

DUELO DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA

RESUMEN

En este artículo se hace referencia a la complejidad del proceso de duelo y a las limitaciones explicativas con las que nos encontramos desde los distintos paradigmas y enfoques teóricos, cuando estos son vistos de manera independiente. Se señala la conveniencia de abordar este proceso teniendo en cuenta las aportaciones provenientes de los diferentes enfoques de una manera integrada, y se propone un modelo integrativo que responda a esta necesidad.

ABSTRACT

This article refers to the complexity of the grief process and the limitations of the different paradigms and approaches, when they are considered independently. It is convenient to take the diverse contributions of these models into account in a coherent way, so an integrative model is presented here to respond to this need.

La muerte de un ser querido es una de las experiencias más dolorosas, estresantes y de mayor impacto emocional de las que vamos a tener que hacer frente a lo largo de nuestra vida, un dolor que puede llegar a ser desgarrador, como si nos arrancaran una parte de nosotros, como si algo de nosotros muriera también. Hablar de la muerte hoy en día, donde los valores que priman en esta sociedad tienen que ver con lo estéticamente bello y atractivo, con lo material, es para muchas personas un tema tabú del que prefieren no hablar, como si ignorando u ocultando su presencia se pudiera evitar, pero no es así, la muerte y por tanto el duelo es una realidad inevitable que está continuamente presente en nuestro entorno social, pero afortunadamente, hablar de la muerte no es morirse, hablar de la muerte es hablar de una etapa más de la vida, la etapa final, que al igual que las otras etapas del desarrollo vital requiere nuestra atención si queremos acompañar y ayudar a las personas que afrontan una situación de pérdida.

El duelo es un proceso muy complejo en el que intervienen muchos factores, factores de personalidad que tienen que ver con los recursos propios de afrontamiento del doliente, factores situacionales que tienen que ver con las circunstancias en las que se produce la muerte y factores relacionales que tienen que ver con el tipo de relación que manteníamos con la persona fallecida, tener en cuenta todos estos factores y la interacción entre ellos, nos exige un ejercicio y un esfuerzo de integración, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico, es por esto que me parece importante abordar la intervención en duelo desde una perspectiva integrativa, desde un modelo que nos permita tener en cuenta las diferentes aportaciones en el estudio de este proceso.

Con el objeto de dar cierta estructura a esta comunicación, la he dividido en cuatro apartados, que desde mi punto de vista resumen los aspectos más relevantes:

- 1.- Desarrollaremos el propio concepto de duelo, a que nos estamos refiriendo cuando utilizamos este término, como podemos definirlo.
- 2.- Veremos algunas de las orientaciones teóricas más influyentes en el estudio de este proceso.
- 3.- Resumiremos los principios y supuestos teóricos del modelo integrativo.
- 4.- Y por último algunas orientaciones sobre como abordar la intervención en duelo desde este modelo.

DUELO: CONCEPTO Y DEFINICIÓN

¿Qué es el duelo? ¿A que nos estamos refiriendo cuando utilizamos este concepto? El término duelo proviene del latín "dolus", que significa dolor, el proceso de duelo es la forma en que cada persona afronta y elabora su dolor ante la pérdida.

En un sentido amplio podemos definir el duelo como "*la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien o algo significativo para nosotros*", en este sentido podemos observar manifestaciones o reacciones de duelo ante otras experiencias vitales que no tienen que ver directamente con la enfermedad o la muerte pero que pueden suponer un sentimiento de pérdida importante, como pueden ser una separación o divorcio, un traslado de residencia donde dejamos atrás amigos y relaciones, la muerte de un animal de compañía e incluso la pérdida de un empleo gratificante puede suponer un sentimiento de duelo, sin embargo, lo más común cuando utilizamos este término es que lo hagamos para hacer referencia a la reacción que se produce ante la enfermedad y la muerte, en este contexto podemos acotar y redefinir el duelo como "*la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después del fallecimiento*".

Algunos autores contemplan el duelo como "una experiencia de sufrimiento total" ya que podemos observar manifestaciones de duelo en todos los niveles de respuesta, a nivel emocional (tristeza, melancolía, rabia, culpa...), cognitivo (falta de concentración, preocupación, pensamientos recurrentes...) conductual (aislamiento, llanto, desinterés por las actividades cotidianas...) físico (cansancio, falta de energía, dolores musculares..) social (dificultad para retomar las relaciones sociales) y espiritual (cuestionamiento existencial y de valores)

Antes de pasar a describir diferentes posiciones teóricas sobre el duelo, me parece importante hacer algunas aclaraciones sobre términos incluidos en esta definición que nos pueden ayudar a evitar interpretaciones equivocadas.

En primer lugar, cuando decimos que el duelo es un proceso "normal" lo que queremos decir es que el duelo no es una patología, no es una enfermedad, "no se cura", es un proceso normal de adaptación a una nueva realidad, que en la mayoría de los casos tiene una evolución favorable a lo largo del tiempo, la mayoría de las personas elaboran y resuelven el duelo con sus propios recursos y el apoyo de su entorno social, y solo entre un 10-15% de los casos suelen presentar dificultades, derivando en lo que conocemos como duelo complicado o patológico.

