

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN DUELO

**Juan A. Virizuela Echaburu, María del Mar Aires González y
Antonio Duque Amusco**
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN

El duelo es una reacción normal y necesaria ante la pérdida de una persona querida y cumple una función adaptativa que es la de ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana y los valores sin el ser querido. En definitiva, se trata de continuar viviendo sin esa persona significativa. El valor, la relevancia y el significado del proceso de duelo es tal que hay personas que tras una vivencia de duelo experimentan un crecimiento personal importante⁽¹⁾.

Pese a su normalidad, el fallecimiento de un ser querido es un acontecimiento vital estresante de primer orden que a lo largo de nuestra vida podemos llegar a experimentar en más de una ocasión.

En el caso de una enfermedad como el cáncer el proceso de aflicción para la familia empieza desde el momento del diagnóstico, evaluándose sólo como una amenaza en el caso de un pronóstico bueno o como el anuncio de una pérdida próxima en el caso de que la enfermedad esté avanzada o recidive⁽²⁾. Esta pérdida, a pesar de estar anunciada conlleva, al igual que todas las pérdidas, sufrimiento y dolor para la familia que iniciará el proceso de elaboración, aceptación de la pérdida real y adaptación a la vida sin el ser querido desde el momento del fallecimiento de éste.

No todos los duelos son iguales ni se resuelven del mismo modo. La intensidad, el ritmo y la duración del duelo en cada doliente depende de numerosas variables y de su interacción^(1-5,8,9): la relación emocional y de dependencia con el fallecido, la edad del doliente y del fallecido, las circuns-

tancias y momento en que se produce la pérdida, el tiempo de preparación para la pérdida, las creencias religiosas, y los problemas socio-económicos ocasionados a raíz de la muerte o previos a ésta, entre otras cuestiones, son aspectos de suma importancia para predecir el desarrollo normal o no del duelo. También van a ser fundamentales para un adecuado desarrollo del duelo los recursos de que disponen los sobrevivientes, tanto a nivel personal como familiar y social, su estado de salud y las respuestas experimentadas ante situaciones emocionales intensas previas.

Por tanto, los factores que intervienen en el proceso de duelo son de tal magnitud y cuantía que su interacción ocasiona que algunas veces sea necesaria una intervención específica psicológica y/o médica para la persona en duelo, mientras que en otras, las más numerosas, sólo es necesario informar, acompañar o asesorar puntualmente al doliente ^(1,4,5). En cualquier caso, duelo normal o patológico, el profesional va a prestar una atención especial a la persona que ha sufrido la pérdida y vigilará o supervisará dicho proceso con el objetivo de detectar alguna posible anomalía en el transcurso del mismo. En este sentido los equipos de atención domiciliaria, cuidados paliativos, oncología y atención primaria tienen un importante papel, ya que es en estos equipos donde habitualmente se encuentran los especialistas necesarios para hacer el seguimiento o la intervención que el doliente necesite.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE ADULTOS EN DUELO

Muchos autores, entre los que destaca Worden ⁽⁵⁾ consideran útil la distinción entre *consejo o asesoramiento y terapia de duelo*. El consejo es un tipo de intervención que podrían realizar los profesionales sanitarios que se relacionan con frecuencia con personas que sufren procesos de duelo (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) y se desarrolla con personas que están atravesando un proceso de duelo normal. Se pone en práctica en el contexto habitual de trabajo del profesional y no requiere de un encuadre especial como ocurre en la terapia. Aunque es lícito pensar que lo más adecuado es ofrecer este asesoramiento a toda persona que esté enfrentándose a un proceso de duelo, la mayoría de los autores prefieren ofrecérsela sólo a aquellos dolientes que reúnan condiciones de alto riesgo, a aquellos que lo soliciten por iniciativa propia o a aquellos que presenten claras dificultades para realizar las tareas de afrontamiento del duelo que más adelante describiremos ^(5,6). Por su parte, la terapia de duelo está indicada en los casos de duelo complicado, la realizan profesionales de salud mental y necesita de un encuadre concreto al igual que otras terapias psicológicas.

