

GUÍA BÁSICA

PARA EL ACOMPAÑAMIENTO

Y AFRONTAMIENTO DEL DUELO

Equipo de Respuesta Psicológica
Brote COVID -19
Colegio Colombiano de Psicólogos



INTRODUCCIÓN

Las personas suelen tener tres tipos de reacciones básicas a la hora de hacerle frente a un evento doloroso: Evadir, Negar y Afrontar. Cada una de estas formas de reaccionar implica una actitud hacia la vida que se traducen en: A) Buscar distractores (Dive: Echarse en picada o Disminuir en su funcionamiento), B) Seguir como si nada (Survive: seguir el camino por haber quedado vivo o Continuar con el mismo nivel de funcionamiento) y C) Crecer o Florecer (Thrive: Experimentar un incremento en el funcionamiento).

Con base en lo anterior, podríamos decir, al estilo de Fazio y Fazio (2005) que las personas se acercan al duelo de manera Proactiva, Reactiva o Activa (Figura 1). El énfasis que ha guiado nuestro trabajo por 28 años, y que se condensa en este escrito, ha sido llevar a las personas que han vivido eventos negativos o traumáticos en su vida para que realicen un proceso de crecimiento a través de las pérdidas o las tragedias, es decir, buscar que las personas se preparen para las adversidades antes que estas ocurran, aprendan a convivir con ellas mientras les están ocurriendo y crezcan a través de ellas una vez han sucedido.





RECURSOS PREEXISTENTES PERSONALES, SOCIALES Y EMOCIONALES

(Estilo de Vida, Apoyo Social, Factores de
Personalidad, Experiencias Previas)

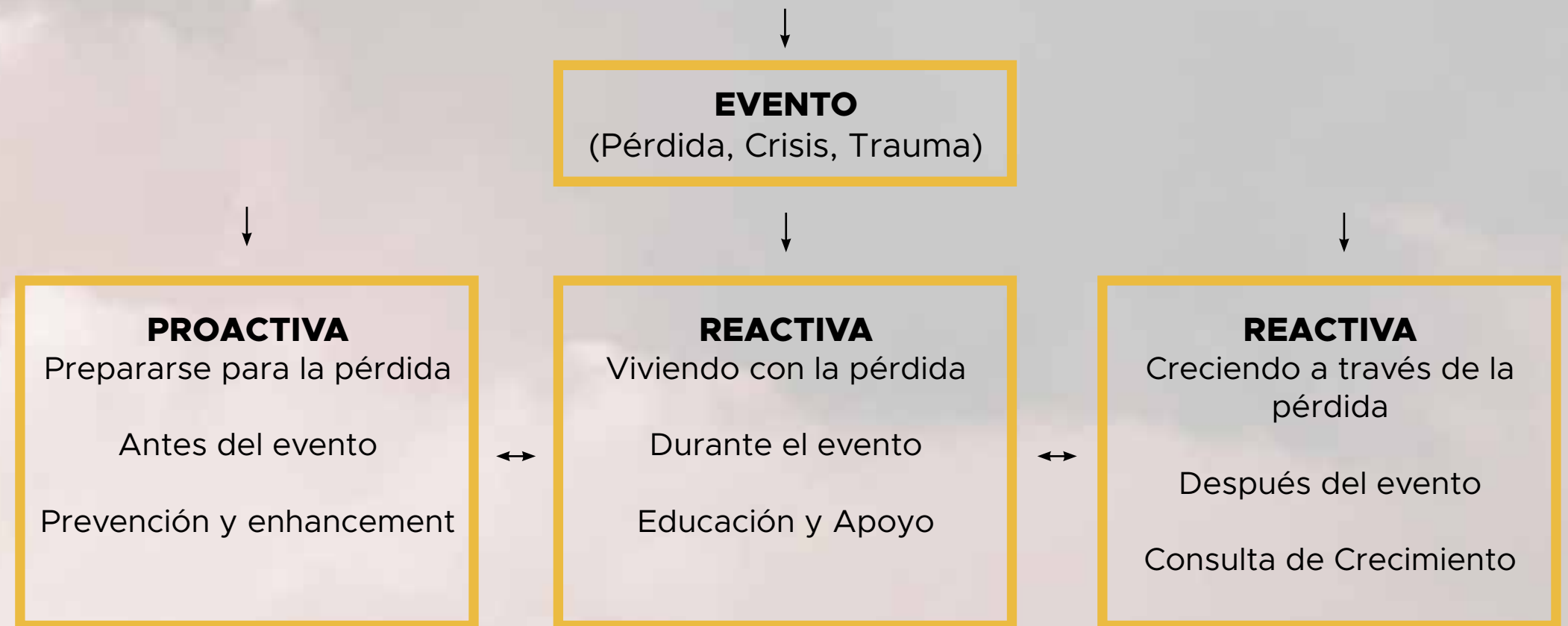


FIGURA 1: ESQUEMA DE LAS INTERVENCIONES DE CRECIMIENTO A TRAVÉS DE LAS PÉRDIDAS.

