



INSTITUTO-IPIR

DUELO Y PÉRDIDAS

Formación de profesionales. Atención a familias

DUELO POR COVID-19

RETOS TERAPÉUTICOS EN SU ABORDAJE

ALBA PAYÀS PUIGARNAU

1ª Edición: 07-04-2020

Resumen de la conferencia del mismo título disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=pVEiTBRBSOo&t=3676s>

© ALBA PAYÀS 2020 en toda la guía
Prohibida la reproducción sin permiso
de la autora.

alba@ipirduelo.com

www.ipirduelo.com

www.ipircourses.com



Gracias por tu interés:

Desde el instituto IPIR queremos contribuir al abordaje clínico del duelo por COVID-19 en este momento especial que estamos viviendo. Nos encontramos en una situación sin precedentes, y compartir conocimientos puede contribuir a mejorar nuestras capacidades y poder así ayudar de forma efectiva a las familias que acompañamos.

El material aquí presentado está basado en nuestro modelo de comprensión e intervención en duelo, y publicado en los libros **Las tareas del duelo** (1) e **Intervención en duelo complicado** (2). Este resumen aquí presentado no es propiamente una guía, sino una reflexión sobre algunos de los aspectos conceptuales de diagnóstico, con una descripción de métodos básicos de intervención. Este material es aplicable no solo al duelo por COVID-19. Estamos atendiendo ahora duelos por otras circunstancias y que, debido a la situación en los hospitales, la vivencia en la forma de producirse el fallecimiento es muy similar: no poder acompañar, percepción de sufrimiento, soledad, falta de apoyo, falta de rituales significativos. También mucho de lo descrito puede ser útil en el acompañamiento de duelos anticipados, el duelo de los profesionales y personas afectadas de estrés traumático por los efectos del confinamiento.

En la primera parte se describen las particularidades del duelo por COVID-19 y lo que lo hace distinto de otros duelos. Basándonos en nuestro modelo de comprensión del duelo, planteamos un mapa diagnóstico que nos ayude a hacer un plan de acompañamiento y poder así orientar nuestras intervenciones. En la segunda parte se describen algunas intervenciones imprescindibles tanto en el acompañamiento como en la psicoterapia de duelo. Finalmente se presentan unas breves indicaciones de los objetivos en intervenciones más sofisticadas, dirigidas a la prevención de complicaciones de duelo y que requieren de un entrenamiento específico.

Los terapeutas que nos hemos especializado en duelo sabemos que nuestro primer principio de intervención es “no hacer daño”. Tal y como repetidamente nos señalan los expertos internacionales, la falta de un modelo actualizado que incorpore los últimos avances en la intervención en duelo es hoy causa de muchos fracasos em-

páticos. La invalidación de emociones naturales y necesarias como la culpa, animar al doliente a que se despidiera como objetivo final del duelo (con una carta u otras intervenciones expresivas), o empujarle a hablar de lo sucedido cuando no está preparado para ello, son intervenciones iatrogénicas basadas en mitos del duelo, teorías obsoletas, que lamentablemente siguen alimentando modelos de intervención de muchos profesionales con insuficiente entrenamiento. En este sentido esperamos que este material nos ayude también a identificar y evitar estos fallos sintónicos que explican la baja motivación de las personas en duelo a pedir ayuda profesional, y la alta tasa de abandono tan frecuente en el acompañamiento y terapia de duelo.

Compartir conocimientos en este momento puede ayudarnos a prepararnos mejor para poder aliviar el sufrimiento de las personas que, en los próximos meses y años, van a solicitar ayuda psicológica especializada. Tenemos la responsabilidad de hacer una intervención rigurosa, ética y preventiva. En nuestras manos está poder evitar las altas tasas de duelo complicado que muchos profesionales predicen, y sus graves consecuencias físicas, mentales y emocionales en los dolientes y sus familias.

Agradecemos a los psicólogos, personal sanitario y familias en duelo por COVID que hemos podido atender estas últimas semanas desde nuestra línea de **Atención Solidaria COVID-19**, y que con sus experiencias y aportaciones nos han ayudado a poder mejorar este material.

Un abrazo a todos

Alba Payàs Puigarnau

**Directora Instituto IPIR
Directora Máster en Intervención en duelo
(I13-Universitat de Barcelona)**

ÍNDICE

1. COVID-19: Un duelo traumático.
2. Características específicas del duelo por COVID-19
3. El diagnóstico y la entrevista de acogida.
4. Escenarios de intervención.
5. Métodos básicos de intervención.
6. Métodos avanzados de intervención.
7. Conclusiones.

1. COVID-19: UN DUELO TRAUMÁTICO

La muerte de un ser querido ya es de por sí una vivencia difícil para todos nosotros. Si es anticipada y ha podido vivirse acompañando al ser querido en la enfermedad y en los últimos momentos, la experiencia de duelo puede verse mitigada. Lo que hace que un duelo sea de más difícil elaboración es justamente la imposibilidad de anticipar los acontecimientos y la dificultad de poder regular su impacto emocional. Si las circunstancias de la muerte cumplen alguno de estos factores, estamos ante un duelo traumático (3):

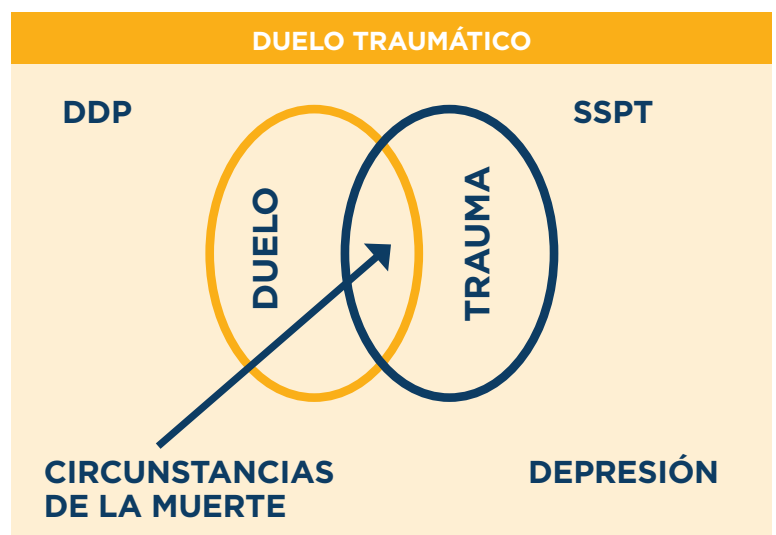
¿qué hace que un duelo sea traumático?

- **Rapidez:** falta de tiempo para asimilar - *no poder graduar el impacto.*
- **Sorpresa:** no anticipación - *no poder prepararse.*
- **Incertidumbre:** tiempo de espera sin saber - *no poder predecir los acontecimientos.*
- **Impotencia:** no capacidad de respuesta - *no poder hacer nada.*
- **Incomprensión:** falta de información adecuada - *no poder entender.*
- **Soledad en el momento:** falta de contacto de contención - *no poder ser sostenido.*
- **Soledad posterior:** falta de relaciones reparadoras - *no poder hablar de lo sucedido.*
- **Desbordamiento:** intensidad emocional alta - *no poder autorregularse.*

El duelo por COVID-19 cumple todos estos criterios de duelo traumático. Estos factores asociados a la naturaleza traumática de la muerte y la falta o limitación del apoyo social están considerados como dos de los factores que predicen complicaciones de duelo (4). Los síntomas naturales de duelo como la añoranza, las preocupaciones acerca de la forma en que tuvo lugar la muerte, la culpa o el enfado persisten, interfiriendo en la vida diaria de la persona por un tiempo prolongado, pudiendo acabar con un *Desorden por Duelo Prolongado* (DDP), muy posiblemente asociado con síntomas o diagnóstico de *Síndrome de Estrés Postraumático* (SSPT) y *depresión o trastornos de ansiedad*.

Los estudios de investigación señalan como consecuencias comunes en los desórdenes de duelo entre otros: aumento de suicidios, diagnósticos psiquiátricos, aumento de conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias, alcohol y aumento de problemas cardiovasculares y cáncer (5).

Debemos señalar la importancia de cómo una intervención temprana diseñada específicamente con un objetivo preventivo puede favorecer el curso hacia un duelo normal y saludable y evitar así una posible patología de duelo (6).



