

El duelo desautorizado: muerte perinatal

Pechos llenos, brazos vacíos

ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO DICIEMBRE 2012

Nerea Martínez Osta
Saioa Quesada Amundarain
Irene Subiza Pérez
Itxaso Torrea Araiz
Iziar Urtasun Martínez

Índice

¿Qué es el Duelo?.....	pág.3
Fases del Duelo por distintos autores.....	pág.5
¿Qué es el Duelo Desautorizado?.....	pág.7
Muerte prematura y duelo.....	pág.8
Protocolo de actuación.....	pág.10
Asesoramiento psicológico y técnicas.....	pág.12
Antecedentes.....	pág.12
Alteraciones emocionales.....	pág.13
Evaluación psicológica.....	pág.13
Cuestionario para la elaboración del duelo.....	pág.14
Objetivos del asesoramiento psicológico en el duelo perinatal.....	pág.16
Tratamiento en el asesoramiento psicológico.....	pág.17
Enlaces de interés y consulta.....	pág.19
Foro superando un aborto.....	pág. 19
Las voces olvidadas.....	pág. 19
La cuna vacía.....	pág.20
El ombligo de Atenea.....	pág.20
Asociación Bidegin.....	pág. 21
Bibliografía.....	pág.23

“El dolor del duelo es tan parte de la vida como lo es la alegría del amor; es quizás el precio que pagamos por el amor, el coste del compromiso”.

COLIN MURRAY PARKES (1986)

EL DUELO DESAUTORIZADO

Muerte perinatal

¿Qué es el duelo?

El duelo es un camino y proceso emocional necesario y adaptativo que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.), y que se debe recorrer para sanar. Además, es un dolor que afecta a la conducta, a nuestra psique, a nuestro razonamiento, a nuestra salud física, e incluso a nuestra parte espiritual.

En nuestra cultura el duelo se define como el conjunto de procesos psicológicos (proceso del duelo), psicosociales (el luto), antropológicos e incluso económicos que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo estaba psicosocialmente vinculado. Del mismo modo, la elaboración del duelo enmarca una serie de procesos y cambios psicológicos fundamentalmente emocionales, con los que se elabora internamente la pérdida. El trabajo psicológico comienza con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, y termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Esto supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales).

El luto o los ritos psicosociales del duelo son el conjunto de manifestaciones externas, culturales y sociales, antropológicas e incluso económicas que ayudan o reglamentan la readaptación social y psicosocial tras la pérdida en particular de una persona allegada pero también de otros elementos que se suceden en la vida. Es preciso distinguir en este punto la diferencia entre los conceptos de aflicción y duelo, y luto y ritos psicosociales que acompañan a la pérdida. Los primeros hacen referencia al proceso individual de duelo y al conjunto de cambios psicológicos y psicosociales que se dan; y los segundos corresponden a los procesos internos y externos necesarios para la readaptación social y psicosocial durante el proceso de duelo que tienen una gran influencia cultural. Por todo esto, el duelo se vive como una experiencia individual, psicológica, psicosocial y psicobiológica, y también como una realidad colectiva.

El duelo es además un proceso individual en el que la persona necesita encontrar el tiempo necesario y el espacio de respeto adecuado para expresar sus emociones con libertad, entender el significado de lo que vive y explorar su interior para volver a reconstruirse. Para

ello, será imprescindible recorrer un camino de autoconocimiento en el que la persona se transforme y descubra que ya no es la misma. Durante el proceso, afloran sentimientos de tristeza, abatimiento, añoranza, enfado, miedo, rabia, culpa, o una mezcla de todo ello al mismo tiempo, que constituyen reacciones normales en respuesta a la experiencia de pérdida y ausencia. Sin embargo, puede dejar de ser algo normal y convertirse en algo crónico o patológico cuando se comienza a pensar que es demasiado para poder soportarlo, y en consecuencia se producen pensamientos y conductas difíciles de entender que acaban interfiriendo con intensidad en el día a día de la persona que está en duelo. La ausencia de un ser querido es una vivencia que abarca muchas dimensiones, ya que afecta a nuestro cuerpo físico, nuestras emociones, nuestras relaciones, pensamientos, acciones e incluso llega a repercutir en nuestro sistema de valores y creencias.

Nuestra cultura, influenciada por la corriente positivista, nos empuja a confiar ciegamente en el poder de la razón y a alejarnos de nuestras propias sensaciones corporales, emocionales y espirituales para evitar enfrentarnos a aquello que nos hace daño. Este mecanismo impide integrar las emociones y las experiencias en la historia vital de quien pierde aquello que quiere. Esto genera malestar e impide ordenar los recuerdos y lo vivido para poder aceptar la pérdida y comenzar a construir un futuro sin su presencia. Estamos acostumbrados a sentir pudor al manifestar dolor y nos preocupa llorar delante de otras personas. Es frecuente escuchar frases como 'los hombres no lloran' o 'llorar es de niños' que ayudan a perpetuar una idea que sanciona la expresión de unas emociones tan básicas y cotidianas como el llanto o la alegría, no dejando de esta manera manifestar la carga emocional. Por todo esto, se impone la urgente necesidad de vencer esos prejuicios socioculturales para ajustar el equilibrio psíquico. Desde aquí el papel del asesoramiento psicológico consiste en propiciar en la relación de ayuda psicológica el equilibrio perdido y recuperar la esperanza.

Freud escribió a un amigo que había perdido a un hijo la siguiente cita: 'Encontramos un lugar para lo que perdemos. Aunque no sabemos qué, después de dicha pérdida, la fase aguda del duelo se calmará, también sabemos que permaneceremos inconsolables y que nunca encontraremos su sustituto. No importa qué es lo que llena el vacío, incluso si lo llena completamente; siempre hay algo más'. Este fragmento nos invita a pensar que el duelo en cierto sentido no termina nunca, sino que madura y cambia. Es decir, cuando el que pierde a un ser querido es capaz de hablar del fallecido (y con el fallecido) sin experimentar una cascada de emociones, cuando es capaz de pensar en él sin manifestaciones físicas como llanto inconsolable, alteraciones de sueño u opresión en el pecho; y, finalmente cuando el superviviente es capaz de invertir sus energías y sus afectos en nuevas relaciones podrá aceptar los retos que la vida le plantee y proyectar al futuro con esperanza. De esta manera, recuperará el interés por la vida y por los demás y se sentirá nuevo y esperanzado. Asimismo, salir del duelo significa salir de una relación de pérdida y poder establecer una nueva junto a otra persona (u otras) siempre y cuando se haya despedido a la ausente.

