



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Treball de Fi de Grau

Procesos de pérdida en la familia. Malas noticias, buena comunicación y duelo

Angélica María Quintero Troccoli

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2019-2020

DNI de l'alumne: X5276634C
Treball tutelat per Enric Munar Roca
Departament de Psicologia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball: procesos comunicativos, buena comunicación, información y malas noticias, el duelo, formas del duelo, tratamientos del duelo.

Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Procesos de Pérdida en la Familia. Malas Noticias, Buena Comunicación y Duelo	4
Malas Noticias, Buena Comunicación y Repercusiones en la Familia, Allegados y Persona Afectada.....	5
Barreras en la Buena Comunicación: Conspiración del Silencio.....	7
El Duelo.....	10
Modelos Explicativos del Duelo.....	11
Modelos Descriptivos del Duelo.....	12
Modelo Integrativo-Relacional del Duelo y las 6 R.....	12
Factores de Riesgo y Factores Protectores en el Duelo.....	13
Diferentes Formas de Duelo.....	14
El duelo normal.....	14
El duelo anticipatorio.....	15
El duelo enmascarado.....	15
El duelo crónico.....	15
El duelo retardado o inhibido.....	15
El duelo exagerado o eufórico.....	15
El duelo ambiguo.....	16
Otras consideraciones sobre duelo normal y duelo patológico.....	16
Atención Psicológica Específica o Tratamiento del Duelo Complicado Patológico.....	16
Facilitación de los rituales funerarios.....	17
Counselling en el duelo.....	18
Terapias en el duelo complicado o patológico.....	18
Limitaciones y problemáticas asociadas a los tratamientos o atención psicológica específica para duelo.....	19
Conclusiones.....	20
Referencias.....	22

Resumen

Los procesos de pérdida son padecidos por todas personas del mundo sin importar el origen, la sociedad o la religión. La pérdida de un familiar trae grandes cuotas de sufrimiento para el que la experimenta dejándole en una situación de vulnerabilidad y confusión que le hará cuestionar su sistema de creencias y afectará a su cotidianidad. Ante esta consideración, los procesos comunicativos y el manejo de la información proporcionada al doliente adquieren especial relevancia llegando a influir en el desarrollo de un duelo natural o un duelo complicado. Este trabajo se basará en una revisión de tipo bibliográfico acerca de procesos de pérdida en la familia y allegados, la relevancia de la comunicación e información en una situación de pérdida y los procesos de duelo, sus variantes, sus características, sus tratamientos y sus limitaciones.

Palabras clave: procesos comunicativos, buena comunicación, información y malas noticias, el duelo, formas del duelo, tratamientos del duelo.

Procesos de Pérdida en la Familia. Malas Noticias, Buena Comunicación y Duelo 44.000 es el número de fallecidos este año en España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020). Esta cifra supone un aumento del 24.1% respecto al año pasado. Aunque el aumento se vea explicado este año por la pandemia no resta importancia al hecho de que cada día una gran cantidad de personas han de enfrentarse a circunstancias de pérdida.

Ante dicho hecho, conviene valorar la correcta gestión de los procesos de pérdida. Echeburúa y Herrán Boix (2007) indican que, a pesar de que tarde o temprano todos experimentamos situaciones de pérdida, no todos presentamos las mismas necesidades psicológicas, ni contamos con los mismos recursos personales y sociales para afrontar situaciones de pérdida, entre el 10 y el 20 % de los dolientes necesitarán ayuda por parte de un profesional especializado. No obstante, afrontar el duelo es considerado un proceso psicológico, no un proceso psicopatológico, la mayoría de los dolientes no requerirá ayuda especializada. Flórez (2002) menciona que según la clasificación DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) el duelo no se considera un trastorno mental, se le clasifica dentro de la serie de trastornos adicionales que pueden requerir atención de tipo clínico.

La elaboración del duelo en la mayoría de las personas ocurre de forma natural. Sin embargo, se ha comprobado que hay elementos que influyen positivamente en el proceso del duelo. Uno de esos elementos es la comunicación. Achury y Pinilla (2016) destacan la comunicación como el instrumento principal para facilitar en los dolientes la elaboración del duelo. Esta comunicación debe orientar y apoyar la toma de decisiones, ser sincera y evocar seguridad en los receptores. Fomentar la escucha activa facilitará la expresión emocional en el doliente. Muñoz Cobos et al, (2002) resaltan otro elemento importante en la elaboración del duelo, la información. La correcta información debe proporcionarse de forma clara, adaptada al doliente y respondiendo a las dudas frente diagnóstico y pronóstico. La información transmitida adecuadamente despejará la ansiedad asociada al desconocimiento, permitiendo que la persona se sitúe y comience a aceptar la realidad de la pérdida.

La comunicación y la información son procesos estrechamente relacionados con el desarrollo del proceso del duelo. García-Campayo (2012) resalta que el proceso del duelo presenta especial complicación a la hora de valorarse o describirse debido a la gran variedad

de síntomas y manifestaciones entre los dolientes. Resulta complicado discernir entre una manifestación normal del duelo y una patológica. Por esta razón, es importante profundizar en la comprensión, el estudio e investigación de las situaciones de pérdida y el desarrollo del duelo.

Este trabajo tiene el objetivo de profundizar sobre lo que ocurre en las personas cuando se dan procesos pérdida, comprendiendo desde la fase inicial, en el momento que se comunica el diagnóstico y pronóstico (cuando la pérdida viene a causa de una enfermedad terminal), la información que se ofrece, hasta lo que sucede tras la pérdida, los procesos de duelo y su tratamiento.