En segundo lugar, el duelo es un proceso único es intransferible, cada uno sentimos y expresamos nuestro dolor de una manera diferente, de la misma forma que no hay dos personas iguales tampoco hay dos duelos iguales.

En tercer lugar, el duelo tiene una cronología indeterminada, no podemos establecer exactamente cuando empieza ni cuando termina, en algunos casos puede durar toda una vida. En los casos de enfermedades crónicas y demencias puede comenzar mucho antes del fallecimiento debido a la pérdida relacional previa.

Y en cuarto lugar, señalar que aunque el duelo es una experiencia universal que podemos observar en todas las culturas, los ritos y ceremonias que ayudan a afrontar la realidad de la pérdida están influenciados por el entorno socio-cultural en el que nos encontramos.

En cuanto a las perspectivas teóricas sobre el duelo, quizás la más tradicional y conocida sea la que contempla el proceso de duelo mediante una serie de fases o etapas sucesivas por las que el doliente va atravesando a lo largo del tiempo, en cada una de las cuales podemos observar reacciones y patrones de respuesta característicos. El número de fases o de etapas varía de un autor a otro, agrupándolas o subdividiéndolas según su criterio descriptivo, hay autores que hablan de tres y otros que hablan hasta de nueve, pero en definitiva todos los defensores de estos modelos están de acuerdo en su desarrollo temporal. Aún, hoy en día, la mayor parte de la formación e intervención que se diseña está basada en estos modelos.

Como ejemplo de estos modelos voy a referirme al propuesto por Parkes(1) que señala cuatro etapas diferenciadas en el desarrollo y evolución del duelo:

1.- Desconcierto y embotamiento

En el momento del fallecimiento(o del diagnóstico) nos encontramos en una situación de conmoción e incredulidad, como si no nos pudiéramos creer lo que está ocurriendo, como si fuera irreal, con una sensación de embotamiento que se asemeja a una especie de shock psicológico, algunos autores señalan el carácter funcional de esta conmoción como un elemento de protección ante la gran carga aversiva que supone el

momento de la muerte, es como si esta conmoción tuviera una función anestesiadora del dolor. Esta primera fase puede durar desde unas pocas horas hasta algunos días.

2.-Anhelos y búsqueda de la pérdida

Pasadas estas primeras horas o días, aún no podemos aceptar la idea de la pérdida, nuestros hábitos y costumbres siguen estando relacionados con el ser querido, lo que produce una continua añoranza del fallecido, todo lo que nos rodea recuerda su presencia y apenas podemos pensar en otra cosa, pueden aparecer intensas reacciones emocionales de rabia y/o culpa, esta fase que puede durar entre tres y cuatro semanas se caracteriza por una gran ansiedad e inseguridad pudiendo aparecer ataques de pánico e hiperventilación.

3.- Desorganización y desesperación

A medida que va pasando el tiempo, y se van acabando las ceremonias y rituales de despedida y las personas del entorno que constituyen nuestro apoyo social se tienen que reincorporar a sus actividades habituales, es cuando empezamos a ser conscientes de la magnitud de la pérdida, de lo que significa para nosotros no poder volver a compartir momentos y experiencias con la persona fallecida, a darnos cuenta de las pérdidas secundarias asociadas, de que no hacemos las mismas cosas, no vamos a los mismos sitios etc. Es una etapa que se caracteriza por una gran desesperación y tristeza, donde las punzadas de dolor son intensas y frecuentes, aparecen largos períodos de apatía y desesperanza con ausencia de ilusión y visión de futuro, tenemos la sensación de que la vida ha perdido sentido, con una sintomatología similar a la depresión, la duración de esta fase suele ser de unos cuatro cinco meses.

4.- Reorganización y recuperación

A medida que el tiempo pasa y las punzadas de dolor van disminuyendo en frecuencia e intensidad, empezamos a mirar hacia el futuro y a reconstruir nuestro mundo, recuperando poco a poco la esperanza, estructurando el tiempo hacia actividades con proyección de futuro y permitiéndonos un progresivo acercamiento a las emociones positivas, planteándonos nuevos objetivos y la posibilidad de estar abierto a nuevas relaciones, sin embargo nunca se vuelve al estado anterior a la pérdida, claramente hay un antes y un después. La mayoría de las personas son conscientes de su recuperación a lo largo del segundo año tras la pérdida.