Ahora bien, al realizar una mirada sobre la manera como la psicología se ha aproximado a los que afrontan eventos adversos, es necesario recordar lo planteado en otro espacio (Acero, 2008) donde se reconocía que la misma psicología ha ido superando los que podrían llamarse “modelos patogénicos” que no son otra cosa que la manera de ver al ser humano y explicárselo a partir del déficit y la enfermedad. Es lamentable que aún persista en nuestro medio la posición de muchos sectores de profesionales de la salud que centran su atención en las debilidades del ser humano y lo explican y ven como un agente pasivo ante la enfermedad y la adversidad, en lugar de concebirlo como un ser activo y fuerte, dotado de una capacidad natural para reconstruirse a partir, no a pesar, de la experiencia adversa.

Según lo reportado por Ningning, Wei, Suqin y Jianping (2018), los individuos en duelo pueden experimentar una variedad de síntomas psicopatológicos que incluyen un grupo de síntomas definidos recientemente como trastorno de duelo prolongado. El trastorno de duelo prolongado se caracteriza por el anhelo o la preocupación persistente por el fallecido, síntomas de angustia emocional y deterioro funcional más allá de los seis meses posteriores a la pérdida de un ser querido (Prigerson et al., 2009). Este nuevo trastorno se ha incluido en el borrador beta de la 11ª edición de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (ICD-11; Maercker et al., 2013). No obstante, el duelo también puede precipitar experiencias positivas. La pérdida de un ser querido puede conducir a un cambio psicológico positivo, como creencias religiosas más fuertes, mejores relaciones con amigos

y familiares y cambios en los objetivos y prioridades de la vida. Estos cambios psicosociales positivos se han definido como crecimiento postraumático y se han informado con frecuencia en personas en duelo (Ningning et al., 2018).

Lo que se quiere resaltar en este escrito, es que, al focalizar la mirada en lo patológico, se puede estar haciendo, de manera indirecta que se fomente una cultura del victimismo que, conforme a lo planteado por autores como Seligman (1999) ha producido sesgos en la teoría psicológica y ha provocado, o por lo menos propiciado, que se asuma una visión pesimista de la naturaleza humana.

Precisamente Seligman (2003), desde su postura que se ha denominado como “psicología positiva” hace énfasis en que el ser humano tiene una impresionante capacidad de adaptación y potentes recursos para encontrarle sentido a las experiencias traumáticas más terribles. Esta capacidad no solo no ha sido explicada, sino que ha permanecido por mucho tiempo dejada de lado por la psicología.

La psicología acuñó términos como “desesperanza aprendida” para explicar la condición de las personas que podrían acostumbrarse al fracaso y a la pérdida, durante mucho tiempo se miró al ser humano como un elemento pasivo sujeto a los avatares de sus impulsos internos incontrolables y presa de los condicionamientos externos. Los sucesos que había vivido, especialmente en su infancia se tomaban como elementos sobre los cuales no se tenía ningún control. Esta visión pasiva del ser humano ha tardado



mucho tiempo en rebatirse y ahora hemos podido pasar de considerar la psicología como el estudio de la enfermedad y el trauma para reconocer que es también la consideración de las fortalezas y potencialidades.

García Averasturi (2003) lo aborda de la siguiente manera: “las principales teorías psicológicas han cambiado para promocionar una nueva ciencia de fortaleza y resiliencia. Los individuos, aún los niños, son como tomadores de decisión con elecciones, preferencias y la posibilidad de hacerse con dominio y control eficaces o, en las circunstancias malignas, impotentes y desesperanzados”. Esta ciencia y práctica prevendrá muchos de los trastornos fundamentales. También tendrá dos efectos secundarios. Dado todo lo que estamos aprendiendo sobre los efectos de la conducta y el bienestar psicológico sobre el cuerpo, hará que nuestros pacientes sean más sanos físicamente y por otro lado, también reorientará a la psicología en sus dos vertientes relegadas: hacer más fuertes y productivas a las personas normales y hacer real el elevado potencial humano.”

Adicionalmente, la misma autora hace referencia a la importancia de las emociones positivas en la salud manifestando que “La doctora Frederickson desarrolla en sus investigaciones la hipótesis de que las estrategias de intervención que cultivan las emociones positivas son particularmente adecuadas para prevenir y tratar los problemas enraizados en las emociones negativas tales como la ansiedad, la depresión, la agresión y los problemas de salud relacionados con el estrés. Ella considera que las emociones negativas estrechan el repertorio momentáneo del individuo de pensamiento acción, mientras las emociones positivas las amplían” (Averasturi, 2003).

Todo lo anterior hace pensar en la importancia de enfocar los esfuerzos terapéuticos en la fuerza y potencialidad de reconstrucción del ser humano y sirven como un elemento que todas las personas que sufren deben tener en cuenta puesto que significa un cambio en la propia manera de concebirse pues es una invitación a mirarse desde la posibilidad y no desde la carencia.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS

DE ESTA GUÍA DE APOYO

El Programa para el Desarrollo de Estrategias de Afrontamiento en Resiliencia (PDAR) ha recogido los avances de la psicología que privilegian la mirada al ser humano desde los recursos y no desde sus déficit, los cuales de manera breve se han mencionado al inicio de este escrito, organizándolos de forma armónica y creativa y, con base en la experiencia terapéutica de su creador, se propone como un conjunto de técnicas y herramientas terapéuticas fundamentadas en los enfoques Humanista y Constructivista de la Psicología (Rogers, 1979; Worden 1997 y Neimeyer, 2004) que tienen el objetivo de hacer que los consultantes se sientan acogidos, seguros y acompañados en el proceso de afrontamiento del evento que ocasiono la experiencia traumática, reactiven o desarrollen sus recursos internos y se orienten hacia el Crecimiento Postraumático.