Partiendo de este planteamiento el consejo va a ser el marco de trabajo que se va a utilizar habitualmente para la atención al duelo normal.

La atención a una persona en duelo supone multitud de acciones que van desde la comunicación del diagnóstico de enfermedad terminal hasta el tratamiento especializado del duelo patológico o complicado ⁽²⁾. Como ya hemos comentado, la elaboración del duelo comienza desde que se confirma el diagnóstico fatal de la enfermedad, por lo que la atención al duelo debe comenzar antes del fallecimiento del enfermo ^(1, 2). En este sentido el curso de la enfermedad oncológica permite a los profesionales que antes del fallecimiento del enfermo se pueda valorar y analizar la situación de un deudo con el objetivo de facilitar el proceso de duelo y/o detectar posibles factores de riesgo de duelo complicado.

Algunas estrategias de intervención previas al fallecimiento para facilitar un buen duelo son ^(1-2,10):

- Asegurar un buen cuidado médico y emocional del paciente y proporcionar un adecuado control de los síntomas, para que el sufrimiento que conlleva la enfermedad sea lo más tolerable posible para el deudo y no se convierta tras el fallecimiento del enfermo en un motivo de rabia o ira que perturbe el proceso de duelo.
- Favorecer la comunicación entre los futuros dolientes para que se ofrezcan apoyo mutuo y arreglen el mayor número de asuntos pendientes con el paciente. La tranquilidad de haberse despedido del ser querido con los temas que consideraban más importantes resueltos es vital para el superviviente.
- Animar a la familia a organizarse y participar activamente en el cuidado y en la expresión de afecto hacia el paciente, dotando de significado y sentido su labor de cuidado y acompañamiento. De este modo se observa, por un lado, un beneficio directo e inmediato tanto en el propio paciente que recibe con satisfacción dicha ayuda y apoyo como en la familia que corre menos riesgo de claudicación emocional de algunos de sus miembros y, por otro lado, un beneficio tardío sobre la reacción del doliente tras el fallecimiento del paciente que experimenta el duelo con mayor serenidad debido a una menor carga de sentimientos de culpa.
- Promover, sin forzar o imponer, que se sigan ciertas actividades rituales tras el fallecimiento del ser querido (ver al fallecido, poder estar a solas para despedirse, realizar los cuidados post-mortem, acudir al funeral, etc.) porque con ellas se crea un espacio donde socialmente está permitido expresar de manera abierta el llanto y otras muestras de dolor y de despedida que facilitan la elaboración del duelo y la aceptación de la muerte.

- Permitir exponer las emociones negativas que hayan podido surgir a lo largo del proceso de la enfermedad con el personal sanitario, otras familiares, amigos, etc.
- Identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y miedos de la familia para eliminarlos o suavizarlos mediante la información, aclarando dudas, reestructurando las distorsiones cognitivas, etc.
- Evaluar los recursos de la familia y potenciarlos para aumentar la sensación de control sobre la situación.
- Proporcionar información a la familia que facilite el afrontamiento de situaciones difíciles y prevenga posibles bloqueos.

No obstante, no debemos olvidar que la pérdida es, en sí misma, dolorosa, por lo que la persona afligida necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal⁽³⁾.

Después del fallecimiento, el profesional encargado, preferiblemente quien atendió la mayor parte del tiempo al enfermo, contactará con el doliente o la familia doliente tras el fallecimiento al menos dos o tres veces con el fin de ofrecerle la oportunidad de expresar sus dudas, miedos, gratitud y deseos. En estos contactos se recordará el proceso de morir del fallecido, los cuidados realizados, las condiciones de la muerte y los actos fúnebres realizados, así como la reorganización del hogar, de las actividades y de los roles necesaria para recuperar la cotidianeidad de la vida alterada hasta ese momento por el cuidado del enfermo y expresar los afectos positivos y negativos hacia el fallecido. También será una buena ocasión para invitar a los afectados por la pérdida a despedirse del personal sanitario que durante tanto tiempo ha "vivido" con ellos pero cuya relación también tiene que romperse sin que por ello se sientan abandonados en el transcurso de ese proceso. En definitiva, se tratará de que la persona se ajuste de nuevo a la vida.

