



Grupos de ayuda mutua en el duelo: eficacia y perspectivas

Mutual help groups in mourning: efficiency and perspectives

Bermejo Higuera J. C.¹,
Sánchez Sánchez E. J.²

¹ Centro de Humanización de la Salud
² Centro de Escucha. Tres Cantos, Madrid

RESUMEN

Con el objetivo determinar el grado de eficacia del acompañamiento terapéutico a personas en duelo en grupos de ayuda mutua, realizamos un estudio de una población de 44 personas en duelo, distribuidas en siete grupos de ayuda mutua, coordinados por un experto. Partiendo de una evaluación personal del duelo de cada participante, hemos hecho un seguimiento de la evolución de las personas a lo largo de diez sesiones de acompañamiento de ayuda a la elaboración del duelo. El estudio cualitativo de los resultados autoriza a concluir lo siguiente: todas las personas de la población en estudio se benefician considerablemente de la elaboración del duelo en grupo. Una gran mayoría realiza progresos significativos en términos de mejora de síntomas, expresión y manejo de emociones asociadas a la pérdida; disminución considerable de sentimientos de culpa y reproches; incremento de la actividad y de las ocasiones de goce y disfrute de la vida; aceptación progresiva de la ausencia del ser querido y asunción de nuevos roles en su medio junto con una progresiva vuelta a la normalidad en sus relaciones sociales. Estos avances hacia la normalidad son más modestos en un porcentaje que se sitúa en torno a un diez por ciento de la muestra en estudio, siendo estas personas las que mostraban una vulnerabilidad mayor anterior a la pérdida, bien por una estructura de personalidad más débil, bien por un estilo de relación con el fallecido de tipo dependiente y con límites poco definidos entre el yo-tú. Constatamos, así mismo, que resulta beneficioso combinar estrategias de aceptación incondicional que favorezcan la autoexpresión de los participantes y su implicación en el grupo con tareas y técnicas activas que favorezcan la generalización y consolidación de los progresos en la aceptación de la pérdida, el automanejo emotivo y el compromiso con las demandas vitales de cada uno.

Palabras clave:

Duelo, abordaje holístico, grupos de mutua ayuda, progreso.

ABSTRACT

In order to determine the grade of efficiency of therapeutical assistance to people in mourning in mutual help groups, we have carried out a study on a group of 44 people in mourning. They were divided in seven mutual help groups which were coordinated by an expert. We have carried out a personal evaluation of each participant's mourning throughout ten sessions of mourning guidance. The study of the results leads to the following conclusions: all the people involved in the study are substantially benefit from participating in mourning help groups. A vast majority of the participants experiment a significant progress in their symptoms as well as in how they express and deal with the emotions associated with their loss. They also experiment a considerable decrease of their feelings of guilt and reproach, and an increase in their activity and in the occasions of enjoyment of life. We have also noticed a progressive acceptance of the absence of the loved one as well as the assumption of new roles within their environment, which leads to the normalization of their social relationships. All these improvements towards normality seem to be more modest in ten per cent of the people participating in this study. These people showed more vulnerability, which can be explained by a weaker personality structure, or by the kind of relationship they had with the deceased, characterized by dependence and few or no limits between the self and the other. Likewise, we have verified the benefit of combining strategies of unconditional acceptance –which are favourable to the participants' self-expression and their involvement in the group– with active tasks and techniques which favour the generalization and consolidation of the improvements they have reached in the acceptance of the loss, the emotional self-control and the compromise with each one's vital demands.

Key words:

Duel, integral treatment, groups of mutual aid, progress.

MAPFRE MEDICINA, 2007; 18 (2): 82-90

Correspondencia:

J. C. Bermejo Higuera
Centro de Humanización de la Salud
Sector Escultores 39. 28760 Tres Cantos. Madrid
jcbermejo@humanizar.es



INTRODUCCIÓN

Nos basamos en el concepto holístico del ser humano y nuestra atención a los grupos de duelo constituye una ayuda centrada en la persona, en consonancia con el enfoque de la psicología humanista (1-3). En este sentido, el duelo constituye una experiencia vital, que abarca un conjunto de reacciones de la persona que afectan a lo somático, lo mental, lo emotivo, lo social y lo espiritual (valores, creencias). Si bien se describen una serie de etapas por las que presumiblemente pasan las personas que viven un duelo, éste constituye una experiencia idiosincrásica. Las reacciones de duelo están muy mediatizadas por el influjo cultural y social de pertenencia del doliente.

