

Casos clínicos

TERAPIA DE GRUPO EN DUELO COMPLICADO: UN ENFOQUE DESDE LOS FACTORES DE CAMBIO POSITIVO

Pan Pérez Sales**, Laura Hernangómez Criado**,
Cecilia Santiago Vera***

*Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Parla
(Madrid),

** P.I.R. Psiquiatría. Hospital de Getafe
(Madrid),

***Asistente Centro de Salud Mental de Parla.

Resumen

Objetivo. Se revisan los factores terapéuticos específicos e inespecíficos de los grupos y su aplicación al caso del duelo complicado desde una perspectiva práctica. Se hace especial énfasis en los recursos positivos. Se comparte de manera crítica la experiencia de un grupo abierto de dieciséis sesiones con pacientes especialmente complejos, que no habían respondido previamente a terapia individual según el criterio de sus terapeutas.

Método. Se repasan brevemente los estudios controlados sobre terapia grupal de duelo. A la luz de este análisis se detallan los contenidos y dinámicas utilizados en el grupo, así como las evaluaciones de proceso internas y externas de las mismas. Se analiza críticamente la experiencia y se proponen estrategias adicionales.

Conclusiones. La terapia grupal se muestra como un coadyuvante poderoso a otras terapias, si bien la gran heterogeneidad de las formas y procesos posibles alrededor de la experiencia del duelo complejo requerirán de un detallado análisis caso por caso y sesión por sesión para poder responder a las particulares necesidades de todos los participantes.

Abstract

Aim. Sixteen specific and unspecific healing factors in therapeutic groups are reviewed. A detailed analysis is made of their application in the case of a complicated bereavement group. Emphasis is put on positive individual and group resources and to practical issues in group activities. The authors describe the Experience of an open group of sixteen ses-

sions with specially complex patients pre-unresponsive to individual therapy.

Method. Controlled studies of group therapy of bereavement are briefly reviewed. The process and dynamics of the group are outlined, as well as internal and external assessments. The experience is critically analyzed and additional strategies for working with this population are suggested.

Conclusions. Group therapy is a powerful addition to other therapies, although the enormous heterogeneity of the multiple processes that can appear surrounding the complicated grief experience, demand a detailed analysis case by case and session by session in order to properly fulfill the particular needs of all participants.

Introducción

El duelo constituye el paradigma de proceso humano normal que la sociedad contemporánea intenta cada vez más en medicalizar dentro de la carrera por eliminar las sensaciones de estrés del espectro de reacciones emocionales. Se ha definido el duelo desde múltiples modelos (la teoría psicoanalítica clásica, los modelos del apego^{1,2,3}, la teoría del estrés⁴, los modelos sistémicos y relacionales...) definiendo diferentes fases -según unos- o tareas⁵ -según otros-, que conducen a la superación de dicho proceso. Pensamos que probablemente sería más cercano a la realidad algún modelo basado en la teoría del caos. Podría propugnarse, según esto, que el duelo es una reacción (1) compleja y multidimensional, (2) impredecible, (3) de carácter recurrente y fluctuante y (4) de intensidad generalmente decreciente. Gráficamente se representaría por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates

Se han propuesto numerosas formas grupales de ayuda o autoayuda para pacientes en duelo fundamentalmente desde servicios de atención psicológica ligados a unidades médicas. Se trata de estructurar y ordenar lo que la sociedad de modo espontáneo debería hacer: acompañar en este proceso. Lo dudoso de este tipo de intervenciones viene señalado indirectamente por la única revisión metaanalítica existente sobre el tema'. Estos autores repasan 5 estudios adecuadamente controlados de terapia de grupo en duelo con resultados más que desalentadores. En seis trabajos la intervención no tiene ningún resultado positivo. En el séptimo levemente positivas y sólo un estudio' refleja resultados muy positivos tras ocho sesiones semanales de 2 horas de duración. Se trata de un grupo de viudas recientes (menos de seis meses) en el que se recomendaban lecturas que se discutían después, se daba espacio para compartir y algunas técnicas específicas (escribir a la persona fallecida, hacer un recuerdo o memorial, escribir un diario del duelo). El metanálisis global daba un tamaño del efecto casi nulo (0,052) y recomendaciones acorde con ello. Pero esta revisión es probablemente engañosa. Analiza grupos terapéuticos cuyo paradigma es la búsqueda activa de casos. Así, en uno de los estudios se recluta a viudas a partir de las esquelas de los periódicos locales -en otro, se reclutan directamente en el Tanatorio-. Los autores (de Stanford) se sorprenden de que dos terceras partes rehusen participar y que los resultados finales globales sean muy desalentadores... Una conclusión más realista hubiera sido, quizás, que un grupo terapéutico tiene sentido cuando hay una demanda específica y un grupo de autoapoyo cuando por cualquier razón se carece de ese soporte en el entorno natural.

Más aún, los autores desglosan el efecto en (a) intervención de soporte social, (b) intervención promoviendo actividades sociales y (c) intervenciones sobre estrés/afrentamiento encontrando que la primera tiene un efecto ligeramente beneficioso, la segunda perjudicial y la tercera ningún efecto. Parece plausible que

a personas viudas que no han pedido tratamiento, que están en la etapa de aislamiento que surge en el inmediato post-fallecimiento, forzarlas como algo terapéutico a salir y participar en actividades sociales puede promover las culpas, la tristeza, la sensación de extrañamiento, etc. Lo que se infiere en realidad del metanálisis es, en nuestra opinión, que las sobreintervenciones sobre el duelo no patológico no sólo no son útiles sino que pueden ser yatrogénicas. Lo que no deja de ser toda una conclusión.