Fases del duelo por distintos autores

Elisabeth Kübler Ross (1926-2004), psiquiatra suizo-estadounidense, fue una de las mayores expertas mundiales sobre la muerte, las personas moribundas y los cuidados paliativos. Además, fue pionera en el campo de investigación de las experiencias cercanas a la muerte y es actualmente reconocida como una figura de autoridad en la materia. Según sus estudios el duelo puede dividirse en cinco etapas diferenciadas que serán explicadas a continuación.

En primer lugar, aparece la etapa de la *negación* y el *aislamiento*. Negar la pérdida permite a quien la sufre atenuar, amortiguar y anesthesiarse ante el dolor que desencadena la noticia, y además permite situarse en un falso estado de adaptación. Este mecanismo tiene un carácter provisional porque pronto habrá que sustituirlo y considerarlo como un paso previo a la adaptación a la nueva realidad. Desde el asesoramiento psicológico será preciso crear un clima de confianza y un espacio acogedor de ayuda a la superación, en el que la persona en duelo se permita comenzar a digerir el atracón emocional que está experimentando y aprenda otras habilidades de desahogo emocional y expresión de sentimientos.

A continuación, aparece el sentimiento de *ira* fruto de la frustración y la impotencia. La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento, y comienzan a surgir los porqués. Es un momento difícil de afrontar para el entorno que rodea al fallecido porque aparecen quejas, dificultades y desengaños. En esta fase la labor del asesor psicológico o el terapeuta deberá focalizarse en ayudar a la persona en duelo a expresar su rabia y frustración con procedimientos constructivos que le permitan no incrementar su malestar.

En tercer lugar, aparece la fase de *pacto* ante la dificultad de afrontar la difícil realidad. En este momento, surge la necesidad de tomar impulso y proponerse superar la traumática experiencia que se está viviendo. Ante la dificultad de afrontar esta difícil realidad se intenta llegar a un acuerdo (generalmente con Dios) para intentar superar la traumática vivencia.

En cuarto lugar, aparece la fase de *depresión*. Esta situación llega cuando la persona que sufre la ausencia no puede seguir negando la pérdida y como consecuencia se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se ve invadida por una profunda tristeza. Es un estado temporal y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente, desde la perspectiva del asesoramiento, intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo. Esto puede ser una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Por ello, sería absurdo decirle que no esté triste, lo adecuado es permitirle expresar su dolor con el objetivo de lograr la aceptación final.

La depresión, es una etapa en la que se necesita un gran apoyo social porque se tiene mucho que compartir. A la hora de ayudar a una persona que está pasando por esta fase, es conveniente saber que se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado que intentando calmar su dolor con palabras muchas veces inadecuadas. Habitualmente cuando se produce una pérdida, el entorno social de la persona afectada, muestra una excesiva atención, que puede llegar a dificultar el proceso de duelo.

La quinta y última fase del duelo es la *aceptación* que ocurre una vez que la persona ha expresado sus sentimientos, su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la depresión y contemplan el futuro con más tranquilidad. En esta etapa, comienza a sentirse una cierta paz, la persona siente que puede estar bien sola o acompañada o no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor. En definitiva, la vida se va imponiendo.

No debemos olvidar el importante papel que tiene la *esperanza* en este proceso. Ésta es la que sostiene a la persona y le dota de fortaleza para pensar que se puede estar mejor y que se puede buscar un sentido a todo este dolor. Asimismo, permite sentir que la vida tiene sentido, que siempre espera algo importante y trascendente para cada uno.

Asimismo, John Bowlby (1980) señaló las siguientes fases del proceso de duelo: (1) fase de *incredulidad y embotamiento* de la sensibilidad, que puede durar desde algunas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por momentos de pena o cólera intensas; (2) fase de *añoranza, anhelo y búsqueda de la figura perdida*, que suele durar desde meses a años (por la pérdida de un progenitor, hermano, cónyuge, etc.); (3) fase de *desorganización y desesperanza*; y por último, (5) fase de mayor o menor *reorganización*. Además, este autor define tres momentos emocionales típicos en el duelo. En primer lugar, aparece el impacto, crisis y protesta ante la pérdida, a lo que sigue una fase de desesperanza y una reorganización o desapego y depresión para terminar (Tizón, 2004).

Igualmente, Rando (1993), destacado psicólogo contemporáneo, propone su particular concepción de *las Seis R del proceso de duelo* en las que vincula cada una de las fases por las que pasa el deudo a una serie de tareas fundamentales cuyo objetivo persigue alcanzar el fin de la elaboración del propio recorrido e incorporarlo como parte de la historia vital.

La primera fase que presenta Rando es la negación y la tarea fundamental asociada es el reconocimiento de la pérdida tanto a nivel cognitivo como afectivo. Si esta tarea no se resuelve adecuadamente el resultado es un duelo con problemas de expresión que desencadenará en duelo ausente, duelo retardado, duelo inhibido, duelo congelado o duelo enmascarado con negativas consecuencias sobre el proceso de aceptación de la reciente ausencia.

La segunda fase es la de confrontación, que supone una reacción ante la separación que implica sentir profundamente el dolor y la pena. En este periodo se dan diversos tipos de reviviscencias o reexperimentaciones de la relación que se tenía con el fallecido. Ese vivir y revivir de la relación en una y otra ocasión es lo que lleva a la persona en duelo hacia la renuncia. Va distanciándose de ese vínculo y lo que significaba en nuestro mundo. Si estas tareas no se cumplen el resultado son duelos sesgados o desviados como los distorsionados, los conflictualizados en exceso y los inesperados.

Por último se encuentra la fase de acomodación, en la que se deberán realizar dos tareas básicas: la readaptación al nuevo mundo olvidando progresivamente el viejo y el revestimiento como decía E. Kübler-Ross. Si estas tareas no se elaboran pueden llevar a la persona en duelo a cronificar su estado llegando a desarrollar un duelo congelado.

¿Qué es duelo desautorizado?

Aunque nuestro foco de interés y principal motivo para hacer este trabajo son los duelos desautorizados, consideramos oportuno definir los duelos autorizados para entender mejor en qué consisten.