El grupo genera sentimientos de pertenencia grupal y alto nivel de cohesión, hecho de simpatía por el sufrimiento de los demás y de satisfacción por el progreso de los compañeros; atmósfera de sostén y apoyo mutuo para expresar contenidos existenciales y emocionales muy personales; similitud percibida al encontrarse y compartir con otras personas con análogas experiencias traumáticas, lo que mitiga o compensa los apoyos externos, percibidos en ocasiones como poco comprensivos o condescendientes con el propio dolor.

Nos basamos en las tareas del duelo que describe J. W. Worden: (4) aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones asociadas a la experiencia de pérdida, adaptarse a un medio en que el fallecido ya no está y recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. En síntesis, tratamos de ver qué progresos hacen en dichas tareas las personas implicadas en el intercambio en grupos de ayuda mutua. El fin último del estudio es el de calibrar la eficacia de la terapia grupal en el duelo, con el fin de obtener indicadores para mejorar la labor de acompañamiento en los grupos de duelo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El establecimiento de la línea base de nuestro trabajo está constituido por los datos extraídos de las evaluaciones que realizamos a cada usuario de la muestra. Dicha evaluación explora las distintas áreas o dimensiones personales implicadas, según

la concepción holística de la persona, que hacen que el duelo sea una «experiencia global» (5).

Los grupos de ayuda mutua están integrados por entre ocho y doce personas que se reúnen a lo largo de diez sesiones –una por semana– de hora y media de duración cada una. Son heterogéneos, tanto en cuanto a la edad de los participantes (de diez y ocho años en adelante), como en cuanto a la modalidad de las muertes de sus seres queridos.

El experto coordinador dinamiza –entre otras– las siguientes «experiencias grupales que contribuyen al cambio» (7): La expresión emocional, las manifestaciones personales, la experiencia de emociones intensas, la experiencia de comunión, el altruismo, la participación de los «espectadores silenciosos», el aprovechamiento del descubrimiento de semejanzas, la experimentación (de conductas alternativas), el modelado, la inducción de esperanza, el descubrimiento guiado de los factores cognitivos implicados en forma de pensamientos distorsionados o de sesgos interpretativos.

A lo largo de las sesiones se van trabajando los diversos determinantes o manifestaciones del duelo, sirviéndonos de actitudes, habilidades y técnicas que proceden de diversos paradigmas terapéuticos, tomando la psicología humanista como base (ausencia de juicio moralizante, aceptación incondicional, implicación y congruencia del terapeuta y base segura empática (8).

En este estudio cualitativo el material para el análisis está proporcionado por las propias manifestaciones de las personas de los distintos grupos, así como por la observación de sus conductas en las sesiones.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra del estudio está formada por 44 personas en duelo, distribuidas en siete grupos de ayuda mutua, a lo largo del año 2004. La media de edad es de 54 años. Treinta y cuatro personas están por encima de los 45 años.

El 73% de la muestra está integrada por mujeres. Probablemente dicha diferencia entre varones y mujeres se deba, al menos en parte, a condicionantes culturales.

Respecto al parentesco, son más los usuarios que consultan por la pérdida del cónyuge y de hi-



jos que la suma del resto de dolientes. Esto es comprensible y concordante con las observaciones clínicas, dado que cuanto más estrecho es el vínculo, es esperable que mayor sea el impacto de su pérdida y, por tanto, más la necesidad de búsqueda de ayuda.

Las personas de estudios de grado medio o primarios predomina en la población en estudio (34).

Hablando en términos generales, se observa una sensibilización creciente para buscar ayuda en el duelo. Sólo siete personas del total esperaron siete meses o más para solicitar asesoramiento.

La mayoría de personas del grupo en estudio (23) buscaban ayuda por seres queridos fallecidos por enfermedad.

En cuanto a los determinantes somáticos del duelo más presentes en la muestra se reflejan en la Tabla 1: Casi la mitad de las personas están o han estado en tratamiento, bien en el médico de Atención Primaria, bien en los servicios de Salud Mental y toman algún tipo de fármaco (antidepresivos, ansiolíticos o hipnóticos). La percepción está agudizada, dirigiéndose hacia estímulos que «hablan» de la ausencia del ser querido («miro su sitio vacío», «al entrar en casa, dirijo mi mirada hacia la habitación de él»). Resalta la debilidad muscular, asociada probablemente a la astenia vital y la anhedonia (incapacidad de disfrute) que refleja la Tabla 2.