No conocemos estudios controlados con poblaciones clínicas con duelo complicado. La experiencia que presentamos corresponde a un estudio no controlado con una población clínica seleccionada por su demanda de ayuda y por la refractariedad a otro tipo de intervenciones de carácter individual.

Elementos terapéuticos en el proceso grupal: características específicas de un grupo de duelo

Las terapias de grupo ofrecen elementos reparadores específicos que les confieren un potencial único. Constituyen la reproducción en un espacio pequeño y controlado de parte de lo que ocurre en la sociedad y como tales permiten reproducir ciertos procesos psicosociales. La tabla 1 considera cuales son los principales componentes terapéuticos de un proceso grupal y

La experiencia en Parla

Se describe a continuación la experiencia con un grupo de pacientes con duelo complejo realizado en el Centro de Salud Mental de Parla (Madrid) estructurado según los siguientes criterios:

Selección. Pacientes remitidos por su terapeuta habitual por considerar que se trata de casos que no respondían suficientemente a una terapia de apoyo o insight o en los que el duelo se había cronificado y formaba parte de la estructura de funcionamiento diario del paciente. Evaluación de la historia clínica por los coordinadores del grupo.

Factores terapéuticos generales de los procesos de grupo	Dificultades específicas de un grupo de duelo	Factores positivos en un grupo de duelo	Elementos terapéuticos a considerar derivados de lo anterior
1. Universalidad sentimiento de experiencia compartida ("no soy un bicho raro").	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el duelo, no es raro que cada persona pueda pensar que su dolor es único e irreparable y que nadie puede entenderlo; puede incluso expresar rechazo ante comparaciones con el dolor ajeno. 2. Pueden establecerse rivalidades entre los "diferentes tipos de muerte" y sus dificultades (súbita, por suicidio, hijo-pareja-progenitor, circunstancias, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada muerte es única, por lo que se vive desde la intimidad del proceso personal. Pueden ser grupos que remuevan más profundamente la estructura global de funcionamiento de la persona y su manera de estar en el mundo. Hablar con los demás del duelo permite recapitular la propia vida: prioridades, significado, valores, soledad, impotencia, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sería recomendable validar el sentimiento de que el dolor ante la muerte de un ser querido es único, pero a la vez enfatizar que es una experiencia compartida: se está tan solo ante la muerte como lo están los demás.
2. Explicitación. puede darse un nombre a lo que ocurre y esto es en sí mismo terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de medicalizar el proceso de duelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de irrealidad y aturdimiento de las primeras semanas o meses nos protege del dolor. Explicitar el duelo ayuda a volver al aquí y ahora de la realidad de la pérdida. Estamos aquí <i>porque</i> alguien ha muerto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantear el duelo como un proceso normal que, por su intensidad o duración, se ha convertido en bloqueante y requiere atención (puede ocurrir mismo con otras reacciones fisiológicas normales del cuerpo ante agresiones como por ejemplo la fiebre o la tos). • Respeto a los intentos de algunas personas por no explicitar que un ser querido ha muerto y que se sufre por ello.
3. Información. El grupo como fuente de educación para la salud. El dinamizador/terapeuta es depositario de una autoridad moral delegada por los demás que, adecuadamente usada confiere valor terapéutico a sus palabras y consejos.	<ul style="list-style-type: none"> • No hay sugerencias universales sobre cómo superarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza: es posible afirmar que el 90% de las personas son capaces de integrar con el tiempo el dolor de una pérdida. 	<ul style="list-style-type: none"> • *Expresar que el terapeuta sólo puede aportar lo que ha sido de ayuda a otras personas en otros grupos o/y contextos. • *Normalizar las reacciones (rabia, ira, desprecio) en base a la experiencia con otras personas. • Sólo cuando el individuo está comprometido con el deseo de integrar el dolor, será vivido como alivio los mensajes destinados a fomentar la esperanza de que esto es altamente probable.
4. Validación del sufrimiento: "lo que me ocurre es relevante y merece que los demás le presten atención".	<ul style="list-style-type: none"> • En ocasiones, los miembros del grupo pueden anclarse en la contemplación de la pena y el dolor y en una competición por comprobar quién sufre más y quién acapara más la atención del grupo y del terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Superar el proceso de desfase social: tras un primer momento en que el doliente recibe una enorme atención, aparece un segundo de evitación social del tema por miedo o aburrimiento, y en ocasiones un tercero de compasión o rechazo. El grupo supe el desfase entre las necesidades de la persona y la respuesta psicosocial. - Ruptura del tópico social "debes ser fuerte, la vida continúa". • Ruptura de la imagen del duelo prolongado como signo de debilidad de carácter y reivindicación del derecho al dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atención individualizada y dejar un tiempo suficiente a cada uno para la narración detallada de sus circunstancias, con la única limitación de intentar que puedan hablar todos.