Malas Noticias, Buena Comunicación y Repercusiones en la Familia, Allegados y Persona Afectada

El diagnóstico de enfermedad terminal o el fallecimiento de un familiar pertenece al grupo de malas noticias para la familia y para el profesional que las comunica. Nos enfrentamos a las malas noticias toda la vida, sin embargo, algunas nos marcan de por vida, modificando nuestras circunstancias y derrumbando planes de futuro. Estas situaciones implican un momento vital estresante con el que comienza un proceso de adaptación, no siempre igual en cada persona y allí radica parte de su complicación.

León-Amenero y Huarcaya-Victoria (2019) definen una mala noticia como una comunicación que “drástica y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro; presentado consecuentemente alteraciones a nivel emocional y conductual en el receptor, que suele persistir luego que la mala noticia fue recibida”. León-Amenero y Huarcaya-Victoria (2019) mencionan que este tipo de comunicación (comunicación de malas noticias) es una situación común en la práctica clínica. Sin embargo, no deja de presentarse como una de las labores más complicadas a las que ha de hacer frente un profesional. Ruiz-Benítez de Lugo y Coca (2008) consideran la comunicación de noticias adversas como la más difícil de las tesituras en la que una persona puede estar (por ejemplo, hablar del posible fallecimiento de alguien a quien estamos vinculados).

Las reacciones emocionales, la tolerancia a situaciones adversas y la formas de afrontar el duelo se ven mediadas por el contexto social en el que la persona crece y se desenvuelve. Pascual y Santamaría (2009) destacan la sociedad occidental, cuyos valores

más representativos son los materiales, estéticos y temporales, se ve la muerte como un suceso trágico que prefiere ignorarse o esquivarse antes que confrontarse, por el sufrimiento que supone. Espinosa-Suárez et al. (2017) consideran que la muerte debería ser entendida como un proceso natural y no como un suceso repentino, funesto e inesperado.

Manjón Tortolero (2018) comenta que “todo el mundo sabe que la muerte será el ineludible final de su vida, pero buscan aplazar ese momento lo máximo posible”. Pascual y Santamaría (2009) abogan por un afrontamiento directo de las circunstancias, se debería hablar de la muerte como parte de un ciclo vital, uno más, de los muchos a los que nos enfrentamos, “la etapa final de la vida”. Sin embargo, no restan importancia a la carga emocional que la muerte de un familiar supone, indicando el profundo dolor que se siente cuando se pierde alguien a quien se tiene en estima.

Espinosa-Suárez et al. (2017) describen esta situación de posible fallecimiento de un ser querido como el inicio de una crisis a nivel familiar, especialmente debido a la afectación para la familia, la sobrecarga y la dependencia del enfermo durante el desarrollo de la enfermedad. La cotidianidad de los familiares se ve afectada y modificada por las circunstancias de posible fallecimiento. Espinosa-Suárez et al. (2017) destacan que para los dolientes resulta casi inaceptable que no se pueda evitar el final desenlace con todos los avances en biomedicina y tecnología médica disponibles en la actualidad, resulta difícil aceptar que una enfermedad nos ha derrotado y se ha sobrepuesto al conocimiento humano. Estas ideas ejercerán influencia sobre actitudes frente al diagnóstico de enfermedad terminal y el desarrollo del duelo.

Espinosa-Suárez et al. (2017) otorgan especial importancia a la cohesión familiar y la comunicación durante la etapa de adaptación. Una buena adaptación dependerá de los recursos de la persona afectada, de la familia y de los lazos afectivos entre ellos, será importante hacer frente a los cambios en esta nueva situación como un núcleo cohesionado. La buena relación entre la tríada asistencial (paciente, personal sanitario y familia) también jugará un papel clave en el desarrollo de una buena comunicación entre las partes, además de mejor adhesión terapéutica y mayor índice de éxito del tratamiento. La buena comunicación facilitará el proceso de aceptación, el cual, si no llega, causará sufrimiento y frustración.

Espinosa-Suárez et al. (2017) señalan que la comunicación se inicia cuando la persona afectada y su familia acuden al especialista con un diagnóstico y/o pronóstico que no acaban de comprender, con dudas, temores y angustia. La primera entrevista con el personal sanitario sentará las bases de la relación médico–persona afectada–familia y la principal labor del personal sanitario en esta etapa será despejar las dudas y explicar la situación con un lenguaje claro, conciso y adaptado al nivel socio-cultural de la familia y la persona afectada.

Una buena comunicación incrementará los sentimientos de satisfacción en la familia y la persona afectada, favorecerá la adherencia terapéutica y fomentará el desarrollo de una buena relación entre la tríada asistencial. Duro Martínez et al. (2012) destacan que la buena comunicación y las habilidades de comunicación del personal sanitario influirán positivamente en la toma de decisiones de la tríada asistencial, proporcionando apoyo emocional y mejorando las herramientas de afrontamiento de la persona afectada y su familia. El trabajo de los profesionales sanitarios consistirá en retirar proyecciones, falsas expectativas y creencias, comunicar e informar de manera veraz y acertada.

Para esta labor el personal sanitario cuenta con protocolos para comunicación de malas noticias, Espinosa-Suárez et al. (2017) mencionan el protocolo SPIKES como una opción adaptada a nuestro contexto cultural. Asimismo, la nemotécnica VALUE se describe como una propuesta para la comunicación de noticias adversas para familiares con pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

León-Amenero y Huarcaya-Victoria (2019) destacan la complicada labor del equipo sanitario como emisores del diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico, consideran que hay cuatro condiciones básicas con las que se deben contar antes de trasladar las malas noticias a la familia y la persona afectada. (1) Tener a disposición la evaluación global y fiable sobre la gravedad, (2) repercusiones de la enfermedad y evolución en el tiempo, (3) las características de la familia y del afectado, buscando el soporte de la familia sin caer en falsas esperanzas, (4) poner especial énfasis en fomentar la relación personal sanitario–paciente.

