

INTERVENCIÓN GRUPAL EN DUELO

Alba Payás Puigarnau

Psicoterapeuta

Servicio de Apoyo al Duelo. Girona

INTRODUCCIÓN

El duelo es la respuesta natural a la muerte de un ser querido. Para la mayoría de las personas, este proceso evoluciona de forma favorable con el apoyo exclusivo de la red social natural y, a pesar del sufrimiento intenso, se adaptan a la pérdida y a sus consecuencias y con el tiempo, rehacen sus vidas. Sin embargo, hay una minoría de casos en los que el duelo no evoluciona favorablemente (denominándose duelo complicado, patológico, o traumático) y aparecen consecuencias severas que afectan a la salud mental y física de la personas implicadas. El duelo complicado se asocia con problemas de salud como son depresión, ansiedad, abuso de alcohol o de fármacos, incremento del uso de recursos sanitarios, aumento de la mortalidad dentro del primer año, y suicidio ⁽¹⁾

Hay evidencia sustancial de que la sintomatología del duelo complicado constituye un desorden mental distintivo. Es difícil saber con exactitud el ratio de prevalencia de las complicaciones en el duelo, ya que no se ha establecido aún el criterio, y la definición de duelo patológico es aún poco precisa. Se estima que, asociado a las muertes naturales, ocurren aproximadamente un 10% de casos de duelo complicado ⁽²⁾. Teniendo en cuenta que en España hay aproximadamente 100.000 defunciones anuales por cáncer y estimando un promedio de 6 personas afectadas por muerte (familiares o allegados), habría unos 60.000 casos de duelos complicados anualmente en España solo por procesos oncológicos.

Es evidente que el duelo debería ser una preocupación importante en la planificación de los servicios sanitarios públicos, porque es en situaciones como ésta cuando van a necesitarse programas de atención especializada. La recomendación dentro del sector sanitario, siguiendo las

políticas desarrolladas en otros países pioneros en el tratamiento preventivo del duelo, apoya la creación de servicios de atención al duelo especializados más allá de lo que actualmente proveen las redes de atención primaria y salud mental⁽³⁾.

En esta última década se está debatiendo cuales son los grupos de personas más vulnerables, y si esta vulnerabilidad es susceptible de ser detectada en los momentos iniciales de la pérdida, utilizando factores de riesgo como indicadores. La identificación de grupos de nivel de riesgo alto permite el diseño de intervenciones más especializadas y preventivas de duelo complicado. La discriminación entre lo que es un proceso normal o uno de riesgo, o un duelo complicado, es un elemento esencial en la planificación e implementación de un servicio de apoyo a las personas en duelo, ya que determinará el nivel de intervención terapéutica requerida. La diferenciación entre lo que es un nivel de asesoramiento en el duelo o un nivel de terapia ha sido descrita ya por varios autores como útil y muy necesaria⁽⁴⁾.

El asesoramiento se refiere a aquella ayuda psicológica dirigida a facilitar un duelo normal, con el objetivo de aliviar el sufrimiento, proveer confort, normalizar la vivencia y reducir el aislamiento. Este tipo de intervenciones pueden ser realizadas por profesionales, o incluso por paraprofesionales con una formación en relación de ayuda y en fundamentos de duelo⁽⁵⁾. La terapia de duelo, por otra parte, requiere el uso de herramientas de psicoterapia para el tratamiento de duelos de riesgo o complicados, los cuales precisan de una formación específica por parte del profesional competente.

Si la competencia profesional no es adecuada, las intervenciones pueden ir en detrimento de la evolución del duelo. La evidencia sugiere que intervenciones apropiadas para procesos patológicos pueden no ser efectivas en procesos normales y causar problemas en su evolución^(6,7). De la misma manera, intervenciones específicas para una fase de duelo pueden no ser beneficiosas si se utilizan en otro momento, por tanto es fundamental que el clínico sea capaz de identificar los distintos tipos de duelo y las tareas propias de cada momento teniendo en cuenta la dinámica del proceso.