Factores terapéuticos generales de los procesos de grupo	Dificultades específicas de un grupo de duelo	Factores positivos en un grupo de duelo	Elementos terapéuticos a considerar derivados de lo anterior
5. Imagen positiva de cambio: la existencia de personas en diferentes estadios, de cambio (shock-pre-contemplación, aproximación contemplación, lucha-ambivalencia, decisión-acción, recurrencia-integración) permite dar esperanza de que es posible estar mejor.	- Descalificaciones a personas más avanzadas en el cambio, que puede hacer revivir sentimientos de culpa a los que empiezan a estar mejor.	- Cuestionar el estereotipo social de que "determinadas muertes son insuperables".	- Favorecer la comparación positiva entre los diferentes momentos de cada uno de los miembros del grupo.
6. Socialización. Aprendizaje de tácticas que han sido útiles a los demás y elaboración colectiva de posibles estrategias ante situaciones complejas.	Actividades que a unos les sirven a otros les empeoran.	- Aporta estrategias y ejemplos más cercanos que los que pueden sugerir los terapeutas.	- El trabajo de educación para la salud evitará dar soluciones fomentando dinámicas que evidencien: "qué sirvió en ocasiones similares?", "¿qué podríamos recomendar a...?", "¿por qué otros familiares parecen llevarlo mejor?, preguntémosles".
7. Confiar y compartir con los demás. Más allá de la ventilación emocional, hay una reconstrucción narrativa. Se construye un nuevo relato más tolerable y tranquilizador.	- Posibilidad de repetición recreativa y de revivir el dolor sin insight. - Narración disociada: En ocasiones no hay una sincronía entre descripción narrativa, emociones y razonamientos y eso implicará la ausencia de reelaboración narrativa.	- A veces, puede existir una presión social para que la persona mantenga su duelo, y esto aumenta formas de pseudocatarsis (repetición de discursos estereotipados). El grupo puede permitir romper esta dinámica. - Cuando la presión social impide la expresión del duelo, el grupo puede ser un espacio de tolerancia al llanto y de descontrol emocional.	- Fomentar la expresión de sentimientos y no sólo el discurso racional (explicaciones detalladas de lo que ocurrió, visualizaciones controladas, ejercicios de focalización monitorizados).
8. Empatía. Comprensión por pares,	- Puede aparecer en ocasiones alienación compartida: desarrollar una actitud de "nosotros frente al mundo" que puede bloquear el proceso, Esto será especialmente frecuente cuando hay un objetivo reivindicativo común y se confunde integrar el dolor con renunciar a la reivindicación y/o la lucha. Se mezclan sentimientos de traición al grupo y/o al fallecido.		- Pueden ser muy positivos los momentos de contacto corporal (abrazos, dar la mano, etc) en momentos de alta emotividad. - El trabajo por parejas favorece salir del dolor propio y aumenta la empatía.
9. Cohesión. Mejoría a través del sentimiento de pertenencia a un grupo.	- En ciertos contextos puede ser un hecho estigmatizante.	- Compromiso: la creación de lazos emocionales facilita que el cambio y el insight no se queden sólo en un plano intelectual.	- Tener actitudes poco directivas. Favorecerlas actividades externas colectivas allí donde el contexto lo permita y sea adecuado: organización de actos, recuerdos, etc, como manifestación del grupo para el resto de la comunidad.
10. Actualizar relaciones interpersonales (proyección de figuras relevantes): el terapeuta u otro miembro del grupo pueden despertar patrones de interacción significativos, lo que permite analizar a través de un tercero los sentimientos que provoca y el modo de reaccionar ante ellos. Descalificaciones a personas más avanzadas en el cambio, que puede hacer revivir sentimientos de culpa a los que empiezan a estar mejor.	- Sustituir aspectos de la relación con el fallecido por la relación con el grupo. Por ejemplo, en personas muy dependientes pasar a tomar el grupo como referente de dependencia.	- Puede ayudar a superar conflictos con la persona fallecida (por ejemplo, persona quizás con excesiva dependencia o sumisión , que es animada en el grupo a tomar otra actitud, es tratada como alguien válido).	- ¿Cómo nos perciben los demás? - Importancia de prestar atención a la relación que se estableció con los demás y a los rasgos de personalidad de los miembros del grupo.