El duelo autorizado es un duelo expresado y compartido, sin juicio y sin prisas. Es decir, socioculturalmente se acepta que el doliente pueda ser escuchado, acogido y seguido por su entorno, o lo que es lo mismo, los sentimientos son validados en un entorno que toma iniciativa activa en el cuidado y protección de quien lo necesita. Se distinguen cuatro tipos diferentes de duelos autorizados: (1) el duelo retardado que se caracteriza por ser un duelo que no suele iniciarse tras el fallecimiento, sino que comienza trascurrido un tiempo, generalmente dos o tres semanas pudiéndose llegar en ocasiones a varios meses; (2) el duelo ausente en el que el doliente niega y actúa como si no hubiera ocurrido nada y no aparecen las reacciones emocionales esperadas; (3) el duelo crónico se instala en la fase más aguda del duelo y se muestran durante años síntomas ansiosos, depresivos y una preocupación continua y obsesiva por la figura del fallecido. Este tipo de afrontamiento puede convertirse en una forma patológica de duelo complicado; (4) y por último, en el duelo inhibido la persona se siente incapacitada para expresar claramente el pesar por la pérdida debido a limitaciones personales o sociales. Suele acompañarse de retraimiento, dedicación obsesiva a la atención a terceros, etc.

En contraposición, los duelos desautorizados no son socialmente reconocidos ni públicamente expresados. La sociedad no está preparada para sostener ese sufrimiento y no acepta el duelo, por lo que no valoriza a la persona doliente durante su proceso de pérdida. El entorno procurará darle pronto el alta con frases revictimizantes y desvalorizadoras como las siguientes:

- *¿Ya se te ha pasado?*
- *Aquí nada de lágrimas, ¿vale?*
- *Eres joven. Encontrarás a otro.*
- *Chico, ya ha pasado tiempo, ¿no?*
- *Es ley de vida.*
- *Menos mal que no te dio tiempo a cogerle cariño.*
- *Siempre estás con lo mismo.*

Las desautorizaciones se dan cuando (1) la *relación no es reconocida* socialmente porque los lazos de vinculación no son valorados como significativos, ejemplo de ello es la muerte de un profesor, un amante, una ex pareja, un paciente, un compañero de trabajo o la muerte de un hijo adoptado. Cuando (2) el *fallecido es el desautorizado*, es decir, la persona perdida no es socialmente valorada, ejemplo de ello es la muerte de un padre o madre mayor, la muerte perinatal o gestacional, una persona en coma, un drogodependiente e incluso un animal de compañía. (3) El *doliente es el desautorizado* en este caso se considera socialmente que el doliente es incapaz de hacer duelo y que por tanto, no puede vivenciar la pérdida con dolor, malestar y sufrimiento. Ejemplo de ello son los niños, las personas mayores y aquellos que

sufren una enfermedad mental. Por último, (5) la *circunstancia es desautorizada* esto ocurre cuando las causas de la muerte se ocultan como en los casos de suicidio, homicidio (ajuste de cuentas), muerte por SIDA, sobredosis o adicciones y violencias de género.

Este tipo de circunstancias en las que se niega y se desautoriza el proceso añaden dolor al duelo porque agregan sentimientos de vergüenza y culpa, sitúan al doliente fuera de los rituales apropiados socioculturalmente y se cuestionan aspectos o cuestiones éticas y legales. En estos casos aparecen frases como las siguientes:

- *Nadie me comprende.*
- *Tengo que justificar mi dolor.*
- *No voy a cargarles con mi pena.*
- *He aprendido a disimular mis sentimientos y no volver a mostrarlos.*
- *Hablo de él protegiéndome de comentarios.*
- *Yo mismo me desautorizo.*

Para aligerar la carga desde la perspectiva del asesoramiento psicológico, es preciso dar seguridad y apoyo al doliente así como validar su proceso y hacerlo legítimo.

Muerte prematura y duelo

“Qué manía de consolar a quien no tiene consuelo” Padre que ha perdido un hijo.

A continuación, nos centraremos en el duelo cuando el fallecido es el desautorizado, concretamente trataremos la pérdida perinatal. En este caso, la desautorización está centrada en la pérdida. Para tener claro a qué se hace referencia con la muerte perinatal diremos que comprende la mortalidad fetal tardía y la mortalidad neonatal precoz.

La muerte durante el embarazo, en el parto o pocos días después del nacimiento constituye un tema delicado y condicionado por numerosos factores. Esta pérdida puede desencadenar reacciones de duelo en los progenitores y situaciones de difícil manejo para los profesionales sanitarios. Son duelos que reciben escasa consideración y que pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos. Por este motivo, es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los progenitores para no caer en posturas paternalistas o en protocolos dogmáticos que consideran iguales a todos los padres ante pérdidas a las que ellos atribuyen significados diferentes.

Para entender el significado de este tipo de pérdida debe conocerse el contexto psicológico que rodea al embarazo. Una mujer en la etapa temprana tiene la sensación de que el feto es más parte de ella que un ser distinto. El proceso mediante el cual la madre se diferencia del feto es un continuo que comienza con la percepción de movimientos fetales que evolucionan durante el embarazo, por lo que a medida que éste avanza aumenta la fuerza del vínculo y, por consiguiente, se intensifica la reacción del duelo en caso de pérdida. Según la etapa del

embarazo en la que se encuentre la futura madre, la pérdida no sólo implica al feto, sino también a sus deseos, expectativas y sueños asociados con el hijo no-nato.

Las actitudes hacia la pérdida perinatal varían según las expectativas de los progenitores, la prosperidad de la sociedad en que viven, y la cultura a que pertenecen. La mayoría de religiones conceden escasa atención a las pérdidas perinatales, y no hay rituales concretos que ayuden a afrontarlas.

Desde el asesoramiento psicológico, será preciso que en un primer momento los dolientes lleguen a aceptar la realidad de pérdida. Algunos padres niegan la muerte del bebé, aun cuando la esperaban, por lo que es importante confrontarlos con la realidad, hacerles ver que su hijo está muerto, que se ha marchado, que no volverá, y que es imposible un reencuentro con él. Aceptar la realidad requiere tiempo e implica tanto la aceptación intelectual como la emocional.

En segundo lugar, para facilitar el duelo los padres tienen que aprender a exteriorizar las emociones. En ocasiones, los padres tratan de minimizar la muerte de su hijo o bloquean el afecto al negar el dolor existente. Por todo esto, la intervención debe centrarse en conectar el afecto con el hecho mediante la catarsis de las fantasías y sentimientos hacia el feto o embarazo, y ayudar a que experimenten el dolor de la pérdida.

En tercer y último lugar, es necesario que los padres se adapten al medio sin el bebé y se enfrenten a la pérdida de su rol como futuros padres. Asimismo, es necesario que reorganicen los sentimientos hacia el hijo muerto y se replanteen la vida mirando hacia el futuro.

Según Lewis (1987), el duelo por la muerte de un niño se comprende mejor si se lo compara con la pérdida de una parte del cuerpo de los padres. Esta muerte provoca que quienes les rodean los esquiven, tal como harían con un mutilado, puesto que incita en ellos miedo y ansiedad.