Barreras en la Buena Comunicación: Conspiración del Silencio

Ante noticias adversas se pueden presentar obstáculos que dificulten la comunicación entre la tríada asistencial. Ruiz-Benítez de Lugo y Coca (2008) señalan la

conspiración o pacto del silencio como una barrera en la comunicación que se define como “un acuerdo implícito o explícito entre los familiares, allegados y profesionales sanitarios, de ocultar o distorsionar la información sobre su situación-diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico al paciente para evitarle el sufrimiento de enfrentar el final de su vida”. La conspiración del silencio engloba una gran variedad de manifestaciones comportamentales y actitudinales adoptadas por la familia, el equipo sanitario e incluso la persona afectada con el propósito ocultar y/o distorsionar la realidad de la situación de enfermedad terminal.

La motivación tras esta ocultación y/o enmascaramiento yace en la interpretación que hace la familia sobre las posibles repercusiones derivadas del encaramiento con la realidad, considerando más oportuna la ocultación y/o enmascaramiento por evitar sufrimiento o deterioro del estado físico y mental del afectado. Espinosa-Suárez et al. (2017) consideran que el enmascaramiento y la ocultación de información en la conspiración del silencio surge como una estrategia empleada por la familia para adaptarse a esta nueva crisis, y se trata de una manera de actuar lógica dados los estándares y valores de nuestra sociedad occidental actual donde predomina el rechazo y la negación de la muerte.

Espinosa-Suárez et al. (2017) Señalan que “entre un 80% a 90% de los pacientes sabe que va a fallecer y que el 70% de ellos desea hablar con su familia al respecto”. Sin embargo, solo el 40% de las familias informaría a la persona afectada de su propia situación, esta evidencia apunta a que existen diferencias entre los deseos de la persona afectada y la interpretación que hace la familia de los mismos.

Ruiz-Benítez de Lugo y Coca (2008) llevaron a cabo un estudio sobre la actitud de los familiares ante la información revelada a la persona afectada cuando el pronóstico es desfavorable. Encontraron que solo el 21% de las personas afectadas participantes en el estudio conocían su verdadero pronóstico al final de su vida, destacan el temor a los efectos negativos en la persona afectada (deterioro físico-mental, pérdida de interés por la vida y el sufrimiento evitable) derivados del conocimiento de su pronóstico como factor catalizador en la aparición de esta barrera en la comunicación. Como variables influyentes en la decisión de los familiares de enmascarar u ocultar el pronóstico se encontraron, la edad, el nivel de instrucción y las dificultades de comunicación de los mismos.

Ruiz-Benítez de Lugo y Coca (2008) destacan el papel del cuidador principal en el fomento de la ocultación y/o enmascaramiento de información a la persona afectada, siendo

frecuente que los cuidadores prefieran que la persona afectada ignore su diagnóstico y/o pronóstico, afrontando posteriormente las consecuencias derivadas de estas acciones.

Espinosa-Suárez et al. (2017) resaltan que el cuidador principal entiende la ocultación como un acto de gran afecto, una mentira justificada por el temor a las consecuencias y bajo la creencia de que puede haber algún tipo de mejoría en la persona afectada si esta desconoce los detalles de su enfermedad. Espinosa-Suárez et al. (2017) señalan que a corto plazo se pueden observar las consecuencias adversas mencionadas ante la revelación del diagnóstico y pronóstico en la persona afectada, pero a largo plazo se observan mayores beneficios.

Espinosa-Suárez et al. (2017) clasifican el pacto del silencio según la cantidad de información ocultada, cuando la persona afectada desconoce su diagnóstico y su pronóstico la ocultación es total. No obstante, cuando la persona afectada conoce su diagnóstico, pero no su pronóstico la ocultación es parcial, se señalan tres variantes de ocultación parcial (1) “confabulación en la negación” la información no se desmiente, se matiza destacando su dimensión positiva, esta manipulación de la información fomenta las falsas expectativas que a largo plazo pueden ser contraproducentes, (2) “la conspiración de palabra” el emisor emplea palabras suavizadas, eufemísticas y menos directas que llegan a distorsionar el contenido real de la información, fomentando falsas esperanzas de curación y mejoría, (3) “la verdad soportable” se da el uso de eufemismos de menor nivel y la transmisión de información es gradual.

Espinosa-Suárez et al. (2017) resaltan como repercusiones de la conspiración del silencio en la persona afectada grandes cuotas de sufrimiento, pérdida de la posibilidad de decidir sobre su propia vida y expresar voluntades anticipadas, deterioro progresivo de la calidad de vida, confusión e incertidumbre, despliegue emocional fuerte, insatisfacción asociada a necesidades espirituales no reconciliadas, deterioro de la relación con la familia, allegados y equipo sanitario, sentimientos de soledad, incompreensión y desconfianza. Para el afectado será evidente que algo ocurre, pero no puede confiar en que nadie se lo explique o expresar sus emociones abiertamente. Espinosa-Suárez et al. (2017) señalan como repercusiones del pacto del silencio en la familia, la influencia negativa en la toma de decisiones (solo se dispone de parte de la información y existe alta probabilidad de decisiones erróneas), el incremento de los sentimientos de culpabilidad, la afectación del

afrontamiento del fallecimiento y del duelo como grupo cohesionado, y la reducción en la fluidez comunicativa entre la tríada asistencial.

El equipo sanitario juega un papel relevante en la conspiración del silencio al ser los informantes del diagnóstico y/o pronóstico. Espinosa-Suárez et al. (2017) destacan las limitaciones y actitudes del equipo sanitario que influyen la aparición de barreras en la comunicación ante un diagnóstico y/o pronóstico de enfermedad terminal, el no tener un momento y lugar adecuado para informar a la persona afectada y a su familia, el temor a la reacción de los receptores ante las malas noticias, la falta de capacitación del equipo sanitario para comunicar malas noticias y manejar manifestaciones emocionales fuertes, la desconfianza en el diagnóstico y/o pronóstico, el miedo a la palabra terminal y su asociación a un estadio donde no se puede hacer nada, los sentimientos de fracaso y frustración, los tabús y reservas socioculturales respecto a la muerte.