2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL DUELO POR COVID-19

Ante la muerte de un ser querido el doliente experimenta un sufrimiento asociado a los múltiples aspectos concretos de la vivencia. Las circunstancias que rodean la muerte, la historia de la relación con el ser querido y los recuerdos, la afectación del entorno social y familiar, las emociones y reacciones físicas experimentadas y sus distintas maneras de afrontar, son áreas de la vida del doliente que van a resultar afectadas cada una de ellas en aspectos específicos. Utilizamos para referirnos a estos aspectos concretos, el nombre de *tareas*, en el sentido de que deberán ser abordadas para su elaboración. No todas las personas en duelo van a expresar las mismas tareas, ni con la misma intensidad o malestar emocional (1).

El terapeuta hace un diagnóstico de todas las tareas presentes expresadas en el relato verbal y no verbal de la persona que solicita ayuda. Para la persona en duelo, esta diferenciación de los distintos temas que le afectan le ayuda a entender de forma más precisa aquello por lo que está pasando y con ello afronta mejor su malestar. Para el clínico es una guía clara de todos los aspectos concretos de la pérdida, a los que deberá llevar la atención del paciente para su elaboración. Cada una de estas tareas nos ofrece oportunidades de exploración que el doliente nos abre.

La elaboración de las tareas relativas a las circunstancias de la muerte facilita aceptar la realidad de la muerte y su narrativa. Las tareas relacionales, una vez reparadas permiten establecer una conexión significativa y duradera con la persona fallecida convirtiendo los recuerdos en una fuente de gratificación y aprendizajes. Manejar las emociones difíciles y las distintas maneras de afrontar fortalece la capacidad de respuesta y mejora la función adaptativa de las mismas. Reforzar las relaciones de apoyo y sociales va a garantizar un apoyo continuado muy valioso para la persona en duelo donde podrá apoyarse en su camino.

Las tareas que aparecen por el duelo por COVID19 son (2):

2.1 TAREAS RELATIVAS A LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

Estas tareas se refieren a recuerdos vividos, es decir, hechos reales acerca de las circunstancias de la muerte que al recordarlos despiertan malestar. También incluyen aquellas percepciones imaginadas o supuestas que se desconocen, o sobre las que no se tiene una información suficiente. La incertidumbre, no tener información sobre lo sucedido, es un fuente de ansiedad. Esta lista no es exhaustiva, la situación es tan compleja que a medida que acompañamos a familias nos van describiendo más y más aspectos traumáticos en el relato de la forma de morir de su ser querido.

Tareas relativas a las circunstancias de la muerte

Tareas relativas al tiempo anterior a la muerte:

- Impacto de la noticia del diagnóstico – Recuerdo intenso del momento. *No dejo de pensar en esta llamada y las palabras.*
- Percepción de que la muerte podía haberse evitado – Puede aparecer en forma de rumiación. *Esto no tenía que haber pasado.*
- Impotencia y culpa por no poder atender a la persona apropiadamente en el domicilio.
- La vivencia del ingreso y la separación – Recuerdo real o imaginado. *Solo sé lo que me explicó el vecino.*
- Incertidumbre en el tiempo de espera – La espera de la llamada del médico.
- Información confusa o falta de información – No disponer de toda la información acerca de cómo han sucedido los hechos. *Necesito saber cómo fueron esos momentos.*
- Relación con los profesionales – Posible contrariedad y/o enfado.
- Percepción de que el ser querido ha sufrido. *Me lo imagino allá agitado.*
- Percepción real o imaginada de soledad. *Se sentía solo, nos necesitaba.*
- No poder acompañar, no poder cuidar en la enfermedad – Sentimientos de impotencia y culpa.

Tareas relativas al momento de la muerte:

- Comunicación de defunción – Recuerdo vívido del momento de la noticia.
- No poder estar presente en el momento de la muerte – Impotencia, culpa, rumiación.
- No poder despedirse. *Las cosas que me hubiera gustado poder decirle.*
- Falta de información precisa sobre los detalles de cómo han sido los últimos momentos.
- Sufrimiento asociado a no poder cuidar y ver el cuerpo por última vez.
- Dificultades en aceptar la realidad de la muerte. *Tengo una sensación de irrealidad.*
- No poder compartir con nadie – Ausencia de apoyo de la red natural de familia y amigos.

Tareas relativas al tiempo posterior a la muerte:

- El momento de la recogida de las pertenencias. *Muy impersonal, en una bolsa de plástico.*
- Ausencia de rituales significativos de despedida / religiosos. *No poder despedirle todos juntos.*
- La disposición del cuerpo – Entierro. *Tengo que ir a recoger la urna con las cenizas. Nos dejaron solos con el féretro en una sala vacía. No sabemos dónde está el cuerpo.*
- Aspectos legales – Complicaciones debidas al confinamiento.

Estas son algunas de las tareas relativas a las circunstancias de la muerte que el doliente por COVID-19 está presentando en las primeras sesiones. Las expresan en forma de preocupaciones, síntomas de estrés traumático y acompañadas de emociones como tristeza, culpa, enfado, ansiedad. Deberán ser abordadas en el momento adecuado, es decir, que deberemos estimular estos recuerdos o fantasías para poder explorarlos y elaborarlos con el fin de que dejen de causar un sufrimiento tan intenso. Si no se resuelven de forma adecuada o se estimula una intervención de descarga sin que la persona en duelo tenga recursos para regular la emoción desbordante, pueden generar, en el tiempo, sintomatología asociada al Síndrome de *Estrés Postraumático*.

2.2 TAREAS RELATIVAS A LA PÉRDIDA DE LA RELACIÓN

Otra parte del sufrimiento de la persona en duelo está asociada a los recuerdos relacionales, los que se refieren a la vida compartida en común con el ser querido, a la historia de la relación. Cómo era la relación, sea muy dependiente o sobreprotectora, cercana y cariñosa, distante o fría, ambivalente o conflictiva, va a determinar en parte las tareas relacionales presentes. En duelos traumáticos como el causado por el COVID-19, las tareas relativas a las circunstancias de la muerte suelen estar más presentes y accesibles en los primeros momentos del acompañamiento. Cuando la realidad de la pérdida ha podido ser aceptada, y el nivel de respuestas de trauma se ha mitigado, la persona en duelo puede interiorizar una imagen de su ser querido y conectar con todos aquellos aspectos de la relación compartida que le causan dolor.

Estas tareas son universales y las encontramos, con matices, en todas las vivencias de duelo.

- El futuro no vivido. Afligirse por lo que él/o ella ya no podrá vivir, y también por el futuro imaginado juntos. *No ver crecer a los hijos/nietos. La esperada jubilación. Compartir la vida juntos.*
- El presente no vivido. *No poder imaginar el presente sin él/ella.*
- El espejo roto. La pérdida de lo que él/ella daba. Lo que se recibía de la persona. Pérdida del rol. *Me hacía sentir única, especial. Era mi apoyo: sentía que era útil. Me hacía sentir buena madre/esposo. Era el puntal de la familia.*
- Relaciones ambivalentes. Relaciones con partes conflictivas, distanciamientos. *Últimamente no nos hablábamos. Fue muy duro conmigo. Hubo muchas infidelidades.*
- El pasado no vivido. Lo que del pasado no fue bien. La pérdida de la esperanza de reparación.
- No poder expresar el perdón. Reparar asuntos pendientes.

- Sentido de la relación: significación según el tipo de vínculo. Aspectos específicos de significación según si la persona fallecida es la pareja, padre/madre, abuela/o, hija/o, hermano/a, amigo.
- La despedida. No tener la oportunidad de reparar tareas relacionales en la última etapa de la vida y en la despedida. Imposibilidad de expresión del afecto y de la gratitud.

Poder acompañar al ser querido en la última etapa de la vida, en una vivencia de duelo anticipado, facilita la elaboración de estas tareas. De una manera explícita o implícita, cuidar de nuestro ser querido en la enfermedad y en los últimos momentos es una manera reparativa de expresar el afecto, el perdón y la gratitud. En muertes súbitas o donde el acompañamiento no ha sido posible, como es el caso del COVID-19, estas tareas, o asuntos pendientes, pueden generar mucho malestar: el doliente siente que ha perdido la oportunidad de cerrar o completar la relación y lo manifiesta con expresiones como: *no me he podido despedir, tantas cosas que tenía por decirle, no he podido ir al funeral.*

Estas tareas están superpuestas y se complementan. Cada una de ellas está asociada a recuerdos vividos, algunos imaginados o deseados, con el ser querido. Cuando han sido elaboradas, la persona en duelo puede integrar el legado, lo que le deja de transformador esta experiencia. Poder vivir en su honor, explorar el sentido profundo de la relación y la experimentación de cambios positivos en la vida son algunos de los aspectos de crecimiento que las personas expresan como aprendizajes transformadores para sus vidas. Si estas tareas no se resuelven de forma efectiva, los sentimientos de añoranza, culpa o enfado pueden volverse más intensos, conduciendo a síntomas de duelo complicado.