Dentro de los aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de dar soporte emocional a una persona en duelo, el profesional no especializado en este campo debe mostrar una actitud favorecedora de este proceso haciendo hincapié en⁽¹⁻³⁾.

- Desarrollar la capacidad de escucha empática, la cual va a consistir en una actitud de escucha activa centrada en lo que dice el doliente y en identificar correctamente la emoción que se está expresando, así como dar a entender al mismo que comprendemos sus sentimientos y que no lo criticamos o juzgamos por ello. Utilizaremos con frecuencia preguntas abier-

tas, en contadas ocasiones preguntas cerradas y de ningún modo respuestas agresivas ni contrarias. Con esta actitud favoreceremos la apertura emocional del doliente.

- Permitir la expresión espontánea del duelo, de manera que el afectado no sienta la necesidad, debido a nuestra actitud, de omitir o inhibir sus emociones. Para ello es imprescindible nuestra franqueza, claridad y respeto.
- Estar atento a las señales verbales y no verbales que acompañan la expresión del duelo.
- Facilitar la manifestación del duelo a todos los niveles (cognitivo, emocional y comportamental).
- Prestar máxima atención a los pensamientos expuestos y las conductas que se manifiesten en torno a la vivencia del duelo con el fin de ofrecer un feedback para que el superviviente reflexione sobre ellos y saque conclusiones acerca de cómo participan estos aspectos en el desarrollo o mantenimiento de un estado emocional.
- Facilitar la modificación de los pensamientos, conductas y emociones inadecuadas.
- Ayudar al doliente a que exprese sus vivencias sobre: condiciones del fallecimiento de la persona querida, participación en los rituales funerarios, acompañamiento que ha recibido, etc., y exponga sus emociones, incluso las más secretas y no satisfactorias si las hay, sobre el fallecido, su cuidado, familiares, acompañantes y/o sobre sí mismo.
- Ante el recuerdo doloroso de la enfermedad y su proceso analizar las relaciones con el personal sanitario, las dificultades que hubo en la comprensión del diagnóstico y en el proceso de enfermedad, el control inadecuado o insuficiente de los síntomas si lo hubo, etc.
- Reforzar la importancia de postergar temporalmente el tomar decisiones importantes, sobretudo si son irreversibles.
- Acentuar los aspectos sanos y positivos del doliente que puedan ayudarle en la situación de duelo.
- Conocer las estrategias de afrontamiento que habitualmente predominan en el repertorio conductual del afectado ante las situaciones estresantes.

- Explicar al superviviente cómo es el proceso de duelo, destacando que se caracteriza por ser un proceso individual, es decir, cada persona va a necesitar un tiempo y un ritmo diferente para elaborar la pérdida de la persona querida. Dejando claro que los dos primeros años suelen ser los más duros, para posteriormente pasar del dolor intenso a los recuerdos más preciados y a una pena más calmada.
- Ser cautos: el doliente tendrá emociones positivas y negativas, subidas y bajadas; por ello hay que saber que cuando tenga un gran día no es señal de que su dolor se ha acabado ni que si tiene un mal día es señal inequívoca de que necesita un tratamiento psiquiátrico.
- Explorar la historia de duelos anteriores con el fin de orientarnos sobre las estrategias de afrontamiento que utilizó el doliente en otras ocasiones y/o duelos no resueltos que nos pongan en alerta sobre un factor de riesgo de volver a desarrollar un nuevo duelo complicado.
- Estudiar la red de apoyo social con que cuenta el deudo, su percepción y calidad de la misma.
- Identificar la fase de duelo en que se encuentra el doliente, la normalidad de sus reacciones y la evolución de las mismas.
- Realizar tareas de prevención valorando adecuadamente posibles factores de riesgo o señales de duelo patológico para, en su caso, derivar al equipo de Salud Mental. Por ejemplo: explorar la existencia de problemas previos de salud física y/o mental. Las personas con alguna enfermedad física aguda o crónica grave (Alzheimer, cáncer, SIDA, etc.) o con problemas de alcoholismo, depresión, intentos de suicidio, ansiedad o trastorno de personalidad, entre otros, tendrán más riesgo de desarrollar un duelo patológico y pueden presentar mayores problemas para aceptar la pérdida.
- Establecer visitas periódicas que proporcionen, por un lado, al deudo la impresión de que el profesional está cercano, se interesa por él y le ofrece su apoyo, en lugar de haberse producido una ruptura brusca debido al fallecimiento del enfermo. Y por otro, permitir al profesional el seguimiento del doliente y el análisis de sus progresos.
- Examinar la historia de aficiones e intereses de los supervivientes, ya que tener y realizar actividades gratificantes o satisfactorias es fundamental para restablecer el equilibrio.