Aunque hablar de fases resulta muy útil a nivel descriptivo y son usadas frecuentemente por los profesionales como un criterio, como una especie de "mapa diagnóstico" a través del cual podemos evaluar los progresos en la intervención, la realidad es muy diferente y cada vez es mayor el número de investigadores y teóricos del duelo que cuestionan estos modelos de fases o etapas, desde esta perspectiva no podemos explicar como la pérdida de un ser querido puede afectar a la salud física y mental del doliente, ni la gran variabilidad individual que encontramos en las emociones experimentadas, tanto en la secuencia de las mismas como en su intensidad. Desde esta perspectiva el doliente es visto como un ser pasivo sobre el que el tiempo va

haciendo su trabajo, si esto fuera así podríamos sentarnos y esperar a que el tiempo pase, sin embargo el duelo no es un proceso que se resuelva por sí solo con el transcurrir de tiempo, el duelo no es algo que nos pasa o que nos hacen, el duelo es algo que hacemos, es un proceso activo que requiere poner en marcha los recursos del doliente y que implica tomar decisiones desde el mismo momento de la muerte, si queremos o no ver el cuerpo del difunto, si conservar o deshacernos de sus posesiones, si ritualizamos o no la muerte y de que manera lo hacemos, con quién compartimos nuestra historia de pérdida etc.

Desde esta visión del doliente como un ser activo que realiza su duelo, ya a principios del siglo pasado, Freud hablaba del duelo como una tarea que el doliente debía realizar, para Freud el proceso de duelo consistía en la retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirla en uno nuevo.

Worden (2) desde esta perspectiva psicoanalítica, señala que la recuperación de la pérdida de un ser querido requiere de un período en el que "se trabajen" los pensamientos, los recuerdos y las emociones asociados a la pérdida, desde esta perspectiva el proceso de duelo se convierte en una labor, en la que el doliente debe desarrollar una serie de tareas con las que resolver su duelo. Este autor propone cuatro tareas básicas:

- En primer lugar aceptar la realidad de la pérdida asumiendo que la marcha es irreversible, en ocasiones vemos como algunas personas tratan evitar esta realidad guardando todas las posesiones del fallecido (momificación) con la fantasía inconsciente de tenerlas preparadas para cuando vuelva o convirtiendo su casa en lo que conocemos como "casa museo" en la que todo recuerda a la persona fallecida.
- En segundo lugar trabajar las emociones y el dolor, permitiéndonos mostrar las emociones sin negar el sufrimiento que supone la pérdida
- En tercer lugar adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está presente, desarrollando nuevas habilidades, asumiendo nuevos roles y buscando significado y sentido a la propia vida.
- Y por último recolocar emocionalmente al ser querido muerto, teniendo claro que la tarea no consiste en olvidar, sino en encontrarle un lugar en nuestra vida psicológica que nos permita continuar viviendo eficazmente.

Otra teoría explicativa del duelo es la propuesta por Bowlby(3) que trató de integrar conceptos analíticos y etológicos, este autor considera el desarrollo de vínculos como instintivo y característicos de muchas especies, estos vínculos se producen por la necesidad que tenemos de sentirnos seguros y protegidos y tienen como objetivo la supervivencia, el contacto con nuestras figuras de apego refuerza el vínculo afectivo y si

este se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas. Para Bowlby el duelo se produce por la ruptura del vínculo.

Desde una perspectiva cognitiva se considera que las personas construimos nuestra realidad y los significados en relación con los acontecimientos que vivimos, los pensamientos son los responsables de la emoción y la conducta humana, siendo las interpretaciones erróneas de la realidad las que provocan los problemas emocionales. En esta línea quisiera destacar el trabajo de Robert Neimeyer(4) , uno de los teóricos más relevantes de la actualidad y máximo exponente del enfoque constructivista , para este autor, la muerte de un ser querido supone un cambio sustancial en el mundo interno y externo de cada uno de nosotros, las cosas ya no van a ser iguales, no las vamos a ver de la misma manera, es decir, tienen un significado diferente y este es precisamente el desafío al que nos enfrentamos en nuestra experiencia de duelo, reconstruir nuestro mundo de significados ,en el proceso de duelo nos cuestionamos aspectos fundamentales de nuestra existencia, de nuestra vida, de nuestros valores, nos surgen preguntas sobre la justicia, (que injusta es la vida, siempre trabajando y ahora que empezaba a disfrutar.....), la religión , con un aumento o disminución de la fe (¿como puede haber un Dios que permita esto?.., Dios lo ha querido así...) en definitiva, nos cuestionamos nuestra relación en y con el mundo, para este autor la actividad que desarrollamos en el duelo consiste en volver a aprender como es el mundo, ese mundo que antes era predecible, seguro, estable y que ha dejado de serlo.

Una de las cuestiones más debatidas a la hora de pronosticar una adecuada resolución del proceso duelo es en que medida es bueno o no mostrar nuestras emociones, algunos teóricos señalan que la expresión de las emociones ayuda a una mejor resolución del duelo en cambio hay quién señala que si éstas son muy intensas puede suponer un anclaje en el dolor y puede ser un criterio predictor del duelo complicado.