DIMENSION INTRA-PERSONAL TAREAS RELATIVAS A LA PÉRDIDA DE LA RELACIÓN



2.3 TAREAS RELATIVAS A LA AFECTACIÓN DE LA RED DE APOYO

La afectación de la red de apoyo incluye los aspectos interpersonales, es decir, las relaciones con la familia directa, la extensa, los amigos, compañeros de trabajo, ocio y la comunidad extensa presente en la vida del doliente, que van a poder facilitar, o, al contrario, añadir un estrés o presión que puede incrementar el malestar de la persona en duelo. Señalamos los que con mayor frecuencia pueden aparecer en el duelo por COVID-19.

Disponibilidad de los demás hacia el doliente

¿En quién puedes apoyarte? ¿Tienes a alguien con quien puedas compartir?

Normalmente en cualquier duelo, incluso en duelos normales y anticipados, la mayoría de las personas expresan su experiencia de no sentirse suficientemente apoyadas por el entorno. Esta desautorización, o incapacidad del entorno de estar en sintonía con sus necesidades emocionales, se manifiesta con mensajes tipo: *Mejor no pienses en ello. Distráete. Ya le tocaba por la edad. Otros están peor que tú. Al menos tú... No te sientas culpable. ¿Aún estás así? Ya han pasado unos años.*

En el duelo por COVID-19 vemos además otras áreas específicas de afectación:

- Accesibilidad limitada a la red de apoyo formal e informal, por el confinamiento: *estoy sola en casa. No hay nadie que pueda darme un abrazo.*
- La red de apoyo está también en duelo: *no puedo hablar con mi hermano, él está también infectado. Mi pareja no puede escucharme. No tolera verme triste.*

- Doble duelo: pérdida del ser querido más impacto de la pandemia.
- Momento de vulnerabilidad. Incertidumbre generalizada. Preocupación por el futuro.
- Posible desautorización añadida por el estigma de la infección.

Disponibilidad del doliente hacia los demás

¿A quién sientes que debes proteger? ¿Qué personas hay en tu familia que dependen de ti?

La dificultad de poder conectar y expresar el dolor a menudo está asociada a las demandas del entorno, la presión para que el doliente se recupere pronto y pueda atender a las personas dependientes. En el duelo por COVID-19 esta presión se ve agravada por:

- Demandas extras de los dependientes (hijos pequeños, padres mayores) por la situación de confinamiento: *justo ahora cuando necesitan más que yo esté bien (7)*
- Preocupación por el duelo de los demás: *ellos están también muy mal.*
- Pérdida de disponibilidad para el cuidado y atención de los demás. Incapacidad para responder a las demandas. Sensación de abrumamiento y colapso: *no me siento capaz.*

Estresores o pérdidas concurrentes

La pérdida del ser querido puede coincidir con otros acontecimientos o pérdidas que añaden un extra de estrés y sufrimiento, afectando a las capacidades de respuesta de la persona en duelo. Entre otras hoy nos encontramos con:

- Estar infectado uno mismo, o percepción de posibilidad de estar infectado.
- Otros miembros de la familia infectados. Preocupación general por la salud de los demás.
- Estado de confinamiento.
- Presión de los medios de difusión. Reactivaciones ante imágenes.
- Incertidumbre hacia el futuro, aspectos económicos, laborales.
- Reactivación de otras pérdidas o traumas del pasado.

2.4 SINTOMATOLOGÍA / AFRONTAMIENTOS

Todas estas tareas anteriormente descritas generan estrés en forma de emociones difíciles, pensamientos recurrentes y síntomas físicos, entre otros. Estas reacciones somáticas, emocionales, cognitivas y comportamentales son síntomas naturales de duelo, respuestas universales y humanas ante el dolor de la pérdida. La manera de afrontar este sufrimiento, o afrontamiento, es distinta en cada persona y es un reflejo de su capacidad de tolerar ese sufrimiento.

Tipología de síntomas / afrontamientos

Según la forma, estas respuestas pueden categorizarse en (1,2,8):

- **Somáticos.** Respuestas somáticas o corporales ante el sufrimiento emocional. Por ejemplo, *tensión muscular, peso en los hombros, dificultades para respirar, opresión en el pecho, agitación.*
- **Emocionales.** Distinguimos entre emociones primarias o naturales como *culpa, miedo, enfado, tristeza, añoranza, y emociones secundarias como ira, resentimiento, amargura, pánico, optimismo ilusorio.*
- **Cognitivos.** Creencias o pensamientos que la persona ya posee (creencias nucleares o asociadas al estilo de apego), o que desarrolla ante la situación de duelo y que le ayudan a manejar el malestar: *tengo que ser fuerte, no me puedo derrumbar, si estoy triste llorar me ayuda, creo que está con Dios, la vida es injusta, esto es lo que hay y no hay nada más.*
- **Comportamentales.** Conductas que la persona, de forma deliberada o inconsciente, utiliza para manejar el sufrimiento somático / emocional. *Aislarse. Comer. Buscar ayuda para compartir. Ir al cementerio. Mirar fotografías de recuerdo. Evitar hablar de lo sucedido.*

Función adaptativa de los afrontamientos

Olvidar o recordar. En duelo, esta es la cuestión.

Las respuestas de afrontamiento actúan como un termostato regulador del nivel de dolor que la persona puede tolerar. Funcionan como un grifo en el cerebro que regula el nivel de acceso a la tarea que están protegiendo, es decir, al recuerdo de “eso”, o a la emoción que le acompaña.

Distintos aspectos de la pérdida, o tareas, van a estar asociados a sintomatología y/o afrontamientos específicos. Por ejemplo, la tarea echar de menos al ser querido causa una sintomatología de *tristeza y aflicción*, que el doliente puede manejar con un afrontamiento de conexión con los recuerdos como es *hablar de ello, mirar las fotos, expresar la tristeza con el llanto*, o de evitación del dolor, *quitar los objetos de recuerdo, comer, distraerse trabajando*. Esta función puede ser adaptativa o no: en ciertos momentos de la vivencia de duelo, la evitación y/o la negación pueden funcionar como un mecanismo protector necesario, e incluso indispensable para la supervivencia emocional del doliente. En otros momentos, pueden convertirse en un obstáculo para su elaboración propiciando un duelo complicado.

Las clasificamos según el nivel de conciencia y graduación del dolor en: respuestas de trauma / disociación, negación, evitación y conexión. Esta categorización es aproximada, ya que estas respuestas se dan en un continuum: una evitación consciente está más cercana a la conexión que una evitación ansiosa o depresiva, que está en la frontera de la negación.



Trauma / disociación

Ante sucesos de índole traumática, el cuerpo no puede responder regulando con emociones naturales y aparecen respuestas somático-corporales, reflejo del nivel de desregulación, y que puede ir acompañadas por mecanismos de disociación (9). Esta sintomatología suele ir casi siempre asociada a tareas relativas a las circunstancias de la muerte:

- Respuestas desreguladoras de orden somático.
- Estados emocionales del miedo: insomnio, ansiedad, agitación, pánico, vértigos.
- Respuestas de estado de choque: sensación de irrealidad, incredulidad, confusión, aturdimiento.
- Disociación: despersonalización, desrealización, estados confusionales.
- Intrusiones.
- Miedo anticipatorio: percepción de más catástrofes.
- Hipervigilancia. Estado de alarma generalizado.
- Desregulación desbordante.

Negación

La negación es una respuesta poderosa que mitiga el dolor y sus causas y nos protege de la fragmentación. Suele darse en situaciones extremas y especialmente aquellas que requieren de nuestras capacidades de respuesta activa. La negación se manifiesta a través de un abanico de respuestas inconscientes de desconexión del dolor, que funcionan sea negando la realidad, los hechos, su significación o el impacto de la misma, es decir, sus consecuencias emocionales.