Actualmente no se dispone aún de ninguna evidencia rigurosa sobre recomendaciones específicas referente al tratamiento de personas en duelo⁽⁸⁾. Existen en el mundo anglosajón, una diversidad de programas disponibles que ofrecen diferentes intervenciones preventivas de duelo: unos diseñados a mitigar la sintomatología en duelos normales y por tanto destinados a la población en duelo en general -intervención preventiva primaria-, otros destinados a mejorar la evolución y prevenir la emergencia de complicaciones en duelos de riesgo -intervención

preventiva secundaria-, y finalmente programas de tratamiento de duelo patológico o complicados -intervención preventiva terciaria-⁽⁷⁾.

Los grupos de apoyo o de terapia, la psicoterapia inter-personal, la psicodinámica o la psicoterapia cognitivo-conductual y los fármacos son algunas de las aproximaciones terapéuticas más utilizadas en estos programas. Una revisión reciente de la eficacia de las intervenciones terapéuticas en distintos programas concluye que, cuanto más complicado es el proceso, las intervenciones terapéuticas dan resultados más medibles y evidentes. Por tanto es conveniente dirigir las intervenciones clínicas de forma específica a los grupos de riesgo⁽⁹⁾. Todas estas consideraciones son muy importantes a la hora diseñar e implementar un programa de apoyo grupal, puesto que van a influir en la decisión del nivel de intervención dónde hay que dirigir los esfuerzos, y que personas en duelo más lo necesitan y más se van a beneficiar del programa.

¿QUÉ ES, POR QUÉ Y PARA QUÉ UN GRUPO DE APOYO EN EL DUELO?

Un grupo de apoyo está constituido por personas que han experimentado una misma pérdida, y se que se encuentran de forma regular y formal para poder compartir vivencias e intercambiar recursos a fin de poder aliviar el sufrimiento y adaptarse mejor a los cambios y retos de la nueva situación. En el grupo, los participantes construyen vínculos de amistad, comparten sentimientos difíciles, normalizan su experiencia, identifican otras formas de vivir y afrontar la pérdida, y juntos descubren nuevos significados y esperanzas. Todo ello hace que el grupo de apoyo sea un espacio óptimo para reducir el aislamiento, mitigar los sentimientos difíciles, aumentar la autoestima y ganar confianza en uno mismo recuperando el sentido y control de la propia vida.

Los beneficios de participar en un grupo de duelo son numerosos⁽¹⁰⁾. El grupo de apoyo ofrece un espacio de apoyo emocional donde cada persona puede expresar sus sentimientos libremente sin que por ello se minimice o juzgue la intensidad. Este alivio emocional también repercute en una mejora a nivel físico. Las personas en duelo a menudo expresan el hecho de sentir que la gente les evita. Compartir experiencias similares reduce la sensación de aislamiento y a la vez normaliza y valida la vivencia de duelo sea cual sea. Las personas se arriesgan a expresar sentimientos, cogniciones, percepciones, creencias, que a pesar de ser reacciones naturales de duelo se viven como algo inadecuado: al expresarlas en grupo, las personas afectadas descubren que son respuestas universales, que no se están volviendo locos y que esta sintomatología forma parte natural de proceso. Descubren juntos que, no sólo el expresar dolor abiertamente no les destruye sino que al compartirlo se abren a la posibilidad de recuperación. Por otra parte el grupo provee un espacio dónde pueden expresar esos sentimientos sin tener que

“hacer ver” que están bien. Para muchos de ellos, el grupo se convierte en el único espacio donde se sienten con permiso para poder expresar sentimientos difíciles como el enfado, la tristeza, soledad o culpa. Esta identificación con los demás aumenta la vinculación y el sentido de cohesión que hace que los miembros se sientan validados y por tanto mejora su autoestima.

