos: un hijo no puede resolver el sentido de la vida de una madre.

*La terapeuta aporta material de otras sesiones donde Merche elaboró la relación dependiente que mantenía con su hijo. Con este resumen de lo aprendido en el camino, proporciona a Merche esa plataforma a partir de la cual deberá explorar otros significados más auténticos y más autónomos respecto a su identidad, su rol en la vida y el sentido de sus relaciones.*

**MERCHE:** Sí... sí, eso lo veo muy claro ahora. Por eso no quiero morirme a pesar de lo que me ha sucedido.

**TERAPEUTA:** Entonces estás diciendo que necesitas moverte y empezar a pedir ayuda a gente distinta, nueva, con la que puedas tener relaciones más íntimas y menos superficiales...

**MERCHE:** Sí, ahora ya no me cuesta tanto expresarme. He aprendido mucho aquí. Hasta ahora yo tenía personas a las que sólo escuchaba y no me dejaban hablar. Hay un parte de mí que ha sido siempre muy cerrada, no me gustaba expresar mis sentimientos o hablar con los demás. Antes de que me sucediera lo que me sucedió, yo era una persona que solucionaba las cosas por sí sola, como si yo fuera mi propia amiga. Ahora quiero algo distinto. Ahora me gustaría tener con las personas de fuera la misma intimidad que tenemos aquí (*mira al grupo*).

Merche está señalando cambios en sus esquemas mentales acerca de sí misma y de sus relaciones y está empezando a definir qué es lo que quiere para ella en el futuro. La terapeuta ha tenido la precaución de no adelantarse en ningún momento. Para Merche es muy importante seguir en el camino de aprender a expresar sus emociones, preocupaciones y deseos y poder compartir con el grupo su descubrimiento acerca de la importancia de poder estar íntimamente con los demás. La experiencia de abrirse y no ser juzgada ni rechazada ha sido esencial para ella. A partir de lo que ha aprendido en el grupo y en la relación que ha establecido con la terapeuta y con los demás miembros, podrá empezar a experimentar nuevas formas de estar en el mundo como conclusión de su duelo.

Las intervenciones cognitivas en esta última etapa del proceso terapéutico de duelo son adecuadas, pues el nivel de conciencia es más alto y hay mucha más disponibilidad mental. Poco a poco el doliente empieza a tomar la responsabilidad de lo que queda en su vida: la familia, el trabajo, las relaciones sociales, la pareja. Y lo hace invirtiendo en la adquisición de nuevas habilidades y conductas que promueven una manera distinta de relacionarse con los demás, con uno mismo y con la vida. En esta última etapa del proceso, muy a menudo parte del trabajo consiste en que el doliente descubra qué es para él vivir la vida futura en honor a su ser querido fallecido y cómo se concreta esto en su día a día y en sus relaciones. Este deseo de vivir la vida a pesar de lo ocurrido es un ejemplo claro de la emergencia de cambios importantes que suelen darse en esta última etapa. La opción de aceptar la vida con el sufrimiento inherente y decidir que vale la pena es una expresión para Merche de su trabajo realizado.

La psicoterapia de duelo es un proceso en el que hay que ir incidiendo una y otra vez en las distintas tareas a medida que se van elaborando. En cada sesión se van revisando los temas que el paciente trae, además de los que van emergiendo a lo largo del camino. Al ir revisitando las tareas nos damos cuenta de cuándo éstas se han resuelto y cuándo aparecen tareas distintas.

Para Merche, el trabajo ahora se va a desarrollar fuera del marco terapéutico, en su vida diaria. Todas estas nuevas percepciones sobre sí misma, sobre las relaciones y la vida en general va a tener que llevarlas a la práctica en forma de decisiones, nuevas conductas o nuevas formas de estar presente en la vida. En tareas de transformación y crecimiento, las personas empiezan a experimentar y a trasladar lo aprendido a sus vidas. Como Merche muy bien expresa, esa nueva necesidad de relacionarse con los demás de una manera más íntima antes no experimentada, con más libertad, más autonomía, más tolerancia al sufrimiento, es la verdadera lección de crecimiento y transformación.

## EPÍLOGO

En la tabla adjunta presento un resumen de todas las tareas descritas en el modelo ordenadas secuencialmente según su progreso a lo largo del tiempo. Esta lista pretende ser una orientación para el clínico, de manera que pueda asesorar a la persona en duelo en el curso de su tratamiento. Puede utilizarse como guía para la entrevista clínica de evaluación y también como guía de asesoramiento diagnóstico. Una persona en duelo no va a cumplir todos y cada uno de los ítems propuestos en cada tarea, pero su distribución señalará cuáles son las necesidades fundamentales que están siendo abordadas, así como las que han quedado pendientes y que tarde o temprano deberán ser atendidas. Es una manera de poder ver el proceso de recuperación y crecimiento desplegado como un continúum a lo largo del tiempo. No es un instrumento para encajonar la experiencia humana de la pérdida, pues ésta es siempre única y mucho más compleja de lo que una sencilla tabla puede contemplar.

Un paciente puede hallarse en un momento reciente de su duelo y estar atendiendo tareas principalmente de aturdimiento y choque, pero quizás en lo que se refiere a los aspectos de apoyo y a los aspectos interpersonales disponga de una buena red social, accesible y satisfactoria, y por tanto en esta área las necesidades estarán mucho más cubiertas. O bien una persona puede estar finalizando su proceso y conectando con nuevas esperanzas y con un futuro en el que recordar a su ser querido es motivo de placer y gratitud, y puede ocasionalmente estar desbordada por algún recuerdo intrusivo relacionado con la forma en que ocurrió la muerte.

Este cuadro no debe tomarse como un instrumento de diagnóstico sino de asesoramiento. Puede ser útil a la hora de priorizar los objetivos terapéuticos, y una vez hecho esto, el terapeuta podrá identificar los métodos más apropiados para conseguir tales objetivos. En mi experiencia clínica, hacer el cuadro para un paciente concreto, señalando aquellos ítems con los que creemos que su vivencia encaja en un momento dado del curso del tratamiento, puede ayudarnos a identificar las áreas que no hemos tenido en cuenta, a marcar aspectos que deben elaborarse con más profundidad y a dirigir el curso futuro de la terapia. También puede, en aquellos casos de pacientes con los que uno tiene la impresión de estar estancado, dar información sobre cómo impulsar el curso de la terapia. En el caso de pacientes que uno cree que son difíciles, el reflexionar sobre ellos teniendo delante este mapa del terreno puede ayudarnos a entender que el problema simplemente es que hay alguna necesidad que no ha sido cubierta y que se nos había pasado por alto. También es una buena manera de señalar al terapeuta en qué dimensiones siente que el trabajo está bien atendido y en cuáles es importante poner más énfasis porque las necesidades no están siendo satisfechas. Y además será de gran utilidad a la hora de identificar tareas que, aun cuando resulten muy apropiadas y deban ser abordadas tarde o temprano, son objetivos demasiado tempranos para ese paciente.