- Estados emocionales: enfado desplazado, hostilidad, irritabilidad, deseo de venganza, culpa secundaria. *Me noto irritada con todo. Salto por cualquier cosa. Me noto insensible, no puedo reaccionar, ni llorar. Me noto como fría, insensible.*
- Claudicación: deseo de morir, amargura. *Es como si ya no me importara nada.*
- Hiperactividad. *No puedo parar de hacer cosas.*
- Abuso de sustancias: adicciones.
- Creencias limitantes desadaptativas: minimizar la pérdida, racionalizar, intelectualizar, sublimar. *Es lo que hay. ¡Qué le vamos a hacer! Es como si no fuera conmigo.*
- Rumiaciones: pensamientos obsesivos incapacitantes. *No paro de darle vueltas.*

A pesar de que su función puede ser adaptativa al afrontar pérdidas muy traumáticas, estas respuestas mantenidas en el tiempo pueden acabar cronificándose y pueden generar síntomas de ansiedad, dificultades relacionales, agotamiento y depresión.

Evitación

La evitación incluye todas aquellas respuestas en las que la persona siente el dolor y conscientemente decide apartarlo, sea mediante una conducta, una creencia o una respuesta somática: *Ahora prefiero apartar estos pensamientos y me ayuda ponerme a limpiar (no pasar por esa calle, no celebrar las Navidades).*

Lo que vemos ahora en duelo por Covid-19 son respuestas de evitación consciente desplegadas para proteger a los demás:

- Evitar hablar de ello. *No puedo estar triste, me va mejor no hablar y distraerme.*
- Hacerse el fuerte. *Ahora tengo que estar bien por mis hijos.*
- Evitar objetos de recuerdo. *Prefiero no entrar en su habitación ahora.*
- Distracciones. *Ahora me viene bien leer novelas policiacas.*
- Aislarse. *Tengo miedo a salir a la calle y ver a la gente y que me pregunten.*

Conexión

Incluye las maneras de afrontar el duelo que la persona utiliza que promueven el contacto con el dolor, con las emociones naturales y con los recuerdos tanto sobre las circunstancias de la muerte como los relacionales. Recordar, a pesar de la tristeza que provoca, se experimenta como algo necesario y útil: *Cuando estoy triste miro sus fotografías y le hablo: me ayuda a conectar con él.*

- Expresión de emociones naturales como tristeza, enfado, pena, amor, culpa. *Me enfado con él por no haberme dicho que estaba mal. Si siento ganas de llorar, lloro.*
- Hablar con el ser querido: sentir su presencia. Activación fructífera de los lazos continuos. *Miro sus fotos y le hablo, le cuento mis cosas y siento que me responde (7).*
- Recordar aspectos de la vida en común. *Tengo muy presentes tantos momentos.*
- Compartir con los demás. Hablar de lo sucedido. *A mí me ayuda hablar de mi padre con mi hermana.*
- Visitar lugares (objetos) de recuerdo. *Necesito ir a su casa y recoger sus cosas, me ayudará a hacerme a la idea de que no está con nosotros. Me entretengo en mirar sus cosas, me conecta con ella.*

Si la persona en duelo está utilizando alternativamente afrontamientos de conexión y de evitación, seguramente estamos ante un duelo con buen pronóstico. La persona es capaz de graduar el nivel de sufrimiento con una oscilación entre afrontamientos de conexión con el dolor para elaborar e integrar la pérdida y una evitación consciente que le ayuda a regularse cuando se siente desbordada (10).

Esta oscilación, si se da de forma abrupta, puede ser desadaptativa y causar desregulación. También la excesiva tendencia a la evitación en momentos avanzados del duelo puede ser desajustada y conducir a trastornos de duelo, mientras que en momentos más iniciales puede tener una función protectora adaptativa.

La manera en que la persona en duelo funciona a diario es, en parte, un reflejo de su forma de afrontar el duelo. Lo exploramos preguntando: *¿Cómo es tu día a día? ¿Qué ha cambiado en tu día a día desde su muerte?* Obtenemos información específica no solo de la manera de afrontar, sino también de cómo estos afrontamientos tienen un origen en el sistema familiar y reflejan la manera de manejar las necesidades de los demás.

Las personas que utilizan alternativamente mecanismos de conexión y evitación suelen organizar su vida alternando espacios donde pueden compartir su dolor y hablar de lo sucedido (*quedar con una amiga para compartir, escribir, conectar con objetos de recuerdo*) y espacios donde pueden estar utilizando mecanismos de restauración o distracción que les focalicen en el presente y futuro (*ocuparse de los niños, trabajar, socializar para distraerse*). La oscilación adaptativa entre ambos tipos de afrontamientos les permite estar reguladas y tener un funcionamiento óptimo, y en paralelo ir elaborando su vivencia de pérdida.

Las personas que utilizan mecanismos de evitación o de negación de forma rígida pueden tener aparentemente un funcionamiento diario funcional. Pero, mantenidas en el tiempo, estas respuestas dan lugar a sintomatología secundaria que puede afectar a la vida diaria y a las relaciones personales de forma desestabilizadora. Esto afecta no solo a la evolución del duelo del doliente en particular, sino que su manera de afrontar influye en la de los demás (11). Asimismo, en las personas con intensa sintomatología de estrés traumático (insomnio, ansiedad, rumiaciones, irrealidad), este se reflejará en sus dificultades para mantenerse reguladas en el día a día, mantener una estructura de rutinas y funcionar de forma efectiva en sus quehaceres domésticos, sociales y laborales.

3. EL DIAGNÓSTICO Y LA ENTREVISTA DE ACOGIDA

Los primeros encuentros con la persona en duelo que ha solicitado ayuda son uno de los momentos claves del trabajo terapéutico. El objetivo principal de estas primeras sesiones es establecer una relación de confianza y garantizar la base relacional para el trabajo a realizar y prevenir el abandono.

También en la acogida el terapeuta hace un diagnóstico de duelo que incluye todas las tareas y afrontamientos que se abordarán durante el acompañamiento o psicoterapia. El diagnóstico es un proceso en el que terapeuta y cliente trabajan en colaboración para describir y explicar los temas presentes en la terapia. Normalmente, en la primera entrevista, antes de finalizar la sesión, el terapeuta hace una descripción breve a modo de resumen, en un lenguaje comprensible para el paciente, de los temas y preocupaciones principales detectados, es decir, las tareas con sus afrontamientos respectivos. A la vez puede, si es adecuado, explicar cómo va a ser la orientación de su abordaje en el transcurso del proceso terapéutico.

Compartir el diagnóstico con el paciente ayuda a:

- **Normalizar los síntomas.**
- **Promover la seguridad en la relación y el compromiso terapéutico.**
- **Prevenir el abandono.**
- **Hacer que los problemas sean más manejables.**
- **Identificar y subrayar las fortalezas y construir resiliencia.**
- **Anticipar y dirigir problemas en terapia.**

Asimismo, en la primera sesión y según lo presentado, el terapeuta puede empezar a dar los primeros recursos de regulación, psicoeducación y asesoramiento en aspectos prácticos para temas que preocupan al doliente.

4. ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

En este momento estamos viendo dos posibles escenarios de intervención. A corto plazo, la intervención a distancia y en situación de plena crisis es la única posibilidad viable de acompañamiento a la que las personas pueden acceder. Actualmente existen varios programas en nuestro país que ofrecen de forma gratuita programas de atención psicológica en emergencias.

A medio y largo plazo tendrá lugar la intervención posterior, acompañamiento o psicoterapia de duelo, que se dará en unas semanas o meses, cuando la persona pueda pedir ayuda en un marco presencial más formal.

Es recomendable que ambas intervenciones se den en un marco y contrato claro. Este primer nivel de intervención en los primeros momentos va a poder mitigar algunos síntomas desreguladores, aliviar la sensación de aislamiento y facilitar una cierta elaboración, pero en aquellos casos en que el nivel de trauma sea alto, o aparezcan otros factores de riesgo, va a ser insuficiente.

4.1 RECOMENDACIONES PARA UNA INTERVENCIÓN EN CRISIS (EMERGENCIAS)

La intervención en crisis se caracteriza por ser una intervención universal (se ofrece a todo el colectivo), indiscriminada (se atiende a todas las personas sin criterios de exclusión) y compasiva (de carácter humanitario preventivo). Se trata de una intervención básica que puede equipararse a la que hacen los profesionales de atención primaria (12,13).