El Programa PDAR busca que las personas hagan conciencia de sus emociones, que integren la experiencia traumática (Enfermedad, Muerte, Pérdidas Relacionales, Materiales o Funcionales, entre otras) a su vida emocional y cognitiva, resuelvan sanamente sus pérdidas y se enfoquen en el Crecimiento Postraumático como una manera de dar un significado a su experiencia adversa.

En contraste con las concepciones occidentales dominantes del duelo en términos en gran medida intrapsíquicos, Neimeyer y Burke (2015), argumentan que el duelo no



es principalmente un proceso interior, sino más bien uno que es intrincadamente social, ya que los afligidos comúnmente buscan significado en esta transición inesperada no solo a nivel personal sino familiar, comunitaria e incluso cultural. Por lo tanto, los autores abogan por un modelo de duelo social constructorista en el que los procesos narrativos por los cuales se encuentran, se apropian o se agrupan los significados ocurren al menos tan completamente entre las personas como dentro de ellas. Desde este punto de vista, el duelo es una actividad interpretativa y comunicativa encargada de establecer el significado de la vida y muerte del fallecido, así como el estado del doliente posterior a la muerte, dentro de la comunidad en general preocupada por la pérdida.

Las pérdidas en general, pero particularmente la de un ser querido, se conciben como la pérdida de un conjunto de interacciones, de una manera de ser y comportarse, de unos roles, experiencias y significados que la persona o lo querido representaba para nosotros. El reconocimiento de la pérdida y la capacidad de afrontar sanamente el proceso de duelo sobreviviente, implica emprender una serie de cambios para dejar aquellos aspectos de la relación, con quien era el ser querido, que ya no son viables o adaptativos (Parkes, 1975). Lo anterior significa hacer conciencia de que, si no se realizan cambios internos, no se pueden enfrentar los cambios externos que la realidad nos impone.

A continuación, se exponen brevemente los elementos teóricos que se retoman de los autores sobre los cuales se fundamenta el modelo:

Desde Rogers (1979) se retoman básicamente el concepto de tendencia a la autoactualización, entendida por el autor como el impulso, existente en todas las formas de vida, a expandirse, extenderse, adquirir autonomía, desarrollarse y madurar. En esta orientación, Rogers asume que, en todos los seres humanos, hay una tendencia inherente a explotar las capacidades y competencias. Los otros desarrollos conceptuales que se retoman de Rogers son los que el autor planteó como condiciones necesarias y suficientes para lograr un cambio terapéutico positivo. En esa orientación Rogers señaló como indispensable que toda intervención terapéutica implique, por parte del terapeuta Aceptación Incondicional (manifestación de consideración positiva e incondicional hacia el cliente), Autenticidad (El terapeuta debe mostrarse congruente en la relación terapéutica) y, en tercer lugar, Empatía (El terapeuta entiende de manera empática el marco de referencia del cliente).

Desde el aporte de Worden (2004) se retoman los conceptos de Tareas, Mediadores y Principios Directrices. Las tareas (por cuanto se asumen que la persona ha de ser activa y puede hacer algo. El enfoque de tareas “da a la persona cierta sensación de fuerza y la esperanza de que puede hacer algo de forma activa”. La realización de las tareas es básica para poder acabar el proceso de duelo). En cuanto a los Mediadores, estos se conciben como factores que inciden, tanto interna como externamente, en la manera como las personas afrontan las tareas del duelo. Sobre los Principios, estos se entienden como directrices generales para que el terapeuta pueda ayudar a las personas a elaborar las tareas del duelo y llegar así a una resolución del mismo.

Por otra parte, desde la propuesta de Neimeyer (2002) se está de acuerdo en que los modelos convencionales de comprensión del duelo son limitados para comprender las muchas formas que adoptan las pérdidas y el impacto que estas tienen sobre los supervivientes. Por ello, se retoma la epistemología constructivista que ve a los seres humanos como “constructores empedernidos de significados” que se esfuerzan por puntuar, organizar y anticipar su relación con el mundo, construyéndolo en función de una serie de temas basados en sus características de personalidad, familiares y sociales.

En las investigaciones en la última década, se asigna un gran peso en el afrontamiento del duelo al procesamiento de las emociones en particular la culpa y la rabia por ejemplo Camacho, Pérez-Nieto y Gordillo (2018), han informado que la exposición a eventos vitales estresantes se asocia con un aumento significativo en la rumia postulan que ciertos factores situacionales podrían estar relacionados con la sobrecarga emocional causada por eventos traumáticos, y esta acumulación de eventos podría aumentar las respuestas reflexivas. Según estos autores las emociones complejas, es decir, una tendencia a experimentar tristeza junto con otras emociones, tienen más peso en la predicción de la rumia que otros factores asociados con el estilo rumiativo, como una mayor atención emocional, menos claridad emocional o menos reparación emocional.