El grupo tiene además una función educativa: las personas aprenden que el duelo requiere tiempo, que es un proceso dinámico, es decir que se desenvuelve en el tiempo de forma característica, que hay unas etapas y tareas, y que deben tener una actitud activa y de compromiso. No son responsables de lo sucedido pero sí del proceso de recuperación. La observación de cambios positivos en algún miembro del grupo es un signo de esperanza para el resto que puede anticipar mejoras en su propio proceso. En el grupo intercambian información sobre estrategias de ayuda, recursos específicos sobre aspectos prácticos como el acompañamiento de los hijos o de las parejas, ideas sobre cómo afrontar momentos difíciles como son las navidades, vacaciones, aniversarios o cumpleaños, ideas de actividades para socializar, como responder a situaciones complejas familiares, y preocupaciones o dudas en la toma de decisiones de vida sobre cambios necesarios en la vida.

Existen distintos tipos de grupos de apoyo terapéutico a personas en duelo. Los grupos de ayuda mutua o grupos de apoyo emocional entre iguales, están formados exclusivamente por personas afectadas dónde uno de los miembros, que suele tener más experiencia, actúa de facilitador, dinamizando el grupo. Normalmente se trata de grupos abiertos, con sesiones quincenales o mensuales, sin programa específico. Este tipo de intervención no profesionalizada debería estar dirigida a procesos de duelo normales. Un buen programa de apoyo basado en la ayuda mutua debe incluir un cribaje donde se identifiquen y deriven los duelos de riesgo o duelos complicados.

Los grupos de terapia para duelos de riesgo y duelos complicados son grupos más estructurados, con un número limitado de participantes, que están dirigidos por un profesional con formación en psicoterapia y una especialización específica en duelo. Los miembros son personas cuyo duelo cumple algún factor de riesgo o que ya muestran sintomatología de duelo complicado. Se trata de grupos cerrados, limitados en el tiempo, que tienen un programa dirigido a las distintas tareas y necesidades individuales de cada miembro, y cuya función es tanto preventiva como de tratamiento.

La decisión del tipo de intervención dónde dirigir un programa de apoyo grupal a personas en duelo, y el formato de grupo a ofrecer, va a depender del balance entre los recursos propios de la unidad, la tipología de colectivo de personas afectadas de donde va a surgir la deman-

da, y el escenario general de la comunidad dónde se implemente el programa y los recursos de derivación presentes

Los programas grupales de atención al duelo deberían ser un elemento esencial en la provisión de cuidados paliativos y cuidados oncológicos integrales⁽¹¹⁾. El modelo de intervención grupal más frecuente en unidades de oncología es el modelo de grupos terapéuticos para duelos de riesgo. Este tipo de intervención se dirige a los familiares de los pacientes que han fallecido en la unidad y que se valoran como familias de riesgo por presentar morbilidad psico-social. De hecho, en muchas unidades hoy en el mundo anglosajón se sugiere que el trabajo con las familias en riesgo se inicie antes del fallecimiento del paciente oncológico⁽¹²⁾. Sin embargo, el impacto de las intervenciones en el duelo anticipado, es decir antes del fallecimiento del paciente oncológico, es prácticamente nulo: no hay evidencia de que sean efectivas excepto en los casos de familias en alto riesgo⁽⁸⁾.

FACTORES DE RIESGO DE DUELO DIFÍCIL EN PROCESOS DE CÁNCER

La identificación de los factores de riesgo es un elemento clave de cualquier sistema de atención al duelo preventivo porque permite la identificación de los individuos vulnerables que van a necesitar ayuda psicológica.⁽¹³⁾

Los factores de riesgo en procesos oncológicos pueden ser situacionales, personales o interpersonales (Tabla 1). Entre los factores que tienen que ver con las circunstancias y tipo de muerte, o factores situacionales, está la no anticipación de la muerte por parte de los familiares debido a la prevalencia de mecanismos de negación o de evitación. A pesar de que tienen la información sobre la gravedad de la situación, la negación en forma de proceso intrapsíquico, hace que no la asocien con un posible resultado de muerte⁽¹⁴⁾. También en las situaciones de negación como proceso interpersonal o *conspiración de silencio*, los muros de incomunicación protegen del dolor pero a la vez impiden la resolución de asuntos pendientes de relación inhibiendo el duelo anticipado. Otro factor de riesgo situacional es la creencia de que la muerte *podría haberse evitado*. La percepción subjetiva por parte de la familia de que se ha producido un diagnóstico tardío, o que ha habido negligencia médica, va a aumentar el riesgo de presencia de mecanismos de afrontamiento de evitación como es la cólera desplazada. La muerte producida por un proceso oncológico extremadamente largo, deteriorativo o desfigurativo o cuando está asociada al denominado encarnizamiento terapéutico, se asocia al agotamiento en el primer cuidador y produce sentimientos ambivalentes ante la muerte del ser querido.