Por otra parte, Espinosa-Suárez et al. (2017) señalan recomendaciones a seguir por el equipo sanitario para disminuir o eliminar la conspiración del silencio cuando se detecta que puede ocurrir o está ocurriendo en la familia y allegados, se recomienda entrevistar a la familia y presentar la noticia del diagnóstico y pronóstico procurando que se sientan comprendidos en su sufrimiento, se deben responder sus inquietudes y evaluar sus temores respecto al diagnóstico y/o pronóstico, se debe evaluar la motivación detrás del deseo de la ocultación de información y facilitar la expresión emocional. Cuando se considere pertinente se deben presentar las consecuencias de la ocultación de información increpándoles a explorar los sentimientos de la persona afectada ante las incongruencias entre lo que le dice su familia y lo que padece según avanza su enfermedad.

El Duelo

El origen de la palabra duelo según la Real Academia Española (RAE, 2020) proviene del latín “duellum” que en la etimología popular hacía referencia a un combate entre dos contendientes a consecuencia de un desafío. Más adelante la definición de esta palabra evoluciona, debido al paralelismo establecido frente al proceso psicológico experimentado al atravesar por una pérdida importante. Ciñéndonos a definición actual de Real Academia Española (RAE, 2020) describe el duelo como (1) “dolor, lástima, aflicción o sentimiento” y (2) “Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”.

León-Amenero y Huarcaya-Victoria (2019) describen el duelo como una expresión natural ante la pérdida de una persona u objeto, se trata de un proceso complicado y lento, cuyas dimensiones vendrán determinadas en función de dos variables, aquello que se ha perdido y los recursos personales de la persona para afrontar la pérdida, la resolución vendrá cuando se halle el balance adecuado y la aceptación de lo ocurrido. Barreto et al. (2008) consideran el duelo como una expresión universal y únicamente humana, la elaboración del duelo parte de la vivencia emocional de encararse con la pérdida buscando adaptarse a la nueva situación.

Barreto Martín y Soler Sáiz (2004) se refieren al duelo como un proceso normal que mediado por una condición temporal tenderá a desarrollarse de forma positiva, el duelo no es una enfermedad sino un suceso enriquecedor que puede contribuir favorablemente en el desarrollo de fortalezas personales, solo un pequeño porcentaje de la población experimenta duelos complicados o patologías asociadas.

Alonso Llácer et al. (2019) agrupan el duelo de acuerdo con los diferentes modelos presentes en la literatura científica existente en el campo del duelo, englobando diferentes enfoques y clasificándolos según características afines, se describen cuatro grupos de modelos diferentes, los modelos explicativos del duelo, los modelos descriptivos del duelo, el modelo integrativo-relacional del duelo y las 6 R.

Modelos Explicativos del Duelo

Barreto y Soler (2007) reúnen y exponen diferentes ópticas teóricas explicativas del duelo. En primer lugar, desde la teoría psicodinámica Mendoza-Romero (2015) señala el origen de duelo en la pérdida de la libido enfocada en lo perdido, más adelante la libido será enfocada en otro individuo u objeto de una forma más sana, se consideran el duelo un proceso normal que no requiere tratamiento psicoterapéutico. En segundo lugar, desde la Teoría del apego de Bowlby (2005) el duelo producirá despliegues emocionales intensos que se dan a consecuencia de la disolución del vínculo, entendiendo el vínculo como un evento de carácter instintivo en nuestra especie y el apego como el elemento lo que sustenta.

En tercer lugar, desde la teoría cognitiva Pozo (1989) señala que los pensamientos originan las emociones y conductas en humanos, las complicaciones emocionales parten de una interpretación disfuncional de la realidad, la resolución del duelo ocurrirá al producirse una reestructuración flexible y adaptativa de la realidad de la pérdida.

En cuarto lugar, desde la teoría del estrés Bonet (2018) y Yoffe (2013) consideran el duelo como un estresor cuya correcta gestión dependerá de capacidades individuales para su confrontación. Se señalan las derivaciones físicas (decaimiento del sistema inmunitario), sociales y emocionales negativas del duelo resaltando la relevancia de la atención específica para paliar sus consecuencias. En cuarto lugar, desde la perspectiva funcional Bonanno y Kelner (1997) señalan las manifestaciones emocionales como determinantes en el duelo pudiendo ser negativas (culpabilidad, miedo, ira y congoja) y positivas (orgullo, responsabilidad y compromiso), se sostiene que las manifestaciones emocionales sin importar su naturaleza influirán positivamente en la resolución del duelo.

Modelos Descriptivos del Duelo

Alonso Llácer et al. (2019) reúnen las perspectivas que entienden el duelo como el desarrollo de un proceso que agrupa un conjunto de fases que se suceden o como una serie de tareas concatenadas con una dirección concreta. En la primera perspectiva, las etapas de morir de Kubler-Ross (2017) se destaca el duelo como un proceso que se va desarrollando en cuatro etapas, la etapa de negación, la etapa de ira-negociación, la etapa de depresión y la etapa de aceptación.

En la segunda perspectiva, Parkes (1972) describe el duelo en cuatro fases atravesadas por la persona ha sufrido la pérdida, la fase de inestabilidad, la fase de anhelo, la fase de desorganización y la fase de conducta organizada. En la tercera perspectiva, Worden (2013) y Neimeyer (2007) elaboran modelos centrados en la resolución de tareas a realizar por parte de la persona que pasa por el proceso de duelo, ambos modelos cuentan con particularidades, pero también con semejanzas en sus tareas. Estos modelos surgen como una respuesta a las críticas (falta de secuencialidad en las etapas del modelo de Kubler-Ross y el papel pasivo del doliente frente a la pérdida en el modelo de Parkes) recibidas por los dos modelos descritos anteriormente.