Las emociones (Tabla 2) «esperables» en un duelo, como la tristeza y aflicción, expresadas en el llanto frecuente e intenso, están presentes en más del 70% de las personas de la muestra. Es de notar que más de la mitad muestran miedo al futuro y más concretamente miedo a asumir el rol del difunto, quizá porque el número de cónyuges de los grupos es alto (17). Este sentimiento está muy relacionado con el de impotencia para afron-

TABLA 1. Área somática

Trastornos del sueño	31,1 %
Debilidad muscular	12,8%
Hipervigilancia de fijación en la ausencia	7,7%
Punzadas u opresión en el pecho	7,7%
Vacío en el estómago	5,1%
Cefaleas o fuerte compresión en la cabeza	2,6%

TABLA 2. Área afectiva

Tristeza y desconsuelo	70,2 %
Llanto intenso y frecuente	66,7 %
Enfado, rabia, ira	38,5 %
Culpa	35,9 %
Sentimiento de desamparo	33,3 %
Sentimiento de impotencia	28,2 %
Ansiedad	25,6 %
Anhedonia (incapacidad para el disfrute)	15,4 %
Astenia, apatía	10,3
Desesperanza	7,7%
Miedo a la muerte	5,1 %
Miedo a afrontar le futuro y asumir el rol del difunto	5,1 %
Alivio, liberación	0,6 %

tar el futuro y las obligaciones de la vida. El enfado, con mayor o menor intensidad (38%), cuando es dirigido hacia uno mismo alimenta la culpa –con base real o sin ella– (35%). La ansiedad, en su vertiente afectiva, está concretada en aprensión y temores difusos («tengo miedo a que enferme alguno de mis hijos» o «me fijo mucho en las imágenes de accidentes que dan por televisión»).

La actividad cognitiva (Tabla 3) expresa, sobre todo, los intentos de mantener el vínculo o expresa deseos –inconscientes– de recuperación física

TABLA 3. Área cognitiva

Recuerdos e imágenes intrusivas (aversivas)	51,3 %
Déficit de atención y/o memoria	33,3 %
Incredulidad y aceptación, alternándose	28,2 %
Hablar con él o sentirlo cerca (sentido de presencia)	23,1 %
Confusión y desorientación	7,7 %
Alucinaciones	7,7 %
Negación («sé que está en algún lugar»)	5,1 %
Ideación suicida (no elaborada)	5,1 %
Desesperación («no tengo futuro», «no hay esperanza para mí»)	2,6 %
Intentos de suicidio	2,6 %


TABLA 4. Área social

No percepción de apoyo social	18,0 %
Aislamiento social	22,7
Déficit en la asunción de roles	15,4 %
Envidia de otras personas («no puedo ver a los amigos de mi hijo»)	5,1%
Idealización del fallecido y/o de la relación	5,1 %
Resentimiento	2,6 %

TABLA 5. Conductas motoras

Búsqueda del fallecido (sueños, cementerio, fotos, otros lugares)	51,3 %
Llanto frecuente	51,3 %
Evitación de lugares y objetos (cementerio, casa, fotos...)	15,4 %
Clinofilia (tendencia a estar en cama)	12,8 %
Conducta distraída	10,3 %
Necesidad de conservar los objetos del ser querido	7,7 %
Visitar lugares de recuerdo	5,1 %
Hiperactividad	2,6 %

del ser querido, y se concreta en continuas rumiaciones, alucinaciones, sueños y hablar con el muerto. Las imágenes intrusivas se le imponen («no puedo quitarme de la cabeza la imagen de mi marido las últimas semanas que estuvo en el hospital»). Este sentido de presencia a través de estos diversos «contactos» que establece con el difunto son adaptativos para el doliente, hasta que sea capaz de manejar los recuerdos y de aceptar la ausencia.

La dimensión social de las personas de la muestra no se ha resentido en buena medida (77,3 %, Tabla 5). Buscan y aprecian los contactos sociales, e incluso temen estar solas. Como decía una madre que hacía duelo por su hijo: «Estamos conectados por los móviles». Si bien la compañía es apreciada por una mayoría, algunos (18 %) expresan desilusión por el apoyo percibido.