Tabla 1. Factores de riesgo de duelo complicado en procesos oncológicos.

Factores situacionales

- No anticipación de la muerte prevalencia de mecanismos de negación o de evitación. Creencia de que la muerte podría haberse evitado
- Proceso oncológico extremadamente largo, deteriorativo o desfigurativo
- Muerte asociada a encarnizamiento terapéutico
- Estresores concurrentes o pérdidas secundarias asociadas a la muerte

Factores personales

- Desordenes psiquiátricos preexistentes

Factores interpersonales

- Relación de marcada dependencia,
 - Percepción de falta de apoyo por parte del doliente
 - Funcionamiento familiar disfuncional, hostil, conflictivo y/o caótico
-

Por otra parte, las pérdidas secundarias asociadas a la muerte o pérdidas múltiples como pueden ser la pérdida de la salud, o pérdidas económicas o de seguridad financiera, traslado forzoso, pérdida de trabajo, la sobrecarga por aspectos prácticos o legales asociados con la muerte ⁽¹⁵⁾, constituyen circunstancias de estrés concurrentes que aumentan el riesgo de complicaciones en el duelo.

Las personas en duelo que presentan desordenes psiquiátricos preexistentes van a ser especialmente vulnerables a la emergencia de duelos patológicos. Finalmente, y como factores interpersonales aparecen la relación de marcada dependencia, la percepción de falta de apoyo por parte del doliente y un funcionamiento familiar disfuncional, hostil, conflictual y/o caótico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE APOYO GRUPAL

Hay varias situaciones en las cuales la intervención de apoyo al duelo es inapropiada e inefectiva (Tabla 2). La razón primordial para proporcionar apoyo terapéutico a una persona en duelo es que ésta lo haya solicitado. Cuando es la propia persona que percibe la necesidad de una ayuda externa más allá del sistema de apoyo familiar y relacional, entonces la ayuda recibida es efectiva.

Cuando la ayuda no ha sido solicitada, y el paciente ha sido derivado por la simple razón de estar en duelo, los resultados de la intervención son peores: ésta no es bien recibida, suele ser rechazada e incluso puede ser terapéuticamente inadecuada⁽⁹⁾. Es muy importante respetar la resiliencia natural de la persona en duelo. El abandono durante las primeras sesiones del programa por parte de personas sin motivación suficiente, que no acuden por voluntad propia sino inducidos por algún familiar o profesional, es muy frecuente. La falta de motivación o la inadecuada derivación son importantes criterios de exclusión en un servicio de atención al duelo.

Tabla 2. Criterios de exclusión en un programa de apoyo grupal.

Falta de motivación

- Ayuda no solicitada
- Mala derivación

No disponibilidad psicológica

- Estado de choque: derivación demasiado temprana
- Antecedentes de trastorno
- Personas en adicción activa
- Situación de sobre-medicación

No identificación según el tipo de pérdida

Otro criterio de exclusión es la ausencia de disponibilidad psicológica para la vinculación y participación en el grupo. Esto se hace especialmente obvio en las personas que están en fase de choque. Este primer momento del duelo, se caracteriza por los sentimientos de confusión y aturdimiento: la prevalencia de mecanismos de afrontamiento como la disociación y despersonalización hacen que la persona no pueda estar disponible psicológicamente ni para la relación terapéutica ni para el trabajo de duelo. Normalmente se recomienda a las personas en duelo que esperen unas semanas después de la muerte de un ser querido antes de acudir a un grupo.