Otra manera de sacar partido a esta tabla de asesoramiento es utilizarla en el caso de que un paciente abandone la terapia. Muchos compañeros terapeutas expresan que, especialmente en las primeras etapas del tratamiento, se da un porcentaje de abandonos muy elevado. Al llenar cuidadosamente la tabla, uno, por ejemplo, puede darse cuenta de que la persona en duelo estaba mostrando necesidades propias de la fase de evitación y negación, pero quizás en ese momento se la estaba presionando para que atendiera aspectos relacionales inconclusos mediante métodos expresivos. La tabla de asesoramiento puede ser un buen instrumento de autoevaluación y supervisión para el terapeuta, puesto que le permitirá entender las razones por las que algunos pacientes abandonan la terapia.

Finalmente, es para mí un placer ver como esta tabla, utilizada en diversos momentos a lo largo del proceso, refleja de manera tan clara la evolución de los progresos de mis pacientes: darme cuenta de dónde estaban y de lo que han conseguido con el trabajo terapéutico es una satisfacción.

Dimensión	Inicio de la etapa de aturdimiento y choque	Inicio de la etapa de negación y evitación	Inicio de la etapa de conexión-integración		Inicio de la etapa de crecimiento y transformación	
			Funcionamiento general	Funcionamiento en el área de conexión-integración		
			<p><input type="checkbox"/> Dificultades en el manejo de responsabilidades diarias, funciones del self, familia, trabajo, relaciones y/o autocuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades para mantenerse estable en el funcionamiento diario.</p> <p><input type="checkbox"/> Esfuerzos efectivos en algunas áreas de funcionamiento e inestabilidad en otras (por ejemplo, capacidad de mantener la actividad laboral y problemas de autocuidado o relaciones).</p>	<p><input type="checkbox"/> Buen funcionamiento general en la mayoría de las áreas.</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidad de identificar las áreas interrelacionadas.</p> <p><input type="checkbox"/> Progresiva responsabilidad frente a los demás y freno a la propia vida.</p>	<p><input type="checkbox"/> Buen funcionamiento en las relaciones familiares sociales y laborales.</p> <p><input type="checkbox"/> Experimentación de cambios y mejorías en algunas funciones del self con respecto al nivel anterior a la pérdida.</p>	
				<p><input type="checkbox"/> Ayuda social disponible pero dificultad para aceptarla y utilizarla de forma efectiva.</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda social deseada y no disponible, especialmente en muertes desautorizadas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tendencia al aislamiento y creencia de «tengo que hacerlo solo».</p> <p><input type="checkbox"/> Tendencia a depender de los demás.</p>	<p><input type="checkbox"/> Expresión de necesidad de relaciones de apoyo no siempre disponibles.</p> <p><input type="checkbox"/> Trauma acumulativo por carencia de red de apoyo adecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilidad para elaborar los aspectos de dependencia en las relaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidad para establecer nuevas relaciones.</p>	<p><input type="checkbox"/> Apertura del nivel de relaciones interpersonales.</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo de nuevas relaciones significativas.</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo de cambios en relaciones no satisfactorias.</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidad de establecer relaciones interdependientes.</p> <p><input type="checkbox"/> Mejora en la expresión de la asertividad y la gestión de límites en relaciones interpersonales.</p>

Dimensión	Início de la etapa de afrontamiento y aboque	Início de la etapa de negación y evitación	Início de la etapa de conexión-integración	Início de la etapa de crecimiento y transformación	
	<p><input type="checkbox"/> Oscilación aguda entre estrategias de afrontamiento de conexión-intrusión y desconexión- evitación.</p> <p><input type="checkbox"/> Reactivación de estilos defensivos arcaicos asociados a pérdidas del pasado no elaboradas.</p> <p><input type="checkbox"/> Afrentamientos y aspectos defensivos</p>	<p><input type="checkbox"/> Prevalencia de estrategias de inhibición-supresión con alguna oscilación esporádica hacia afrontamientos de conexión- confrontación.</p> <p><input type="checkbox"/> Negación de algunos o de todos los aspectos relacionados con la pérdida.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de conductas impulsivas o adictivas para minimizar la sintomatología aguda.</p> <p><input type="checkbox"/> Ocuparse de los demás como forma de evitación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ausencia de estrategias defensivas. Mínima distorsión e inhibición.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de estrategias de conexión con la experiencia de pérdida.</p> <p><input type="checkbox"/> Negación de algunos o de todos los aspectos relacionados con la pérdida.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de actividades de alto riesgo para manejar la ansiedad.</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para responsabilizarse de las actividades adictivas o compulsivas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Mayor disponibilidad para el contacto; ausencia de defensas rígidas.</p> <p><input type="checkbox"/> Búsqueda de significado y sentido a la experiencia mediante estrategias cognitivas, sin negar ni evitar el impacto emocional.</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentes actividades asociadas a la reminiscencia (por ejemplo, visitar lugares de recuerdo, objetos transicionales).</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo de hablar y compartir con los demás aspectos referentes a la relación y a la vivencia del duelo.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de relaciones sustitutorias para manejar el sufrimiento.</p>	