Los datos de la Tabla 5 parecen indicarnos que lo que más hacen las personas que buscan ayuda para su situación de duelo son aquellas que reflejan una dificultad, hasta el momento, para aceptar

la ausencia: llanto intenso y desconsolado y conductas, repetitivas y que se viven como una necesidad, de contacto con lugares y objetos que se viven «como si» fuese el ser querido. Tanto éstas como otras conductas de tipo evitativo (tendencia a la cama, evitar lugares que recuerdan al ser querido vivo) pueden ser interpretadas como señales de resistencia de aceptación de la realidad (ésta sí) dolorosa de la ausencia.

La dimensión espiritual, entendida como el cambio de valores y creencias que orientan la vida y actos de la persona, se ve afectada para bien o para mal: son más los creyentes cuya fe entra en crisis. Un cierto concepto de Dios subyace en ellas: la de un Dios «todopoderoso» que defrauda. Así mismo, se tiende a dar mayor valor a «otras cosas de la vida», como la familia o la amistad o el altruismo e interés por el sufrimiento ajeno.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Seguiremos el orden establecido de las categorías en estudio, para pasar finalmente a resumir las conclusiones referidas a las tareas del duelo.

Área somática: Al trabajar el tema de los autocuidados (quinta o sexta sesión), la mayoría comienzan a hacer esfuerzos por cuidarse físicamente: comer ordenadamente, hacer ejercicio, organizar el sueño. Sobre todo las mujeres valoran el cuidarse, quieren hacerlo, y lo hacen: ir a la peluquería, darse una sesión de masajes, arreglarse, lucir alguna prenda de color, ir a un balneario, apuntarse a natación o a clases de bailes de salón. Si bien algunas personas dicen haberse «sentido mal» al hacerlo, reconocen haberlo pasado bien. Recuerdan lo trabajado en el grupo y se dicen a sí mismos que «no hay nada malo en ello», y que por divertirse no por eso «quieren menos» a su ser querido. No más de cinco personas de los grupos seguían teniendo problemas en la ingesta, bien por conductas bulímicas, bien por restricciones significativas. Estas mismas personas continuaban al finalizar las sesiones tomando medicación antidepresiva, ansiolíticos y sedantes.

Se mantienen en algunas ilusiones perceptivas (signo de negación de la ausencia), pero hacen crítica de ellas mucho más fácilmente que antes. «Me voy dando cuenta de que no vendrá, que es así la vida».



Área cognitiva: Ya no se sienten como «bichos raros», al ver que a otros les pasan cosas como a ellas. Aunque no han desaparecido, la mayoría ya no se obsesiona con imágenes «dramáticas» de su ser querido y van incorporando recuerdos de lo vivido juntos y valorando lo que mutuamente se enriquecieron. Van dando un significado realista a sus momentos de llanto o de malestar asociados a situaciones o fechas señaladas, comprendiendo que eso es «normal» y no un signo de «estar peor». Algunos componentes de los grupos siguen haciendo inferencias arbitrarias de sus conductas y sintiéndose culpables: «No fui una buena madre, porque la tenía que haber prohibido fumar (a su hija), pero sí fui una buena madre, porque me quedaba con ella (en el hospital) cuando estaba mala». La mayoría, no obstante, va aceptando los fallos o equivocaciones concretas que pudieron tener con el ser querido y abandonando el juzgar su persona entera por ello; abandonan las autoexigencias exageradas y los debería y aceptan que su amor y el de su ser querido no fueron perfectos.

El esfuerzo por «ponerse en el lugar» de los demás contribuye a reconciliarse con el entorno, al tiempo que les motiva para reanudar las relaciones personales.

Se da mayor variedad respecto al significado que se atribuye a la relación con los restos del ser querido (bien se trate de la visita al cementerio o de la ubicación de las cenizas): los hay que piensan que ir al cementerio «no significa nada» o que la urna de las cenizas «es un bote y ya está», otros consideran que visitar la tumba es como un «pago» (son sus palabras) a su ser querido por tanto como recibió de él; los hay que dicen «él está allí, metido en la tierra» y una mujer decía que «sería terrible dejar marchitar las flores que pongo sobre su tumba, porque es como si entonces no le quisiera (a su marido); sé que es absurdo, pero...» era para ella una necesidad.