Para desarrollar cada uno de estos aspectos correctamente es necesaria una dedicación de tiempo y espacio determinado ya que, por ejemplo, es muy difícil atender activamente y facilitar la expresión emocional del otro si se está pendiente de otras tareas o se tiene prisa. Asimismo, en la medida de lo posible, se reducirán las conversaciones telefónicas en favor de la presencia física con el doliente. No debemos olvidar que la comunicación no verbal es una fuente de información muy importante tanto para el doliente que recibe con mayor claridad el interés y la actitud de apoyo y comprensión del profesional como para el mismo profesional que puede observar en su totalidad las expresiones del doliente.

En cuanto a la frecuencia y distribución de las visitas, es muy difícil programar un calendario a priori pero como pauta general y siempre que no observemos dificultades en el transcurso del proceso o indicios de desarrollar un duelo complicado podemos sugerir que una vez pasada la primera visita a los pocos días del fallecimiento, se concertará una segunda a las 3-4 semanas, otra a los tres meses y una cuarta y última 6 meses después⁽²⁾.

INTERVENCIÓN EN EL DUELO. OBJETIVOS. TAREAS DEL DUELO. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS

Hasta ahora hemos marcado las pautas generales para proporcionar un adecuado apoyo emocional al doliente y establecer los primeros contactos. Pero el objetivo general de la intervención en el duelo es ayudar al superviviente a completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y ser capaz de decir un adiós final. En este sentido, los objetivos específicos que se persiguen con la atención en el duelo son^(3,5):

- Aumentar la realidad de la pérdida.
- Ayudar al doliente a expresar sus emociones (tanto las exteriorizadas como las latentes).
- Ayudar a vencer los obstáculos que evitan el reajuste después de la pérdida.
- Alentar para decir "adiós" al fallecido y sentirse confortable en la nueva situación de vuelta otra vez a la vida.

W. Worden⁽⁵⁾ describe una serie de tareas necesarias para superar el impacto de la pérdida, restablecer el equilibrio y así completar el proceso de duelo. Estas tareas no siguen necesariamente un orden concreto pero su naturaleza sí sugiere un criterio de lógica. Así, no es posible trabajar el impacto emocional de la pérdida si no se ha aceptado la realidad de dicha pérdida. Otra cuestión es el hecho de que el duelo no es un estado sino un proceso por lo que el doliente no puede esperar que vayan pasando los días y se elabore el duelo solo, sin trabajo, sino

que tendrá que esforzarse para realizar cada tarea y así superar la aflicción. Por eso es por lo que si no se completan todas y cada una de las tareas, aunque el doliente no lo crea, no se habrá resuelto el duelo y desembocará en un duelo incompleto o complicado. Las tareas a las que Worden se refiere son las siguientes:

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida

Al enfrentar la pérdida, incluso cuando ésta es anunciada como en el caso del paciente oncológico, hay siempre un primer momento de shock y negación de la misma, una sensación de que eso “no ha pasado” o que ha sido un mal sueño por lo que la primera tarea de afrontamiento del duelo es entender la muerte del otro, aceptar que no va a volver para poder reconocer la pérdida. Muestra de esta resistencia a aceptar lo evidente es la impresión de “ver al otro” en algún lugar, una calle, una cafetería, etc., para comprobar luego que se ha equivocado, que esa persona no va a volver.