Otro autor, Knapp (1986) expone seis pautas comunes de respuesta que presentan todos los padres que han perdido a un hijo/a. Éstas características se daban en una amplia mayoría de los padres de la muestra que escogió, y poseían tanto connotaciones beneficiosas como perjudiciales. Sin tener en cuenta las connotaciones, estas pautas modales de respuesta representan aspectos naturales del proceso del duelo. Algunas de las identificadas son las siguientes:

- La promesa de no olvidar nunca al hijo/a.
- El deseo de morir.
- Una revitalización de las creencias religiosas.
- Un cambio de valores.
- Una mayor tolerancia.
- Sombra de dolor.

Otro autor que ha estudiado el duelo en estas circunstancias es Vollman (1971) quien ha observado que las familias que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces que

facilitan la coparticipación de los sentimientos tienen mayor probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

Cuando una familia pierde un hijo, debemos tener presente una serie de cuidados que son necesarios al abordar la muerte perinatal. Estos cuidados deberían incluir: llamadas periódicas de seguimiento al menos durante el primer año; animar a la familia a involucrarse en grupos de apoyo de la comunidad, proveer una evaluación continuada y mejoras para nuestro conjunto de recuerdos basadas en la información aportada por las familias, voluntarios y publicaciones profesionales.

En diversos casos de muerte perinatal las familias se quejan de la mala atención recibida a la hora de comunicar la noticia y en los momentos posteriores. Es por ello, que conviene proporcionar herramientas a los profesionales para que sepan afrontar esta situación de manera correcta. Deberían ofrecerse cursos en los hospitales para que los profesionales adquieran las habilidades necesarias. Por este motivo, ahora presentamos un ejemplo de protocolo de actuación dirigido al personal médico:

Protocolo de actuación

Para llevar a cabo el protocolo se debe de tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El marco físico

Se debe buscar un espacio físico que proporcione a los padres seguridad, intimidad y confianza, alejado de ruidos y posibles interferencias. Puede ser al lado de la incubadora o la cuna de su hijo. También se habilitará un lugar donde se puedan reunir con la familia.

2. El personal

La actitud del personal de enfermería ante esta situación debe ser de total respeto, evitando juzgar y teniendo en cuenta las preferencias individuales de los padres y sus diferencias étnicas y religiosas.

La participación de los padres en la toma de decisiones y su presencia durante el proceso de muerte debe ser compartida conjuntamente con los profesionales de la salud.

Las habilidades a destacar en el personal de enfermería deben ser:

- Empatía, que consiste en la capacidad de entender el estado psicológico y emocional de la otra persona para poderle ayudar.
- Escucha activa, es necesario escuchar a la persona que tenemos delante antes de empezar a hablar. No se trata de informarla, sino de comunicarse con ella. Por tanto, entendemos que la comunicación debe ser efectiva, para ello deben establecerse relaciones basadas en la confianza. Cabe destacar también que siempre debemos verificar la información recibida anteriormente por parte de los padres con el fin de reforzar y clarificar la información médica.

- Apoyo emocional, consiste en reconocer y validar las emociones de los padres, facilitando la expresión emocional y reforzando sobre todo su no culpabilidad.

Se han descrito brevemente las habilidades de comunicación necesarias para todo profesional de la salud que quiera ser efectivo en su trabajo. Creemos también que es importante añadir una sólida formación en duelo, en cómo dar malas noticias, etc. Solo de esta manera los profesionales serán efectivos y podrán contener la situación.

Frases para usar	Frases para evitar
<ul style="list-style-type: none">- "Siento lo que les ha pasado"- "Me imagino cuánto querrían a ese bebé"- "No me molesta que lloren"- "La verdad es que no sé muy bien qué decirles"- "Tienes un bebé precioso/a"	<ul style="list-style-type: none">- "Sé fuerte"- "No llores"- "Es la voluntad de Dios"- "Todo pasa por alguna razón, es el destino"- "No es el fin del mundo"- "Dios necesitaba otra flor en su jardín"- "Ahora tienes un angelito"- "Ahora está en un lugar mejor"- "Al menos no llegaste a conocerle bien"- "Eres joven, ya tendrás más"- "Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc."- "El tiempo lo cura todo"- "Ya le olvidarás"

Estas frases ayudarán a empatizar con los padres, y de este modo se sentirán más apoyados y comprendidos. Debemos responder al impacto emocional de la mala noticia de una manera empática, respetando los silencios y dando tiempo para explorar los sentimientos de culpa. El lenguaje empleado debe ser claro, conciso y no debe dar lugar a la confusión.

3. Preparación del niño

Es preferible presentar al niño de forma apropiada, sin amortajar y cubriendo su cuerpo con una sábana dejando a la vista la cara y las manos, serán los propios padres los que a su ritmo desearán ver todo el cuerpo, cuando estén a solas.

A continuación, describimos el procedimiento:

En relación a los padres:

Si la relación del personal médico con los padres se inicia en el momento de la muerte, se deberán presentar debidamente, se les preguntará por el nombre del bebé y se les dará información de cómo está el cuerpo de su hijo ofreciendo la posibilidad de verlo. Si tienen dudas sobre esta decisión es importante darles tiempo para que lo piensen.

Cuando el niño lleva varios días ingresado en la UCI y por tanto el equilibrio de salud ya conoce a los padres, será más agradable para ellos encontrar a personas conocidas que les ayuden y consuelen en este difícil momento de sus vidas.

En relación al bebé

Se debe explorar la posibilidad de que los padres quieran tocarlo, cogerlo en brazos y mecerlo, solamente si ellos quieren hacerlo.

El personal deberá quedarse junto a los padres si ellos lo desean o bien se les dejará solos si prefieren despedirse de su hijo en la intimidad junto con otros familiares.

Es importante para una buena elaboración del duelo ofrecerles la posibilidad de obtener y conservar objetos relacionados con el bebé (ejemplo, la ecografía) si de momento no lo desean se les proporciona la posibilidad de guardar los objetos en la historia clínica.

Finalmente, se retirará el cuerpo de forma apropiada y se les dará a los padres la información respecto a los trámites necesarios para el entierro o incineración del niño.

Conclusiones

- Se sabe que los padres que han tenido la oportunidad de ver y abrazar a su hijo nunca lamentan haberlo hecho, y muchos padres que no lo han visto lamentan en el futuro no haber tenido la ocasión de conocer y despedirse de su hijo.
- Unificando los criterios de actuación, se evitan aquellas actuaciones que pueden acentuar más el dolor de los padres y se proporciona una relación de ayuda a la familia.
- También es importante que los profesionales de la salud tengan una sólida formación no tan sólo en la parte técnica sino en la parte humana.