Factores terapéuticos generales de los procesos de grupo	Dificultades específicas de un grupo de duelo	Factores positivos en un grupo de duelo	Elementos terapéuticos a considerar derivados de lo anterior
11. Retroalimentación del estilo de comunicación,	- Son muchas las expectativas sociales sobre cómo debe expresarse una persona que ha sufrido una pérdida reciente y es difícil combatirlas.	El grupo permite la experimentación de algunos temas básicos: - ser excesivamente prolijo puede provocar aburrimiento o rechazo; - ser excesivamente lacónico, incomprensión y aislamiento; - repetir siempre la misma historia acaba por agotar a los demás.	- Trabajar a través de dinámicas o ejercicios el modo cómo nos perciben los demás.
12. Contraste de creencias personales con la opinión del resto del grupo.	Especial irracionalidad de algunas creencias que subyacen a los duelos complejos: - vivencias de culpa por hechos a veces intrascendentes de los días antes, durante o después del fallecimiento; - búsqueda obligada de culpables y necesidad de que alguien "pague por ello"; - el alivio como traición al fallecido.	- Cada miembro del grupo suele ser ciego a las creencias irracionales propias pero muy certero para las ajenas. - El grupo puede a veces dar un "perdón simbólico". - El grupo puede "autorizar" simbólicamente ciertas actividades culpógenas (por ejemplo, salir un fin de semana de excursión).	Consultar de modo regular al grupo su opinión sobre culpas, culpables, actividades "correctas" e "incorrectas", etc, dedicando todo el tiempo que sea preciso a ello.
13. Fomentar apoyo mutuo y establecer redes y contactos fuera del grupo,	Riesgo de socialización alrededor del dolor : inmovilismo y perpetuación en el papel de "doliente" (por ejemplo encontrarse regularmente en el cementerio o lugares de luto...).	- El grupo como factor contra el aislamiento y la soledad que siguen con frecuencia a la pérdida. - Elementos de recuerdo positivo (por ejemplo, homenaje a las víctimas, en caso de muerte colectiva).	- Apoyar todas las iniciativas espontáneas de apoyo. - Discutir las formas de apoyo mutuo que ayudan o no según la perspectiva de cada uno.
14. Altruismo: Ayudar a los demás del grupo como forma de ayudarse a sí mismo; experiencia de ser importante para otros y poder ayudarles.	Añadir el dolor de los demás a mi propio dolor ("venir me perjudica, tengo suficiente con lo mío").	Uno cree saber más que en otros contextos lo que el otro necesita y las formas de altruismo surgen con gran facilidad.	Devolver lo que cada miembro dice al resto del grupo, para abrir la posibilidad de ayudas, sugerencias consejos, compartir experiencias
15. Grupo como fuente de compromiso para el cambio.	- Los distintos momentos de cada persona toleran situaciones distintas. - La presión adecuada en un determinado momento del proceso puede ser vivida negativamente en otro.		- Fomentar que el grupo pacte objetivos entre sesiones no obligatorios. - Reconocer con comentarios hacia el grupo los cambios de ropa, peinado, costumbres etc de alguno de los miembros del grupo. - Fomentar actividades que lleven a compartir recuerdos, objetos, o fotografías que aunque la persona conserva tiende a evitar sistemáticamente.
16. Discusión colectiva de los componentes existenciales asociados al tema del grupo.	Abordaje de preguntas de difícil respuesta: - sentido de la muerte; - evitabilidad o no de la muerte y concepto de destino; - justicia/injusticia, especialmente en el caso de las muertes en niños o jóvenes, muertes violentas crueles o muertes inesperadas; - pérdida de la fe .	- Aprender de la muerte para reorientar la vida. - Aceptar que el sufrimiento existe y recordar la fragilidad de la vida para a partir de ahí buscar elementos por los que luchar.	- Considerar detenidamente los aspectos humanistas y existenciales cada vez que emerjan.
17. El grupo como origen de cambio social.	Posibilidad de convertir los componentes sociopolíticos en el identificador de rol social: el rol de doliente es la marca de identificación a la que ya no va a ser posible renunciar nunca (síndrome de la trinchera).	- Búsqueda de justicia. - Muertes por negligencia: acciones. - Muertes por causa política o violencia: acciones. - Factores económicos o sociales que podían haber evitado la/smuertes/-s: prevención. - Evitar el olvido social.	- Fomentar las posibilidades de actuación (poder hacer algo). - Valorar la probable necesidad de participar en algunas de estas actividades. Vínculo comprometido.

Características de la población. Grupo de edad media elevada [52 (37-69 años)], nivel cultural bajo [algunos miembros con dificultades importantes de lecto-escritura].

Estructura del grupo. Grupo abierto. Iniciaron las sesiones 8 pacientes, con abandonos e incorporaciones durante el proceso, hasta un total de 16 participantes. Se admitieron pacientes hasta 5 sesiones antes del cierre. La media de participación fue de 7 pacientes por sesión. Además del terapeuta y coterapeuta, el grupo tuvo residentes de medicina de familia o psicología clínica como observadores (máximo 1 por sesión, 4 en total del proceso). Duración total de 8 meses (16 sesiones quincenales de una hora y media de duración).

Características del duelo. La causa más frecuente era la muerte inesperada y violenta de un hijo (7 casos, 2 por suicidio, 4 en accidente laboral o de tráfico y 1 por enfermedad crónica), 2 hermanas (por suicidio ambas), 3 parejas (1 suicidio y 2 muertes violentas inesperadas) y 2 padres (muerte natural no elaborada). El fallecimiento había ocurrido de promedio 1 año y medio antes (6 meses-10 años).

Estructura de las sesiones. La tabla 2 muestra el contenido y las dinámicas empleadas en las sesiones.

Otros elementos de trabajo

Insertado dentro de los contenidos generales de las sesiones y en la medida en que las intervenciones de los miembros del grupo daban pie a ella fueron surgiendo otros temas relevantes:

- Qué ocurrió tras la muerte? ¿Cómo nos afectó?: Temas clave:
 - modo de dar la noticia (teléfono, personalmente, brusco, suave...)
 - me dejaron/quise verlo-no verlo,
 - estuve flotando, sedada, con pastillas o pendiente de todo,
 - donación o no de órganos,
 - incineración-exhumación.