Dada la particularidad del duelo por COVID, y siendo la intervención en crisis la primera puerta de acceso a la ayuda psicológica, nuestras recomendaciones son diseñar un servicio que promueva como rasgos característicos los siguientes:

- **Formato:** Preferentemente por videollamada a fin de tener un contacto visual directo con la persona (para algunas personas mayores que no tienen acceso a las tecnologías, el teléfono es la única posibilidad de contacto).
- **Vinculación:** Mismo terapeuta atiende a la persona.
- **Contrato:** Determinar la continuidad en el tiempo y frecuencia de las sesiones. Duración de la sesión (puede ser más formal, de una hora, o más informal). Quién hace el contacto.
- **Contenido:** Tener un modelo de intervención en duelo actualizado y basado en el cuerpo de conocimiento desarrollado en estas dos últimas décadas. Evitar modelos basados en la *“buena intención”*, o *“cómo hacer el duelo en X sesiones”*.
- **Métodos:** Se recomiendan métodos interpersonales que garanticen la seguridad. No promover elaboraciones intrapsíquicas intensas emocionales que puedan poner en riesgo la estabilidad de la persona en duelo.
- **Responsabilidad:** Detectar a las personas que presentan factores de riesgo para derivar posteriormente a un recurso más adecuado. Personal de atención entrenado para explorar los factores de riesgo y detectar los indicadores tempranos de TDP/TEPT/Depresión. Garantizar las opciones de continuidad posterior y el acceso a recursos adecuados.

Objetivos terapéuticos (13)

- Relación: vincular, mitigar la sensación de aislamiento y soledad.
- Escuchar: responder a las necesidades relacionales.
- Facilitar: animar a la expresión de la historia y las emociones.
- Informar: facilitar psicoeducación sobre el duelo, para el funcionamiento diario.
- Normalizar: validar la experiencia, dar contención, primeros auxilios de regulación.
- Orientar: explorar y reforzar la red de apoyo. Asesorar.
- Detectar: nivel de riesgo y síntomas predictores de complicaciones de duelo.
- Derivar: facilitar la derivación a recursos más adecuados según el nivel de riesgo percibido.

¡Ojo! Lo que puede causar iatrogenia psicológica es:

- No dar seguridad. No crear un vínculo de confianza.
- Ir a elaborar tareas para las que la persona no está preparada.
- Invalidar afrontamientos, sean creencias, emociones o comportamientos.
- Proponer intervenciones emocionales/elaborativas demasiado intensas.
- Propiciar la despedida como objetivo final de duelo.
- Modelos basados en sesiones estructuradas (hacer el duelo en X sesiones)

4.2 RECOMENDACIONES PARA UNA PSICOTERAPIA DE DUELO

Desde centros de atención al duelo especializados y consultas privadas de profesionales expertos en duelo, se ofrece una intervención de nivel secundario o terciario enmarcada en un contrato terapéutico a medio y largo plazo. En este marco de atención, la motivación es alta: la persona en duelo solicita ayuda para aliviar la sintomatología, tener recursos para el manejo de los estresores concurrentes, integrar la pérdida en su vida de una forma saludable y poder recuperar la esperanza y la ilusión por la vida y las relaciones.

Los servicios de atención al duelo se caracterizan por garantizar:

- **Vinculación:** Preferentemente atención presencial y alternativamente por videollamada.
- **Seguridad:** Mismo terapeuta atiende a la persona.
- **Contrato:** Continuidad en el tiempo, duración media entre 6 y 24 meses (20 a 50 sesiones).
- **Entrevistas de acogida con diagnóstico.**
- **Contenido:** Intervenciones basadas en modelos específicos de intervención en duelo actualizados y basados en el cuerpo de conocimiento desarrollado en las dos últimas décadas.
- **Métodos:** Se recomiendan métodos interpersonales (herramientas básicas) combinados con métodos intrapsíquicos (herramientas avanzadas) para propiciar una elaboración más profunda de tareas y afrontamientos que pueden suscitar complicaciones de duelo. Formación complementaria en modelos de psicoterapia/psicopatología/trauma.
- **Responsabilidad:** Realizar una intervención diagnóstica al inicio del proceso para poder detectar a las personas que presentan factores de riesgo y/o indicadores tempranos de TDP/TEPT/Depresión, que precisarán intervenciones intrapsíquicas más sofisticadas.

Objetivos

La terapia de duelo es una intervención empática y sintónica donde el terapeuta ayuda a la persona en duelo a:

- Regular estados emocionales y afectivos desbordantes.
- Elaborar e integrar las tareas de duelo presentes (integración somato-emocional-cognitivo-comportamental).
- Desarrollar una nueva narrativa sobre la propia vida que incorpore el impacto de la pérdida.
- Renovar el compromiso con la vida y con los demás. Para algunos dolientes incluye mantener un vínculo fructífero con el ser querido fallecido (14).

¡Ojo! Lo que puede causar iatrogenia psicológica es:

- Falta de modelo conceptual de comprensión y de métodos de intervención adecuados.
- Falta de habilidades terapéuticas para propiciar una elaboración intrapsíquica.
- Utilizar modelos de sesiones cerradas directivas tipo “elaborar el duelo en X sesiones”.
- No gestionar la contratransferencia. El terapeuta no ha elaborado sus propios duelos.

5. MÉTODOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN

Esta intensa respuesta de malestar, emociones, pensamientos, síntomas somáticos que experimentamos tras la ruptura de un vínculo afectivo significativo en nuestras vidas tiene sentido que deba sanarse dentro de otras relaciones. Tener una buena red de apoyo social es uno de los factores que propicia un duelo saludable (4). La necesidad de intimidad tan necesaria para acompañar el sufrimiento de una persona en duelo implica que el terapeuta debe estar empáticamente conectado. Esta conexión de confianza le transmite al doliente la seguridad de que puede expresar sus sentimientos, emociones, pensamientos, sin ser juzgado. Sin esta base de seguridad, el trabajo de elaboración, acceder a recuerdos traumáticos, hablar de los aspectos difíciles de la relación, explorar el enfado o la culpa no va a ser posible. La principal estrategia terapéutica, el instrumento de intervención más valioso del que dispone el terapeuta es su capacidad de establecer una relación de seguridad con la persona a la que acompaña (1,2,15).

Los métodos de intervención interpersonales constituyen las herramientas básicas para la intervención primaria. El objetivo de esta intervención es reconocer incondicionalmente la experiencia de duelo mediante la **escucha** atenta y la **validación**. La **sintonía** permite orientar o focalizar la intervención a las tareas (recuerdos, emociones, preocupaciones) que el doliente abre y que son susceptibles de una primera elaboración mediante las propuestas de **indagación**. Finalmente, es importante facilitar recursos prácticos **psicoeducativos** para su funcionamiento diario, el cuidado de uno mismo y de los otros y mejorar la accesibilidad a la red de apoyo.

5.1 SINTONÍA - ORIENTAR

Dirigir la atención solo a aquello que está disponible.

*Ser empático implica estar dispuesto a caminar en sus zapatos,
sin la intención de quererle sacar de ellos.*

La sintonía es la capacidad del terapeuta de estar en la misma onda dentro de la relación, donde se puede dar una resonancia entre doliente y terapeuta. Cuando no hay sintonía, la persona en duelo se siente inadecuada, no entendida, y el riesgo de abandonar la terapia aumenta.

Debemos estar en sintonía especialmente en varias áreas:

- **En las tareas presentadas.**
No abordar aquello donde la puerta no está abierta.
No dirigir el proceso, estar atento a lo emergente.
Priorizar las tareas presentadas.
- **En las emociones presentes.**
Tono de voz sintónico, ajustado a la emoción expresada.
No rescatar. Tolerar las emociones difíciles. Ofrecer una figura estable de contención regulada.
No proponer erradicar o cambiar las emociones presentadas.
- **En las maneras de afrontar.**
Respetar y validar las defensas de negación o evitación.
Si es un estilo instrumental, es decir, cognitivo, orientado a lo resolutivo, no llevarle a lo emocional.
Respetar la necesidad de oscilar entre la conexión y la evitación.

En el apoyo a personas en duelo, es útil preguntarse qué *puerta de acceso* o estilo de afrontamiento es la que predomina para cada persona en un momento dado. Hay dolientes que lo que más aprecian es tener el apoyo emocional que no pueden tener en otros espacios; se sienten cómodos al expresar sus sentimientos, al utilizar técnicas expresivas, hablar de lo sucedido, y están abiertos a elaborar su contenido. Aprecian poder dedicar tiempo a expresar cómo están, y cuando les validamos relacionalmente, responden con una sensación de ser entendidos y apoyados. Toleran bien la tristeza y pueden autorregularse después de una sesión con alto impacto emocional.