Dimensión	Início de la etapa de anurdimiento y doblece	Início de la etapa de negación y evitación	Início de la etapa de conexión-integración	Início de la etapa de crecimiento y transformación	Início de la etapa de crecimiento y transformación
					Elementos traumáticos y sintomatología asociada (anestesia, ansiedad, reactivaciones espontáneas, intrusiones)
	<p><input type="checkbox"/> Predominio de síntomas de EPT.</p> <p><input type="checkbox"/> Predominio de estrategias de intrusión o de evitación o alta oscilación entre ambos.</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades en el manejo de la sintomatología aguda. Sensación de estar desbordado.</p> <p><input type="checkbox"/> Reestimulaciones frecuentes fuera de control.</p>	<p><input type="checkbox"/> Experiencia de síntomas de EPT asociados a ansiedad elevada y a esfuerzos evitativos.</p> <p><input type="checkbox"/> Insensibilización ante los síntomas de EPT mediante estrategias de negación y evitación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Síntomas de EPT ocasionales y de baja intensidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Mejoría de la capacidad de regulación de estados afectivos de desbordamiento y de su comprensión.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ausencia de síntomas de EPT.</p> <p><input type="checkbox"/> Sensación de control y habilidad de manejo de la sintomatología.</p> <p><input type="checkbox"/> Contemplación de los aspectos traumáticos integrados, como elementos del pasado, en la narración de la historia de pérdida.</p> <p><input type="checkbox"/> Reexperimentaciones ocasionales de elementos traumáticos con una mejor comprensión y manejo del impacto emocional.</p>	

Dimensión	Início de la etapa de aturdimiento y choque	Início de la etapa de negación y evitación	Início de la etapa de conexión-integración		Início de la etapa de crecimiento y transformación
			Reconocimiento de las circunstancias de la muerte	Reconocimiento de las circunstancias de la muerte	
	<p><input type="checkbox"/> En muertes percibidas como traumáticas, recuerdos intrusivos fuera de control y regresiones espontáneas.</p> <p><input type="checkbox"/> Negación e incredulidad respecto a la realidad, acompañadas del deseo de no hablar de ello.</p> <p><input type="checkbox"/> No aceptación de la realidad y deseo de hablar constantemente de ello.</p>	<p><input type="checkbox"/> Dificultad de aceptación de la realidad de la muerte.</p> <p><input type="checkbox"/> Evitación de recuerdos asociados a las circunstancias de la muerte.</p> <p><input type="checkbox"/> Negación total o parcial de aspectos asociados a las circunstancias de la muerte.</p> <p><input type="checkbox"/> Rumiaciones obsesivas de las circunstancias desautorizadas de la muerte.</p>	<p><input type="checkbox"/> Aceptación progresiva de la realidad de la muerte y todas sus circunstancias.</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilidad para el trabajo de los elementos desautorizados, negados o rechazados acerca de las circunstancias que rodean la muerte.</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidad de elaborar un relato sobre la muerte del ser querido y tolerar los sentimientos asociados.</p>	<p><input type="checkbox"/> Aceptación e integración de las circunstancias del fallecimiento en la historia de vida del doliente.</p>	

Dimensión	<i>Inicio de la etapa de aturdimiento y choque</i>	<i>Inicio de la etapa de negación y evitación</i>	<i>Inicio de la etapa de conexión-integración</i>	<i>Inicio de la etapa de crecimiento y transformación</i>
				<i>Inicio de la etapa de crecimiento y transformación</i>
	<p><input type="checkbox"/> Oscilación entre estados emocionales de miedo, ansiedad y pánico, y de aturdimiento, anestesia y anonadamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Estados emocionales asociados a respuestas somáticas.</p> <p><input type="checkbox"/> Respuestas dissociativas frecuentes ante una estimulación afectiva excesiva.</p>	<p><input type="checkbox"/> Dificultad de conectar con la aflicción y expresión de tristeza.</p> <p><input type="checkbox"/> Estados emocionales como enfado desplazado hacia el entorno, irritabilidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Esfuerzos obsesivos de búsqueda de culpable.</p>	<p><input type="checkbox"/> Emociones primarias: tristeza, culpa, añoranza, asociadas a estrategias conscientes de conexión.</p> <p><input type="checkbox"/> Respuestas emocionales altas asociadas al recuerdo, pero no asociadas a desordenamiento e incapacitación.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso (inconsciente) de la hiperactividad en el trabajo y en la vida diaria para controlar emociones incómodas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Posibilidad de experimentar tristeza y añoranza como algo doloroso y placentero a la vez.</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidad de conectar con el dolor sin rechazarlo y de transformarlo en amor.</p> <p><input type="checkbox"/> Comprensión del sentido de las emociones en el contexto del duelo.</p> <p><input type="checkbox"/> Sentimientos de añoranza intensos.</p>

Dimensión	Inicio de la etapa de aturdimiento y choque	Inicio de la etapa de negación y evitación	Inicio de la etapa de conexión-integración	Inicio de la etapa de crecimiento y transformación
Aspectos de relación con la persona fallecida	<input type="checkbox"/> Incapacidad de aceptar la pérdida de la relación.	<input type="checkbox"/> Rechazo y dificultad para confrontar aspectos relacionales.	<input type="checkbox"/> Facilidad y deseo de hablar y compartir con los demás aspectos concernientes a la relación.	<input type="checkbox"/> Experiencia de estar en contacto continuo con el ser querido con aceptación y amor.
	<input type="checkbox"/> Incredulidad o negación de la pérdida de la relación (sentir que sigue vivo, buscarlo).	<input type="checkbox"/> Incapacidad de verbalizar aspectos de la relación.	<input type="checkbox"/> Vinculación actualizada: capacidad de extraer frutos de la relación.	<input type="checkbox"/> Disponibilidad para el diálogo con la representación interna del fallecido.
	<input type="checkbox"/> Evitación de la realidad de la pérdida de la relación.	<input type="checkbox"/> Incapacidad de diálogo con la representación interna.	<input type="checkbox"/> Expresión de asuntos inconclusos.	<input type="checkbox"/> Integración del significado de la relación vivida y sus frutos como parte de un self más coherente.
	<input type="checkbox"/> Ausencia de figura de representación simbólica (ausencia de objeto interno).	<input type="checkbox"/> Intelección de la realidad de la pérdida de la relación.	<input type="checkbox"/> Expresión de lo perdido y sus afectos.	<input type="checkbox"/> Uso de objetos transicionales para facilitar la elaboración de aspectos relacionales.