- Nuestra historia previa. A veces una muerte recuerda a otras situaciones o a otras muertes y por eso duele más. Elaborar una historia personal de pérdidas (en un sentido amplio, no sólo referido a fallecimientos).
- ¿Hemos tenido depresiones antes? ¿Estamos mal sólo por el duelo o es injusto atribuir todo lo que nos ocurre a lo mismo?
- ¿Estoy contento/a con mi manera de ser?
- Traspasar la muerte a generaciones futuras: dar al hijo / nieto el nombre del fallecido. Expectativas reales o simbólicas, personas designadas por la familia para llevar al muerto en nombre de los demás.
- Llevar su ropa, dormir en su colchón, comer en su plato... ¿ser el otro para que no fallezca?
- Lo que ha ocurrido ¿nos ha unido como pareja-familia-grupo? ¿nos ha separado? ¿Qué nos ha pasado?
- ¿Es cierto, como se dice, que el tiempo todo lo cura? ¿Por qué hay personas en el grupo que van todos los días al cementerio y cada vez están peor?
- ¿Qué nos dice nuestro cuerpo?: somatizaciones, crisis de ansiedad. Situaciones que las disparan y modo de prevenirlas.
- El alcohol y los medicamentos como fuente de alivio. Ventajas e inconvenientes.
- Vías para no sentir el dolor: llenarse de tareas, dormir mucho... Ventajas e inconvenientes a corto, medio y largo plazo.
- Concepto de memoria. Concepto de olvido.
- Responsabilidad personal. Demandas al coordinador ("ayúdeme") versus demanda a él mismo ("ayúdate").
- La muerte como reto, como oportunidad para sacar lo mejor de nosotros mismos.

Personalidad y duelo complicado. El grupo mostró una acusada predominancia de personalidades sumamente patológicas, observándose una relación clara entre ambas situaciones. Considerando cuatro momentos del trabajo de duelo (Creérselo, Permitirse sentirlo, Asumir los roles pendientes, Reorganizar la vida) los pares que resultan más llamativos fueron:

Tabla 2:

Contenidos que se proponen para trabajar desglosados por sesiones	Dinámica propuesta	Posible mensaje de cambio	Comentarios/tareas
Introducción. Presentaciones. El grupo como espacio privado. Lógica del proceso.	Línea de la vida: cada persona dibuja en un folio una línea con el trazo que desee que resuma su trayectoria vital hasta la fecha. La comparte después.	Iniciar una terapia de grupo supone ya una decisión y es una decisión valiente, porque supone enfrentar el miedo al dolor.	Se advierte de la posibilidad de, al inicio, sentirse peor como consecuencia de haber escuchado las diferentes experiencias de duelo de los otros.
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Por qué estamos aquí? ¿Es el duelo una enfermedad? - Sentimientos por los que se pasa en el duelo. 	<p><i>Trabajo en grupos y puesta en común en pizarra.</i></p> <p><i>Visualización positiva (2')</i> antes de finalizar la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El duelo no es una enfermedad. - Salir de la "tristeza" es un trabajo. Hay que buscarlo y caminar hacia ello. - Disminuir el dolor no significa olvidar sino integrar dentro de uno. 	La mayoría de los pacientes señalaron el aturdimiento como la primera sensación tras la muerte. Ésta llegaba a durar hasta 1 ó 2 años. En el momento actual, algunos enfatizaban la pena y dolor, otros la rabia y deseos de venganza, otros la culpa y el remordimiento.
Estrategias empleadas hasta ahora para superar los momentos de más dolor.	<i>Trabajo por parejas</i> sobre las cosas que ayudaron o no a sentirse mejor. Cada uno comparte al grupo después lo que el otro le ha contado y lo comenta si quiere. Puesta en común en pizarra.	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia en el duelo de poder salir de uno mismo e interesarse y colocarse en el lugar del otro. - Importancia de establecer relaciones de apoyo y ayuda. - Cada uno debe encontrar las cosas que le mejoran o empeoran: cada caso es diferente (por ejemplo tener o no una foto grande en la pared tiene consecuencias muy distintas en cada cual). 	Algunos pacientes son incapaces de recordar o contar lo que ha comentado su compañero (vuelven a narrar su propia experiencia). Les queda como tarea con su familia darse ratos de escucha. Es bastante generalizada la tendencia a centrarse en aspectos negativos (qué hace sentir peor) y la dificultad para exponer los aspectos positivos (qué hace sentir mejor).
Preparación de la Navidad. <ul style="list-style-type: none"> - Qué esperan nuestros familiares de nosotros. ¿Hay que cumplir sus expectativas? - Otras veces ¿qué nos hizo sentir bien, qué nos hizo estar mal? 	<i>Trabajo en grupos y puesta en común en pizarra.</i>	Se puede anticipar las situaciones difíciles. Es importante decidir por nosotros y no por presión y exponer a los demás lo que quisiéramos.	Diferentes miembros del grupo repiten la sensación de que "los demás se hartan de nosotros" y de ser "aguafiestas". Se discuten estrategias.
Culpa, rabia, pena e impotencia: ¿tiene sentido buscar sentido? (1) Recapitulación de cosas positivas y negativas del grupo hasta el momento. Compromisos.	<i>Se trabaja con todo el grupo</i> apuntando el coordinador en la pizarra las contribuciones de cada cual. Intentar definir colectivamente Pena, Impotencia, Rabia y Culpa. Diferencias. ¿Nos ocurre algo de esto a nosotros? ¿Qué diría de este sentimiento el familiar fallecido si pudiera estar aquí y nos estuviera escuchando?	<ul style="list-style-type: none"> - Culpar a los demás no devuelve al fallecido ni reduce el dolor, de hecho mas bien al contrario - Cuando tenemos rabia, golpear una almohada no sólo no calma, sino que provoca más excitación. Igual puede ocurrir cuando "golpeamos" a los demás o buscamos a alguien que pague por la muerte. - Escuchar la voz del fallecido y sus argumentos cuando la culpa nos duela puede ayudarnos a ser más justos y objetivos. 	Dos personas entran en <i>competición de síntomas y chantaje</i> emocionalmente al grupo con verbalizaciones repetidas de decisión suicida irrevocable. Gran angustia y bloqueo del grupo. Se requiere una intervención enérgica de los terapeutas para cortar la situación.