Los dolientes orientados a la acción, a lo comportamental, no desean ser validados en sus necesidades emocionales y lo que buscan es recursos prácticos, cosas que hacer, que les ayuden a manejar su día a día, cómo atender a los hijos, cómo hacer que la pareja esté mejor. Son personas con estilos más instrumentales, que se benefician de una intervención más orientada a resolver problemas del presente y prepararse para el futuro. Les ayuda tener listas de consejos prácticos y cómo implementarlos en sus rutinas. Toleran mal la vivencia emocional y se incomodan si se les pregunta acerca de ella. Sienten que no les va bien y que no les ayuda emocionarse.

A las personas en duelo con estilos muy cognitivo-analíticos les interesa mucho comprender lo que les está pasando, piden explicaciones psicoeducativas sobre lo que es el duelo, sus manifestaciones, cuánto tiempo dura esto, por qué tienen ansiedad. Suelen ser personas muy racionales que sienten que analizar lo que les ocurre, sus emociones, les ayuda y les da un sentido de control. Piden estrategias cognitivas para cambiar pensamientos negativos y sentir que así pueden controlar las emociones y los síntomas somáticos incómodos.

La mayoría de las personas en duelo presentan estilos mixtos entre emocional, cognitivo y comportamental. Todas estas maneras de afrontar pueden ser cambiantes en el tiempo. Es importante que el terapeuta identifique de entrada si predomina uno de ellos, para proponer intervenciones sintónicas y evitar así el abandono. *No voy al terapeuta para que me compadezca. La psicóloga me miraba, me miraba y no decía nada: me sentí muy incómodo. Yo necesitaba respuestas y él me decía que hablara de mis emociones. Yo necesitaba expresar mi culpa y ella me explicaba lo que era la culpa y por qué no debía sentirla.*

5.2 ESCUCHA - RECONOCIMIENTO

Permitir que la historia se despliegue

La persona en duelo necesita ser escuchada.

Contar la historia es un foco central del diálogo entre doliente y terapeuta(16). Escuchar cómo organiza su narrativa verbal y no verbal acerca de lo sucedido, y cómo articula sus experiencias emocionales, nos permite valorar el nivel de integración que la persona tiene de su vivencia. En paralelo, cada vez que facilitamos una nueva narrativa de la historia, favorecemos, mediante la indagación, que la persona en duelo pueda poner luz a nuevos aspectos del recuerdo, emoción o fantasía. Iluminar el pasado con esas nuevas percepciones facilita la resignificación del recuerdo y su integración.

La cualidad de la escucha implica:

- No tener prisa: mantener una actitud de interés.
- No interrumpir el relato. Respetar los silencios.
- No cambiar de tema. Estar en sintonía.
- Suave indagación sobre los pormenores.
- Facilitar el estiramiento de la historia: dar tiempo donde no lo hubo.
- Mantener la atención al escuchar la historia. Estimular el relato.
- Escuchar desde el marco de referencia del doliente.

5.3 VALIDACIÓN - NO JUZGAR

Aceptar incondicionalmente lo que la persona trae

La persona en duelo necesita ser creída

Las personas en duelo tienen dificultades en pedir ayuda porque anticipan que el terapeuta no va a aceptar sus pensamientos irracionales, sentimientos difíciles o comportamientos de evitación o negación.

La validación es una intervención del terapeuta que otorga un reconocimiento del posible valor, importancia, impacto emocional, que esa pérdida, respuesta de afrontamiento o tarea tiene para el doliente. La validación,

acompañada de la sintonía, le garantiza la seguridad de que va a ser aceptado y respetado con todo lo que está experimentando. Es una intervención que responde a varias necesidades: normalizar, mostrar el impacto, escuchar, crear, no juzgar.

A veces, el terapeuta debe validar una emoción difícil como la culpa, o pensamientos negativos como el deseo de morir, o comportamientos como comer demasiado o no cuidarse. Otras veces debe poder dar una importancia, un reconocimiento a la posible función que estos afrontamientos tienen, a pesar de que esta no haya sido explicitada. Distinguimos dos tipos de validaciones que deben utilizarse de forma distinta:

- **Validación relacional**

Es una intervención que se formula entre el terapeuta y el paciente (yo-tú) y que incluye una autorrevelación del impacto en el terapeuta. Para ello requiere que esté en sintonía con la experiencia subjetiva del paciente, desde su marco de referencia. El tono de voz debe ser sintónico con la fenomenología de lo que se está validando. La validación relacional aumenta la interconexión entre ambos, dando seguridad y mitigando los sentimientos de inadecuación de la persona en duelo.

Ejemplos de expresiones de validación relacional:

*Debe de ser difícil / ¡Qué difícil! / ¡Qué importante! / ¡Tiene mucho sentido lo que me cuentas!
/ Me llega mucho lo que dices / ¡No me extraña que (con todo lo que has pasado) estés tan...! / Te oigo y pienso... ¡qué duro! / Me emociona escucharte / Tiene tanto sentido para mí que te sientas culpable, enfadado, triste, añorante, desesperado... /*

- **Validación no relacional**

En este tipo de validación no hay autorrevelación por parte del terapeuta. El tono es neutro. La conexión es exclusivamente desde lo cognitivo. Ejemplos de expresiones de validación no relacional:

A muchas personas, cuando están en duelo, les sucede esto mismo... / Debe de ser duro para ti pasar por eso / Es comprensible... / Es natural que te sientas así, con lo que estás viviendo.

¡Ojo! Expresiones que no son validaciones:

Te entiendo, pero... no has pensado / Sí, claro, es duro, pero tú al menos... / Entiendo que te sientas culpable, pero... debes pensar en las cosas positivas que le has dado /

Cuando las intervenciones de intento de validación se acompañan de un “pero”, o “debes”, o “al menos tú”, se anula todo el efecto de autorización. Son un ejemplo de las dificultades del terapeuta de empatizar con el doliente y de su incapacidad de entrar en su marco de referencia.

5.4 INDAGACIÓN - EXPLORAR

Facilitar la exploración de la vivencia de la persona en duelo

El doliente puede empezar a cambiar cuando se siente reconocido y ha podido expandir su conciencia sobre lo que está experimentando.

El arte de escuchar es el arte de hacer buenas preguntas. Las preguntas con las que el terapeuta invita al doliente a investigar y profundizar en lo que está presentando son una intervención terapéutica fundamental para la elaboración del duelo. No se trata de preguntas para obtener información para el terapeuta (eso sería interrogar), sino preguntas cuidadosamente escogidas que llevan al paciente a poner atención a la parte de su experiencia que está en el límite o fuera de su conciencia.

Para ello utilizamos preguntas abiertas o semicerradas, con un tono de interés, curiosidad, sin juicio y siempre dirigidas a puertas de acceso presentadas: es decir, siempre en sintonía. La habilidad de indagar permite al terapeuta disponer de un abanico de preguntas dirigidas a distintas áreas de la experiencia.

Áreas de indagación específicas según la tarea presentada

- Narrativa externa factual o histórica: *¿Qué sucede o sucedió?*
- Narrativa interna o fenomenológica: *¿Cómo sucedió?. ¿Qué sentiste?. ¿Qué pensaste?*
- Experiencia faltante: *¿Qué hubieras deseado que ocurriera?*
- Narrativa de significación: *¿Qué sentido / interpretación / conclusión le das o le diste?*

La indagación es un instrumento esencial para estimular la narrativa de la historia de pérdida que permitirá elaborar las circunstancias de la muerte. También para explorar un afrontamiento y estimular su función adaptativa, o disolverlo si es desadaptativo. En otros momentos la utilizamos para profundizar en la historia de la relación, identificando asuntos pendientes relacionales y facilitando su reparación. En momentos avanzados del duelo, la indagación sobre cambios en la identidad, en las relaciones, en el sentido del sufrimiento y los posibles aprendizajes experimentados facilita la reconstrucción de significados sobre el sentido de la pérdida.

5.5 PSICOEDUCACIÓN Y RECURSOS

La parte psicoeducativa y de recursos es una parte esencial del acompañamiento en duelo. Estas intervenciones incluyen un abanico de recursos prácticos, consejos, explicaciones y recomendaciones que el terapeuta hace con varios objetivos (3).

- **Mejorar la red de apoyo**

- **Facilitar el cuidado de uno mismo y de las personas a su cuidado.**

En la exploración de la red de apoyo va a ser importante identificar a los más frágiles, las personas que cree debe proteger. Validar el esfuerzo que la persona en duelo está haciendo para cuidarles y a la vez identificar las dificultades u obstáculos para ello (*estoy siempre cansado y sin energía, veo a mi hijo muy enfadado y no sé cómo tratarle*). Ayudamos proveyendo de recursos prácticos específicos para los mayores, los niños y adolescentes, y también psicoeducación sobre sus necesidades y cómo atenderlas. Asimismo señalar la importancia de no proyectar la tristeza o el enfado: la familia no debería ser espacio de proyección (*a veces no puedo más y descargo con los niños*).