La intervención grupal tampoco es apropiada para personas con trastornos mentales o desórdenes severos de la personalidad, cuyas necesidades terapéuticas no van a poder ser atendidas adecuadamente. Excepcionalmente el grupo puede ser un complemento a un proceso de terapia individual, siempre que se acuerde con el profesional de salud mental de referencia.

Otra situación en la que no hay disponibilidad psicológica para la participación en un grupo es la sobremedicación. La confusión entre el constructo depresión y el de duelo es un problema de diagnóstico frecuente entre profesionales no especializados. La medicación en ningún caso puede resolver un duelo. La intervención farmacológica debe ofrecerse siempre de forma puntual y transitoria y como un complemento a la psicoterapia. La sobremedicación en el duelo puede contribuir a la cronificación del proceso.

El grupo no es adecuado para personas en adicción activa a algún tipo de drogas. El trabajo de duelo aumenta la sintomatología y el riesgo de aumento de consumo es alto. Por otra parte, la adicción impide la implicación y compromiso en el grupo.

Finalmente, otro criterio de exclusión es la no identificación con el grupo. Un elemento esencial para la vinculación es el hecho de que los miembros coincidan en algunos aspectos de su vivencia de pérdida. Un nivel de homogeneidad en el grupo es necesario, ya sea por coincidencia en la vinculación (grupo de padres, grupo de viudos), o por las circunstancias de la muerte (grupo de supervivientes a suicidio, o pérdida por cáncer) o por el momento del proceso o tarea específica de grupo (grupo sobre la culpa, o la soledad). Cuando no hay ninguna coincidencia, el participante se siente incomodo, le es difícil compartir, se inhibe, y suele abandonar el grupo. Unos padres con pérdida perinatal seguramente se sentirán poco confortables en un grupo de padres que han perdido un hijo en otras circunstancias.

FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

No hay una forma única válida de funcionamiento en el grupo. Todas estas recomendaciones están basadas en la experiencia práctica. En cada escenario distinto deberán ensayarse las formas más apropiadas y efectivas. La co-facilitación en grupos de duelo es muy beneficiosa. Si un terapeuta cae enfermo, el otro puede tomar la responsabilidad de las sesiones. Por otra parte, dos facilitadores pueden hacer más observaciones clínicas sobre el proceso individual de cada miembro. A menudo la combinación de un facilitador terapeuta experto y otro en prácticas, brinda una oportunidad de formación y supervisión a posibles nuevos miembros del programa.

La localización del espacio debe garantizar una correcta accesibilidad. Un espacio de grupo debe ser íntimo, silencioso, sin interrupciones, con suficiente espacio para un círculo de sillas y poder tener una movilidad buena para el caso de proponer ejercicios alternativos. La duración de la sesión no debería exceder la hora media o dos horas que corresponde al máximo de capacidad de atención. Después de dos horas, los participantes en un grupo se cansan de escu-

char y necesitan moverse. Muchos grupos proponen para finalizar unos minutos de relajación o ejercicio físico. En otros se ofrece un pequeño espacio social donde los propios miembros del grupo traen algo de comida como puede ser su postre favorito.

Los grupos estructurados tienen un inicio y un final, son cerrados, es decir empiezan y acaban con el mismo grupo de personas y están diseñados de forma que se cubran unos tópicos determinados a lo largo de las sesiones establecidas. Los grupos no estructurados tienen lugar de forma continuada en el tiempo, son abiertos: los miembros pueden entrar y salir según lo deseen. Los grupos estructurados tienen la ventaja de que pueden ser más homogéneos pues pueden definirse por pérdida, momento del duelo, u otro criterio que se desee. Además la agenda de las sesiones puede ser planificada con antelación y a partir de las necesidades específicas de los miembros. Por otra parte, no siempre es posible organizar un grupo homogéneo y estructurado. A menudo en pequeñas localidades o instituciones, no hay suficiente número de personas en duelo para organizar grupos homogéneos.