Margaret Stroebe,(5) otra autora relevante en el estudio del duelo , nos presenta un modelo que puede responder eficazmente a esta controversia, considera que el duelo es un proceso dual, nombre con el que se conoce este modelo, y nos dice que la habituación a la pérdida es un proceso fluctuante y dinámico en el que es necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento, una de ellas está orientada a la pérdida, donde el doliente puede conectar con el dolor expresando sus sentimientos y otra orientada hacia la reconstrucción donde el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida y se concentra en todo lo que favorece la reorganización. Desde este modelo se admite que cierto grado de evitación puede ser útil siempre que exista una adecuada oscilación entre el afecto positivo y negativo.

Hemos visto algunas de las perspectivas teóricas a mi juicio más influyentes en el estudio del proceso de duelo y en el desarrollo de estrategias de intervención, pero..... ¿Cual de ellas se ajusta más a la realidad? ¿Cuál es "la mejor"? ¿Podríamos quedarnos con una y descartar las demás?

Parece que el sentido común, nos invita, casi nos obliga diría yo, a intentar integrar todos estos conceptos tan relevantes en un marco común, en un modelo teórico que permita integrar las aportaciones provenientes de las distintas perspectivas teóricas, este marco desde mi punto de vista lo podemos encontrar en la psicoterapia integrativa.

LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

En la actualidad se calcula que coexisten entre 300 y 400 escuelas o enfoques distintos de psicoterapia nacidos al amparo de los diferentes paradigmas teóricos dominantes en psicología, cada uno de los cuales ha contribuido al crecimiento de diferentes áreas de conocimiento en la explicación del comportamiento humano, desarrollando paralelamente estrategias de intervención clínica.

Desde el enfoque psicodinámico se ha enfatizado el papel del inconsciente en la génesis de los desajustes psicológicos, y la importancia de "hacer consciente lo inconsciente" en la superación de esos desajustes. Desde el enfoque conductual se ha resaltado la importancia del ambiente y el aprendizaje, siendo los "cambios en las contingencias ambientales" los elementos de resolución, desde el enfoque sistémico, lo esencial han sido las reglas de funcionamiento de los sistemas psicosociales relevantes para la persona, desde el enfoque cognitivo se ha puesto el énfasis en los pensamientos y creencias irracionales como origen de los desajustes emocionales, desde la Gestalt se ha puesto el énfasis en la percepción de nuestras experiencias y así sucesivamente cada enfoque ha enfatizado un aspecto de la dinámica psicológica.

El hecho de que ninguno de los enfoques puedan explicar por si solos la complejidad del "funcionamiento" humano, ha llevado a que muchos terapeutas busquen formación en diferentes líneas teóricas para completar herramientas y destrezas como clínicos, esta comprensible inquietud por abarcar los conocimientos que las diferentes escuelas nos aportan, ha supuesto que cada uno hayamos ido resolviendo nuestro propio y particular "integrar", el eclecticismo ha sido la respuesta natural a esta inquietud, el inconveniente de esta actitud ecléctica es que cada terapeuta desarrolla subjetivamente su propio "mini enfoque", apartándonos de una teoría compartida que ponga límites (no todo vale) y permita la acumulación del conocimiento.(6)

La psicoterapia integrativa nace hace tres décadas en este contexto de inquietudes y fue "formalmente" desarrollada por **Richard Erskine; Rebecca Trautmann y Janet Moursund** en el *Institute for Integrative Psychotherapy* en Nueva York, U.S.A. buscando un cuerpo de conceptos teóricos y sistemas de trabajo clínico aplicados, que sean coherentes entre sí y que permitan integrar lo más válido de las diferentes escuelas de forma eficaz en psicoterapia.

Un modelo, en definitiva, capaz de recoger todo aporte válido de los diferentes enfoques en una teoría integrada que pueda generar un conocimiento más completo y

desarrollar estrategias clínicas más potentes. Se trata de potenciar los “y” en lugar de los “o” en la explicación de la dinámica psicológica, lo biológico y lo conductual, y lo emocional, y lo cognitivo..y.....y...todo integrado en un marco teórico.

Ahora bien, cuando hablamos de una psicoterapia integrativa, es conveniente aclarar que entendemos por integración(7)

El término integrativo tiene varios sentidos:

- Por un lado hablamos de integración de la personalidad, lo que incluye el proceso de facilitar en el paciente/cliente un sentido de si mismo que disminuya la necesidad de mecanismos de defensa y de un guión vital defensivo, permitiendo reorganizar aspectos sin resolver y convirtiéndolos en parte de un self cohesionado.
- Hablamos también de integración en el sentido de poder acceder a la persona desde distintas vertientes (fisiológica, conductual, cognitiva y emocional) teniendo en cuenta la interacción de cada una sobre la otra.
- Por otra parte el término integrativo hace referencia a la necesidad de integrar los diferentes aportes teóricos sobre el funcionamiento humano, cada uno de los cuales proporciona una explicación válida de la función psicológica y del comportamiento, y cada aportación se ve completada cuando está integrada de forma selectiva con las otras.

Sin el ánimo de hacer una exposición exhaustiva de la teoría y métodos de la psicoterapia integrativa, pues no es el objeto principal de esta comunicación, si me parece importante resumir algunas de las premisas más significativas de este modelo.