Dimensión	<i>Inicio de la etapa de anardamiento y choque</i>	<i>Inicio de la etapa de negación y evitación</i>	<i>Inicio de la etapa de conexión-integración</i>	<i>Inicio de la etapa de crecimiento y transformación</i>
<i>Recuerdos</i>	<input type="checkbox"/> Oscilación entre la imposibilidad de recordar y estar constantemente en el recuerdo.	<input type="checkbox"/> Esforzarse en no recordar. <input type="checkbox"/> Recuerdos como experiencias no placenteras, emociones incómodas fuera de control.	<input type="checkbox"/> Deseo de recordar, a pesar del dolor suscitado, como manera de afrontar y procesar la experiencia.	<input type="checkbox"/> Recordar como fuente de sentimientos plácenteros. <input type="checkbox"/> Deseo de mantener presente el recuerdo a través de la vida del doliente.
	<input type="checkbox"/> Imposibilidad de extraer placer en recordar.	<input type="checkbox"/> Rumiaciones obsesivas como estrategia evitativa.	<input type="checkbox"/> Rumiaciones productivas. <input type="checkbox"/> Elaboración de significados.	
	<input type="checkbox"/> Rumiaciones obsesivas improductivas y fuera de control.			
	<input type="checkbox"/> El pasado invade el presente y futuro asociado a una sensación de descontrol.	<input type="checkbox"/> Menos invasión del pasado sobre el presente.	<input type="checkbox"/> Posibilidad de imaginar un futuro mejor y distinto.	<input type="checkbox"/> Integración del pasado en el presente y el futuro.
	<input type="checkbox"/> Imposibilidad de ver o imaginar el futuro.	<input type="checkbox"/> Incapacidad de ver un futuro que pueda ser mejor.	<input type="checkbox"/> Disponibilidad para elaborar y cerrar el pasado.	<input type="checkbox"/> Visión realista y optimista de un futuro donde la pérdida esté integrada.
<i>Esperanzas y futuro</i>				

<i>Dimensión</i>	<i>Inicio de la etapa de aturdimiento y choque</i>	<i>Inicio de la etapa de negación y evitación</i>	<i>Inicio de la etapa de conexión-integración</i>	<i>Inicio de la etapa de crecimiento y transformación</i>
<i>Elementos de crecimiento y transformación</i>	<p><input type="checkbox"/> Imposibilidad de vislumbrar posibles aprendizajes de la experiencia de pérdida.</p> <p><input type="checkbox"/> Confusión acerca de esta posibilidad.</p>	<p><input type="checkbox"/> Rechazo de la posibilidad de vivir el trauma como una experiencia de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Enfado y agresión hacia los sistemas de creencias y religiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Búsqueda de sentido desde una posición egocéntrica (¿por qué a mí?).</p>	<p><input type="checkbox"/> Vislumbre gradual de la posibilidad de extraer enseñanzas de la experiencia de pérdida.</p> <p><input type="checkbox"/> Expresión de nuevos significados asociados al trabajo de los aspectos relacionales.</p> <p><input type="checkbox"/> Búsqueda de sentido desde una posición integral (¿qué sentido tiene la muerte?).</p>	<p><input type="checkbox"/> Deseo de experimentar cambios y crecimiento en la vida como una manera de expresar el afecto.</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento del interés y el deseo de explorar temas existenciales y espirituales.</p> <p><input type="checkbox"/> Apertura a lo transpersonal como consecuencia de la pérdida.</p>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ademac, R. E., «Partial kindling of the ventral hippocampus: identification of changes in limbic physiology which accompany changes in feline aggressions and defense», *Physiology and Behaviour*, vol. 49, 1991, págs. 443-454.

Affleck, G., H. Tennen y K. Gershman, «Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning and protection from future harm», *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 89, 1985, págs. 652-656.

Ainsworth, M. D. S., M. C. Blehar, E. Waters y S. Wall, *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Hillsdale, N. J., Erlbaum, 1978.

Allumbaugh, D. y W. Hoyt, «Effectiveness of grief counselling: A meta-analisis», *Journal of Counseling Psychology*, vol. 46, 1999, págs. 370-380.

American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV)*, Barcelona, Masson, 1994 (trad. cast.: *DSM-IV-TR: breviario: criterios diagnósticos*, Barcelona, Masson, 2008).

Balint, M. A., *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*, Nueva York, Brunner Mazel, 1968 (trad. cast.: *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*, Barcelona, Paidós, 2005).

Barry, L. C., S. V. Kasl y H. G. Prigerson, «Psychiatric disorders among bereaved people: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death», *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 10, 2001, págs. 447-457.

Bonanno, G. A., «Grief and emotion: A social functional perspective», en M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001b, págs. 493-515.

—, «Introduction: new directions in bereavement research and theory», *American Behavioral Scientist*, vol. 44, n.º 5, 2001a, págs. 718-725.

—, «Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?», *American Psychologist*, vol. 59, 2004, págs. 20-28.

Bonanno, G. A. y S. Kaltman, «Toward an integrative perspective on bereavement», *Psychological Bulletin*, vol. 123, 1999, págs. 760-776.

—, «The varieties of grief experience», *Clinical Psychology Review*, vol. 21, 2001, págs. 705-734.

Bonanno, G. A., C. B. Wortman, D. R. Lehman, R. G. Tweed, M. Haring, J. Sonnega y otros, «Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, 2002, págs. 1.150-1.164.

Bowlby, J., *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Madrid, Morata, 1986.

—, *El apego* (vol. 1), *La separación* (vol. 2), *La pérdida: tristeza y depresión* (vols. 1, 2 y 3), Barcelona, Paidós, 1993.

—, *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, Barcelona, Paidós, 1995.

Bowlby, U., «Reactions to the death of my husband», *Bereavement care*, vol. 10, n.º 1, 1991, pág. 5.

Briere, J. y D. Elliott, «Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population», *Journal of Traumatic Stress*, vol. 13, 2000, págs. 661-679.

Buber, M., *I and You*, Edimburgo, T & Clark, 1970 (trad. cast.: *Yo y tú*, traducción de W. Kaufmann, Buenos Aires, Nueva Visión, 1994).

Burns, D., *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones*, Paidós, 2010.

Calhoun, L. G. y R. G. Tedeschi, *Facilitating posttraumatic growth: A clinicians guide*, Londres, Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

—, «The foundations of posttraumatic growth: New considerations», *Psychological Inquiry*, vol. 15, 2004, págs. 93-102.

Carr, D., «Factors that influence late-life bereavement: Considering data from the changing lives of older couples study», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2008, págs. 309-325.