Igualmente hemos visto variedad en el trato que dan las personas a los objetos, fotos y lugares del ser querido (habitación, casa) y a la resonancia emotiva de los mismos: desde los que han dejado todo como estaba cuando murió, a los que les agrada que un hijo se vista prendas del hermano o hermana fallecidos.

El significado psicológico de estas conductas tiene que ver, a nuestro entender, con la mayor o

menor dificultad para aceptar la pérdida. Es como si para muchos (quizás para la mitad de las personas de la muestra) los objetos, lugares y los restos mortales del ser querido fueran el «último reducto» que inconscientemente mantiene el anhelo de reencuentro o recuperación (física). Estas personas «necesitan» de dichos objetos y se distinguen claramente de aquellas otras que los manejan con libertad, sin obsesionarse. A éstas les sirve de recordatorio y les da paz y ánimos, a aquéllas les desasosiega porque tienen todavía dificultades para activar la presencia «afectiva» (la única posible ya). Inconscientemente se vive la relación con estos objetos como «estar» con él/ella (o «tenerlo»). Una hija decía: «Tengo que ir (a otra ciudad) al menos cada mes y pasarme buenos ratos abrazada a un árbol que plantó mi padre, tengo que estar con él». Una esposa decía: «Llevo a mi marido conmigo siempre en mi bolso, un frasquito con sus cenizas».

Tanto en estos dos casos como en otros muchos, dichas conductas de pseudoidentificación de los objetos (o restos) con la persona fallecida fueron haciéndose mucho menos rígidos hacia el final de las sesiones, permaneciendo un grupito de ocho o diez personas a las que seguía resultando difícil un manejo libre y positivo de los mismos. Éstas personas se caracterizaban por una vinculación previa muy estrecha o posesiva o dependiente en exceso con su ser querido.

Área emotiva: Un noventa por ciento de los participantes en los grupos va progresando hacia un mejor estado de ánimo general: se va suavizando la intensidad de los sentimientos y van teniendo un mayor control sobre los mismos; se esfuerzan por cambiar actitudes pesimistas y son más diestras en cuestionar sus sentimientos de culpa («empiezo a aceptar –decía una madre que se culpaba por haberse quedado paralizada ante su hijo accidentado– que yo, entonces, no era dueña de mí»), sin que, en muchos casos, éstos desaparezcan del todo, sobre todo cuando se permiten disfrutar o divertirse. El dolor es menos intenso y persistente en la mayoría y muchos experimentan paz.

Nuevamente hay que decir que aquellas personas que fomentan el sentimiento de presencia, experimentan más la rabia y la desesperanza: «Es que creo que está ahí mi hijo... y, cuando te das



cuenta de que no es así...; sólo sé que mi hijo no está», decía una madre en medio del llanto y apretando los puños con fuerza. Estas personas tienen también mayor dificultad para manejar los recuerdos y pensamientos intrusivos negativos. La mayoría, sin embargo, va siendo capaz de activar recuerdos positivos, al tiempo que una visión más realista (lejos de la idealización) de su ser querido.

La estabilización del estado de ánimo (no exenta de altibajos) tiene repercusión en el autoconcepto y el autoaprecio, como decía una persona en la octava sesión de uno de los grupos: «Yo me sentía muy inútil, pero estoy empezando a querer y a quererme; soy práctica, he llegado a una armonía conmigo misma: él (su marido) me ayudó y yo le ayudé a él».

Área social. A los que están superprotegidos por la familia les cuesta más salir, relacionarse o hacer cosas agradables como ir al cine o al teatro; se dejan «arrastrar». Los que tienen depresión y los que sienten fuerte animosidad por el supuesto desinterés de familiares y amigos, se encierran en sí mismos y alimentan desconfianza y resentimiento que, en algunos casos, extienden a «todo el mundo». Hemos visto que estos sentimientos y estas reacciones son difíciles de erradicar. Nuestra táctica privilegiada es invitarles a reconsiderar estos sesgos, aduciendo el ejemplo de la acogida y respeto de los compañeros del grupo como contraargumento de su tesis («todo el mundo te da la espalda, cada uno va a lo suyo», comentaba con amargura un matrimonio cuyo hijo había muerto en accidente). Alrededor de una docena de personas de los grupos se encontraban en esta situación en las últimas sesiones. El resto hicieron avances significativos en sus relaciones sociales, tanto con amistades previas como con nuevas personas. Todos, sin embargo, cultivaron muy pronto (hacia la cuarta sesión de grupo) las relaciones con el resto de participantes en su grupo de duelo y la mayoría siguen, por lo que sabemos, encontrándose periódicamente y ayudándose, tanto en momentos de «bajones» como en cuestiones prácticas (buscar trabajo) y proporcionándose compañía. En general, valoran más el soporte de la familia, aunque son los menos los que tienen una historia previa de comunicación a nivel emocional entre ellos, lo cual les resulta muy difícil «aprender» ya.