Quizás la primera pregunta a la que debemos responder cuando hablamos de un modelo integrativo es que tienen en común todas las escuelas de psicoterapia, la respuesta parece evidente, el eje sobre el que se sustenta cualquier psicoterapia es la propia **relación terapéutica**, es decir, no hay psicoterapia sin relación, y este es el elemento central de la psicoterapia integrativa, una psicoterapia que pone el acento en la relación, una PSICOTERAPIA RELACIONAL.

Una de las premisas más importantes de este modelo es el supuesto de que el imperativo biológico hace imprescindible la relación, constituyendo esta una experiencia motivadora del comportamiento humano. Desde que nacemos buscamos el CONTACTO, buscamos la relación como una manera de satisfacer nuestras necesidades .Estas necesidades relacionales incluyen:

- **La necesidad de seguridad**, de sentirse protegido por otra persona.
- La necesidad de Validación, afirmación e importancia**, es decir, ser significativo dentro de la relación.
- Necesidad de aceptación**, por otra persona estable y defendible
- Necesidad de confirmación de la propia experiencia personal por el otro**
- Necesidad de autodefinición**, de ser diferente y tener reconocimiento dentro de la relación
- Necesidad de hacer impacto en el otro**
- Necesidad de que la otra persona tome la iniciativa**
- La necesidad de expresar y recibir amor**

Richard Erskine toma de la Gestalt el concepto de contacto y señala dos formas de contacto:

1.- El contacto interno

Consiste en el contacto consigo mismo, en la plena conciencia de las sensaciones, sentimientos, ideas, recuerdos, deseos y necesidades que tienen lugar dentro del individuo.

2.-El contacto externo

Es el medio a través del cual es cubierta la necesidad relacional, se refiere a la calidad de las transacciones y la comunicación entre dos personas, la conciencia del propio yo y del otro.

Con el contacto interno y externo las experiencias se integran continuamente, sin embargo, cuando se interrumpe el contacto las necesidades no quedan satisfechas y al no encontrar un cierre natural debe encontrarse un cierre artificial que resuelva el malestar producido por la insatisfacción de la necesidad. Estos cierres artificiales constituyen la base de las reacciones de supervivencia y de las decisiones de guión defensivo, en este sentido, desde este modelo se asume la normalización de los procesos psicológicos, es decir, que todas las conductas tienen una función psíquica, incluso las más patológicas, a menudo desconocemos esa función y una de las tareas de la terapia es facilitar la comprensión de cómo en su momento esa conducta fue adaptativa, aunque en la actualidad ya no sea útil y tenga inconvenientes.

La propia relación terapéutica puede favorecer la disolución de estas decisiones de guión defensivo abriendo partes del sistema relacional que antes estaban cerrados.

Cada persona tiene su preferencia a la hora de establecer el contacto con una u otra parte del sistema relacional, (Puertas de entrada)

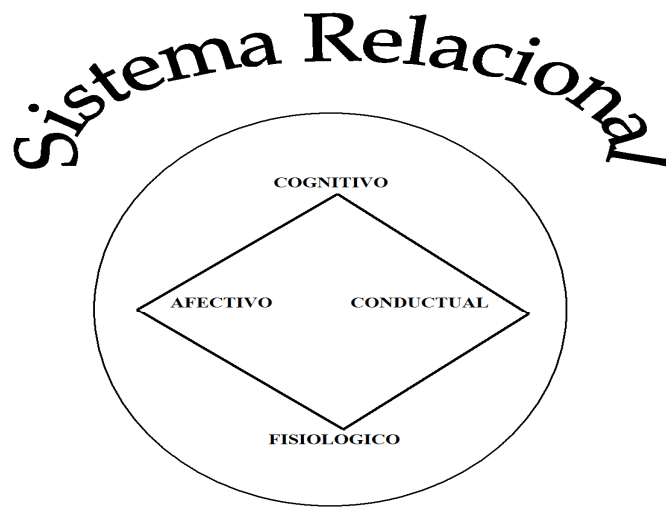


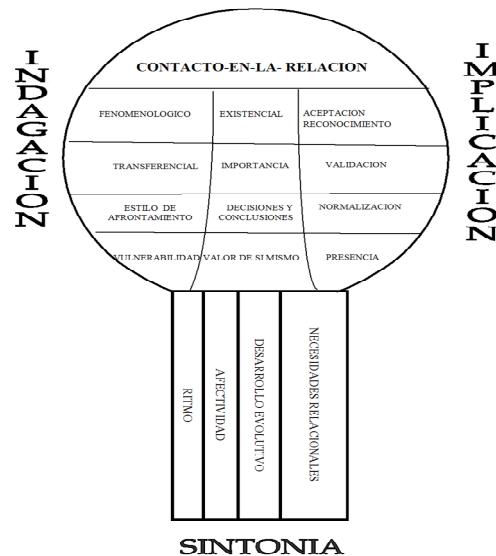
Fig.1
O'REILLY-KNAPP, Marye & ERSKINE, Richard G. "Core Concepts of an Integrative Transactional Analysis". TAJ.
Vol.33- nº 2 (pag. 168)

Si asumimos que el "instrumento" fundamental de la psicoterapia integrativa es la propia relación terapéutica, que en ella se produce la "cura", parece lógico preguntarse como vamos a "trabajar" esa relación, como lo vamos a hacer, que métodos vamos a utilizar para ello.