Clapton, E., *Clapton: the autobiography*, Barcelona, Random House, 2007 (trad. cast.: *Clapton: la autobiografía*, Barcelona, Global Rhythm Press, 2008).

Clarkson, P., «A multiplicity of psychotherapeutic relationships», *British Journal of Psychotherapy*, vol. 7, n.º 2, 1990, págs. 148-163.

—, «Variations on I and Thou», *Gestalt Review*, vol. 1, n.º 1, 1997, págs. 56-70.

Cruse Bereavement Care, <[www.crusebereavementcare.org.uk](http://www.crusebereavementcare.org.uk)>.

Currier, J. M., R. A. Neimeyer y J. S. Berman, «The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review», *Psychological Bulletin*, vol. 34, n.º 5, págs. 648-661.

Davis, C. G., «Redefining Goals and redefining self: a closer look at posttraumatic growth following loss», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2008, págs. 309-325.

Davis, C. G., S. Nolen-Hoeksema y J. Larson, «Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 75, 1998, págs. 561-574.

Doka, K. J., *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*, Lexington, MA, Lexington Books, 1989.

—, *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*, Champaign, IL, Research Press, 2002.

—, «Disenfranchised grief in historical and cultural perspective», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2008, págs. 223-240.

Ecker, B., «Unlocking the Emotional Brain: finding the neuronal key to transformation», *Psychotherapy Networker*, vol. 32, n.º 5, 2008, págs. 4247 y 60.

Epstein, S. y P. Meier, «Constructive thinking: A broad coping variable with specific components», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 57, 1989, págs. 332-350.

Erickson, E. H., *Infancia y sociedad*, Barcelona, Paidós, 1950.

Erskine, R. G., «Script cure. Behavioural, intrapsychic and physiological», *Transactional Analysis Journal*, vol. 10, 1980, págs. 102-106.

—, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected*, San Francisco, TA Press, págs. 20-36.

Erskine, R. G. y J. P. Moursund, *Integrative psychotherapy in action*, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1988.

Erskine, R., J. Moursund y R. L. Trautmann, *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*, Filadelfia, Brunner Mazel, 1999.

Erskine, R. G. y R. L. Trautmann, «Methods of an Integrative psychotherapy», en R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, San Francisco, TA Press, 1997, págs. 20-36.

Fairbairn, W. R. D, *An object-relations theory of the personality*, Nueva York, Basic Books, 1952.

Folkam, S., «Revised coping theory and the process of bereavement», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe, *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D.C., American Psychological Association, 2001, págs. 563-582.

Forte, L. M., R. Pazder y C. Feudtner, «Bereavement care interventions: a systematic review», *BMC Palliative Care*, vol. 3, n.º 3, 2004.

Fraley, R. C. y G. A. Bonanno, «Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement», *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 30, 2004, págs. 878-890.

Freud, S., «The ego and id», en J. Strachey (comp.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 17, Londres, Hogarth, 1955, págs. 1-66.

—, *Obras completas*, vol. 1, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948, pág. 303.

—, «Mourning and melancholia», en J. Strachey (comp.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (1917), vol. 14, Londres, Hogarth, 1953.

Frey, W. H., *The mystery of tears*, Mineápolis, Winston Press Inc., 1985.

Genevro, J. L., «Report on bereavement and grief research», *Death Studies*, vol. 28, 2004, págs. 491-575.

Genevro, J. L., T. Marshall y T. Miller, «Report on bereavement an grief research», Washington, D. C., Center for the Advancement of Health, 2003; disponible en <<http://www.cfaah.org/pdfs/griefreport.pdf>>.

Glick, I. O., R. S. Weiss y C. M. Parkes, *The first year of bereavement*, Nueva York, John Wiley & Sons, 1974.

Greenberg, L. S. y L. Korman, «Assimilating emotion into psychotherapy integration», *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 3, 1993.

Groot, M., J. Keijser, J. Neeleman, Kerkhof, W. Nolen y H. Burger, «Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial», *British Medical Journal*, vol. 334, 2007, pág. 994.

Guntrip, H. J. S., *Psychoanalytic theory, therapy and the self*, Nueva York, Basic Books, 1971.

Hazan, C. y P. Shaver, «Romantic love conceptualized as an attachment process», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52, 1987, págs. 511-524.

Herman, J. L., *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*, Madrid, Espasa-Calpe, 2004.

Hillesum, E., *The letters and Diaries of Etty Hillesum, 1941-1943*, Gante, The Etty Hillesum Foundation Eerdmans Eds., 2002 (trad. cast.: *Una vida conmocionada: diario, 1941-1943*, Barcelona, Anthropos, 2007).

Hogan, N. S. y L. A. Schmidt, «Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling», *Death Studies*, vol. 26, 2002, págs. 615-634.

Holmes, J., *Attachment, intimacy, autonomy*, Londres, Jason Aronson, 1996.

Horowitz, M. J., «Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders», *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, n.º 3, 1986, págs. 242-249.

—, *Stress-response syndromes*, Northvale, NJ, Aronson, 1993a.

Horowitz, M. J., G. A. Bonanno y A. Holen, «Pathological grief: diagnoses and explanations», *Psychosomatic Medicine*, vol. 55, 1993b, págs. 260-273.

Horowitz, M. J., N. Wilner y W. Alvarez, «Impact of Event scale: a study of subjective stress», *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, 1979, págs. 209-218.

Horowitz, M. J., N. Wilner, C. Marmar y J. Krupnik, «Pathological grief and the activation of latent self images», *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, n.º 10, 1980, págs. 1.157-1.162.

Horowitz, M. J., H. Znoj y C. Stinson, «Defensive control processes: use of theory in research, formulation, and therapy of stress response syndromes», en M. Zeidner y N. Endler (comps.), *Handbook of Coping*, Nueva York, Wiley, 1996, págs. 532-553.

Jacobs, S., *Pathological grief: Maladaptation to loss*, Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1993.

Jacobs, S., F. Hansen, S. Kasl, A. Ostfeld, L. Berkman y K. Kim, «Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 51, 1990, págs. 269-274.

Janoff-Bulman, R., *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, Nueva York, The Free Press, 1992.

Jordan, J. R. y R. A. Neimeyer, «Does grief counseling work?», *Death Studies*, vol. 27, n.º 9, 2003, págs. 765-786.

Kabat-Zinn, J., *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*, Barcelona, Kairós, 2005.