Área conductual: Vemos que las «tareas para casa» (hacer un álbum de fotos, escribir una carta al ser querido, tratar de decirle al esposo cómo me ayudaría en un momento dado un gesto de cariño, etc.) ayudan a las personas de los grupos de duelo, siempre que se explique la finalidad de las mismas, teniendo en cuenta ir poco a poco y respetando las diferencias de cada uno. Es preciso manejar correctamente la retroinformación sobre los resultados, a ser posible dada por el grupo. Es, sobre todo, al ver que van siendo eficaces o útiles en el afrontamiento de nuevos roles y conductas lo que les va haciendo cuestionar la percepción de inutilidad o de inadecuación que tenían sobre ellos mismos. Creemos, además, que, a la par que se les anima a incrementar conductas adaptativas (por ejemplo, a reanudar sus contactos sociales) y/o a reducir conductas desadaptativas (como las rumiaciones excesivas), se trabajen los sesgos mentales rígidos («todos» me dan de lado, este mundo es «un valle de lágrimas»...) o las autoexigencias exageradas. Finalmente, decir que el ensayo de conductas en las sesiones, sobre todo las referidas a las habilidades sociales, así como la imaginación guiada, se muestra como táctica eficaz en el trabajo con personas en duelo. Los resultados vistos en este estudio podemos calificarlo de desigual, quizás porque muchas dificultades para «comportarse» en el duelo en las relaciones con los demás están arraigadas en la personalidad de muchas personas y en las conductas «esperables» socialmente que con frecuencia no tienen en cuenta la particularidad de cada uno al afrontar las pérdidas. También creemos que influye en la dificultad para «actuar», para hacer cosas que ayuden en el duelo el hecho de que éste se ve, en gran medida, como algo que «nos pasa», algo pasivo, y no tanto como «algo que hacemos». El duelo dista mucho de ser visto como una experiencia existencial que reclama, como toda realidad de la vida, qué «hago» con ella.

Área espiritual: Hemos encontrado una clara y muy general influencia en el área de los valores y las creencias, en el sentido de que, la magnitud del dolor por la pérdida de un ser querido, ha influido en una reubicación, podríamos llamar, de los mismos. Ya no se da tanta importancia a ciertas realidades de la vida, al tiempo que se poten-



cion otras. Las primeras sesiones de grupo, la mayoría está rumiando su dolor, su amargura o los sentimientos que sean, pero, avanzando las sesiones se va percibiendo, no todos al unísono, un incremento del interés por los compañeros y una solidaridad y empatía por los demás. Al finalizar las sesiones, todo el mundo expresa, de una u otra manera, que se han hecho más solidarios con el sufrimiento ajeno, que al compartir el dolor, éste se hace menos pesado, se vuelven más realistas frente a las realidades de la vida, aunque tenemos que volver a citar a este respecto a un pequeño grupo de personas que siguen incrustados en su dolor. Se relativizan otras adversidades de la vida, como el robo en casa que le ocurrió a una familia o como la operación de cadera a la que una mujer tuvo que someterse.

Entre los que se confiesan creyentes, se dan diferentes posturas: para algunos, los menos, su fe resulta ser apoyo y consuelo y les ayuda a sobrellevar el dolor de la pérdida. Otros están «desencantados» con un Dios que ven como «culpable» («¿por qué se ha llevado a mi hijo?, ¿por qué no se lleva a otros, que matan o roban...?»). Un concepto de Dios todopoderoso que ha de salvar (nos) del sufrimiento y de la muerte «evitándonos», prevalece sobre el concepto bíblico de un Dios que salva desde el amor, «a pesar de» la adversidad y de la muerte. Ante la enorme dificultad de aceptar la incomprensible realidad de la muerte, y, por tanto, la incuestionable realidad de la vida como «injusta», las personas proyectan la rabia que genera dicha realidad, dirigiéndola hacia otros, muchas veces a Dios, aún en personas que se dicen no practicantes o no creyentes. Es como si personalizar en «alguien» concreto la responsabilidad de lo ocurrido, aliviara un tanto el dolor lacerante de la ausencia.