Nuestra propuesta (Acero, 2020, en prensa) propone un rol activo para el doliente basado en el procesamiento de las emociones y en la realización de tareas con base en las cuales se puedan generar o fortalecer estrategias de afrontamiento y asignar un sentido a la experiencia adversa que conduzca a las personas a generar crecimiento postraumático.

Con base en lo anterior, se asume que el concepto de “trastorno psicológico” es relativo ya que individuos y comunidades diferentes pueden adoptar criterios diferentes para juzgar si una determinada construcción sobre un acontecimiento es válida o no, funcional o no. Neimeyer plantea seis proposiciones “sencillas”, en sus propias palabras, compatibles con la postura constructivista sobre la mortalidad y el duelo. **Las seis proposiciones son:**

1

La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones.

2

El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad.

3

El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos ha hecho, es decir que, aunque en una primera instancia ocurrió algo inevitable, que no pudimos elegir, toda la experiencia en sí misma, está llena de elecciones. Sobre este punto, el papel del terapeuta es el de facilitador para que la persona asuma las elecciones que la vida le exige.

4

El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o construir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida. En consecuencia, el modelo narrativo es muy útil para comprender el proceso de construcción de significados, que es la dinámica más importante del duelo.

5

Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones.

6

Construimos y reconstruimos nuestras identidades como supervivientes a la pérdida, negociando con los demás y la elaboración del duelo, en ese sentido, es un proceso que tiene lugar dentro de tres sistemas independientes e interrelacionados: el sí mismo, la familia y la sociedad.

EL ABORDAJE PRIMARIO DE LAS

PÉRDIDAS Y LOS

EVENTOS TRAUMÁTICOS

Ante la ocurrencia de desastres naturales, atentados terroristas e incidentes críticos que impliquen riesgo vital, es factible encontrarse preparado para atender rápidamente el “trauma físico”. Usualmente no hay demora para buscar o prestar ayuda especializada y el personal de Protección Civil, Cruz Roja, Policía o cualquier tipo de personal que atienda una emergencia no espera para trasladar a alguien al hospital, después que los primeros auxilios fueron prestados en el lugar del incidente o accidente. Lamentablemente, en la mayoría de ocasiones se ignora el “Trauma Invisible” que tiende a producir profundas heridas psíquicas y emocionales y que afecta e incluso cambia a algunas personas para siempre. Ese trauma psicológico es denominado como Estrés Traumático y exige que se implemente una atención que involucre un esquema de manejo comprensivo del estrés traumático o, acudiendo a lo propuestos en otros espacios, un proceso de “Reanimación Psicológica”¹.

El estrés traumático, conforme a lo planteado por Lerner y Shelton (citados por Kuper 2006) es experimentado por personas sobrevivientes de desastres y catástrofes, pero, además es experimentado por todos los que enfrentan en su vida cotidiana “tragedias personales” como el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal o la muerte de un ser querido.

Aunque la severidad del suceso puede tomarse como uno de los predictores más importantes de la posibilidad de que una persona pueda experimentar estrés traumático, es clave reconocer que cualquier evento (repentino o no) que se experimente como potencial generador de daño, puede ocasionar estrés traumático. A este elemento hay que sumarle además otros factores como son la historia previa de pérdidas y como han sido vivenciadas, las exposiciones a eventos traumáticos en otros momentos, las características de personalidad, la salud mental al momento del suceso, la percepción de apoyo y el locus de control, entre otros.



¹Termino original del autor, Ps. Paulo Daniel Acero Rodríguez

Los protocolos tradicionales de respuesta a situaciones críticas, suelen determinar las acciones que deben realizarse para cambiar las condiciones inmediatas en que quedan inmersas las personas en el momento del evento. Sin embargo, en el abordaje de las necesidades psicológicas de los individuos que se han visto expuestos a eventos traumáticos, el asunto, conforme a la experiencia, no consiste en intentar cambiar las condiciones presentes, sino en ayudar a que la persona pueda afrontar el suceso haciendo uso de las habilidades propias para resolver problemas. En ese sentido, el objetivo es que las personas afronten de la manera más normal un suceso anormal, partiendo de la premisa que, en un primer momento, está bien sentirse mal, pero que ella puede aprender a desarrollar estrategias de afrontamiento sanas con base en la utilización de sus propios recursos.

Es bien conocido que las personas que han estado expuestas a eventos considerados traumáticos, suelen experimentar lo que se ha denominado **“la Huella del horror”** que consiste en que la persona re experimenta sensaciones como visiones, sonidos, olores, gustos y sensaciones táctiles que quedaron registradas en su mente durante el suceso traumático, las cuales son las que, generalmente, precipitan reacciones agudas de estrés traumático o trastornos crónicos por estrés que pueden configurar también las reacciones de duelo complicado.



LA REANIMACIÓN

PSICOLÓGICA

Como se mencionó antes, en otros escritos (Acero, 2008, 2011) se tuvo la oportunidad de realizar un primer esbozo del concepto de Reanimación Psicológica y oportunamente se hizo claridad que, con ese término, no se está aludiendo al simple hecho de tratar de **“dar ánimos”** a las personas afligidas por la pérdida de un ser querido o por una situación adversa que les representa pérdidas físicas, sensoriales, emocionales o materiales. Lo que se buscaba al proponer el término, es que se comprenda que el trabajo que hay que hacer con las personas afectadas por un evento en el que se siente en riesgo la vida, no es distraerlas de su situación y menos con la utilización de frases de cajón que generalmente solo generan más dolor (**“Solo cámbiate de casa y verás...”**, **“Tienes ahora un ángel en el cielo...”**, **“La vida continúa”**, **“Él está mejor allá...”**, **“Afortunadamente eres joven y...”**, entre otras).