Kahn, M. M., «The concept of cumulative trauma», en R. S. Eissler, A. Freud, H. Hartman y M. Kris (comps.), *Psychoanalytic study of the child*, Nueva York, International University Press, 1963, págs. 286-306.

Klass, D., *Parental grief: Solace and resolution*, Nueva York, Springer, 1988.

Klass, D., P. Silverman y S. Nickman (comps.), *Continuing bonds: New understandings of grief*, Washington, D. C., Taylor & Francis, 1996.

Klass, D. y T. Walter, «Processes of grieving: How bonds are continued», en M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001, págs. 431-448.

Kohut, H., *The analysis of the self*, Nueva York, International University Press, 1971 (trad. cast.: *El análisis del self*, Buenos Aires, Amorrutu, 1977).

—, *The restauration of the self*, Nueva York, International University Press, 1978 (trad. cast.: *La restauración del sí-mismo*, Barcelona, Paidós, 2001).

Krystal, H., «Trauma and affects», *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 33, 1978, págs. 81-116.

—, *Integration and self healing: Affect, trauma, and alexithymia*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988.

Kübler-Ross, E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Buenos Aires, Paidós, 1969.

Latham, A. E. y H. G. Prigerson, «Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality», *Suicide and Life-threatening Behavior*, vol. 34, 2004, págs. 350-362.

Lazare, Aaron, *Unresolved grief outpatient psychiatry: diagnosis and treatment*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1979.

Lazarus, R. S., «The costs and benefits of denial», en S. Breznitz (comp.), *The denial of stress*, Nueva York, International University Press, 1983.

—, *Psychological stress and the coping process*, Nueva York, McGraw-Hill, 1991.

Lazarus, R. S. y S. Folkman, *Stress, appraisal and coping*, Nueva York, Springer, 1984 (trad. cast.: *Estrés y procesos cognitivos*, Madrid, Mr Ediciones, 1986).

LeDoux, J. E., «Cognitive-emotional interactions in the brain», *Cognition and Emotion*, vol. 3, 1989, págs. 267-289.

—, «Emotion: clues from the brain», *Annual Review of Psychology*, vol. 46, 1995, págs. 209-235.

—, *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*, Londres, Weidenfeld & Nicolson, 1996 (trad. cast.: *El cerebro emocional*, Barcelona, Planeta, 2000).

Lee, R. R. y J. C. Martin, *Psychotherapy after Kohut: A textbook of Self Psychology*, Londres, The Analytic Press, 1991.

Lehman, D. R., C. G. Davis, A. De Longis, C. B. Wortman, S. Bluck, D. R. Mandel y J. H. Ellard, «Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment», *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 12, 1993, págs. 90-112.

Lindeman, E., «Symptomatology and management of acute grief», *American Journal of Psychiatry*, vol. 101, págs. 141-148.

López, M., M. Ela, N. Bartolomé, J. Gómez y J. A. García-García, «Is the use of the health care system increased by grief?», actas del 7.º Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, 1-5 de abril de 2001, Palermo, Milán, 2001, pág. 157.

Lourie, J., «Cumulative trauma: The nonproblem problem», *Journal of Transactional Analysis*, vol. 26, 1996, págs. 276-283.

Luecken, L. J., «Long term consequences of parental death in childhood: psychological and physiological manifestations», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*, Washington, D.C., American Psychological Association, 2008, págs. 397-416.

Maciejewski, P. K., B. Zhang, S. D. Block y H. G. Prigerson, «An empirical examination of the stage theory of grief», *JAMA*, vol. 297, n.º 7, 2007, págs. 716-723.

Mahrer, A. R., *The integration of psychotherapies: A guide for practicing therapists*, Nueva York, Human Science Press, 1989.

Main, M. y E. Hesse, «Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status», en M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (comps.), *Attachment in preschool years*, Chicago, University of Chicago Press, 1990, págs. 161-185.

Mancini A. D., D. L. Pressman y G. L. Bonanno, «What clinical and counsellors can learn from the changing lives o folder couples study», en D. Carr, R. N. Nesse y C. B. Wortman (comps.), *Spousal Bereavement in Late Life*, Nueva York, Springer Publishing Company, 2006, págs. 255-278.

Maslow, A., *Motivation and personality*, Nueva York, Haepner & Row, 1970 (trad. cast.: *Motivación y personalidad*, Barcelona, Díaz de Santos, 1991).

McCann, I. L. y L. A. Pearlman, *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*, Nueva York, Brunner, Mazel, 1990.

McFarlane, A. C., «Recent life events and psychiatric disorder in children: The interaction with preceding extreme adversity», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 29, n.º 5, 1988, págs. 677-690.

Mikulincer, M. y P. R. Shaver, «An attachment perspective on Bereavement», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, págs. 87-111.

Miller, E. D. y J. Omarzu, «New directions in loss research», en J. Harvey (comp.), *Perspectives on loss: A sourcebook*, Washington, D. C., Taylor & Francis, 1998, págs. 3-20.

Moss, R. H. y J. A. Schaefer, «Life transitions and crisis: A conceptual overview», en R. H. Moss (comp.), *Coping with life crisis: an integrated approach*, Nueva York, Plenum Press, 1986, págs. 3-28.

Moursund, J. P. y R. G. Erskine, *Integrative psychotherapy: the art and science of relationship*, Pacific Grove, CA, Thomson Brooks, Cole, 2004.

Murphy, A. A., L. C. Johnson y J. Lohan, «Finding meaning in a child's violent death: a five year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data», *Death Studies*, vol. 27, 2003, págs. 381-404.

Natterson, J. M. y R. J. Friedman, *A Primer of Clinical Intersubjectivity*, Raym J. Publisher, Jason Aronson, 1995.

Neimeyer, R., «Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction», *Death Studies*, vol. 24, 2000, págs. 541-558.

—, *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*, Barcelona, Paidós, 2001.

—, «Widowhood grief and the quest of meaning: A narrative perspective on resilience», en D. Carr, R. N. Nesse y C. B. Wortman (comps.), *Spousal Bereavement in Late Life*, Nueva York, Springer, págs. 227-252.

Neimeyer, R., N. S. Hogan y A. Laurie, «Psychometric considerations in the assessment of reactions to bereavement», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2008, págs. 133-161.