CONCLUSIONES

La elaboración de la experiencia del duelo en grupos facilita a sus componentes realizar avances considerables en las tareas (categorías y subcategorías en estudio).

Más o menos el cincuenta por ciento de las personas de este estudio puede afirmarse que llevan a cabo avances significativos de mejoría de síntomas y en las tareas del duelo: se cuidan físicamen-

te en todos los aspectos, disminuye o desaparece la toma de fármacos, restablecen las relaciones interpersonales, asumen roles y responsabilidades, se manejan mejor con sus emociones y aceptan como «normales» los momentos de recaídas, se hacen más diestros y autónomos de sus pensamientos y recuerdos que ahora les procuran paz y agradecimiento por lo vivido juntos con su ser querido, van abandonando los sentimientos de culpa y los reproches tanto los que dirigían a sí mismos como los que se referían al ser querido, tienen una percepción más realista de la vida y de su propias posibilidades para afrontarla, se permiten disfrutar y comprenden que su «derecho a vivir» no es incompatible con el amor que tenían a su familiar, ya no sienten la necesidad de reactivar el recuerdo de su ser querido con una intensidad exagerada, sino que cuando lo hacen es para reconocer y valorar lo que la convivencia les enriqueció a ambos, y esto les permite continuar con su vida e incluso les sirve de motivación para ello.

Hay un grupo, en torno al diez por ciento del total, en el que se dan conductas de más o menos momificación (del ser querido y de la experiencia propia de convivencia con él), a través de la necesidad de visitar el cementerio o tener las cenizas continuamente a la vista, pensar reiteradamente en el ser querido; pensamientos e imágenes intrusivas de la enfermedad o muerte del ser querido, tienen intensos anhelos de reencuentro, de revertir la pérdida. Estas personas siguen presas de intensos emociones de rabia, culpa, desesperanza, ansiedad, llanto y congoja casi constantes; perciben el cariño, la comprensión y el interés de los compañeros del grupo y de los que les rodean, pero están muy centradas en su dolor, aunque algunas de estas personas están activas (han vuelto a trabajar o afrontan las responsabilidades familiares), lo hacen con enorme dificultad o porque «no tienen más remedio». Persisten síntomas de alteración del sueño, por exceso o por defecto, tendencia a la cama y al aislamiento, tienen pensamientos recurrentes de muerte y en algún caso siguen teniendo intentos autolíticos, tienen trastornos alimenticios (bulimia o restricción y desorganización de la alimentación). Esto no quiere decir que no hagan esfuerzos y que no consigan cambios o avances en aspectos puntuales del trabajo de su duelo: algunos cuidan de nietos o de



sus hijos, han vuelto a su trabajo (sobre todo si éste no exige el trato con el público y si tienen algún compañero o jefe más comprensivo que les ayuda en la tarea o no les censura si no pueden realizarlo al cien por cien).

Habría un grupo intermedio, alrededor de una docena del total, que muestra avances considerables en las últimas sesiones del grupo, pero de manera desigual: se acepta, en general, mucho mejor la realidad de la pérdida, pero en unos permanecen elementos ideacionales persistentes, sobre todo pensar reiteradamente en el ser querido y dificultades para no sentirse culpables cuando se sorprenden mucho rato sin hacerlo. Aunque se han hecho más conscientes de las emociones asociadas a su experiencia de pérdida y a las consecuencias para su salud y su equilibrio, persiste en algunos la tendencia a idealizar al ser querido, o se tienen dificultades con la autoestima. Asumen roles y tareas que les obliga la situación, pero algunos tienen expectativas sobre su desempeño exageradas por querer abarcar demasiado o querer hacerlo (cuidar de un hijo, hacer trámites...) solos o «como él/ella lo hacía». Sus ideas y pensamientos excesivamente rígidos hace que se perturben en ocasiones: «en el cumpleaños de mi hija lloré mucho, por tanto estoy peor o voy para atrás».