Desde la psicoterapia integrativa se ha desarrollado una teoría de los métodos, en la que los conceptos de INDAGACIÓN, SINTONÍA E IMPLICACIÓN representan una organización, un orden de métodos, un "paquete de instrumentos" que facilitan el contacto y orientan la relación terapéutica, siendo instrumentos que facilitan la reorganización de la personalidad y la "cura argumental".

MÉTODOS DE PSICOTERAPIA

DIAGRAMA "KEYHOLE" O "EL OJO DE LA CERRADURA"



"KEYHOLE"
© REILLY-KENAPF, Marye & ERSKINE, Richard G. "Core Concepts of an Integrative Transactional Analysis". IAJ.
Vol.33-ur-2 (pag.168)

Simbólicamente viene a representar que, como terapeutas, tenemos la llave para abrir la psique de nuestros clientes.

La indagación no es solo hacer preguntas, el objetivo de la indagación es fundamentalmente el autodescubrimiento por parte del cliente de lo que pasa dentro de él, de los fenómenos internos, de sus sentimientos, pensamientos, fantasías, algo que habitualmente hacemos de forma privada, lo que hace que sea una terapia relacional es que invitamos a la persona a que salga de su privacidad y la comparta con nosotros. Muchas personas han crecido en contextos donde nadie se ha interesado por su historia o experiencia, por eso es tan importante y poderosa la indagación fenomenológica.

La sintonía la podemos dividir en dos partes, la empatía y la comunicación, la empatía para ponernos en la piel del otro tomando conciencia de sus sentimientos y necesidades, y la capacidad de comunicárselo. La sintonía es un proceso de unidad en el contacto interpersonal.

La comunicación de la sintonía valida los sentimientos y necesidades del cliente y coloca los fundamentos para la reparación de los fallos en las relaciones previas.

La implicación es el resultado de estar por parte del terapeuta completamente presente con y para la persona, esto implica un interés genuino en su mundo intrapsíquico e interpersonal.

LA INTERVENCIÓN EN DUELO DESDE UN MODELO INTEGRATIVO. NECESIDADES DEL DOLIENTE

Hemos visto la descripción y explicación que desde distintas posiciones teóricas se han realizado sobre el duelo, cada una enfatiza la importancia de diferentes aspectos en su resolución, cada uno de estos modelos nos aporta información muy relevante sobre el proceso.

Los modelos de fases señalan el factor tiempo como el elemento primordial, nos dicen que el proceso de duelo requiere tiempo, y es cierto, pero sin duda esto no es suficiente, la perspectiva psicoanalítica prioriza las tareas intrapsíquicas que debemos realizar, desde la psicología cognitiva se resalta la importancia del reajuste y reorganización de nuestra manera de ver y entender el mundo que nos rodea, pero debemos tener en cuenta que estas tareas y este reajuste requieren su tiempo, un tiempo que además es diferente para cada persona, Stroebe nos habla de lo dinámico y cambiante que es este proceso, que unas veces nos puede servir una estrategia y otras veces otra, y que tiene que haber un equilibrio entre ellas y Bowlby subraya la ruptura del vínculo como el elemento determinante.

¿Que podemos hacer con toda esta información?

Como he señalado anteriormente, desde mi punto de vista, ninguna de estas perspectivas por si solas pueden explicar la dinámica del proceso de duelo, solo podemos acercarnos a su comprensión integrando de una manera selectiva sus aportaciones.

En la definición que hacíamos del duelo, decíamos que este proceso es la reacción psicológica normal y esperable ante la pérdida de un ser querido, pero...¿Que es lo que realmente perdemos? , **perdemos una relación, perdemos una fuente de satisfacción de nuestras necesidades relacionales, en algunas personas quizás la única fuente disponible.**

Es decir, se produce una ruptura del "contacto externo" que necesariamente afecta al "contacto interno", lo que provoca reacciones emocionales que tienen una función adaptativa que es conveniente normalizar, lo normal es que estemos rabiosos, o tristes, o enfadados oetc. etc..... o sujetos a un conjunto de emociones entremezcladas, lo que no sería normal es que la muerte de un ser querido no tuviera ningún impacto en nosotros.

En la definición también se señala la normalidad de esta reacción de dolor, pero..... ¿Como diferenciamos entonces un duelo normal de uno patológico? diversos autores han tratado de definir las características que los diferencian, todos ellos coinciden en que hay dos magnitudes que lo definen, como son la *intensidad* y la *duración* de los síntomas, en el duelo patológico las reacciones son más intensas y más duraderas.