Asesoramiento psicológico y técnicas

Antecedentes

No existe suficiente información acerca de los tipos de intervención ni de los beneficios posibles de las mismas para brindar apoyo a las madres, padres y sus familias después de la muerte de un feto o recién nacido.

Los estudios de Fish (1986) y Wing (2001) aseguran que la muerte de un recién nacido se reconoce como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar. Además, el duelo puede tener un efecto negativo considerable sobre la relación de pareja (siendo más extenso en las madres que en los padres), la dinámica familiar o la crianza, o ambos.

Según Murray (2000) los factores que aumentan el riesgo de los resultados psicológicos adversos para los padres después de una muerte perinatal incluyen: apoyo social inadecuado percibido, circunstancias traumáticas acerca de la muerte, dificultades para superar una crisis en relaciones pasadas, relaciones problemáticas en el núcleo familiar y la presencia de otras crisis. Del mismo modo indicó que el apoyo, incluido el contacto con un profesional, así como los recursos diseñados especialmente para la ayuda en estas circunstancias, mostraron beneficios en cuanto al trastorno psiquiátrico, las estrategias paternas de afrontamiento y la calidad matrimonial.

Alteraciones emocionales

La elaboración del duelo no significa olvidar, sino poder recordar desde el presente al hijo/a perdido/a manteniendo el contacto con la realidad. Por este motivo hay que hacer hincapié en que el duelo es un proceso y no un estado. El proceso es variable y suele durar una media de seis meses.

Es preciso que los profesionales de la salud que atiendan a la pareja en duelo conozcan las principales reacciones psicológicas ante la muerte, así como las diversas tareas que se llevan a cabo en la elaboración del duelo. Es decir, han de disponer de herramientas que les provean de las habilidades necesarias para establecer relaciones interpersonales con los deudos e identificar situaciones de riesgo. Se hace urgente en consecuencia enseñar al profesional sanitario a manejar esas primeras situaciones utilizando un lenguaje propio de su área profesional pero adecuado a las características de los pacientes y la situación. Las manifestaciones emocionales esperadas en un duelo son:

- *Tristeza*, es la respuesta más común y se puede acompañar de sentimientos de enfado, culpa, auto-reproche y ansiedad.
- *Sensaciones físicas* como vacío en el estomago, opresión en el pecho o garganta y sensación de despersonalización.
- *Incredulidad* ante lo ocurrido, confusión, preocupación, y dificultad para concentrarse y ordenar los pensamientos.
- *Conductuales* como trastornos del sueño, de la alimentación, aislamiento social, soñar con el hijo perdido, buscarlo o llamarle en voz alta, visitar lugares, llevar consigo cosas que lo recuerdan y atesorar objetos que le pertenecieron.

Se ha planteado que una persona en duelo puede dejar fluir conductas y pensamientos agresivos que si no son canalizados objetivamente y adecuadamente pueden volcarse sobre sí mismo y sobre la pareja, lo que favorece la aparición de manifestaciones depresivas.

Evaluación psicológica

Una evaluación oportuna y adecuada favorece la implementación de la estrategia psicoterapéutica adecuada para el sujeto evaluado. Del mismo modo, durante el proceso de evaluación se ha de tener en cuenta que las manifestaciones emocionales de los padres ante la pérdida varían en grado e intensidad dependiendo de la estructura de personalidad de cada sujeto.

La existencia de autoestima y auto-concepto bajos, antecedentes de depresión y a la propia condición de pérdida perinatal, son factores que se asocian a la aparición de alteraciones emocionales secundarias a consecuencia de una pérdida perinatal. Y por último, cabe mencionar que la ausencia de alteraciones emocionales ante la pérdida de objetos de amor conduce a la presunción de un déficit de la persona en el manejo de sus emociones.

Hemos creído oportuno añadir un ejemplo de cuestionario de evaluación del duelo, con la intención de que sirva de guía para evaluar el estado en el que se encuentran los padres. Sin embargo, sería preciso adaptar las preguntas a la situación y pérdida concreta.

Cuestionario para la elaboración del duelo

(Adaptado del libro de J.W. Worden, *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, Paidós, Barcelona 1997)

Fecha:

Nombre:

Fecha y lugar de nacimiento:

Estudios:

Ocupación:

Domicilio:

Teléfono:

¿Cómo supo de nuestro servicio?

Nombre del difunto:

Edad:

Parentesco:

Fecha del fallecimiento:

Otros miembros de la familia (nombre, edad, estudios, ocupación)

DETERMINANTES Y MANIFESTACIONES DEL DUELO

● Cómo murió:

- ¿Lo vio muerto?

-¿Dónde estaba usted?

● Tristeza y llanto:

-Cuándo y cuánto

(Es importante indagar si la persona se siente libre para manifestar su dolor delante de otras personas)

● Enfado, rabia y culpa:

-Hay personas que en circunstancias como la suya sienten rabia y enfado. ¿Le sucede a usted?

-¿Se reprocha usted algo respecto a N.?

● Ansiedad, miedo, fobias y depresión (intensidad):

-¿Cree que podría vivir sin N.?

-La muerte de N. ¿le hace pensar en su propia muerte o en la enfermedad? ¿Cómo se siente con esos pensamientos?

-¿Cree que la vida no tiene sentido sin N.?

-¿Ha pensado o intentado hacerse daño?

-¿Qué otras ayudas –profesionales o no-ha buscado? ¿Ha tomado medicación? ¿Drogas? ¿Alcohol?

● Síntomas físicos:

-¿Se siente cansado/a? ¿Cómo son sus comidas? ¿Y su sueño (medicación)?

(Indagar posibles síntomas somáticos)

● Antecedentes históricos:

-¿Has sufrido alguna otra pérdida anterior a ésta? ¿Cómo la enfocó entonces?

● Apoyo social:

-¿Se siente solo/a? ¿Cómo han manifestado interés por usted sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.?

-¿Cómo se siente cuando la gente le pregunta?

-¿Qué ha cambiado en sus relaciones con la gente?

● Sentimiento de impotencia (ejemplo: no poder cuidar de sus hijos):

-¿Cree que podrá desenvolverse usted con el trabajo, con los hijos, etc.?

● Otros estrés simultáneos:

-¿Qué cambios o crisis –económicos, de organización- hay después de la muerte de N. en su vida y/o en su familia?
-¿Cómo están relacionando sus hijos, su marido o su esposa, etc.? ¿Hablan ustedes de lo que sienten?