La negación de la pérdida es un mecanismo de protección que se pone en evidencia, bien negando la realidad de la pérdida, bien, su significado o su irreversibilidad. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esta tarea que no es sólo intelectual sino, sobre todo, emocional. La persona que atiende al doliente para facilitar el proceso puede preguntar sobre la forma en que sucedió la muerte, qué pensó, cómo se sintió, qué hizo, si estuvo en ese momento, etc... También sobre si participó en los ritos funerarios, o si continúa visitando la tumba de la persona fallecida, etc.

Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

La pérdida del ser querido despierta sentimientos de dolor, pena, sufrimiento, rabia, culpa e indefensión que el doliente puede querer posponer para más adelante con la intención de protegerse. Pero aunque en un principio pueda parecer inofensiva esta estrategia de protección, el hecho de evitar o ignorar ciertas emociones puede perjudicar en un futuro a la persona afligida, prolongando el curso del duelo⁽⁴⁾. Por tanto, se trata de sentir, identificar y aceptar las reacciones emocionales ante la pérdida para poder afrontarla.

Pero algunas personas que experimentan duelos se encuentran aisladas. Los allegados a menudo no están a gusto frente a las emociones del doliente (sobre todo la tristeza y la rabia), se sienten impotentes y prefieren evitar encontrarse a la persona y hablar sobre lo que está viviendo. Sin embargo, las personas que están pasando por un duelo tienen necesidad de hablar y tener personas a su alrededor que les den apoyo y consuelo. Por ello es necesario que el profesional favorezca la expresión de los afectos del duelo.

Uno de los aspectos más importantes y eficaces en este proceso es poder expresar las emociones con alguien que comprenda al doliente y le ofrezca su apoyo; de esta manera se pueden prevenir intentos de negación del sufrimiento, donde el doliente se va a resistir a sentir dolor (evitando pensamientos dolorosos del fallecido, cosas que le recuerdan a él, consumiendo alcohol o medicamentos, etc.).

Dentro de las emociones asociadas al duelo, la tristeza es la más común y más aceptada socialmente; sin embargo, llorar es necesario pero no suficiente, el paso siguiente en esta tarea es que el doliente se pregunte por el significado de sus lágrimas, significado que irá cambiando a lo largo del proceso de duelo pero que aliviará a la persona porque entenderá el motivo de sentirse de esa manera.

Otra emoción muy frecuente en el duelo es la rabia. La rabia puede ir dirigida al fallecido, por haberse ido o haber abandonado a la familia; a otras personas significativas implicadas en la pérdida, como son el personal sanitario, familiares o amigos; o contra sí mismo en forma de culpa o reproches por lo que hizo o lo que no llegó a hacer, etc. En este sentido es importante explorar las ideas y/o intentos de suicidio y la motivación para ello (deseos de reunirse con el fallecido, deseos de no querer continuar en este mundo, etc.) para adoptar las medidas necesarias si fuera preciso. Una vez expuestos los sentimientos de culpa se puede enseñar al doliente a que separe las culpas reales de las que no lo son para aprender a manejarlas, de forma que poco a poco desarrollará habilidades para diferenciar por sí mismo los sentimientos reales de los imaginarios, facilitando la desaparición de estos últimos. Un ejemplo de ello puede ser el analizar las posibilidades reales que hubo para despedirse del enfermo, disculparse, resolver conflictos personales y familiares y planificar asuntos delicados como la educación de los hijos o aspectos financieros, y si hubiera podido optar por una opción diferente.

Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Esta tarea supone aprender a desenvolverse en una nueva vida, donde se renuncia a los vínculos que unían a doliente y fallecido para construir un nuevo mundo sin olvidar el antiguo, en el que se desarrollen nuevas habilidades y asuman nuevas tareas que conduzcan al superviviente a tener una vida plena.