Señalar la importancia de mantener un balance entre cuidarse uno mismo y estar apoyado y cuidar a los demás –podemos proveer de estructura, rutinas, aspectos de higiene, insomnio–, dar permiso para ir al ritmo de cada uno, explicar la importancia de distraerse y también de conectar con el dolor, identificar la lista de personas de apoyo para estimular la red, señalar la importancia de evitar decisiones importantes y ponerse objetivos a corto plazo son, entre otros, los aspectos psicoeducativos clásicos del acompañamiento en duelo.

- **Regular estados emocionales difíciles**

La persona en duelo, dependiendo de las tareas presentadas, puede beneficiarse de intervenciones dirigidas a dar psicoeducación sobre la importancia de las emociones y su función relacional y elaborativa. Explicar los distintos estilos de afrontamientos, y la función de la evitación y la conexión en la elaboración del duelo. También información sobre lo que es el trauma, sus síntomas y efectos a largo plazo. Dar recursos de autorregulación ante los síntomas de estrés traumático: anclaje, enraizamiento, prácticas de atención plena o dual, es especialmente útil en los primeros momentos del duelo. En algunos casos, las personas agradecen conocer lo que es un duelo complicado y cómo se produce. Todas estas intervenciones deben hacerse de forma sintónica con las necesidades presentadas por la persona en un momento dado.

6. MÉTODOS AVANZADOS DE INTERVENCIÓN

Con el tiempo, si la persona no ha podido elaborar la historia de su pérdida, pueden aparecer sentimientos de añoranza intensa y persistente, enfado y amargura por lo sucedido, dificultades en aceptar la realidad de la muerte, incredulidad y anonadamiento, presencia de respuestas evitativas o negadoras crónicas, sensación de sinsentido en la vida, entre otros síntomas. Estos son algunos de los indicadores que, si persisten en el tiempo de forma intensa afectando al funcionamiento diario de la persona, señalan complicaciones de duelo tipo *Trastorno por duelo prolongado (TDP)*, *Trastorno de estrés postraumático (TEPT)* y/o *depresión (6,2)*.

La severidad de algunas de estas reacciones de duelo en los primeros 6 meses son un predictor de la severidad de las mismas en etapas más avanzadas. En los primeros meses después de la pérdida, podemos identificar a las personas que presentan síntomas leves y no van a necesitar ayuda especializada, y las que presentan respuestas intensas dentro de estos rangos diagnósticos. Para este segundo grupo necesitaremos herramientas terapéuticas más avanzadas, ajustadas a la resolución de estos síntomas (2,17). Esta detección temprana de malestar intenso puede permitir una intervención preventiva que facilite la adaptación saludable al duelo.

6.1 INTERVENCIONES PARA ELABORAR EMOCIONES DIFÍCILES

Emocionarse es recordar, y recordar es la manera natural y necesaria de elaborar el duelo

En el duelo por COVID-19 nos encontramos con emociones como la tristeza, la culpa y el enfado que se manifiestan de manera muy intensa. Son emociones naturales que según la causa de la muerte pueden aparecer con más intensidad (18).

Me siento culpable de no haber hecho más, de su muerte, de no haberme dado cuenta, de haber tomado decisiones equivocadas.

Siento rabia al pensar en la manera en que ha muerto. No se merecía morir así. La vida es injusta. Lo han dejado morir. Por qué no nos dijo nada, lo mal que se sentía.

Solo hago que llorar. Me siento muy triste y sola. Allá donde miro... no está y no puedo parar de llorar. Ahora me da miedo todo. La incertidumbre, la impotencia que tengo de no saber.

El terapeuta debe acoger estas emociones sin sentirse incómodo, sin el deseo de cambiarlas o invalidarlas. Estas emociones son naturales y necesarias para la vivencia del duelo. No hay emociones positivas o negativas: todas tienen una función específica que es facilitar el recuerdo de algo, una tarea que está pendiente de ser resuelta. Si el terapeuta interviene con la intencionalidad de extinguirlas, la persona en duelo puede sentirse inadecuada, y, por otro lado, se pierde la oportunidad de resolver la tarea que las ha originado.

El objetivo de la intervención no es extinguirlas, ni ventilar, sino, al contrario, aumentarlas para favorecer la activación de los circuitos neuronales asociados al recuerdo para que este pueda ser reexperimentado en el aquí y ahora de forma que pueda elaborarse. La habilidad de facilitar la indagación emocional es lo que asegura que una intervención pase de ser cognitiva descendente (reestructuración cognitiva) a somático-emocional ascendente (reestructuración integrativa) (19). Una vez activado el recuerdo, sea de las circunstancias de la muerte o de algún aspecto relacional, la cuidadosa indagación del terapeuta dirigida a áreas específicas según la tarea abordada facilitará la elaboración del mismo. Promover una reparación intrapsíquica permite al doliente otorgar un nuevo significado a lo sucedido y, con ello, integrar ese aspecto de la pérdida de una forma saludable (2).

6.2 INTERVENCIONES PARA ELABORAR LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

Estos recuerdos reales o imaginados asociados a las distintas tareas deben elaborarse a fin de que generen menos sufrimiento. La intervención es distinta según se trate de :

Recuerdos reales del suceso que tuvieron lugar y causan sufrimiento:

Sé lo que sucedió y me causa sufrimiento.

Recuerdos imaginados acerca de sucesos inciertos:

No sé lo que sucedió, e imagino lo peor.

Recuerdos de sucesos donde se percibe que hubiera sido posible que sucediera otra cosa:

Esto se podía haber evitado. Hubiera podido hacer algo.

La intervención terapéutica se dirige a facilitar el recuerdo de la historia de lo sucedido o de lo fantaseado, sea la *impotencia de no poder protegerle, la percepción de que la muerte se podía haber evitado, la culpa por no haberle podido cuidar*. Esta revivencia activa las emociones que estas tareas despiertan. El terapeuta debe

ser muy cuidadoso con su intervención, proveyendo de forma continuada en el transcurso del relato de estrategias de autorregulación si la sintomatología despertada es abrumadora. La elaboración de las tareas puede incluir una indagación de la peor y/o de la mejor fantasía, promoviendo una reparación del déficit relacional, facilitar la expresión de lo faltante y en algunos casos puede completarse con una activación del vínculo en un diálogo con el ser querido que promueva el perdón y la reconciliación con lo sucedido. Con este trabajo, los recuerdos traumáticos pueden convertirse en recuerdos emotivos que generan emociones más tolerables y mucho menos abrumadoras (2).

6.3 INTERVENCIONES PARA ELABORAR TAREAS RELACIONALES

¡Antes de despedirse del ser querido, hay que acogerle e integrar todo lo vivido!

Para muchas personas en duelo, el concepto de despedida es inapropiado y el terapeuta deberá facilitar el sentido de conexión y la activación de los lazos continuos fructíferos. Muchas personas en duelo manifiestan que pueden despedirse de una parte de su ser querido, pero que hay otra que permanecerá siempre viva en sus corazones (14). La persona en duelo debe recordar todos los recuerdos relacionales gratificantes y también los difíciles para poder integrar lo recibido y poder resignificar la pérdida. Cada una de las tareas relacionales (*echarle de menos, sentirse culpable de algo del pasado, estar enfadado por sentirse abandonado...*) está representada por recuerdos específicos de la vida compartida real o imaginada. El objetivo de la intervención es promover una elaboración de estos recuerdos para que puedan convertirse en una fuente de gratificación y amor.

Para ello el terapeuta facilita la vivencia del recuerdo de manera que la persona en duelo lo pueda reexperimentar en el aquí y ahora como si estuviera teniendo lugar en el presente. Esta reescenificación activa las emociones que lo acompañan y, en ese momento, el terapeuta interviene con una cuidadosa indagación según se esté abordando el futuro no vivido, o el espejo roto, o la añoranza en el día a día, o un asunto pendiente. Esta exploración realizada de forma integrativa favorece la resignificación del recuerdo y su integración desde una experiencia vivencial, como un descubrimiento realizado desde la experiencia, no desde una mera resignificación cognitiva. La posibilidad de activar los lazos continuos y estimular un diálogo con el ser querido puede ser una manera de sellar estos aprendizajes en forma de crecimientos positivos en la vida de la persona en duelo (1,20).