El número de participantes en los grupos puede ser muy variado dependiendo del tipo de grupo y los objetivos terapéuticos. Si se desea que cada miembro tenga un tiempo individual de compartir, entonces el grupo debe ser limitado a ocho personas, excepcionalmente diez, teniendo en cuenta los tiempos de inicio de sesión y de cierre. La frecuencia también va a depender de la disponibilidad y accesibilidad. Para grupos de personas en riesgo o en duelo complicado es necesaria una frecuencia semanal. Muchos grupos de ayuda mutua, adecuados para duelos normales se encuentran quincenalmente o mensualmente.

No hay un formato ideal o perfecto de grupo. Lo que para un grupo o una localización es adecuado puede no serlo para otro. En nuestro país las personas en duelos normales no suelen pedir ayuda especializada, seguramente debido a que se apoyan en la red social propia, es por ello que existen muy pocos programas de grupos de ayuda mutua y la mayoría están localizados en las grandes ciudades.

El perfil común de demanda corresponde a personas con muertes súbitas violentas que acuden poco después de la muerte del ser querido, o personas que después de varios años de la muerte sienten que no pueden rehacer su vida y piden ayuda. Es por ello que el modelo más frecuente de intervención grupal corresponde a grupos estructurados, diseñados especialmente por distintas fases o momentos del duelo y con objetivos específicos para los colectivos de riesgo, dirigidos por un terapeuta profesional con conocimientos especializados en psicoterapia de duelo.

DISEÑO DE LAS SESIONES: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y ESTRATEGIAS

La facilitación de un grupo de duelo puede realizarse en forma de sesiones abiertas o cerradas. En las sesiones de grupo abiertas, los miembros contribuyen individualmente según su momento de vivencia distinta. El terapeuta facilita la sesión, ofreciendo un espacio abierto de compartir y de descarga donde cada persona tiene su tiempo para poder expresar pensamientos y sentimientos, y ser escuchado y validado por el grupo. Este tipo de sesiones no requiere de preparación previa, y el facilitador acompaña a los participantes mediante técnicas de indagación y exploración según el tema presentado, y controlando el tiempo para poder garantizar la participación de todos.

En las sesiones cerradas, que se diseñan de antemano, se plantea una tarea específica de duelo propuesta por el facilitador o líder o por el propio grupo. Tienen una función terapéutica y a la vez educativa, que se lleva a cabo mediante estrategias concretas que pueden incluir desde exposiciones teóricas, ejercicios prácticos de auto-concienciación, reflexión de grupo, escritura creativa, visualización u otras técnicas de psicoterapia adecuadas según el objetivo propuesto.

Muy a menudo deberán combinarse los dos tipos de sesiones en un grupo de terapia de duelo, alternándose. En algunos casos el terapeuta-facilitador debe de forma flexible, adaptar su agenda a la realidad del grupo. Una sesión planificada específicamente para el tema de la culpa, por ejemplo deberá posponerse porque un miembro del grupo necesita compartir acerca de un acontecimiento importante que despierta además otros temas similares en el resto de participantes. La flexibilidad y capacidad de sintonizar con la necesidad presente del grupo y de cada uno de sus miembros va a ser un elemento clave de una buena intervención.

Las intervenciones terapéuticas cerradas se dirigen a objetivos concretos que van a depender de la fase o momento de duelo. A pesar de que el duelo es una experiencia individual y cada persona lo vive de una manera única, existen unas aspectos comunes en el proceso que se identifican como diferentes fases. Varios autores han descrito estas fases^(4, 16). El modelo aquí propuesto también propone cuatro fases donde deberán dirigirse las intervenciones específicamente. Las fases se describen como Choque, Rechazo o evitación, Entrega al dolor y Transformación⁽¹⁷⁾.

Siempre que sea posible, es apropiado separar a los grupos en fases Iniciales -Choque y Rechazo o evitación-, de aquellos que están en fases avanzadas -Entrega al dolor y Transformación-. Es difícil que una persona en estado de choque pueda escuchar a una perso-

na que habla de asuntos pendientes, de la misma manera que una persona en negación no puede comprender ni identificarse con personas en duelo que están ya tomando decisiones importantes de cambios en su vida. Es por tanto un requisito terapéutico esencial separar a las personas en función de sus necesidades específicas de duelo.