Contenidos que se proponen para trabajar desglosados por sesiones	Dinámica propuesta	Posible mensaje de cambio	Comentarios/tareas
Culpa, rabia, pena e impotencia: ¿tiene sentido buscar sentido? (II).	<i>Se trabaja con todo el grupo</i> continuando el trabajo de la sesión anterior	- Tras un por qué (¿Por qué se suicidó? ¿por qué no dijo nada? ¿por qué no le llevé a un médico?) siempre hay otro por qué. Es una búsqueda imposible y basada en suposiciones e imaginaciones. No hay respuesta, no puede haber alivio.	Deja el grupo una pareja encerrada en litigios judiciales. Expresan agresivamente su rechazo a los demás.
Sueños relacionados con el fallecido Impacto del duelo en las relaciones interpersonales (I).	<i>Se trabaja con todo el grupo</i> apuntando el coordinador en la pizarra las contribuciones de cada cual. Sueños agradables y angustiantes. Sueños repetitivos. ¿Qué nos dicen de nosotros mismos y de nuestra relación con el fallecido?	"Ser feliz o mostrarse alegre no es una traición al fallecido: él preferiría vernos contentos".	Se requiere de nuevo volver al tema del suicidio: vía de escape que deja a mucha gente destrozada como lo están ellos.
Impacto del duelo en las relaciones personales (II). Actos simbólicos "en nombre del fallecido" (fotos, mantener la habitación, ir al cementerio).	<i>Se trabaja con todo el grupo.</i> <i>Relajación,</i>	Salir por los demás (ej: "para no martirizar a la familia") ayuda a uno mismo. Se habla de diferentes formas de "homenaje" positivas: modos de recordar al fallecido que hacen que uno se sienta mejor (en cada caso son diferentes).	Está empezando a haber mejorías pero reconocerlo da vergüenza y culpa. Nadie quiere reconocer que ha mejorado hasta que por fin alguien con dificultad rompe el fuego.
Ambivalencia de las emociones: ¿todo lo que hacía el fallecido estaba bien hecho? Culpa por admitir los aspectos negativos del fallecido.	<i>Se trabaja con todo el grupo.</i> <i>Relajación.</i>	Recuperar el recuerdo del fallecido como una persona normal, con sus defectos, puede ayudarnos a retomar nosotros funciones que él cumplía antes.	Los miembros del grupo se hacen señalamientos mutuos muy duros: "parece que algunas personas se recrean en el dolor" , no tienen en cuenta el daño que hacen a los demás y a sí mismos con ello Suponen un revulsivo positivo.
Estrategias que nos sirven para sentirnos mejor.	<i>Trabajo en dos subgrupos y posterior</i> puesta en común. Se escriben en la pizarra las conclusiones. <i>Relajación.</i>	Entre muchas actividades, se subraya la importancia de intentar salir "por los demás".	
Por qué otros familiares no están tan afectados como nosotros: qué hacen, cómo reaccionaron, cómo viven ahora	<i>Escribir</i> sobre una persona que crean que lo ha superado mejor y por qué. Hablarlo en el grupo y "encontrar pareja" en función de las características señaladas.	Tener cosas que hacer, encargarse de otros (hijos, nietos), crear un ambiente agradable para los demás y centrarse en el presente.	Marcada dificultad para hablar de lo positivo de las personas próximas: en vez de eso, los miembros del grupo se centran en hablar de lo negativo propio. También sigue habiendo dificultades para hablar de lo positivo del compañero en la tarea del grupo. Se pide que hablen con un familiar que les dé su opinión sobre por qué ellos están peor, qué ha hecho el otro para superarlo... Se pide para el próximo día traer un objeto que simbolice algo importante en relación con la persona fallecida.