- Dimensión espiritual:
-¿Es usted creyente? ¿Qué le dice usted a Dios? ¿Ha habido algún cambio en su escala de valores (por ejemplo, valorar más las amistades, o la vida, o la salud; o relativizar otros valores a los que antes daba más importancia)?
- Anhelo (por la pérdida) y sentido de presencia:
-¿Cree usted que puede recobrar a N.? ¿Le busca o le llama? ¿Oye usted la voz de N.? ¿Lo ve? ¿Sueña con él? (Puede ser significativo que nos cuente algún sueño).
- Confusión, olvidos, dificultades para concentrarse.
- Conducta distraída.
- Preocupación (obsesión con pensamientos sobre el fallecido o sobre cómo recuperarlo; imágenes del fallecido o muriendo)
-¿Piensa usted en N.? ¿Qué imágenes del fallecido le vienen a la cabeza?
- Visitar lugares o llevar objetos que recuerden al fallecido.
- Atesorar objetos que pertenecían al difunto o por el contrario, evitarlos.
-¿Qué ha hecho con las cosas que pertenecían o usaba N. (ropa, habitación, fotos...)?
-¿Visita usted el cementerio? ¿Por qué?
- ¿Por qué pide asesoramiento? ¿Qué espera usted conseguir?
(Conviene aprovechar este punto para orientar al ayudado hacia unas expectativas realistas acerca del trabajo de duelo y de la ayuda que se le puede proporcionar).

Objetivos del asesoramiento psicológico en el duelo perinatal

Las tareas del duelo son:

1. *Aceptar la realidad de la pérdida*, para ello debe conducirse al paciente a la confrontación con el hecho de que el hijo ha muerto y evitar que se niegue o se minimice la muerte del bebé.
2. *Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida* es necesario. Negar los sentimientos que se experimentan, idealizar al hijo perdido y evitar aquello que se asocia con él, puede llevar en casos puntuales a los padres al consumo de alcohol y otras drogas como estrategia para enfrentarse a lo ocurrido. Por lo que en estos casos, es importante una adecuada y urgente intervención del profesional de la salud cuya principal labor será conectar el afecto con la realidad.

3. *Adaptarse al medio sin el bebé.* La pareja debe adaptarse a la pérdida de su rol como padres.
4. *Reorganizar los sentimientos hacia el bebé muerto y continuar la vida.* Los padres han de encontrar un lugar en su vida emocional que les permita continuar sus actividades diarias de manera funcional.
5. *La participación del personal médico en la elaboración y resolución del duelo* es especialmente importante en la labor de acompañamiento de los deudos. Estos han de llevar a cabo una serie actividades que encaminen a la adecuada resolución del mismo, como: (1) cerciorarse de que la información suministrada a los padres sea comprensible eliminando del vocabulario expresiones técnicas que puedan generar en los padres confusión, temor o culpa. (2) Procurar que la información se proporcione en un ambiente adecuado respetando la intimidad de la familia permitiendo que se produzcan expresiones propias y necesarias de dolor y tristeza. (3) Constituirse como un acompañante del proceso escuchando atentamente el discurso de los padres siendo empáticos con las reacciones emocionales sin emitir juicios de valor. (4) Identificar si existen redes de apoyo familiar y social que puedan apoyarlos en ese momento. (5) Identificar y respetar las creencias religiosas, ritos y costumbres de cada cultura en estas situaciones. (6) Ayudar y orientar sobre los trámites burocráticos (autorización de autopsia, gestiones funerarias etc.). Y por último, (7) en todo momento se debe respetar la decisión de los implicados de recibir o no ayuda de cualquier tipo.

Si la muerte es predecible es recomendable brindar a los padres la oportunidad de estar con el niño, de abrazarle, hablarle, brindarle un nombre, si es posible, antes de morir. Asimismo, existen estudios que indican que si los padres crean recuerdos y hacen del bebe una persona tangible a través de verlo muerto, ponerle nombre y hacer un funeral, les ayuda a elaborar el duelo y evita complicaciones.

Tratamiento en el asesoramiento psicológico

El objetivo primordial del proceso de duelo perinatal es favorecer la elaboración del duelo previniendo la complicación del mismo y evitando un sufrimiento innecesario a las personas implicadas. La intervención psicológica puede ser individual, en pareja o grupal. Se ha demostrado que la utilización del grupo como herramienta es tan eficaz como la psicoterapia individual y que en ambos casos se obtienen beneficios en el manejo de alteraciones emocionales asociadas a eventos médicos. El hecho de pertenecer a un grupo dirigido de manera ética y profesional por un especialista en salud mental en el que sus integrantes presentan un común denominador (pérdida de un hijo) en el periodo perinatal, crea un escenario donde se puede expresar libremente ideas, dudas y sentimientos alrededor de la pérdida constituyéndose así una red de apoyo de gran valor.

Además, es importante que la familia participe del proceso de asesoramiento psicológico con el objetivo de crear una red de apoyo real y comprensión de la situación para que su labor esté libre de creencias que pueden generar confusión y temor que paralizan y postergan la toma de decisiones.

En el estudio prospectivo de un Programa de Asesoramiento a la Mortalidad Perinatal (Brunner-Sclarra, 2008), se describe la elección que hacen los padres con relación a hacer contacto con su bebe natimuerto o inmediatamente después de la muerte neonatal. En el seguimiento a 808 familias que habían vivido la experiencia, se encuentra que 80% de las madres, 72% de los padres y 34% de familiares y amigos cargaron al bebe. Después de la muerte perinatal la mayoría de los padres desearon tener contacto con sus bebes para personalizar el evento, pidieron información sobre la muerte y el seguimiento por el personal de salud. Sin embargo, no todos los padres escogieron la misma opción. Se concluye que el personal de salud no debe sesgar la información a los padres ni hacer presunciones que limiten su elección (Brunner-Sclarra, 2008).

Tales creencias llevan al descontento y preocupación si el resultado no corresponde con ellas. Es necesario el conocimiento de ciertos campos culturales y sus respectivos códigos al comunicar las diferentes anomalías a los padres para que puedan decodificar la información que reciben. A partir de los avances en biología molecular, tecnología, medicina, obstetricia, ginecología, genética y los estudios de imágenes, la información interdisciplinaria es valiosa para mejorar la calidad de vida de las mujeres en riesgo reproductivo. Con el asesoramiento psicológico, los mitos serán reelaborados, las creencias pasarán al plano de las ideas y podrán ser discutidas, a fin de sustituir las emociones producidas por las creencias por emociones producidas a partir de la reelaboración de los conceptos que generan actitudes positivas y útiles para la vida (Brunner-Sclarra, 2008).