Modelo Integrativo-Relacional del Duelo y las 6 R

Alonso Llácer et al. (2019) señalan que este modelo pretende aunar las características significativas de los modelos explicativos y descriptivos (perspectiva del duelo por fases o tareas). Como primer enfoque, el modelo integrativo de fases y tareas de Payás (2010) se considera un modelo holístico, con pautas flexibles, adaptables que no siguen una linealidad estricta, donde se pretende una evolución y superación de los efectos

negativo de la pérdida. Este modelo consta de cuatro fases, la fase de choque, la fase de evitación-negación, la fase de conexión-integración y la fase de crecimiento-transformación, además de tareas diferentes que atendiendo a las necesidades del doliente fomentarán el rol activo del mismo conforme avanza en su duelo. No se pretende suprimir las estrategias de afrontamiento de cada persona frente a una pérdida, se pretende trabajar sobre ellas en el caso de que sean desadaptativas.

Como segundo enfoque, Rando (1988) propone un modelo que también emplea el uso de fases y tareas diferentes en cada fase. Este modelo consta de tres fases, la fase de evitación, la fase de afrontamiento y la fase de acomodación, con seis tareas entre todas las fases. Se contempla la posibilidad que el doliente salte a una fase sin haber pasado por la que le correspondía o que ocurra estancamiento en alguna fase debido a un duelo complicado.

Factores de Riesgo y Factores Protectores en el Duelo

Ante la pérdida de un ser querido múltiples factores influyen en el desarrollo de un buen duelo o de un duelo complicado. Por una parte, los factores de riesgo en el duelo son aquellas características detectables asociadas a una probabilidad mayor de desarrollar un duelo patológico o complicado, la detección de estos factores predictivos permite poder atajar posibles complicaciones antes de que se produzcan y brindar atención especializada en caso de ser necesaria para la resolución del duelo.

Pascual y Santamaría (2009) señalan factores de riesgo de tipo personal como características de personalidad y recursos individuales para enfrentarse a la pérdida. Gil-Juliá et al. (2008) incluyen entre los factores de riesgo de tipo personal, la edad del doliente, psicopatologías previas y duelos anteriores no resueltos. Pascual y Santamaría (2009) destacan entre los factores de riesgo, los factores situacionales como el fallecimiento inesperado, confuso o violento, el fallecimiento por accidente o después de una prolongada enfermedad y los factores de riesgo interpersonales donde el énfasis está en la relación entre fallecido y doliente, por ejemplo, relaciones muy cercanas (pérdida de hijos o padres), relaciones de dependencia, conflictivas o ambiguas.

Gil-Juliá et al. (2008) señalan otros factores de vulnerabilidad que influyen en el desarrollo de duelo patológico o complicado como situaciones de precariedad económica, pobre educación para la muerte, pobre o inexistente soporte familiar, responsabilidades

añadidas a causa del fallecimiento (cuidados menores), planes de futuro no ejecutados, imposibilidad de rehacer la vida. Pascual y Santamaría (2009) destacan la sobrecarga en los cuidados al familiar enfermo, la privación de las propias necesidades, el cansancio acumulado y la negación de la enfermedad como factores de riesgo que influyen especialmente a la familia.

Por otra parte, los factores protectores del duelo son aquellas características que incrementan la probabilidad de desarrollo saludable del duelo y resolución del mismo. Barreto Martín y Soler Saíz (2004) dividen los factores protectores del duelo en tres grupos, (1) las estrategias de afrontamiento del doliente orientadas a la situación conflictiva (más idónea en situaciones reversibles) u orientadas a la gestión emocional (más idóneo en situaciones no reversibles), (2) los factores de riesgo que pueden funcionar inversamente como factores protectores, por ejemplo, el soporte familiar, el trabajo del doliente, la abundancia de recursos, no padecer psicopatologías previas, la buena información y comprensión del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de su ser querido y (3) los factores detectados mediante la experiencia clínica como la facilidad comunicativa, la autoeficacia, capacidades de planificación del futuro, flexibilidad mental, el autocuidado y el dotar de sentido a lo ocurrido o a lo que está por ocurrir.

Diferentes Formas de Duelo

El duelo puede presentarse en diferentes magnitudes o formas en dolientes y algunas manifestaciones pueden considerarse más adaptativas que otras. Cabodevilla (2007) señala que las respuestas de duelo no son universales, son heterogéneas y poseen múltiples vertientes influidas por factores de aprendizaje, factores experienciales, factores contextuales y factores socioculturales. Cabodevilla (2007) señala siete de las formas más comunes del duelo y destaca que la intensidad y duración de las manifestaciones emocionales son características diferenciadoras entre duelo normal y duelo patológico, afirmando que a pesar de su clasificación en diferentes tipos también se puede agrupar el duelo solo como duelo normal o duelo patológico.

El duelo normal

Es el tipo de duelo que se padece más frecuentemente después de la pérdida de un ser querido, es común la expresión de reacciones emocionales y comportamentales de diferentes magnitudes y no suele alterar la funcionalidad de la persona, comúnmente

comienza justo después del fallecimiento o un par de meses más tarde. García-Campayo (2012) explica el duelo normal como un proceso formado por los siguientes componentes, shock inicial, desorganización, negación, sintomatología depresiva, culpa, ansiedad, ira, resolución y aceptación, estos componentes se suceden de forma no lineal en el tiempo y tienden a presentarse al mismo tiempo. La duración aproximada del duelo normal es de seis meses a un año, aunque algunos síntomas pueden perdurar durante más de dos años.