Con esta tarea se ayuda a la persona afligida a enfrentarse a los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin el fallecido; en definitiva, a asumir las exigencias del medio. El esfuerzo que esta tarea va a requerir es muy variable en función de la relación del doliente con la persona fallecida y los papeles que ésta desempeñaba. Así, cuando la persona fallecida es la

principal fuente de apoyo emocional, consejo, compañía, ingresos o responsable de la organización del hogar y el doliente lo considera imprescindible para “vivir y ser feliz”, sobrevivirle supone niveles de ansiedad, dolor y desesperanza muy grandes, ya que los recursos del superviviente se ven reducidos mientras que sus necesidades siguen siendo las mismas pudiendo sentirse frustrado para satisfacer incluso las más básicas⁽¹⁾. Cuando esto ocurre, la persona se cuestiona la eficacia de sus conductas, el control que tiene sobre su vida y aumenta la sensación de baja autoestima.

En otras ocasiones el doliente siente la necesidad de hacer grandes cambios en su vida para poder reajustarse (cambiar de vivienda, ciudad o pareja); bajo estas circunstancias es aconsejable ser precavidos y no anticipar decisiones irreversibles o de difícil resolución. Cuando sea posible es mejor posponer ciertas decisiones para un momento en que la persona esté más capacitada para pensar no sólo en el alivio inmediato del sufrimiento sino en las consecuencias que pueda tener el tomar determinadas decisiones.

Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

El objetivo de esta tarea es amar de nuevo, retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otras relaciones para sentir afecto pleno por los demás y ser capaz de preocuparse por ellos. Esta última tarea supone situar al ser querido en un lugar especial dentro del mundo interior del doliente de forma que el recuerdo de la persona perdida se pueda activar sin exceso de emocionabilidad, de manera que facilite al doliente sentir interés por otras personas o cosas. Por tanto, no significa olvidar ni sustituir al fallecido; de hecho plantearse esa alternativa puede suponer un rechazo total del doliente a finalizar el duelo, ya que puede dar lugar a despertar sentimientos de traición o desengaño por creer que el vínculo que existía entre el deudo y el fallecido no era lo suficientemente fuerte.

Esta recolocación tampoco debe confundirse con el ansia de algunos deudos de ocupar rápidamente el vacío que ha dejado el fallecido ya que esto no es más que un intento de evitar el dolor que genera la pérdida y sería una defensa que impediría completar la tarea⁽²⁾.

El duelo termina sólo cuando estas tareas han finalizado y no antes, siendo un buen indicador de que el duelo se ha completado hablar de la persona fallecida sin dolor y de forma sosegada. En estas condiciones es muy difícil estimar la duración de un duelo normal aunque dos años suele ser el periodo más aceptado por la comunidad científica. No hay que olvidar que hay personas que nunca lo completan, reapareciendo el dolor y el sufrimiento por la persona querida a lo largo de su vida^(4, 5).

La intervención psicológica específica, al contrario que el asesoramiento o atención al duelo visto hasta ahora, va encaminada mayoritariamente a explorar los factores de la situación presente del doliente que puedan estar interfiriendo en la adaptación y aceptación de la muerte de la persona querida, a disipar los sentimientos de culpa y potenciar los sentimientos de autorrealización; a reestructurar los pensamientos distorsionados que causan las emociones excesivas en intensidad o duración; a ayudar al deudo a desarrollar una actitud de nuevo entendimiento de sí mismo, de los otros y del mundo y a explorar perspectivas nuevas tras el cambio por el fallecimiento de la persona y a incorporar la situación presente dentro del *continuum* de experiencias de la vida^(1,7).

Dicha intervención requiere además una exploración psicológica previa que permita no sólo describir el proceso de duelo del doliente sino también conocerlo en cuanto a las conductas problemáticas que presenta, el mantenimiento de las mismas y los recursos que posee. Para ello, además de la entrevista clínica donde se recoge la información básica del deudo, en la actualidad existen instrumentos de medida específicos y adaptados al español como el Inventario Texas Revisado de Duelo de Faschinbager y cols. (1977, 1981) o el Inventario de experiencias en duelo de Sanders y cols. (1977) que van a completar la información clínica.