Contenidos que se proponen para trabajar desglosados por sesiones	Dinámica propuesta	Posible mensaje de cambio	Comentarios/tareas
<p>Técnicas de no control.</p> <p>Estrategias para manejar los pensamientos obsesivos (posible pérdida de otro familiar, imágenes dolorosas que no se quitan de la cabeza)</p> <p>Comprometerse a un cambio.</p>	<p><i>Enfoque psicoeducativo.</i> El coordinador explica en la pizarra técnicas para enfrentar rumiaciones obsesivas.</p> <p><i>Compartir objetos:</i> cada uno explica por qué eligió el objeto que ha traído, lo da a otra persona del grupo si quiere y hace un deseo o propósito sobre si mismo comprometiéndose con los demás.</p>	<p>No somos víctimas pasivas de nuestros pensamientos: podemos enfrentarlos.</p>	<p>La mayoría de personas fueron incapaces de dar el objeto a otro miembro del grupo.</p>
<p>Reorganizar las cosas tras la muerte del fallecido.</p>	<p><i>Tarea en parejas:</i> cosas que no se hacen ahora y antes de la muerte se hacían; cosas que en cambio se siguen haciendo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es bueno desprenderse de algunos objetos del fallecido (ropa, habitación...). - Es bueno atreverse con las tareas que el otro llevaba a cabo. - Intentar hacer cosas que abandonamos después del fallecimiento del ser querido. 	<p>- Pedir a otros que nos ayuden a regalar o tirar algunas cosas. ¿Qué y cuantas cosas queremos tener a la vista?</p>
<p>¿Por qué no mejoramos completamente? Cosas que hacemos que nos bloquean: buscar culpables, no aceptar la muerte como real, recordatorios constantes</p> <p>Preparación del fin del grupo.</p>	<p>Compromiso con el resto del grupo a hacer cosas que no estamos haciendo y que podríamos intentar volver a hacer.</p>		
<p>Atreverse, por fin, a "mirar al dolor".</p> <p>Se recuerda finalización del grupo en la siguiente sesión.</p>	<p>Ejercicio de visualización (cerrar los ojos e imaginar a la persona fallecida).</p> <p>Escribir una carta al fallecido (o pensarla / dictarla los que no saben escribir), que no tiene por qué compartirse con el resto del grupo: cosas que nunca te dije, cosas de tí que permanecen, cómo estoy ahora. Cómo quisiera estar.</p>	<p>Modelado de exposición controlada que puede mantenerse en casa.</p>	<p>Salen aspectos muy definitorios de la relación que cada uno mantenía con la persona fallecida cerrándose algunos aspectos.</p>
<p>Evaluación.</p> <p>Devolución de los coordinadores al grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación individual del proceso. - Los coordinadores entregan un documento de cuatro páginas en letra grande con frases e ideas sacadas de sus propias palabras a lo largo de las sesiones, que les quede como material de consulta. - Los miembros del grupo traen cosas para compartirlas con los demás, se hace un desayuno de final de grupo. 	<p>Se cierra una tarea del grupo, se abre una tarea individual.</p> <p>Continuidad del proceso.</p>	

- Personalidades muy narcisistas y no aceptación de la muerte. Ésta es vivida, ante todo, como un fallo personal irreparable, como una herida por no haber sido capaz de detectar los avisos del posible suicidio o la posible enfermedad y las vivencias de culpa asociadas al abandono. (Creérselo/Permitirse sentirlo).
- Personalidades rumiadoras y autofocalizantes. Hipocondría mental: cada pequeña emoción o sentimiento es magnificado y se convierte en un problema. Intelectualización y recreación en el dolor sin profundizar realmente en él mismo. (Permitirse sentirlo).
- Personalidades obsesivas (u obsesivo-paranoides) y proyección externa de la rabia en procesos de litigio y búsqueda de culpables soslayando los auténticos sentimientos de duelo. (Permitirse sentirlo).
- Personalidades sumisas y dependientes e incapacidad para reestructurar la vida cotidiana tras el fallecimiento y de recuperar el nivel previo de funcionamiento psicosocial. (Asumir roles/Reorganizar).
- Personalidades depresivas o con tendencia al pesimismo como estructura caracterial. Carencia de fuerza interior o motivación para cualquier cambio en general. (Asumir roles/Reorganizar).

En otros casos la dificultad estriba en la funcionalidad del duelo dentro de un marco más amplio de carácter psicosocial:

- Personalidades histriónicas e incapacidad para asumir roles más sanos. La pérdida se convierte en el factor identificador. El estigma es motivo de atención y cuidado permanente bien por la familia, bien para los grupos sociales significativos (barrio, grupos de pertenencia). Las indicaciones externas de mejoría son el prelude de seguras recaídas.
- Personalidades simbióticas e incapacidad para la individualización. *Devil-a-deux*. Estructuras de pareja o familiares conflictivas previamente al fallecimiento y en las que el duelo se convierte en el factor que hoy y aquí las une y les da sentido. Sin duelo la

pareja no tendría sentido y no puede haber separación precisamente en honor del fallecido. El duelo, en consecuencia, deviene irresoluble.

- Duelo discordante con la normatividad social. Cuando a éste se asocian sentimientos de dolor y rechazo contra el fallecido que no pueden ser expresados de modo abierto a los demás y que son vividos y no resueltos en privado.

El elemento común de la mayoría de estas situaciones podría ser:

- Utilizar la proyección (psicoanálisis)-evitación fóbica automática del proceso de pensar/sentir (socio-cognitivo), como canal de mitigación de los sentimientos dolorosos.
- Vivencias irracionales de culpa en base a procesos no conscientes de pensamiento, en relación con cosas que se hicieron o no se hicieron en el momento de la muerte.

Lo relevante, en nuestra opinión, es que ambas situaciones pueden compartir (1) el hecho de que son explicaciones y permiten mantener todavía la sensación de control. Evitan la indefensión y la sensación de mundo caótico e inexplicable. O lo contrario (2) asignan a la persona tareas inacabables e imposibles que le suponen un contacto y reivindicación simbólicos permanentes de la persona fallecida.

Evaluación: la opinión de los pacientes

Se produjeron 3 altas voluntarias (2 por mejoría y 1 por cambio de domicilio), abandonando el grupo otras tres personas (18%): dos por estar disconformes con las opiniones expresadas por el resto de miembros cuando se confrontó los temas de rabia y venganza y de judicialización de la misma, y sus implicaciones para el proceso de duelo, una por cambio de domicilio y una por considerar que su principal problema en la actualidad no era el duelo y éste no era su lugar. Entre las quejas y críticas en la evaluación final figuran: pedir que hubiera habido una mayor frecuencia y mayor número de reuniones, pedir mayor directividad a los terapeutas y quejas de

dar excesivas vueltas a los mismos temas. Se expresó así mismo las dificultades en el arranque del grupo derivadas de escuchar los casos de los demás, si bien se reconoce que a medida que avanzaban las sesiones ésto acababa siendo positivo. De modo más específico alguna persona expresó malestar porque se estimulara la verbalización de los defectos de los fallecidos. Se echó en falta tratar más en profundidad el por qué no se supera el duelo.