Etapas de la intervención:

1. Cuando el paciente y su pareja reciben la noticia sufren una fuerte desorganización emocional manifestada principalmente por ansiedad y depresión que rebasan en muchos casos las propias capacidades y el poder dar una respuesta adaptativa. En el caso de que el sujeto desencadene una patología podría ser explicada porque un suceso se asocia de manera inconsciente con circunstancias del pasado, que evocan un conflicto emocional similar que no fue resuelto. Este momento es preciso abordarlo desde los principios de la intervención en crisis con la intención de facilitar la expresión catártica. Sin embargo, en el caso de que los pacientes solo presenten malestar psicológico es posible que la intervención se quede solo a nivel primario.
2. En un segundo momento, se trabaja con la sintomatología aguda para prevenir que se desarrollen condiciones más graves que interfieran en el funcionamiento normal de ambos progenitores.
3. La pareja suele presentar sintomatología depresiva debido a la pérdida real de su hijo por lo que resulta necesario plantear intervenciones de contención y apoyo clínico. En

esta etapa, el profesional ha de facilitar la expresión de las emociones y apoyar la capacidad de enfrentar esta situación con familiares, amistades y la sociedad en general creando espacios adecuados para ello. Asimismo, la intervención psicológica se suele encaminar hacia la conexión emocional de este evento con las pérdidas anteriores y a su reinterpretación y resignificación, así como a facilitar la expresión y el análisis de los sentimientos experimentados.

Enlaces de interés y consulta

Foro superando un aborto

SUA es el fuego alrededor del cual se sienta la tribu a contar sus historias. Se alegran cuando hay que alegrarse y lloran juntos cuando es el momento. Es una poderosa medicina hablar de lo que nos ocupa el alma y conocer los caminos recorridos por los demás tan semejantes al nuestro. Siéntate y escucha y si sientes que tienes algo que contar, adelante.(Entrada en el foro).

Es una red social de apoyo en la que todas aquellas personas que han sufrido una interrupción traumática de un embarazo puedan informarse, compartir vivencias y afrontar su pérdida on line. Se habla de aborto natural temprano, tardío, muerte en el periodo perinatal del bebé, así como de las secuelas provocadas por las contingencias generadas durante el proceso. Esta iniciativa ha tenido mucho éxito y entiende que el dolor que se calla es el más doloroso.

superandounaborto.foroactivo.com

Libro: Las voces olvidadas

Las voces olvidadas es un libro editado por Ob Stare que recorre la experiencia de la pérdida de un bebé en las primeras semanas de gestación dando voz a aquellos bebés que solamente vivieron en el vientre materno y a aquellas madres que se toparon con un proceso de duelo desautorizado.

Cada vez hay más información sobre las muertes perinatales sin embargo, parece que cuando el embarazo estaba en sus primeros meses sigue sin entenderse el dolor que conlleva y el proceso psíquico y físico que vive la mujer. Este libro se escribe desde la experiencia y desde el rigor científico para ayudar a las mujeres, a su entorno y a los profesionales de la salud a aceptarlo y validarlo.

Las autoras de este libro son mujeres que abordan amplia y reflexivamente la experiencia de pérdida de un bebé en las primeras semanas de gestación con la determinación de sacar a la luz una realidad poco visible e inmersa en infinidad de tabúes. Las madres en muchas ocasiones acallaron el duelo por el silencio social. Este libro habla de las fases de duelo,

problemas de fertilidad, pérdidas de repetición, manejo del aborto, y pechos llenos y brazos vacíos.

Las autoras son M.Àngels Claramunt, doula y asesora de lactancia, las psicólogas Mónica Álvarez y Cristina Silvente, y Laura G.Carrascosa, doctora en Bioquímica y experta en investigación en el área de la genética aplicada a la nano medicina.

Libro: La cuna vacía

Este libro explica cómo nuestro entorno no ha establecido ningún ritual que sostenga las pérdidas espontáneas en el embarazo y en consecuencia es tratado como un tema incómodo y desconocido. Se habla de la correcta información, del buen acompañamiento y del apoyo del entorno, así como de la intervención psicológica, la despedida y los rituales de la pérdida, los estudios médicos posteriores, del tiempo de volver a buscar un hijo, de las dificultades de la concepción, de cómo afrontar un nuevo embarazo y de vivirlo con el miedo a otra pérdida. Estos aspectos son tratados como tabúes y esto desautoriza el duelo añadiéndole más dolor.

El libro se aborda desde una perspectiva del siglo XXI, científica, sociológica y cultural y cuenta con cuatro autores de prestigio y expertos en el tema como Rosa Jové, escritora, especialista en emergencias y acompañamiento en el proceso de duelo; Emilio Santos Leal, médico psiquiatra y ginecólogo y un referente en el campo del parto natural y fisiológico y de la atención integral a la familia; y M. Àngels Claramunt, escritora y doula junto a la psicóloga especializada en terapia de pareja y familia Mónica Álvarez.

El ombligo de Atenea: arquetipos, roles femeninos y mujeres del siglo XXI

Este libro se basa en los arquetipos de las diosas griegas para explicar las diferentes fases del prisma que somos cada mujer y nos explica que las nuevas mujeres ya estamos aquí desafiando estereotipos impuestos, y orgullosas de las decisiones tomadas. La autora de este libro, Mónica Álvarez, presenta su obra de la siguiente forma: “Pensando en cómo en nuestra casa estamos viviendo esta etapa tan intensa de la maternidad, me descubrí pensando en cómo había sido mi propia educación, cómo socialmente se me habían inculcado unos clichés muy concretos acerca de cómo debe ser una mujer, y en qué debe invertir su tiempo para que le resulte provechoso (según nuestra sociedad). Me di cuenta de cómo las mujeres de una generación anterior a la mía habían recibido el cliché opuesto. La cuestión estaba en que o eres un ama de casa “frustrada” y” cargada de hijos”, o eres una mujer de negocios “exitosa” y “sola”.