El duelo anticipatorio

Cabodevilla (2007) describe este duelo como aquel que empieza antes de que ocurra la pérdida y se justifica como una forma de prever el dolor, adaptarse, prepararse y avanzar en el curso de una situación irreversible que ocurrirá en un lapso temporal corto, este tipo de duelo es frecuente en dolientes con un ser querido diagnosticado de enfermedad terminal.

El duelo enmascarado

Cabodevilla (2007) define este duelo como aquel en que el doliente presenta somatización (repercusiones físicas negativas) y conductas que le causan malestar no atribuyendo estas manifestaciones a su situación de pérdida (el doliente no entiende lo que le ocurre y no lo conecta con su situación actual).

El duelo crónico

Cabodevilla (2007) señala este tipo de duelo como aquel en el que el doliente no es capaz de avanzar en su proceso de duelo quedándose anquilosado en los sentimientos de tristeza y aflicción que la pérdida le produce, este duelo varía en su duración pudiendo alargarse durante años, el doliente suele presentar complicaciones para rehacer su vida.

El duelo retardado o inhibido

Cabodevilla (2007) describe como característica distintiva de este tipo de duelo la ausencia en etapas iniciales de manifestaciones de dolor o afectaciones de ningún tipo en el doliente frente a la pérdida de un ser querido. El doliente experimenta bloqueo emocional y afectivo que afecta la comunicación de sentimientos y viene acompañado de sensaciones de desconcierto y de vacío interior.

El duelo exagerado o eufórico

Cabodevilla (2007) destaca tres tipos de manifestaciones presentadas por el doliente en este tipo de duelo (1) alta intensidad en manifestaciones de duelo (no confundir con manifestaciones de duelo normales en la cultura del doliente), (2) oposición o no

reconocimiento del fallecimiento, mantenimiento de entorno como si el fallecido continuara vivo, (3) reconocimiento del fallecimiento, aunque con la certeza de que este ha ocurrido para beneficio del doliente.

El duelo ambiguo

Boss (2010) señala el fallecimiento en este tipo de duelo como un acontecimiento ambivalente que genera gran ansiedad, se destacan dos tipos de manifestaciones en el duelo ambiguo (1) el doliente reconoce al fallecido como ausente físicamente, aunque presente a nivel psicológico, manifestación frecuente cuando existe incertidumbre alrededor de las circunstancias o veracidad de la muerte, por ejemplo, en catástrofes con cuerpo no localizado, (2) dolientes con lesiones cerebrales o estados de demencia graves que perciben al difunto físicamente pero no psicológicamente. Pereira Tercero (2010) destaca que en el duelo ambiguo el doliente siente alivio inicial ante el fallecimiento, pero después experimentará sentimientos de dolor y tristeza de gran magnitud.

Otras consideraciones sobre duelo normal y duelo patológico

Echeburúa y Herrán Boix (2007) describen el duelo como un proceso psicológico, no psicopatológico, el ánimo decaído en el duelo no implica el padecimiento de un cuadro depresivo, la mayoría de dolientes no necesita atención psicológica durante el duelo y la resolución viene de forma natural con el tiempo, el acompañamiento familiar y el restablecimiento de rutinas. No obstante, cuando el padecimiento se transforma en sufrimiento de gran magnitud y el doliente no ha podido autogestionarlo, se prolonga en el tiempo, se presentan patrones conductuales desadaptativos y aparecen manifestaciones infrecuentes en duelo normal (alucinaciones, sensación de presencia, pensamientos invasivos) estaremos ante un duelo complicado o patológico y la atención especializada será necesaria para que la persona recobre la funcionalidad en su vida y se adapte a la realidad de la pérdida.

Atención Psicológica Específica o Tratamiento del Duelo Complicado o Patológico.

Cuando se hace necesaria la atención de tipo psicológica, bien sea por duelo complicado o a modo preventivo ante la presencia de factores de riesgo en el doliente, existe una gran diversidad de opciones de intervención. La idoneidad de la intervención vendrá determinada en función de las necesidades del doliente y la magnitud de su padecimiento, abarcando desde el empleo de una comunicación buena, efectiva, comprensible y evitando

dar falsas esperanzas, hasta tratamientos específicos para situaciones de duelo complicado o trastornos psicopatológicos desarrollados a causa del fallecimiento.

Barreto-Martín et al. (2013) señalan que antes de plantear una intervención en duelo se deben establecer bases claras destacando “el carácter de profesionalidad” de la intervención, evitar emplear frases hechas, resaltar que no se busca “olvidar” al fallecido sino “encontrarle en un lugar y espacio psicológico” de una forma adaptativa. Gil-Juliá et al. (2008) exponen que antes de comenzar la intervención para duelo complicado, se debe evaluar cuál es el obstáculo que bloquea el desarrollo natural del duelo, se debe proporcionar ayuda en cuanto a los inconvenientes y desafíos que supone la nueva situación de pérdida, el apoyo del círculo familiar resultará fundamental, promover aceptación de la situación de pérdida, generar una nueva relación sana con el fallecido adaptada a su actual realidad y fortalecer los recursos personales/contextuales previamente existentes.

García-Campayo (2012) destaca la dificultad de realizar un diagnóstico de duelo complicado ya que se encuentra en una situación limítrofe entre las manifestaciones normales y las patológicas. Debido a la inexactitud de los elementos claves para el diagnóstico, que coinciden a su vez con otras psicopatologías, su limitada validez, su limitada fiabilidad (por envolver el criterio del terapeuta) y la falta de un consenso en la comunidad científica (sobre tratamientos eficaces, efectivos y eficientes), el desarrollo del campo se complica en la práctica y en la investigación. No obstante, también se reconoce la dificultad de establecer un tratamiento eficaz para duelo complicado debido a las necesidades y reacciones emocionales diferentes en cada doliente, por esta razón, la intervención de tipo individualizado podría destacar como más recomendable.