El resumen de este estudio sería:

El trabajo con personas en duelo en grupo, con el diseño descrito, ayuda a la gran mayoría, pero con distintos grados de eficacia en cuanto a remisión de síntomas y a avances hacia el equilibrio y

la adaptación de las personas. Esto nos lleva a varias conclusiones:

- ▶ La estructura de la personalidad y la índole de la vinculación afectiva previas del doliente con el ser querido debiera ser evaluada mejor en las personas que consultan por duelo, y sería, posiblemente, aconsejable una ayuda individual paralela a la grupal a las personas especialmente vulnerables.
- ▶ Nos parece no sólo posible sino necesario incorporar en la ayuda a grupos de duelo técnicas procedentes de distintos enfoques psicoterapéuticos e investigar su eficacia, potenciando las que sirvan mejor a la mejoría de las personas y abandonando las menos eficaces. Entre ellas, las técnicas basadas en el psicodrama, las tareas conductuales o las actividades basadas en los enfoques de retribución de significado.
- ▶ Es necesario abordar la ayuda en el duelo desde la convicción de que las personas nos perturbamos, ante las adversidades de la vida, tanto en nuestros pensamientos como en nuestros sentimientos y acciones. Estos tres niveles de respuesta ante la pérdida de un ser querido se ven afectados y, por tanto, son los sentimientos, los pensamientos (ideas, filosofía) y las acciones el objetivo diana del trabajo con personas en duelo. Dicho trabajo terapéutico, cuando es en grupo, es más complejo, pero también puede ser más eficaz (y eficiente por el ahorro de tiempo) si se dinamizan convenientemente por parte del asesor las fuerzas «sanantes» que habitan en el interior del propio grupo.

Referencias bibliográficas

1. Rogers R.C., El proceso de convertirse en persona, Barcelona, Paidós; 1986.
2. Giordani B., La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff, Bilbao, Desclée de Brower; 1997.
3. Bermejo J.C., Apuntes de relación de ayuda, Santander, Sal Térrea; 1998.
4. Worden J.W., El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia, Barcelona, Paidós; 1997.
5. Pangrazzi A., La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida, Madrid, San Pablo; 2004.
6. Neimeyer R. A., Aprender de la pérdida, Barcelona, Paidós; 2002.
7. Lieberman, Métodos de grupo, Kaplan, H. Y Sadock, B. J., Tratado de psiquiatría. Barcelona, Masson-Salvat Medicina; 1992.
8. Juri L. y Marrone M., La teoría del apego, Madrid, Psimática; 2001.
9. DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona, Masson 1995.
10. Freud S., Duelo y melancolía, Madrid, Biblioteca Nueva; 1972.



11. Bowlby J., La pérdida afectiva; tristeza y depresión, Buenos Aires, Paidós; 1983.
12. Ross E. K., Sobre la muerte y los moribundos, Grijalbo; 1974.
13. Roccatagliata S., Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo, Santiago de Chile, Grijalbo; 2001.
14. Sánchez E. J., La relación de ayuda en el duelo, Santander, Sal Térrea; 2001.
15. Bermejo J. C., Estoy en duelo, Madrid, PPC; 2005.
16. Bautista M. y Sitta, D., Renacer en el duelo. Cuando muere un ser querido, Buenos Aires, San Pablo; 1993.
17. Bellido J. F., Al otro lado de la muerte. Asalto al tabú del siglo XX, Madrid, Ciudad Nueva; 1994.
18. Prestos TH. A., Aprender a morir, Barcelona, Amat; 2001.
19. Tizón J. L., Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona, Paidós; 2004.
20. Wilczak P. F., Cuando muere un ser querido, Madrid, Narcea; 1990.
21. Bautista García M Cuentos para elaborar el duelo, Cochabamba (Bolivia), Verbo Divino; 2001.
22. Fonnegra de Jaramillo I., De cara a la muerte, Barcelona, Andrés Bello de España; 2001.
23. Burdín L., Decir la muerte. Palabras para decirla, Bilbao, Desclée; 1997.
24. Pangrazzi A., Experiencias de crecimiento. El duelo, Bogotá, Selare; 1992.
25. Bermejo J. C. (ed.), La muerte enseña a vivir, Madrid, San Pablo; 2003.
26. Boss P., La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado, Barcelona, Gedisa; 2001.
27. Pangrazzi A., Los grupos de mutua ayuda en el duelo, Madrid, San Pablo; 2001.
28. Marrone M., La teoría del apego, Madrid, Psimática; 2001.
29. Tizón, J., El duelo y las experiencias de pérdida, en «Psiquiatría en Atención Primaria», Grupo Aula.