Muchas de las mujeres que conozco están rompiendo con este cliché de “blanco o negro” (...) Es hora de que recuperemos nuestro centro y nuestro cetro, que somos reinas, SOMOS DIOSAS y nos hemos dejado robar nuestra identidad sin apenas darnos cuenta. Y además creyendo que teníamos la gran suerte de trabajar ocho horas fuera de casa y otras ocho

dentro. Esto no es poder, es esclavitud y se está acabando.
Mónica Álvarez

La cajita de los recuerdos

Se trata de una hermosa herramienta que puede ayudar a los padres a elaborar el duelo por su bebé fallecido. Consiste en guardar algunos de los objetos relacionados con el niño dentro. Será la cajita de los recuerdos del bebé. Puede contener desde la historia clínica, ecografías y otras pruebas médicas, a las huellas de pies y manos impresas, la pulserita del hospital, el chupete, los zapatitos o el cepillo que iban a utilizar los padres. Cada caso se debe tratar de forma individualizada, pero los especialistas recomiendan poner un nombre al bebé fallecido, si no lo tenía, e incluso tomar alguna fotografía, pero “siempre en brazos de alguien, una enfermera o los propios padres, nunca abandonado encima de una mesa”, dice la psicóloga Cristina Silvente. “Aunque esto pueda parecer monstruoso, al cabo de un tiempo muchos se arrepienten de no haber visto a su hijo y de no tener una imagen suya”, añade. Y si en el momento de la muerte los padres no quieren nada, guardan igualmente la historia clínica de la madre por si más adelante quieren recogerla, explica la enfermera de Santa Caterina.

Lluïsa Vilardell.

Asociación Bidegin

Interesadas por el tema del duelo acudimos a un ciclo de conferencias sobre este tema (Por el camino del duelo) y conocimos a la asociación Bidegin. Esta asociación sin ánimo de lucro se fundó en 2011. Surgió de un proyecto comprometido con la persona en duelo y su propósito era trabajar desde la prevención y hacia la salud, sociabilizar la enfermedad, la muerte y la necesidad de humanizarla desde la vida.

El equipo de trabajo formado por profesionales y voluntarios ofrece apoyo a las personas que están viviendo la pérdida de un ser querido o anticipan su muerte por enfermedad, y quieren comprometerse con su propio trabajo personal de reconstrucción, compartiendo su dolor con personas que se encuentran en una situación similar. Se trabaja desde la psicoterapia integrativa relacional, por el IPIR (Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional) de Alba Payás. Asimismo, cuentan con la colaboración de profesionales de enfermería, psicología, educación, agente pastoral, trabajo social, administración y relación de ayuda.

Los objetivos de la asociación son: (1) Crear un espacio de apoyo y acompañamiento psicoemocional donde compartir y aligerar el proceso de duelo de personas que estén viviendo la pérdida de un ser querido y de aquellas que afronten una enfermedad grave avanzada y sus familiares; (2) romper el aislamiento social que supone el proceso de duelo y la enfermedad, proporcionando espacios comunes donde compartir e intercambiar experiencias, emociones, y aspectos prácticos que ayuden a avanzar en el trabajo de duelo; (3) mejorar la calidad de vida de las personas y familiares en duelo y de personas que padecen una enfermedad grave avanzada; (4) contribuir a la proyección social y normalización de la

experiencia de duelo y el proceso de morir a partir de la sensibilización y educación de la comunidad, a través de conferencias y talleres formativos, (5) fomentar el trabajo en red con los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales; y por último, (6) difundir la pedagogía de la muerte en las escuelas.

Una de las líneas de trabajo que más nos ha llamado la atención de esta asociación es la pedagogía de la muerte en las escuelas. Este objetivo responde a la falta de sensibilización y educación que hemos recibido a cerca de la muerte y que nos hace responder sin naturalidad ante ella. Es por eso que en numerosas ocasiones utilizamos frases como “¿ya se te ha pasado?”. No estamos preparados para soportar el dolor ajeno porque este remueve el nuestro. Quien dice esas frases es porque no sabe manejar el dolor.

Ofrecen cuatro servicios distintos de asistencia a personas en proceso de duelo. El programa asistencial es la actividad principal del Servicio de Apoyo al Duelo y enfermedad grave avanzada. Se forman grupos de soporte donde la persona en duelo puede compartir y recibir aquello que necesita con otras personas que están pasando por una experiencia similar a la suya. Además, en el caso de que se precisara esta actividad se podría complementar con un asesoramiento especializado e individual.

Son grupos de ayuda mutua coordinados por terapeutas expertos en formación específica en pérdidas graves y duelo. Se trabaja con grupos de padres y madres que han perdido un hijo o hija, grupo de adultos en proceso de duelo por muertes de parejas, hermanos, amigos, etc., grupo de familiares o cuidadores de personas en fin de vida, y también, con un grupo de enfermos.

El programa comunitario comprende todas aquellas actividades que pretenden sensibilizar y educar a la comunidad con actividades informativas y formativas. A lo largo del curso se van realizando conferencias abiertas sobre temas relacionados con la enfermedad, el proceso de morir y el duelo.

Nosotras participamos en el ciclo de conferencias “Por el camino del duelo” asistiendo a las charlas sobre Duelo Desautorizado, Muerte gestacional y perinatal, y Duelo y sentido. Todas ellas fueron realizadas por profesionales expertos en distintas áreas y comprometidos con la relación de ayuda y el proceso de morir, colaboradores de Bidegin quienes forman el grupo de voluntariado. También participaron personas que en la actualidad están en Bidegin haciendo su propio trabajo de duelo y que quisieron compartir con la sociedad su testimonio personal de reconstrucción.

El programa social está constituido por los usuarios, sus familiares y amigos, socios y voluntarios de Bidegin. Se reúnen en torno a actividades culturales y de ocio animados por un voluntario/a o comisión de trabajo que surge de los grupos terapéuticos. El objetivo de este programa es la socialización, es decir, romper con el aislamiento social que supone la enfermedad y el duelo.

Por último, se realizan actividades de yoga gratuitas en las que se trabajan técnicas de relajación para todas las personas en duelo, en proceso de enfermedad avanzada y sus familiares, como terapia complementaria al trabajo personal de duelo que ellas realizan con nosotros. Estas actividades constituyen un proceso sanador y de transformación de los estados de enfermedad y duelo.

Bidegin invita a aquel que vive el proceso de duelo y más concretamente a aquel que por diversas razones vive un duelo complicado que no le permite avanzar, este es el caso de un 15% de las personas que están en duelo. Asimismo, sería adecuado para quien tiene intensos sentimientos de soledad o culpa, añoranza profunda, falta de motivación y energía, ideas suicidas, abuso de sustancias, estado irritable, sensación de que lo ocurrido no es real, desesperanza severa, falta de interés y profunda tristeza.

Bibliografía

Brunner-Sclarra, M. (2008). Asesoría Psicológica ¿cuándo y cómo? *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia* , 199-202.

Sánchez, E.-J. S. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. Maliaño (Cantabria): Sal Terrae.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.

http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Brazos_vacios.pdf

https://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiV/11_2.pdf

<http://superandounaborto.foroactivo.com/>

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0810g.pdf>