En otras palabras, cuando proponemos utilizar el término de Reanimación Psicológica, no estamos pensando en buscar la manera de “subir el ánimo” a los que sufren, sino que en nuestra mente tenemos la visión que, conforme al significado de la palabra ánima (del griego alma), una persona que afronta un evento traumático o de pérdida está “desanimada”, es decir, sin alma, sin aliento vital y requiere lo que podríamos considerar, primeros auxilios emocionales y maniobras de soporte que permitan asegurar el mantenimiento de los signos vitales psicológicos, en otras palabras, la recuperación del sentido de vida.

Por otra parte, cuando nos referimos a la reanimación psicológica, estamos acudiendo al concepto médico en el cual la reanimación se concibe como un conjunto de maniobras que se realizan para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro cuando los mecanismos llamados naturales no están funcionando adecuadamente. Esas maniobras se realizan, o son de obligatoria ejecución, cuando se está ante personas en situación de riesgo vital inminente, generalmente por politraumatismos que involucran pérdida de pulso y respiración.

Desde el punto de vista psicológico es posible aseverar que una persona enfrentada a la pérdida de alguien que le representa algo significativo emocionalmente, desde el momento de recibir la noticia (y en muchas ocasiones producto de una

comunicación inadecuada de las malas noticias) sufre un shock, un impacto que involucra todas sus áreas, es decir, sus emociones, su intelecto, su espiritualidad (desde la Logoterapia este es el ámbito noético, que va más allá de lo religioso e involucra el sentido trascendente) y, por supuesto, el área física.

A raíz del impacto producido, primero por la noticia y luego por la confrontación con la realidad del hecho, la experiencia nos muestra que las personas quedan en un estado emocional que, si persiste por algún tiempo, hace que pierdan lo que podríamos llamar los signos vitales psicológicos, pérdida que se hace evidente en la manifestación de no querer seguir viviendo y el abandono de los elementos de soporte vital como es la ruptura con el autocuidado, los alimentos y, en fin, con todo aquello que les ligue con el significado intrínseco de la vida.

Recordemos que no es poco frecuente saber de personas que, tras el conocimiento de una noticia adversa inesperada, obran irracionalmente involucrándose en situaciones de riesgo vital, como buscando su propia muerte (por ejemplo, atraviesan sin el menor cuidado avenidas con tráfico de alta velocidad o conducen sus automóviles a velocidades excesivas e incluso en contravía, buscando consciente o inconscientemente la muerte).

Estas personas necesitan recibir Reanimación Psicológica que debe dirigirse a asegurar la recuperación de los signos vitales psicológicos (sensación de estar a salvo, sentido de vida, capacidad de acción, sentimiento de que se es importante para otros, apertura emocional, autocuidado) y a ayudar en la búsqueda de significado a la circunstancia que están atravesando para que las defensas psicológicas se fortalezcan y las heridas emocionales cicatricen adecuadamente (recordar sin dolor, que no equivale a otra cosa que tener la cicatriz, pero que al tocarla no cause dolor).

La Reanimación Psicológica inicia con la intervención en crisis que va dirigida a romper el aislamiento en el que tiende a sumirse quien afronta una pérdida y engancharla con la convicción de que la vida merece ser vivida a pesar de. Para ello es preciso posibilitar que la persona llore y exprese su dolor y tristeza en un ambiente de contención psicológica segura.

Esto equivale a dar un espacio amplio en el que la persona pueda respirar física y emocionalmente con tranquilidad y puede implicar, en no pocas ocasiones, retirar a los curiosos y mantenerlos a distancia prudente, es decir, hacer un trabajo con las personas cercanas para que aprendan a ser apoyo efectivo y genuino, optimizar las redes de apoyo y abrir las perspectivas sobre las razones y

sentidos que aún tienen la persona para amararse a la vida.

A renglón seguido, quien está brindando los primeros auxilios, debe ir trabajando para lograr que la persona elabore sus propios significados de la tragedia y no se haga dependiente del equipo de reanimación (en nuestra metáfora, del psicólogo, de quienes facilitan grupos de ayuda o de quien haga sus veces entre los amigos o familiares).

Lo anterior, equivale a ir haciendo un trabajo conjunto de desprendimiento emocional de lo perdido en el evento traumático, en el cual quienes quedan como sobrevivientes no terminen haciéndose dependientes de otros (en el aspecto físico, muchas personas se hacen dependientes del respirador o del oxígeno y desarrollan un profundo temor a no tenerlos disponibles – no es casual que se utilice el término “destete”-), sino que vayan encontrando suficientes razones propias para optar por la vida y por los vivos y, a la manera de William Worden (1997), trabajen en reinvertir sus energías emocionales en acciones y proyectos que sirvan como celebración de la vida de aquellos que ya no están con nosotros.