En los casos de relaciones donde ha habido distanciamiento, o conflicto, agravado por el hecho de no haber podido cuidar al ser querido, y también en relaciones muy dependientes, van a ser necesarias herramientas de intervención más sofisticadas.

Uso de estrategias expresivas

Los modelos de intervención en duelo y pérdidas basados en recursos expresivos como la arteterapia, la musicoterapia y la escritura creativa han resultado ser muy eficaces y un complemento natural a los métodos dialógicos (21,22). El uso de fotografías, música, arte, objetos de recuerdo, escritos, literatura, cine, visualizaciones, rituales, puede facilitar el acceso a recuerdos relacionales significativos, emociones intensas, activaciones del vínculo, y con ello facilitar un procesamiento intrapsíquico resolutivo. Una primera elaboración puede ser facilitada dentro del diálogo con el terapeuta, que puede posteriormente o en paralelo proponer un método expresivo para poderlo explicitar simbólicamente y reparar de forma más integrativa.

Los recursos expresivos es aconsejable utilizarlos dentro de una relación terapéutica de confianza, identificar la tarea según el momento del duelo (no proponer todas las tareas a la vez: por ejemplo, una carta que exprese el perdón, la gratitud y la despedida), valorar el impacto teniendo en cuenta los factores culturales, de personalidad y género, y que el terapeuta esté familiarizado personalmente con la técnica.

7. CONCLUSIONES

Para un terapeuta de duelo con experiencia, la mayoría de las tareas que el duelo por COVID19 presenta son conocidas. Nos las encontramos asociadas a muertes súbitas (no anticipación), pérdidas ambiguas como son las desapariciones (incertidumbre, no saber como murió, no haber podido acompañar), y duelos desautorizados (dificultad de acceso a la red de apoyo, falta de rituales significativos, estigma) (23,24). La excepcionalidad radica en que, en duelo por COVID19 en las circunstancias de la muerte confluyen todos los factores de riesgo de duelo traumático, más la afectación intensa de la red de apoyo.

- Tareas relativas a las circunstancias de la muerte especialmente traumáticas.
- Tareas relativas a la pérdida de la relación intensificadas por la imposibilidad de cuidar y acompañar al ser querido en la última etapa, la percepción de sufrimiento por la soledad, más la ausencia de ritos significativos de despedida.
- La propia red de apoyo está afectada.
- Las personas dependientes al cuidado del doliente tienen demandas más acuciantes.
- La sintomatología natural y afrontamientos se dan en un contexto agravado por el confinamiento.
- La presencia de estresores concurrentes como es la incertidumbre hacia el futuro, aspectos laborales y de salud.

Debido al posible riesgo de aparición de complicaciones de duelo, y la importancia de evitar el abandono de la terapia por intervenciones prematuras que causan iatrogenia, nuestra recomendación es que:

- Se realice un diagnóstico de factores de riesgo a fin de poder identificar a las personas con más riesgo y facilitarles el acceso a una intervención secundaria o terciaria adecuada a sus necesidades.
- Se identifique en las primeras etapas del acompañamiento o psicoterapia los indicadores prematuros de Desorden de Duelo Prolongado, Síndrome de Estrés postraumático o Depresión. Ajustar las intervenciones específicas preventivas de estos síndromes promoviendo un duelo saludable.
- Las intervenciones primarias sean sintónicas con las tareas/afrontamientos que la persona presenta, y evitando causar daño o el abandono al abordar tareas para las que el doliente no está preparado.
- Se tengan en cuenta los distintos estilos de afrontamiento, validar las emociones presentes y los distintos estilos de afrontamiento sean los que sean, y ajustar las intervenciones para prevenir el sentimiento de inadecuación de la persona en duelo.
- La psicoterapia y el acompañamiento en duelo deben realizarse basándose en modelos de intervención específicos en duelo actualizados basados en la evidencia, que incorporen herramientas avanzadas para la prevención y tratamiento del duelo complicado, integrando además con modelos más específicos de tratamiento del trauma.



*El duelo es
un poco de tiempo
que nos da la vida
para aprender a amar*

Alba Payàs

Agradezco a Dulce Camacho, Nadia Colette, Alba Gavaldá, Jesús Angel Garcia, Clara Gomis, Pedro Martin-Barrajón y Ainhoa Videgain sus generosos comentarios a este material.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Payàs, A (2010) *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Ed. Paidós.
- (2) Payàs, A.(in press) *Terapia de duelo complicado*. Ed. Eleftheria.
- (3) Payàs, A. (2014) *El mensaje de las lágrimas*. Ed. Paidós.
- (4) Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GK, Davies,A. 2010) *Predictors of complicated grief a systematic review*. *Death studies* 34:673-608
- (5) Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. (2017). *Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorder*;12:138-149.
- (6) Boelen.PA, van de Schoot R, van den Hout MA, de Keijser J, van den Bout J. (2010) Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders.*; 125(1-3):374-378. doi:10.1016/j.jad.2010.01.076
- (7) Payàs, A. (2015) *The bereavement sibling Interview in Techniques of Grief Therapy* (vol. 2): Assessment and Intervention. Ed Robert Neimeyer , Routledge.
- (8) Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W.E. Stroebe & H.E. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care (chapter 25)*. American Psychological Association.
- (9) Ogden, P., Minton, K., y Pain, C.(2009). El trauma y el cuerpo. *Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- (10) Stroebe, M. S., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. *Meaning reconstruction and the experience of loss*, 55-73.
- (11) Stroebe, M. S., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-Oriented Self-Regulation among bereaved parents: The costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychological Science*, 24(4), 395-402
- (12) Caplan,G & Caplan,R (2000) Principles of community psychiatry. *Community Mental Health Journal*, 36,7-24
- (13) Garcia,J., Landa V.(2015) Family Pshysicians and Primary bereavement Care. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, Vol. 17, No.2, pp. 548-551, ISSN 1522-4821
- (14) Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. (2014). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- (15) Erskine, R.G., Moursmud J.P, Traumtamnn R.L (2011) *Mas allá de la empatía. Una terapia de contacto en la relación*. Desclee de Brouwer
- (16) Pennebaker, J. W. (2000). Telling stories: the health benefits of narrative. *Literature and medicine*, 19(1), 3-18
- (17) Shear, K., Boelen, P., & Neimeyer, R. A. (2011). Treating complicated grief: Converging approaches. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer y G. Thornton (eds), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 139-162). New York: Routledge.
- (18) Camacho,D., Perez Nieto, Gordillo, F., (2017) Guilt and bereavement. Effect of the cause of death and measuring instruments. *Illness Crisis and Loss* 1-15 Sage
- (19) LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- (20) Payàs, A; Chaurand, A. (2017). *Unfolding Meaning from Memories: an integrative meaning Reconstruction Method for counseling the bereaved*. *Illness Crisis and Loss* 1-17 Sage (2017)
- (21) Neimeyer, R. A. (2012). Correspondence with the deceased. In R. Neimeyer (ed.), *Techniques of grief therapy: Creative strategies for counseling the bereaved* (259-261). New York: Routledge.
- (22) Collette, N (in press) *Deepening the inner world. When art therapy meets the spiritual needs*. En: Jacobson R and Wood MJM. *Handbook of Art Therapy in Hospice and Bereavement Care*. Ed Routledge.
- (23) Doka, K. J. (Ed.). (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research PressPub.
- (24) Boss,P (2001) *La pérdida ambigua. Como aprender a vivir con un duelo no terminado*. Ed. Gedisa.

ENLACES DE INTERÉS

Web Instituto IPIR:

www.ipirduelo.com

Plataforma webinars:

www.ipircourses.com

Conferencia Covid19:

<https://www.youtube.com/watch?v=pVEiTBRBSOo&t=3676s>

Red terapeutas IPIR:

<http://www.ipirduelo.com/instituto-ipir/red-ipir/>

Curso Actualización en Duelo (16h):

<http://ipircourses.com/courses/course-v1:16-Horas+2019-20+19-20/about>

Máster propio Online IL3-Universidadde Barcelona 2020/21:

<http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/MASTER-DUELO-IPIR-20-21.pdf>

Diploma Online Intervención en Duelo Normal y Duelo Complicado 2020-21:

<http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/INTER-DUELO-OL-IPIR-20-21pdf.pdf>

Diploma Online Experto en Duelo y Pérdidas en el Ciclo de la Vida 2020-21:

<http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/DUELO-CICLO-VIDA-IPIR-20-21.pdf>

Mail de contacto:

info@ipirduelo.com