Neimeyer, R. y J. R. Jordan, «Disenfranchisement as empathic failure: grief Therapy and the co-construction of meaning», en K. J. Doka (comp.), *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*, Champaign, IL, Research Press, 2002, págs. 95-133.

Nerken, I. R., «Grief and the reflective self: toward a clearer model of loss resolution and growth», *Death Studies*, vol. 17, 1993, págs. 1-26.

Nolen-Hoeksema, S., «Ruminative coping and adjustment», en M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001.

Nolen-Hoeksema, S. y C. Davis, «"Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, 1999, págs. 801-814.

Nolen-Hoeksema, S. y J. Larson, *Cokping with loos*, Mahwah, NJ, Eribaum, 1999b.

Ogden, P., *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2009.

Orange, D., *Emotional understanding: studies in psychoanalytic epistemology*, Nueva York, Gilford Press, 1995.

Osterweis, M., F. Solomon y F. Green (comps.), *Bereavement: reactions, consequences and care*, Washington, D. C., National Academy Press, 1984.

Park, C. L., «Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes», *Journal of Social Issues*, vol. 54, 1998, págs. 267-277.

Park, C. L. y S. Folkman, «Meaning in the context of stress and coping», *Review of General Psychology*, vol. 1, 1997, págs. 115-144.

Park, C. L. y L. G. Calhoun, *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1998.

Parkes, C. M., «“Seeking” and “Finding” a lost object: Evidence from recent studies of the reaction to bereavement», *Social Science & Medicine*, vol. 4, 1970a, págs. 187-201.

—, «First Year of bereavement», *Psychiatry*, vol. 33, 1970b, págs. 444-467.

—, «Psycho-social transitions: A field for study», *Social Science & Medicine*, vol. 5, 1971, págs. 101-115.

—, *Bereavement: Studies of grief in adult life* (1972), 2<sup>a</sup> ed., Londres, Pelican Books, 1996.

—, «Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change», *Journal of Social Issues*, vol. 44, n.<sup>o</sup> 3, 1988, págs. 53-65.

—, «Risk factors in bereavement: implications for the prevention and treatment of Pathological grief», *Psychiatric Annals*, vol. 20, n.<sup>o</sup> 6, 1990, págs. 308-313.

—, «A historical overview of the scientific study of bereavement», en M. Stroebe, R. O. Hansoon, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001, págs. 25-45.

Parkes, C. M. y R. S. Weiss, *Recovery from bereavement*, Nueva York, NY, Basic Books, 1983.

Payàs, A., *Estudi informe sobre el sistema d’atenció a persones en dol en la Comunitat de Girona: Proposta de disseny d’un projecte pel seu desenvolupament*, Departament de Sanitat, Generalitat de Catalunya, 2006, informe no publicado.

—, «Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 18, n.<sup>o</sup> 102, 2008, págs. 307-327.

Pennebaker, J., E. Zech, B. Rimé, Disclosing and Sharing emotion: Psychological, Social and Health consequences, en M. Stroebe, R. O. Hansoon, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement Research. Consequences coping and care*, Washington, D.C., American Psychological Association, 2001, págs. 517-543.

Pérez-Sales, P. y C. Vázquez, «Emociones positivas, trauma y resiliencia», *Ansiedad y Estrés*, vol. 9, n.<sup>o</sup> 2-3, 2003, págs. 235-254.

Perls, F. S., *The Gestalt approach and the eyewitness to therapy*, Palo Alto, CA, Science and Behaviour Books, 1973.

Perls, F. S., I. F. Hefferline y P. Goodman, *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*, Nueva York, Julian Press, 1951 (trad. cast.: *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Ferrol, Ediciones de la Sociedad de Cultura Valle-Inclán, 2002).

Piper, W., J. Ogodniczuk, H. Azim y R. Weideman, «Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients», *Psychiatric Services*, American Psychiatric Association, vol. 52, págs. 1.069-1.074.

Prigerson, H. G., L. C. Vanderwerker y P. K. Maciejewski, «Complicated grief as a mental disorder: inclusion in DSM», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice: 21th century perspectives*, Washington, D. C., American Psychological Association Press, 2008a.

Prigerson, H. G., L. C. Vanderwerker y P. K. Maciejewski, «Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM-V», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice: 21th century perspectives*, Washington, D.C., American Psychological Association Press, 2008b.

Rando, T. A., *Treatment of complicated mourning*, Champaign, IL, Research Press, 1993.

Raphael, B., *The anatomy of bereavement*, Nueva York, Basic Books, 1983.

—, «Counselling after a catastrophic loss», ponencia presentada en la 14.<sup>a</sup> Conferencia Anual de la Association of Death Education and Counseling, Boston, MA, 1992.

Raphael, B. y N. Martinek, «Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder», en J. O. Wilson y T. M. Keane (comps.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, Nueva York, Guilford, 1997, págs. 373-395.

Raphael, B., W. Middleton, N. Martinek y V. Misso, «Counseling and therapy of the bereaved», en M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, págs. 427-456.

Raphael, B., C. Minkov y M. Dobson, «Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons», en M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001.

Rogers, C. R., *Psicoterapia centrada en el cliente*, Barcelona, Paidós, 1972.

Rynearson, E. K. y J. M. McCreery, «Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss», *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, 1993, págs. 258-261.

Safran, J. D. y L. S. Greenberg, *Emotion, psychotherapy and change*, Nueva York, Guildford Press, 1991.

Sanders, C. M., *Grief: The mourning after dealing with adult bereavement*, Nueva York, Wiley, 1989.

—, «Risk factors in bereavement outcome», en M. Stroebe, R. O. Hansson y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, págs. 255-270.

Schaefer, J. A. y R. H. Moss, «The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping», en R. G. Tedeschi, C. L. Park y L. G. Calhoun (comps.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 1998, págs. 99-126.

Schuster, S. y S. Zissok, «The course of normal grief. Recovery», en M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (comps.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, págs. 23-43.

Schut, H. y M. Stroebe, «Interventions to enhance adaptation to bereavement», *Journal of Palliative Medicine*, vol. 8, págs. 140-147.

Schut, H., M. Stroebe, J. van der Bout y M. Terheggen, «The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits», en M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001, págs. 705-737.

Segal, Z. V., J. M. Williams, J. Teasdale, *Terapia Cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2006.