Las técnicas y estrategias de intervención psicológica que se utilizan para lograr los objetivos del duelo son numerosas y variadas y dependen de las metas que deseemos conseguir y del marco donde se encuadre la terapia. Vamos a citar de manera muy resumida algunas de ellas, aunque para una revisión más detallada puede consultarse el trabajo de Worden⁽⁸⁾:

- Expresión de las emociones positivas y negativas a través del uso de símbolos asociados al fallecido, como fotos, videos, cartas, dibujos, etc., o dibujando las propias emociones y experiencias vividas con él.
- Cambiar los pensamientos negativos o distorsionados por otros más adaptativos y ajustados a la realidad, utilizando la reestructuración cognitiva.
- Solucionar los asuntos pendientes y expresar pensamientos y sentimientos que no se dijeron en vida del fallecido escribiendo cartas dirigidas a él o utilizando la técnica de imaginación guiada.
- Enfrentarse a las situaciones que temen o sobre las que se sienten molestos desarrollando habilidades específicas a través de la técnica de *role playing*.

En cuanto al empleo de fármacos, cabe decir que se tiende a abusar de ellos cuando se emplean en el tratamiento del duelo. Es un error pensar que como el deudo sufre una tremenda tristeza y dolor debe tomar alguna medicación para eliminar estos síntomas. Se nos olvida entonces que el duelo es un proceso normal y adaptativo y que tiene unos objetivos concretos y bien definidos en cuanto a la superación de la pérdida se refiere, por lo que la persona tiene que experimentarlo para poder llegar a superarla. Por ello, sólo deben prescribirse cuando hay una indicación clínica clara, así, por ejemplo, los hipnóticos se indicarán sólo cuando haya evidencia de un patrón de sueño notablemente alterado y mantenido por cierto tiempo, al igual que los antidepresivos que se indicarán sólo cuando la persona cumpla los criterios correspondientes y desaconsejándolos cuando el doliente se encuentre en fase aguda de duelo.

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL DUELO

La muerte de un individuo produce cambios en las vidas de las personas de su entorno, tanto más cuanto más cercanas fueran éstas. La mayoría de las pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar ⁽⁵⁾. Partimos de la concepción de que la familia es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influyen entre sí. En la familia la muerte de uno de sus miembros supone, además de enfrentarse a la pérdida, dotar de nuevo significado, reorganizar y reestructurar las funciones que juegan cada uno de sus componentes, dado que el que desempeñaba el fallecido ha quedado vacante, es decir, el objetivo del duelo familiar es establecer las bases de un nuevo sistema familiar, que surge del anterior, pero que no será el mismo ^(8,9). Este proceso constituye un sobreesfuerzo por parte de los dolientes pero por otro lado la familia en sí misma puede ser un amortiguador emocional importante para todos ellos, donde se reduce la experiencia de estrés y se atenúa la respuesta de cada miembro siempre que se permitan expresar el duelo a su debido tiempo y mantengan una actitud de respeto los unos con los otros. Por tanto, habrá mayor adaptación al proceso de duelo en familias con mayor cohesión y menos conflictos familiares que en familias en donde el apego es menor ⁽⁹⁾. Asimismo, una "muerte esperada" permite anticipar progresivamente una reorganización de la vida familiar y hacer frente al acontecimiento doloroso con una preparación mayor.

La intervención familiar va a perseguir los mismos objetivos que la intervención individual con la salvedad de que las estrategias y las técnicas utilizadas van a ir dirigidas, y por lo tanto adaptadas, al grupo, a la unidad familiar. Se va a perseguir la consecución de las tareas de duelo tal y como las mencionamos antes pero centrándonos muy especialmente en las tareas 2 (expresión de emociones positivas y negativas hacia el fallecido) y 3 (identificar los papeles del fallecido y la actitud de acogimiento o rechazo que mantienen los miembros de la familia respecto a estos cometidos).