Pereira Tercero (2010) señala tres tipos de tratamientos del duelo según el nivel de complejidad de las manifestaciones, en el menor nivel de complejidad, encontramos la facilitación de los rituales funerarios, en el nivel intermedio, encontramos el counselling y en el nivel de mayor complejidad, se sitúa la terapia cognitivo conductual que puede ser individual, familiar o grupal y combinada.

Facilitación de los rituales funerarios

Worden (2013) destaca esta alternativa de tratamiento como controvertida y criticada por ser poco ortodoxa. No obstante, la facilitación del ritual funerario efectuada correctamente influirá positivamente en dolientes con creencia en una despedida ritual para

reconocer el fallecimiento y beneficiará la relación de ayuda contribuyendo en la sana resolución del proceso del duelo. Pereira Tercero (2010) considera que cualquier intervención sobre el duelo debe iniciarse con la facilitación del ritual funerario y puntualiza el papel activo de la familia y pasivo, aunque protagonista del difunto en los rituales funerarios, esta práctica facilita la despedida entre los dolientes y el difunto, reduciendo la negación e intangibilidad del fallecimiento al enfrentarse a la realidad y dar sentido.

Counselling en el duelo

Barreto Martín y Soler Sáiz (2004) Señalan el counselling como una buena alternativa de marco teórico sobre el que basarse en una intervención en duelo complicado. El counselling es un procedimiento interactivo que se basa en estrategias de comunicación eficaz para instar al doliente a reflexionar con la finalidad de que pueda ser capaz de realizar un balance decisional ajustado a su estado emocional actual, escala de valores, intereses y circunstancias en ese momento. El Counselling demanda el desarrollo de un vínculo profesional con el doliente basado en la empatía, busca ocuparse de la problemática del doliente sin caer en la emisión de juicios o patologización de conductas. El counselling puede ser enfocado a una intervención individual o grupal o diferentes grupos como adultos, niños y adolescentes.

Worden (2013) describe como principios básicos del counselling, la facilitación de ayuda al doliente, fomentar la expresión sentimental, prestar apoyo en la adaptación a vivir sin el fallecido, facilitar la recolocación de sentimientos y emociones frente a la persona fallecida, conceder tiempo al doliente para que pueda desarrollar su duelo, ayudar a la reconsideración de lo que significa la conductas normales durante el proceso de duelo, admitir las diferencias individuales de cada doliente, proporcionar soporte continuado, evaluar estrategias de evitación y de afrontamiento en el doliente, hacer identificación de posibles patologías subyacentes y hacer las correctas derivaciones profesionales en caso de ser necesario.

Terapias en el duelo complicado o patológico

La terapia en situaciones de duelo complicado o patológico es compleja y supone retos para el terapeuta y para el doliente. Requiere ahondar en problemáticas acentuadas de la persona y del sistema familiar en un momento de gran vulnerabilidad y sensibilidad emocional para la persona. Fernández-Alcántara et al. (2012) destacan que la terapia de tipo

cognitivo conductual en duelo complicado tiene como objetivo, el facilitar al doliente herramientas para evocar la experiencia problemática y hacer expresión de su dolor, fomentando que rompan con las conductas de evitación que hasta ahora ha estado llevando a cabo. Desde la óptica de esta de intervención se busca identificar los factores responsables del mantenimiento de la problemática y se promueve el procesamiento apropiado de la experiencia (aprender a vivir con la pérdida), la detección de las creencias e interpretaciones disfuncionales sobre la pérdida y sustitución de las estrategias de evitación por opciones más adaptativas, y que en caso de ser posible proporcionen bienestar al doliente.

Pereira Tercero (2010) considera un buen punto de partida en terapia de duelo complicado, ayudar al doliente a solventar las dificultades socio-económicas que surgen a consecuencia del fallecimiento. Es recomendable, compaginar dos tipos de intervención, la familiar y la individualizada, usualmente, la problemática reside en un único miembro de la familia. Sin embargo, si no se aborda al conjunto de la familia, la reestructuración puede llegar a tener un impacto en todos los miembros del conjunto.

Barreto Martín y Soler Sáiz (2004) destacan el fomento de la disminución de conductas desadaptativas, promoviendo conductas más adecuadas con carga positiva en la cotidianidad del doliente. Educar al doliente en herramientas útiles en el caso de rumiaciones o pensamientos que acuden al mismo de forma invasiva. En cuanto a la duración total, se recomienda un año y medio. En cuanto a la modalidad, se barajan tres variantes, (1) la intervención individualizada (2) la terapia familiar (3) la terapia combinada (individualizada y familiar).

Limitaciones y problemáticas asociadas a los tratamientos o atención psicológica específica para duelo

Gil-Juliá et al. (2008) señalan la mayoría de los artículos no aborda las limitaciones y efectividad de los tratamientos para duelo complicado. La mayoría de las investigaciones de intervención del duelo han sido descriptivas, las muestras han sido limitadas y el diseño experimental no ha sido correcto al no incluir en la muestra a un grupo control. Asimismo, se considera que existe carencia de investigaciones experimentales que evalúen la eficacia de las intervenciones psicológicas que se recomiendan y emplean en el duelo.

León-Amenero y Huarcaya-Victoria (2019) destacan una problemática recurrente en los contextos de pérdida y duelo. Un gran número de unidades de cuidados paliativos o

instituciones hospitalarias que no cuentan con un equipo multidisciplinar lo suficientemente formado para abordar las complicaciones que suponen las situaciones de enfermedad terminal y/o fallecimiento. Desde la medicina se aborda la muerte de una forma simbólica y técnica, lo que puede implicar una comunicación deficiente entre el doliente, el equipo sanitario y la persona afectada complicando la elaboración del duelo e incrementando el riesgo de duelo complicado.