Señalaba en la introducción, que en la mayoría de los casos, el duelo se elabora de una manera natural con los propios recursos de afrontamiento del doliente y con el apoyo de su entorno social, pero en el caso de que esto no sea así, ¿Cómo podemos ayudar a las personas que tienen dificultades?

El objetivo de la intervención no es “curar” nada, pues no estamos hablando de una enfermedad, sino de poner en marcha los recursos del doliente, unos recursos que faciliten el restablecimiento del contacto, tanto interno como externo.

Un factor determinante que influye en el restablecimiento o no del contacto, lo constituye la calidad del apoyo social del doliente, una persona en duelo podrá “resolver” mejor este proceso en la medida en que se sienta acompañada, entendida y validada, en la mayoría de los casos este acompañamiento es proporcionado por el propio entorno relacional, familia, amigos etc., pero a veces es necesario el acompañamiento profesional, especialmente cuando existen factores de riesgo que pueden complicar o patologizar el proceso.

Es importante en los primeros momentos de la intervención con personas en duelo, evaluar los factores de riesgo y el momento o etapa en la que estas se encuentran, los factores de riesgo pueden provenir de distintas fuentes, los que tienen que ver con factores personales (baja tolerancia al estrés, dificultad de expresión emocional, salud frágil, duelos anteriores no resueltos etc.), situacionales (muerte repentina, suicidio, recursos materiales escasos etc.) e interpersonales (falta de apoyo social, muerte de hijos, relaciones de dependencia o ambivalentes etc.). Establecer un “mapa” sobre el momento o etapa en la que se encuentra el proceso, nos ayuda a escoger las estrategias o técnicas de facilitación.

Al amparo de las diferentes orientaciones teóricas, se han ido diseñando instrumentos y herramientas facilitadoras del duelo (reestructuración cognitiva, programas de conducta, silla vacía, narración, cartas de despedida etc.) pero el factor esencial que las hace eficaces o no, desde mi punto de vista, es la RELACIÓN TERAPEÚTICA, si el terapeuta y el cliente nos establecen un vínculo seguro que permita satisfacer las necesidades del doliente, es igual la estrategia que utilicemos, no servirá.

Hemos visto antes las principales necesidades relacionales, pero.....¿Cuales son las necesidades específicas de las personas en duelo? (8)

A nivel emocional (Sobre el dolor)

- Ser escuchadas con empatía
- Ser creídas y entendidas
- Sentir que su dolor tiene impacto en el otro
- Tener permiso para expresar sus sentimientos libremente

- No ser juzgadas ni en la intensidad de sus sentimientos, la manera de expresarlos, ni el tiempo de duración del duelo.

A nivel Físico: (Sobre la herida)

- Tener tiempo y medios para cuidar el cuerpo
- Realizar actividades de descanso o de activación según se desee

A nivel cognitivo y conductual (Sobre la realidad)

- Recibir información detallada sobre lo sucedido
- Pasar tiempo con el fallecido (si lo desean)
- Visitar el lugar de los hechos (si lo desean)

A nivel Social (Sobre el apoyo)

- Sentir la cercanía durante todo el proceso
- Vivir rituales comunitarios (funerales u otros) conmemorativos y significativos de la pérdida.

A nivel Espiritual (sobre el sentido)

- Encontrar un sentido a la pérdida
- Reconstruir valores espirituales o religiosos adaptativos.

Uno de los objetivos de la terapia en la resolución del duelo (basándonos en el modelo dual) consistirá en facilitar el equilibrio en los mecanismos de afrontamiento del doliente, si una persona está inmersa en su dolor y continuamente conectada con la pérdida (llanto, aislamiento, pasividad, descarga emocional continua) intentaremos facilitar la activación de mecanismos orientados a limitar la expresión emocional (Negación, racionalización, centrarse en la actividad, fomentar relaciones) y en el caso contrario, cuando la persona se centra solo en "continuar con la vida" facilitaremos la expresión emocional con el fin de equilibrar "la balanza" entre la expresión y la evitación emocional.

Las personas en duelo a menudo expresan el hecho de sentir que la gente les evita, participar en un grupo de duelo permite compartir experiencias, esto reduce la sensación de aislamiento y a la vez normaliza y valida la vivencia del duelo sea cual sea. Las personas se arriesgan a expresar sentimientos y pensamientos, que a pesar de ser reacciones naturales, pueden vivir como algo inadecuado, al expresarlas en compañía

descubren que son respuestas universales, que no se están volviendo locos y que esta sintomatología forma parte natural del proceso, para muchas personas el grupo se convierte en el único sitio donde pueden expresar sentimientos difíciles como la culpa, el enfado, la tristeza o la soledad sin tener "que hacer ver" que están bien.

El grupo tiene además una función educativa, aprenden a conocer el proceso y la observación de cambios positivos en algún miembro del grupo es un signo de esperanza para el resto que puede anticipar mejoras en su propio proceso.