Shalev, A. Y., «Stress versus Traumatic Stress. From acute Homeostatic Reactions to Chronic Psychopathology», en B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (comps.), *Traumatic stress, the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Nueva York, Guilford Press, 1996, págs. 77-114.

Shaver, P. R. y C. M. Tancredy, «Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary», en M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D.C., American Psychological Association, 2001, págs. 63-88.

Siegel, D., *The developing mind*, Nueva York, Guilford Press, 1999 (trad. cast.: *La mente en desarrollo*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2007).

Stern, D. N., *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

Storolow, R. D. y G. E. Atwood, «Deconstructing the myth of the neutral analyst: Intersubjective», *Psychoanal Q.*, vol. 66, 1997, págs. 431-449.

Stroebe, M. S., R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, «Concepts and Issues in contemporary research on bereavement», en *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001.

Stroebe, M. S., R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe, «Bereavement research: contemporary perspectives», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2008a, págs. 3-25.

—, «Bereavement Research: 21st-Century prospects», en M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2008b, págs. 577-602.

Stroebe, M. y H. Schut, «The dual process model of coping with bereavement», *Death Studies*, vol. 23, 1999, págs. 197-224.

—, «Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review», en M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001, págs. 349-371.

Stroebe, M., H. Schut y C. Finkenauer, «The traumatization of grief: A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface», *Israel Journal of Psychiatry*, vol. 38, 2001, págs. 185-201.

Stroebe, M., H. Schut y W. Stroebe, «Attachment in coping with bereavement: a theoretical Integration», *Review of General Psychology*, vol. 9, n.º 1, 2005, págs. 48-66.

—, «Health consequences of bereavement: A review», *The Lancet*, vol. 370, 2007, págs. 1960-1973.

Stroebe, M. S. y W. Stroebe, «Does “grief work” work», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, 1991, págs. 470-476.

Sullivan, H. S., «The illusion of personal individuality», *Psychiatry*, vol. 13, 1964, págs. 317-328.

Taylor, S. E., «Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation», *American Psychologist*, vol. 38, 1983, págs. 1.161-1.173.

Taylor, S. E., R. R. Lichtman y J. V. Wood, «Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 46, 1984, págs. 489-502.

Tedeschi, R. G. y L. G. Calhoun, *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*, Thousand Oaks, CA, SAGE Publications, 1995.

—, *Helping bereaved parents: a clinician’s guide*, Nueva York, Brunner, Routledge, 2004a.

—, «Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence», *Psychological Inquiry*, vol. 15, 2004b, págs. 1-18.

—, *Handbook of posttraumatic growth*, Mawhaw, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 2006.

Vachon, M. L., J. Rogers, W. A. L. Lyall, W. J. Lancee, A. R. Sheldon y S. J. Freeman, «Predictors and Correlates of adaptation to conjugal bereavement», *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, 1982, págs. 1.3801.384.

Vaillant, G. E., *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1992.

Van der Kolk, B. A., «Trauma and memory», en B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Nueva York, Guildford Press, 1996, págs. 279-327.

Van der Kolk, B. A., A. C. McFarlane y L. Weisaeth, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Nueva York, Guildford Press, 1996.

Van Doorn, C., S. V. Kasl, L. C. Beery, S. C. Jacobs y H. G. Prigerson, «The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms», *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 186, 1998, págs. 566-573.

Waddington, C., *Tools for thought*, Londres, Cape, 1977.

Wallin, D. J., *Attachment in Psychotherapy: Psychology and Psychotherapy*, Nueva York, Barnes and Noble, 2007.

Wayment, H. A. y J. Vierthaler, «Attachment style and bereavement reactions», *Journal of Loss and Trauma*, vol. 7, 2002, págs. 129-149.

Weiss, D. S. y C. R. Marmar, «The impact of event Scale-Revised», en J. P. Wilson y T. M. Keanne (comps.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, Nueva York, Guildford Press, 1977, págs. 399-411.

Weiss, R., «Loos and recovery», en M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (comps.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, págs. 271-284.

Whitman, W., *Hojas de hierba*, Buenos Aires, Longseller, 2001.

Winnicott, D. W., *Playing and reality*, Londres, Tavistock Publications, 1971 (trad. cast.: *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1979).

—, *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*, Nueva York, International University Press, 1965 (trad. cast.: *Procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Paidós, 1993).

Worden, J. W., *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, Barcelona, Paidós, 1997.

Wortman, C. B., «Posttraumatic growth: progress and problems», *Psychological Inquiry*, vol. 15, 2004, págs. 81-90.

Wortman, C. B. y R. C. Silver, «The myths of coping with loss revisited», en M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2001, págs. 405-429.

Wortman, C. B., R. C. Silver y R. C. Kessler, «The meaning of loss and adjustment to bereavement», en M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (comps.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

Yalom, I. D. y M. A. Lieberman, «Bereavement and heightened existential awareness», *Psychiatry*, vol. 54, 1991, págs. 334-345.

Zissok, S. y S. R. Schuster, «Depressions through the first year after the death of a spouse», *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, nº 10, 1991, págs. 1.346-1.352.

Znoj, H., «Bereavement and posttraumatic growth», en R. G. Tedeschi y L. G. Calhoun (comps.), *Handbook of posttraumatic growth*, Mawhaw, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 2006, págs. 176-196.

*Las tareas del duelo*  
Alba Payàs Puigarnau

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 éste 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 reproducir algún fragmento de esta obra.  
Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© Alba Payàs Puigarnau, 2010

© de todas las ediciones en castellano  
Espasa Libros, S. L. U., 2010  
Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.  
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)  
[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición en libro electrónico (epub): noviembre de 2015

ISBN: 978-84-493-3178-7 (epub)

Conversión a libro electrónico: Newcomlab, S. L. L.  
[www.newcomlab.com](http://www.newcomlab.com)

# Índice

Dedicatoria	4
Cita	5
Agradecimientos	6
Introducción	8
1. Conceptualización del duelo: perspectivas clásicas y contemporáneas	14
2. El proceso de la experiencia de duelo: un modelo integrativo de afrontamiento	46
3. Desarrollo evolutivo del duelo: un modelo de tareas y necesidades	78
4. Psicoterapia integrativa-relacional: un nuevo modelo de intervención terapéutica en el duelo	130
5. Ejemplos de intervención	208
Epílogo	271
Referencias bibliográficas	281
Créditos	293