Para ello habrá que evaluar la dinámica familiar prestando una especial atención a la posición funcional o el papel que desempeñaba el fallecido en la familia, la integración emocional de la misma y cómo facilitan o dificultan la expresión emocional los distintos miembros de la familia. Otros aspectos de interés serán qué parentesco (hijos, abuelos, padres, hermanos, etc.) guardaba el fallecido con los distintos miembros de la familia, el ciclo vital familiar y qué tipo de relación (psicológica, emocional, social, económica, etc.) guardaban entre ellos, ya que el valor de la pérdida puede ser muy variable de unos miembros a otros de la familia.

EL DUELO DEL PROFESIONAL

A lo largo de este capítulo ha quedado clara la importancia que tiene continuar el contacto con el doliente con el objetivo de facilitar el duelo y prevenir posibles alteraciones del mismo. Pero hay una segunda razón: que el profesional también pueda desarrollar su duelo particular por la pérdida de una relación aunque ésta sea profesional. De tal modo que el profesional también se va a desenganchar emocionalmente de la familia doliente y va a comprender y aceptar que algunas experiencias profesionales, al igual que la de acompañar al enfermo, pueden provocar reacciones emocionales fuertes y que esto forma parte de un proceso psicológico normal. Estos últimos encuentros con la familia serán una oportunidad para expresar afecto, aprecio, pena; encontrar respuesta a preguntas que no se pudieron hacer en vida; aceptar el agradecimiento, a pesar del dolor, por todo lo realizado; y, en definitiva, exponer y resolver una pérdida para estar preparados para la siguiente⁽⁸⁾.

En estos casos va a resultar muy importante que el profesional aprenda a separar sus emociones de las de los dolientes para poder ayudarles en sus desahogos emocionales, entender la realidad de la situación que están viviendo y aceptarla. Esta experiencia ayudará al profesional a conocer e identificar sus limitaciones y habilidades en este contexto para corregirlas y potenciarlas respectivamente conforme vaya trabajando.

El profesional debe formarse y prepararse para el afrontamiento del duelo de sus pacientes ya que éste también tiene miedos que a veces entorpecen este proceso; dichos miedos son muy variados: temor a no tener el tiempo que creemos necesita el doliente o la familia doliente por estar saturados de trabajo, temor a causar dolor, temor a que nos causen dolor, temor a facilitar la expresión emocional del doliente y a no saber manejar una explosión de emociones; temor a sobreimplicarnos y añadir sufrimiento a nuestra vida y/o no saber manejar nuestras emociones, y temor a enfrentarnos a nuestras propias pérdidas así como a la propia muerte a través de las pérdidas y la muerte del otro⁽⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacasta, M.A. y Soler, M.C. El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: Camps, C., Carulla, J., Casas, A.M., González-Barón, M., Sanz-Ortiz, J y Valentín, V. (eds.). Manual SEOM de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica, 2004, pp. 713-30.
2. Astudillo, W. y Mendinueta, C. La asistencia del proceso del duelo. En Astudillo, W., Mendinueta, C. y Astudillo, E. (eds.) Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Eunsa, 1995, pp. 307-16.
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
4. Parkes, C.M. y Weis, R.S. Recovery from bereavement. Nueva York: Basic, 1983.
5. Worden, W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.
6. Rodríguez, B. y Fernández, A. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud. Medifam, 2002; 12 (4): 276-84.
7. Schröder, M. y Comas, M.D. Atención psicológica del enfermo oncológico en situación avanzada terminal. En Gil, F. (ed.) Manual de Psicooncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología, 2000, pp.173-208.
8. Wein, S. The family in terminal illness. En L. Baider, C. L. Cooper y A. Kaplan De-Nour (eds.), Cancer and the family (2ª ed.). New York: John Wiley & Sons, 2000, pp. 437-9.
9. Gilbert, K. We've had the same loss, why don't we have the same grief? Loss and differential grief in families. Death Studies, 1996; 20: 269-83.
10. Soler, M.C. y Jordá, E. El duelo: manejo y prevención de complicaciones. Medicina Paliativa, 1996; 3 (2):18-27.