En este sentido, el trabajo de Reanimación Psicológica tendría su punto de culminación cuando la persona en crisis recupere su punto de equilibrio emocional independiente

y retorne progresivamente a sus actividades cotidianas habiendo desarrollado estrategias de afrontamiento que le permitan, no solo enfrentar positivamente nuevas adversidades (que seguramente vendrán a modo de recaídas) sino, aún apoyar a otros que estén pasando por situaciones similares.

Como puede apreciarse, nuestra propuesta de Reanimación Psicológica implica una intervención enfocada a asegurar la recuperación de lo que hemos denominado signos vitales psicológicos, los cuales, a nuestro entender quedan abarcados en el término Construcción de Sentido de Vida.





ESQUEMA DE

INTERVENCIÓN FUNDAMENTAL

El esquema de intervención que se presenta en este documento, más que una guía de sesiones, se constituye en la exposición de un conjunto de estrategias de intervención reconocidamente exitosas para que los lectores profesionales hagan uso de ellas de acuerdo a sus criterios clínicos y a sus estilos de intervención pertinentes a cada situación.

En el caso de la intervención con personas en proceso de duelo complicado, no es fácil determinar el tiempo de tratamiento, pero sí es importante tener en cuenta que será necesario que se establezca un esquema de seguimiento durante, al menos, el primer año.

LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN SON PRINCIPALMENTE TRES:

- A** Normalizar aquellas áreas de la vida del doliente que estén afectadas por la pérdida (personal, social, emocional, familiar, etc.).
- B** Favorecer la reestructuración de los pensamientos negativos desproporcionados que la persona presente.
- C** Mejorar la calidad de vida ayudando a la adaptación a la nueva situación.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

COGNITIVO-CONDUCTUAL

Estas técnicas están indicadas particularmente para procesos de duelo atascados en la tercera tarea propuesta por Worden (1997), por lo que las personas evitan afrontar activamente planteamientos más saludables y se quedan rumiando la culpa u otros pensamientos distorsionados. Para ello planteamos las siguientes estrategias:

Reestructuración de pensamientos distorsionados

A menudo la persona en duelo suele presentar distorsión de pensamientos. Para ello se utiliza el autorregistro de pensamientos, de manera que la persona pueda ser consciente de ellos y luego se recurre al debate para hacer frente a tales pensamientos, preguntando, por ejemplo: **¿qué evidencia sustenta este pensamiento?, ¿es útil pensar así?**

Detención del pensamiento

Es una técnica útil para detener las rumiaciones negativas. Se trata de detectarlos y luego utilizar una palabra (stop, basta) o bien alguna señal (goma en la muñeca) que ayude a frenar y luego cambiar de pensamiento.

Saciación cognitiva

Se pide a la persona que repita o grabe varias veces al día el pensamiento que le preocupa.

Prescripción del síntoma

La persona elige un momento al día en concreto para poder pensar sobre lo que le preocupa, pero no debe hacerlo fuera de ese intervalo determinado. Esto le permite tomar el control de pensamientos que describe como incontrolados.

Métodos de relajación

Hay muchas técnicas de relajación y la elección de la más apropiada dependerá de cada caso y del estilo del profesional. Se pueden utilizar cuando se presentan problemas de ansiedad, y entre las más recomendables están la relajación muscular de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz y la respiración diafragmática.

Resolución de problemas

Las técnicas de resolución de problemas son muy útiles en los procesos de duelo ya que la persona se enfrenta a situaciones novedosas que tiene que afrontar y resolver. Muy a menudo encontramos que el doliente presenta inse-

guridad a la hora de tomar decisiones. Al respecto, es clave recordar la indicación de no tomar decisiones importantes en los primeros momentos del proceso o bien proponerlas o delegar en otra persona cercana que ayude a decidir. El objetivo es que el doliente sea lo más eficiente posible y esto le suponga el menor coste emocional.

Rituales de despedida

Son conductas que facilitan trabajar en la aceptación de la realidad de la pérdida.

Ventilación de emociones

Hablar del fallecido, expresando lo que piensa y siente acerca de lo sucedido, puede favorecer la elaboración del duelo.



TÉCNICAS DESDE UNA

PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

En su libro *Aprender de la pérdida*, Neimeyer (2007) plantea la teoría de la reconstrucción del significado. Con base en este abordaje, al producirse la pérdida de un ser querido la persona tiene que volver a construir un mundo de significados que le permita vivir adaptado a la nueva situación. Esta perspectiva consta de una serie de ejercicios que pueden ser utilizados por el profesional en las sesiones de tratamiento o bien como tareas para la casa, apoyando el trabajo terapéutico. Algunos pueden ser:

Biografías

Como su nombre lo indica, la base de esta técnica implica la realización del relato de la vida del ser querido de manera que nos permita tener una visión más global de sus virtudes y defectos. Para realizarla se pueden utilizar como fuentes cartas, documentos, emails, pertenencias, etc., lo que a su vez nos permitirá conocer las consistencias y contradicciones en el comportamiento, pensamientos, emociones y actitudes de la persona fallecida. Esta biografía puede dirigirse a un público en concreto: puede ser para la propia persona, el público en general o la familia.