Existen muchas técnicas, y estrategias terapéuticas aptas para intervenciones grupales en duelo. Pero ¿cuales y cuando hay que utilizarlas? Una técnica puede ser muy efectiva para un objetivo terapéutico pero no ser adecuada en el momento del duelo. Escribir una carta al ser querido fallecido es una estrategia óptima para la resolución de asuntos pendientes pero que no puede ser utilizada ni sugerida en las fase iniciales del duelo dónde la persona no ha interiorizado aún el otro como objeto interno y por tanto no puede tener una experiencia de contacto ya sea porque está en estado de choque o de negación. Una visualización guiada diseñada para elaborar elementos traumáticos de las circunstancias de la muerte no va a ser apropiada en personas que están en un momento de recuperación y control de sus vida. Por otra parte, debe valorarse los factores de personalidad que van a depender de la edad, fuerza de ego y capacidad de interiorización. No todas las personas son capaces de participar y beneficiarse de una propuesta de ejercicio de *silla caliente* y se necesita experiencia amplia en psicoterapia especializada para utilizar técnicas como el dialogo con el introyecto.

Las estrategias terapéuticas deben utilizarse solo si el terapeuta está familiarizado personalmente con la técnica y siempre dentro de una relación terapéutica de confianza, identificando el objetivo según momento del duelo y valorando el impacto, teniendo en cuenta los factores de personalidad.

Objetivos terapéuticos en las fases iniciales de duelo

En los momentos iniciales de duelo las personas están muy centradas en su propio dolor, que es muy agudo y se les hace difícil escuchar al resto de miembros. Es por esto que es importante esperar entre seis y diez semanas antes de participar en un grupo. El propósito más importante a marcar en estas primeras sesiones es que las personas se conozcan y establezcan vínculo y que puedan estar disponibles para el contacto terapéutico. En el marco de esta vinculación de seguridad y confianza, los distintos miembros van poder elaborar los elementos traumáticos respecto a las circunstancias de la muerte, normalizar la sintomatología, y explorar y reforzar la red de apoyo, que son los objetivos terapéuticos a plantear en un grupo de fases iniciales.

En las primeras sesiones es importante crear una atmósfera de seguridad y validación donde cada persona pueda sobreponerse a los sentimientos de inadecuación y vergüenza que dificul-

tan el compartir la propia historia. Es posible que algunos miembros sientan que lo suyo no es importante y se comparen. Las sesiones van a ser principalmente abiertas para que cada miembro puede compartir libremente. En este espacio de confianza y con la ayuda del terapeuta, pueden hacer un recorrido narrativo acerca de las circunstancias de la muerte dónde se reviven los elementos traumáticos, esta vez con el contacto y apoyo de los miembros del grupo. Se les anima que manifiesten en voz alta los sentimientos de confusión y descreimiento. Esta expresión compartida de la sintomatología natural de duelo provee a los participantes de un sentido de normalización. Es frecuente la aparición de reacciones regresivas espontáneas que el terapeuta experimentado no va evitar sino a permitir y facilitar.

A nivel más cognitivo el grupo puede explorar conjuntamente la red de apoyo y descubrir cual es la ayuda que ayuda y la ayuda que no ayuda. El mito de que la forma de mitigar el dolor es huyendo o evitándolo, debe ser revisado y descartado. El trabajo sobre las falsas creencias en el duelo (“Distráete que te hará bien”, “Se fuerte, hazlo por los demás”, “No pienses en ello que te hace daño”, “Eres joven ya tendrás otros hijos... o otra pareja”, “tienes que salir adelante”) es también un objetivo característico de esta primera etapa⁽¹⁸⁾.