Duro Martínez et al. (2012) señalan el carácter genérico e impersonal de la atención a las necesidades de los dolientes en instituciones hospitalarias, destacando la necesidad de profesionales de la psicología especializados en tratamiento del duelo como parte del equipo multidisciplinar de atención a situaciones de enfermedad terminal o fallecimiento para garantizar correcta atención a las necesidades del afectado y su familia.

Conclusiones

Una de las pocas certezas que tenemos en la vida es que algún día moriremos o morirá alguien de nuestro entorno cercano. El fallecimiento de un familiar al que estamos vinculados, supone un punto de inflexión y se convierte en un suceso que decreta cambios irreversibles. La pérdida de un ser querido se describe como una vivencia muy dolorosa para la familia. No obstante, lo más probable es que acaben superándola y esta vivencia se acabe convirtiendo en una experiencia enriquecedora que supondrá alcanzar un grado más elevado de madurez emocional.

Visto desde la perspectiva de una persona ajena al doliente y su situación de pérdida, las manifestaciones de duelo podrían ser clasificadas como negativas, exageradas, fuera de lugar e incluso patológicas. Sin embargo, estas manifestaciones, en la mayoría de las ocasiones, forman parte de la expresión de un duelo normal. Esta situación evidencia la necesidad de normalizar el proceso del duelo, entenderlo como un proceso natural que es parte de la vida de todas las personas en un determinado momento. Análogamente, se evidencia la necesidad de educar no solo para la vida, sino también para muerte, prepararnos desde etapas tempranas del desarrollo para afrontar situaciones de pérdida, para autogestionar nuestro duelo de una mejor forma y ayudar a las personas de nuestro entorno que atraviesan por una situación de pérdida.

Entre los futuros desafíos de la psicología recae la necesidad de plantear más y mejores investigaciones en el campo del duelo, de la comunicación e información en

situaciones de pérdida, así como, el desarrollo de herramientas eficaces que permitan la detección temprana de personas que requerirán atención especializada para la resolución del duelo (evitándoles parte del sufrimiento asociado al desarrollo del duelo patológico).

Además, también es necesario el fomento de investigaciones que diferencien los procesos de duelo en grupos con características especiales, (por ejemplo, ancianos o personas con discapacidades mentales) y propongan acciones preventivas o tratamientos efectivos, individualizados y adaptados a las particularidades de cada grupo.

Referencias

- Achury, D. M., y Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55–60.
- Alonso Llácer, L., Ramos Campos, M., Barreto Martín, P., Pérez Marín, M. (2019). Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. *Calidad de Vida y Salud*, 12(1), 65–75. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/>
- Barreto Martín, M.P. y Soler Saíz, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Síntesis.
- Barreto, M. P., y Soler Saíz, M. C. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Monografías Humanitas*, (2), 139–150.
- Barreto, P., Yi, P., Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400. <https://www.researchgate.net/publication/277274808>
- Barreto-Martín, P., Díaz-Cordobés, J. L., Pérez-Marín, M., Saavedra-Muñoz, (2013). Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1), 1-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611558>
- Bonanno, G. A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126–137.
- Bonet, J. L. (2018). *PINE (psicoimmunoneuroendocrinología): Cuerpo, cerebro y emociones*. Ediciones B.
- Boss, P. (2010). *La pérdida ambigua*. Gedisa.
- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. Routledge.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163–176.
- Duro Martínez, J. C., De Miguel, C., Morillo, E., Noguera, A., Núñez Portela, B., Ruiz López, D. Discurso de los profesionales de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid sobre la atención psicológica. *Psicooncología*, 9(2–3), 467–481. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40918
- Echeburúa, E., Herrán Boix, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50.
- Espinosa-Suárez, N. R., Zapata del Mar, C. M., Mejía Pérez, L. A. (2017). Conspiración del silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia.

Revista de Neuropsiquiatría, 80(2), 125–136.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n2/a06v80n2.pdf>

Fernández-Alcántara, M., Paz García-Caro, M., Pérez-Marfil, M. N., Cruz-Quintana, F. (2012). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de Psicología*, 29(1), 1–8.

<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.139121>

Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(3), 77–85.

García-Campayo, J. (2012). Manejo del duelo en Atención Primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(2), 1–18.

Gil-Juliá, B., Bellver, A., y Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16377>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de covid19*.

https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm

Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico*. De Bolsillo.

León-Amenero, D., Huarcaya-Victoria, J. (2019). El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 86–91.

Manjón Tortolero, N. (2018). Conspiración de silencio: ¿ayuda o agonía?. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(2), 230–235.

Mendoza-Romero, R. E. (2015). *La psicoterapia breve y de emergencia como estrategia para una intervención en crisis durante el proceso de duelo*. [Trabajo práctico del examen complejo previo a la obtención del título de psicóloga clínica, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Digital de la UTMACH.

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3578>

Muñoz Cobos, F., Espinosa Almendro, J. M., Portillo Strempell, J., Benítez del Rosario, M. Á. (2002). Atención a la familia. *Atención Primaria*, 30(9), 576–580.

[https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79109-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79109-9)

Neimeyer, R. A (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós Ibérica.

Parkes, C. M. (1972). Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *British Medical Journal*, 2(5804), 29-31.

Pascual, Á. M., y Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 44(2), 48-54.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia Del Duelo Desde Un Modelo Integrativo-Relacional*. Ediciones Paidós.

Pereira tercero, R (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17(10), 656-663.

Pozo, J. I. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Morata.

Rando, T. A. (1988). *Grieving: How to go on living when someone you love dies*. Lexington Books.

Real Academia Española (2020). *Duelo*. <https://dle.rae.es/duelo>

Ruiz-Benítez de Lugo, M., y Coca, M. C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), 53-69.

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Ediciones Paidós.

Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología*, 21(2), 129-153.