Caracterizaciones de la pérdida

Es una técnica narrativa que sirve para explorar la pérdida y el impacto en la identidad de la persona. Para realizar este trabajo pueden darse las siguientes instrucciones: “En el espacio que sigue puede hacer un esbozo del ser querido fallecido, visto desde su propia perspectiva. Escriba como si se tratara del personaje principal de una película, obra de teatro o libro. Hágalo como si fuera un amigo y lo conociera muy bien. Asegúrese de hacerlo en tercera persona”. Luego de eso, explorar: “¿Qué aspecto tiene el mundo visto desde el personaje? ¿Hay pautas inesperadas? ¿Hay términos que se repiten y pueden hacer referencia a algo importante?”.

Cartas que no se envían

Son cartas dirigidas a la persona fallecida y que expresan algo que no se expresó en el momento. Son útiles cuando hay resentimiento y culpa por la pérdida.

Diarios.

En casos de pérdidas traumáticas son muy útiles, ya que le sirven al doliente para descargarse de los recuerdos dolorosos. Las directrices que nos propone la literatura, para que sean efectivos, son: a) comentar aquellos aspectos que no han

sido comentados con nadie y que se piensa que nunca lo serán, b) no preocuparse por la ortografía o redacción (lo importante es el contenido), c) escribir como mínimo unos quince minutos al día, al menos durante cuatro días, y d) darse un tiempo después de escribir, antes de retomar las actividades cotidianas, para recuperar el balance emocional.



Entrevista de reconstrucción de significados

Consta de una serie de preguntas organizadas en tres apartados y cuyo objetivo es ayudar en la reconstrucción de significados (ver Cuadro 1).

Epitafios

Se trata de elegir una frase adecuada que tenga significado en la relación del doliente con el fallecido y que puede o no dejarse tallada donde se encuentre el cuerpo del ser querido fallecido.

Galería de fotografías

Las fotografías nos permiten recordar a la persona fallecida de manera clara, de forma que pueden servir para la reconstrucción del significado. Pueden llevarse en la cartera, hacer una galería de fotos o elaborarse un álbum público.

Huella vital

Se trata de encontrar la huella que la persona fallecida ha dejado en los dolientes. Es una forma de homenajear al fallecido a través del recuerdo de sus gestos, formas de hablar, actividades laborales o de ocio, características de personalidad, estilos de pensamiento, entre otros.



Cuadro 1: Entrevista de reconstrucción de significados

Preguntas de entrada	Preguntas de explicación	Preguntas de elaboración
¿Qué experiencia de muerte o pérdida le gustaría abordar?	¿Qué sentido le dio a la muerte en aquel momento?	¿Cómo ha afectado a sus prioridades?
¿Qué recuerda de su reacción inicial?	¿Cómo interpreta la pérdida ahora?	¿Cómo afecta a su visión del mundo y de sí mismo?
¿Cómo ha cambiado su sentimiento desde ese momento?	¿Le ayudaron sus creencias religiosas? ¿Qué efecto tuvo sobre ellas?	¿Qué ha aprendido a raíz de la pérdida?
¿Cómo respondieron ante la pérdida las personas cercanas? ¿Y ante su reacción?		¿De qué modo cambiaría su vida si esta persona no hubiera fallecido?
¿Cuál fue para usted la parte más dolorosa?		

Lectura reflexiva

Los libros de autoayuda suelen servir a la persona que está afrontando la pérdida, pero para que la lectura sea provechosa será valioso que estos tengan algún tipo de relación con las características lectoras del doliente (creencias religiosas, hábitos de lectura, etc.).

Elaborar un libro de recuerdos

Se trata de recoger un documento donde los sentimientos y pensamientos, en relación con el ser querido, puedan ser compartidos con otras personas. Para su elaboración se puede utilizar cualquier material de recuerdo.

Objetos de vinculación

Esta actividad implica conservar o utilizar de manera cotidiana algún objeto que nos recuerde a la persona fallecida.

Peregrinación personal

Se trata de la necesidad que puede surgir de visitar lugares o personas relacionadas con el fallecido. Esto puede generar recuerdos de nuestra historia y el lugar que ocupamos en la familia o con nuestros seres queridos.

Poesía de la pérdida

A veces con el lenguaje normal no podemos expresar sentimientos o darle significado a la pérdida. A través del lenguaje poético podemos articular de manera simbólica lo que no podemos expresar de manera directa sobre el significado que tenía el ser querido en nuestra existencia.

Rituales

Los rituales, tanto formales como informales, son una pieza fundamental para dar sentido a los cambios de nuestras vidas. No importa la forma en la que se hagan, lo importante es la acción simbólica que nos ayuda a asumir la pérdida.

Sin embargo, algo que vale la pena recalcar, con base en nuestra experiencia, es que, más que las propias técnicas (podríamos optar por las descritas o por otras), en el apoyo a personas en procesos de duelo el éxito se fundamenta a partir de la conexión humana que logra el profesional con el doliente y en la manera como este último se siente acompañado comprensivamente.