El grupo es un espacio óptimo para que se identifiquen las defensas de rechazo y o de negación. En el contexto grupal las intervenciones irán dirigidas a explorar su función adaptativa y ponerla de relieve. Las necesidad afectiva subyacente puede ser así identificada y elaborada. Las conductas evitativas como adicciones, sustituciones, o hiperactividad, se examinan y se explora su función de negación. Finalmente el enfado y la cólera como proyección evitativa del dolor y la culpabilización que aparecen frecuentemente en forma de pensamiento obsesivo, son tratadas en el contexto de la relación grupal⁽¹⁷⁾.

Objetivos terapéuticos de la intervención en fases avanzadas

El paso gradual de la fase de evitación a la de entrega al dolor, supone un cambio significativo en la forma de expresar y vivir el duelo. En la fase de entrega al dolor, los mecanismos de evitación se han disuelto, y las circunstancias de la muerte dejan de ocupar el primer plano: no hay tanta necesidad de descarga y las regresiones espontáneas no son tan frecuentes. En este momento, el grupo se beneficia de sesiones más directivas dirigidas a facilitar el dolor real por la pérdida del ser querido: la añoranza y la soledad. La exploración de la relación con el fallecido, y la resolución de asuntos pendientes como el perdón, o la gratitud, constituyen tareas propias de la fase de Entrega al dolor⁽¹⁷⁾. Para este trabajo se recurre a técnicas terapéuticas más sofisticadas como la escritura creativa, el diálogo con el introyecto, la visualización, y el uso de objetos de recuerdo entre otras.

Todo este trabajo permite elaborar aspectos inconclusos de la relación, abriendo con ello la posibilidad de reescribir la historia de la pérdida⁽⁶⁾. La construcción de un nuevo significado sobre lo vivido, es un objetivo terapéutico de fases de Transformación. El trabajo de cambios y decisiones en el sentido de reinvertir en la propia vida y hacerlo en honor del ser querido, permiten la integración de lo aprendido acerca de uno mismo, de la vida y el sentido del sufrimiento. Todo ello lleva a la posibilidad de explorar cuestiones existenciales y/o espirituales, que constituyen la tarea y fin último del duelo⁽¹⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 616-23.
2. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PC. Complicated grief as a mental disorder: inclusion in DSM. In *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21 century Perspectives*, Eds. Stroebe M, Hansson R, Schut H. & Stroebe W. American Psychological Association Press, 2007, in press.
3. 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.
4. Worden W. Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Ed. Paidós. 1997.
5. Parkes CM . Bereavement: Studies of grief in adult life London Routledge. 1996.
6. Neimeyer R: Searching for the meaning of meaning. *Grief Therapy and the proces of reconstruction*. Death Studies. 2000.
7. Schut H., Stroebe M, van den Bout J, Terheggen M; The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits. In: Stroebe MS., Hansson RO, Stroebe W, Schut H (eds) *Handbook of bereavement Research: Consequences Coping and care*, Washington, APA, 2001.
8. Forte L. Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care* 2004; 3: 3.
9. Schut H, & Stroebe, M. Interventions to enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8, 1, 140-7.
10. Hughes M. Bereavement and Support: Healing in a group environment. Taylor & Francis, 1995.
11. Lorenz L. Selecting and implementing support groups for bereaved adults. *Cancer Practice*. 1998, 6. 3: 161-6.
12. Jordan J, Neymeyer R; Does grief counseling work? *Death Studies* 2003; 27: 765-86.

13. Stroebe W and Schut H Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review In: Stroebe MS., Hansson RO, Stroebe W, Schut H eds. Handbook of bereavement Research: Consequences Coping and care, Washington, APA, 2001.
14. Connor S. Denial and the limits of anticipatory Mourning, in Clinical Dimensions of anticipatory Mourning. Rando T, ed. Research press 2000: 253-65.
15. Richardson V, Balaswamy S. Coping with bereavement among elderly widowers Omega: Journal of death and Dying 2001: 43: 129-44.
16. Bolwby J. Attachment and Loss. New York. Basic Books. 1980.
17. Payás A. Intervención psicoterapéutica en procesos de duelo desde un modelo integrativo. Apuntes docentes. 2005.
18. James JW, Friedman R. Superar las pérdidas emocionales. Los libros del comienzo. 2001.