Desde el modelo integrativo el grupo es visto como una oportunidad de restablecer el contacto, es importante que el grupo tenga unas normas que faciliten un espacio de seguridad y respeto donde las personas puedan mostrarse tal y como son, sin miedo a que nadie les haga daño, opinen sobre ellos, les den consejos o minimicen su dolor.

Entre estas normas podemos destacar:

- Confidencialidad

La historia de cada persona solo pertenece a esa persona

- No dar consejos

El objetivo es compartir la experiencia, no que nos digan lo que debemos de hacer

- No interrumpir

Cuando una persona comparte nadie le interrumpe

- No comparar

El duelo es una experiencia única y distinta para cada persona, no hay un dolor "mayor que otro": no me comparo con los otros.

- Permiso para mostrar emociones

En el duelo las expresiones emocionales (llanto, rabia, culpa...) son naturales

- No rescatar

Cuando una persona muestra sus sentimientos de dolor casi siempre hay alguien que desde la buena intención trata de pararlo con el objeto de que se sienta mejor, pero en realidad trata de reducir su ansiedad ante su dificultad frente al dolor del otro. En el grupo escuchamos en silencio, como mucho ofrecemos los pañuelos o un pequeño contacto físico.

- Hablamos de nosotros mismos

En el grupo hablo de mi mismo e intento hablar en primera persona (facilita el contacto) y no en plural o haciendo teorías y generalizaciones.

- Disponibilidad y responsabilidad

Ayudarme a mí y ayudar a los demás supone compromiso, puntualidad, asistencia etc.

En el grupo tratamos de no fomentar la confrontación, esto ya sucede en la calle, muchas personas, con la mejor intención, nos niegan nuestra necesidad de duelo aconsejándonos sobre lo que nos conviene o debemos de hacer, sin saber que es lo que realmente nosotros necesitamos, lo que Friedman ha denominado "los mitos falsos": "Ya verás como el tiempo lo cura todo", "Distráete un poco, te irá bien", "Sé valiente, hazlo por los demás" etc.

El hecho de que cada vez el entorno social de apoyo sea cada vez más reducido (familias menos numerosas, sociedad más individualizada) va a incidir en la necesidad de aumentar la atención profesional a personas en duelo.

Según datos del Servicio vasco de salud (Osakidetza), en la comunidad autónoma vasca se producen alrededor de veinte mil muertes al año, si tenemos en cuenta que por cada fallecimiento puede haber una media de cuatro personas en duelo y que de estas, el diez por ciento puede tener dificultades para resolverlo, nos encontramos todos los años con aproximadamente ocho mil personas en situación de riesgo, que en la mayoría de los casos acaban acudiendo a los servicios de atención primaria con una sintomatología física que está encubriendo un duelo no resuelto.

En un estudio realizado por el equipo de Ramón Bayés(9) en la universidad de Barcelona, se concluía que un tercio de las consultas de atención primaria tenían un origen psicológico y que de estas, una cuarta parte estaban relacionadas con situaciones de pérdida.

En otro trabajo llevado a cabo por el grupo de estudios de duelo de Bizkaia(10) en el que se trabajó sobre la confección de un protocolo sobre cuidados primarios de duelo, se estableció mediante el acrónimo R.E.F.I.N.O. cuales eran las técnicas de intervención que más adecuadamente satisfacían las necesidades de las personas en duelo.

R: relación
E: escucha
F: facilitación
I: información
N: normalización
O: orientación

La intervención en duelo requiere activar los recursos del doliente y esto es más factible en un entorno relacional que tenga en cuenta sus necesidades.

RESUMEN

- El duelo es un proceso complejo en el que influyen una variedad de factores personales, situacionales y relacionales que interactúan.
- Ninguna de las orientaciones teóricas por si sola puede explicar el proceso
- Desde la psicoterapia integrativa se trata de recoger las aportaciones de los diferentes enfoques teóricos de una manera selectiva, proponiendo un modelo de intervención integrado.
- La perspectiva integrativa pone el acento en "lo relacional", atendiendo a la satisfacción de las necesidades del doliente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Parkes, C.M. y Weia, R.S. (1983). Recovery from beravement. New York: BasicBooks.
- 2 Worden JM. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona Paidós; 1997.
- 3 Bowlby J. El apego y la pérdida: Paidós; 1998
- 4 Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Barcelona: Paidós; 2002
- 5 Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet.. 2007;370:1960-73
- 6 Mauriz A, Psikologiaz, C.O.P. 2003
- 7 Erskine R. Beyond empathy. A therapy of contact-In relationship. New York. Brunner/Mazzel 1999
- 8 Payás , Duelo en oncología, Intervención grupal en Duelo. Sociedad. Española de Oncología médica. (SEOM). 2007; 169-182
- 9 Bayés R, Afrontando la vida, esperando la muerte. Alianza; 2006.
- 10 García-García Jesús A, Landa Petralanda V, Cuidados primarios de Duelo.Fisterra; 2007