En escalas Likert 1-5 se evaluó como media la utilidad del grupo en 4 (3-5), y en el análisis detallado de las dinámicas se consideró como lo más útil (media 5/5) que el coordinador explique el tema solicitándose que este aspecto fuera más frecuente, como muy útil (media 4/5) escribir, imaginar situaciones, compartir objetos y practicar relajación. Medias más bajas (3,5/5) recibieron el trabajo en parejas o en pequeño grupo con puesta en común posterior.

Evaluación externa. La evaluación pre-post grupo de los terapeutas de cada paciente en una escala Likert 1-5 da una mejoría global moderada (media 3/5) (0 dos casos, 1 un caso, 2,5 dos casos, 3 dos casos, 3,5 dos casos, 4 un caso, 5 cuatro casos).

Reflexiones y aprendizajes

Los procesos de duelo son largos y requieren de tiempos prolongados especialmente cuando son complicados. Es difícil armonizar esta lentitud relativa con el ritmo propio de un grupo terapéutico. Ello unido a la obligatoria recurrencia de ciertos temas puede dar la sensación a algunos participantes de que no se avanza o se repiten los mismos temas. Esto no significa que no sea necesario que sea así, dado que para el cambio no basta una sesión de racionalización, sino que es preciso el desarrollo de conciencia, de motivación, el compromiso y el seguimiento.

En el proceso de duelo complicado los factores de personalidad emergentes como una variable si cabe aún más decisiva que en la mayoría de otros padecimientos emocionales. Ésto avalaría

algunos de los modelos de diatesis-estrés que centran su análisis etiopatogénico y terapéutico en el estudio de dichas variables (i.e. Horowitz 1996).

Ha resultado de importancia decisiva mantener a personas en el grupo que ya pudieran haber sido dadas de alta para evitar un progresivo desmoronamiento hacia el pesimismo de los miembros restantes. Hay una tendencia espontánea a la reiteración constante de los mismos argumentos y situaciones por lo que es decisiva la capacidad del animador para generar dinámicas y actividades que promuevan la aparición de nuevos argumentos e ideas. En este sentido el grupo, compuesto por una media de 6 a 8 personas según sesión, resultaba excesivamente pequeño. En la disyuntiva entre un grupo menor que dé más espacio a sus miembros para narrar su propia historia y un grupo de más tamaño que genere mayor riqueza de ideas y propuestas a cada una de las actividades, parece preferible la segunda opción para un grupo como este que se va a desarrollar a lo largo de varios meses. Un grupo de, por ejemplo, 15 personas habría sido más adecuado a las características de la propuesta.

Por último remarcar que las especiales características de resistencia de estos pacientes hacía de éste un grupo muy desmoralizador, por lo que resulta especialmente necesario la existencia de un co-terapeuta en todas las sesiones y considerar pequeños avances como logros significativos. Es así mismo importante valorar el tono inicial y quienes, preferiblemente, deberían tomar primero la palabra desde la óptica de intentar poner el énfasis en las respuestas y recursos positivos: si el tono inicial es lánguido u optimista va a determinar el subsecuente clima colectivo del grupo por un efecto de contagio por competición.

Apéndice. Guía para un recuerdo estructurado

Una manera de evitar los recuerdos repetitivos y desestructurados sobre el fallecido es facilitar una guía para el recuerdo:

- ¿Cómo era?
- ¿Qué es lo que más te gustaba de él?
- ¿Qué es lo que nunca vas a olvidar de él?
- ¿Cómo eran sus costumbres?
- ¿Qué tipo de bromas hacía? ¿Qué cosas de cía siempre?
- ¿Qué hacía en el tiempo libre? ¿Habría algún libro, alguna película, alguna canción que asocias especialmente a él?
- ¿Qué cualidades de él te gustaría tener tú?
- ¿Qué defectos preferirías evitar?
- ¿Si estuvieras enfrente de él, que le dirías ahora?

Correspondencia:

Pau Pérez Sales. Plaza Mayor 38.
 Perales del Rio. 28909-Madrid.
 E-mail: pauperez@arrakis.es

Bibliografía

1. Bowlby J. Attachment. Nueva York: Basic Books; 1969.
2. Bowlby J. Separation: Anxiety and Anger. Nueva York: Basic Books; 1973.
3. Bowlby J. Loss: Sadness and Depression. Nueva York: Basic Books; 1980.
4. Horowitz MJ, Bonanno GA, Holen A. Pathological grief diagnosis and explanation. Psychosom Med 1993;55:260-273.
5. Stroebe M. Coping with bereavement: a review of the grief work hypothesis. Omega 1992-3; 26 (1):1942.
6. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. Clin Psychol Rev 1999;19 (3): 275-296.
7. Polinsky TG. The effects of a group counselling grief recovery program for clients experiencing bereavement (Unpublished doctoral dissertation). University of Arkansas; 1990.
8. Weidaw CJ. The effect of attending a bereavement support seminar en the level of depression of bereaved spouses within the first year after the spouses' death: an experimental study (Unpublished doctoral dissertation). University of Arkansas; 1990.