EL PAPEL DE UN PROFESIONAL

EN LA FASE INICIAL DEL DUELO

Aunque los datos sugieren que, incluso después de la muerte repentina y violenta, una buena parte de los afectados afrontan su duelo con éxito (resiliencia), el proceso inicial puede tomar mucho tiempo. Muchas personas consideran el dolor como una experiencia personal por lo que no recurren a los profesionales de salud mental en busca de ayuda. Sin embargo, cuando una pérdida es repentina y violenta, la intensidad de las emociones puede ser aterradora y la necesidad de apoyo y la intervención externa son más necesarias. No pocas personas necesitarán apoyo profesional y participar en una intervención especializada y de apoyo. Algunos componentes útiles de este tipo de intervención son:

- Proporcionar información sobre el dolor, sus síntomas y sus complicaciones.
- Evaluar la naturaleza de la angustia del individuo.
- Ayudar a identificar y resolver problemas prácticos.
- Proporcionar estrategias para la gestión de los sentimientos intensos.
- Ayudar a la persona a pensar en la muerte de una manera que conduzca a la resolución emocional.

Durante la primera fase del duelo, puede ser muy útil proporcionar información y estrategias para pensar en la muerte. Lo mejor es que el profesional ofrezca un seguimiento y se mantenga disponible para la consulta y apoyo, si la persona lo necesita.

Prigerson y Jacobs (2001) proporcionan una lista de “qué hacer y qué no hacer” para ver cómo los profesionales de la salud pueden interactuar con miembros de la familia tras la muerte de un ser querido. Los autores recomiendan:

- La expresión directa de la simpatía.
- El reconocimiento de que el profesional no sabe exactamente por lo que la persona en duelo está pasando.

- Hablar con la familia mencionando el nombre de los fallecidos.
- Responder preguntas sobre las circunstancias de la muerte.
- Hacer preguntas acerca de los sentimientos y sobre cómo les ha afectado la muerte de la persona.

Los autores también proporcionan una útil lista de advertencias acerca de las cosas que no son útiles, en la que incluyen:

- Una actitud casual o pasiva (por ejemplo, no contentarse solo con decir: “llámame si quieres hablar”, o preguntar “¿cómo estás?”).
- Las declaraciones que la muerte conduce a un alivio, en este momento, no son aceptables (por ejemplo, “él/ella está en un lugar mejor” o “fue la voluntad de Dios”).
- Suponer que la persona en duelo es fuerte y que si debe pasar por esto es porque lo puede soportar (“Dios no te da cargas que no puedas llevar”).
- Cualquier tipo de evasión de la discusión sobre la muerte o sobre la persona que murió.

El apoyo a otras personas en las mismas circunstancias es una parte importante del proceso de resolución de duelo, por ello la importancia de poder vincularse en algún momento a un grupo de apoyo. Cuando las personas están listas para hablar de su experiencia y desahogar su corazón y alma, estas personas se escuchan con una empatía única y gran comprensión. La oportunidad de dar y recibir compasión y cuidado con otras personas que han sufrido pérdidas similares les ayudará a ver más en perspectiva su difícil experiencia de vida.



REFERENCIAS

Acero, P. (2017). La estrategia de la ostra. Bogotá: San Pablo.

Acero, P. (2011). La otra cara de la tragedia. Bogotá: San Pablo.

Acero, P. (2008). Del dolor a la esperanza. Bogotá: San Pablo.

Camacho D., Pérez-Nieto M. y Gordillo F. (2018). The role of rumination in the guilt associated with bereavement according to cause of death. *Psychiatry Res. Dec*; 270:1053-1058. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.065. Epub 2018 May 22.

Jewell, R. T., Rossi, M. & Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía*, 26, 147-167.

Instituto Provincial de Córdoba (2009). Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo. En: <http://www.ipbscordoba.es/uploads/noticias/duelo.pdf>

Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Omeren, M., Jones, L.M., et al., 2013. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 12 (3), 198–206.

Megles, F. T & DeMaso, D. R. (1980). Grief-resolution therapy: Reliving, revising and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51-61.

National Organization for Victim Assistance (NOVA) (1985). Survivors of homicide victims, *Network Information Bulletin*, 1, 3.

Neimeyer, R. (2007) Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R., Burke, L. (2015). Loss, grief, and spiritual struggle: The quest for meaning in bereavement. *Journal Religion, Brain & Behavior*. Volume 5, No 2. 118 -178.

Neimeyer, R. (2020) When Grief Goes Viral: Psychological Assessment and Intervention in the Corona Crisis. APA. continuing education program.

Ningning, Wei, Suqin y Jianping (2018). Prolonged grief and post-traumatic growth after loss: Latent class análisis. *Psychiatry Research*. Volume 267, September, 221-227

Parkes C. M. & Weiss R. S. (1983). Recovery from bereavement. New York, NY, USA: Basic Books.

Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286, 1.369-1.375.

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1987). Bereavement and health. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Tizón, J. (2004). Pena, pérdida, duelo. *Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: RBA, D.L.

Worden, W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.

Zhang, B., El-Jawahri, A. & Pringerson, H. G. (2006). Update on Bereavement: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 188-203.



REALIZADO POR:

PS. PAULO DANIEL ACERO RODRÍGUEZ

Psicólogo Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Resolución de Conflictos U. Javeriana, Formación en Trauma y Resiliencia Hebrew University of Jerusalem, Director Experiencia Krisálida – Programa para tratamiento de duelo y estrés traumático. Director Ejecutivo Tribunales Colpsic. Contacto: paulodanielacero@gmail.com