

El proceso de duelo por la muerte súbita del lactante. Aspectos psicológicos e intervención con padres y familias

9

Javier de la Cruz Labrado

1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo principal que el colectivo de profesionales sanitarios adquiera conocimientos de carácter general acerca del proceso de duelo y de la intervención con familiares que han perdido un bebé por Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).

Para ello, a lo largo del capítulo se realiza una breve exposición del concepto de duelo, de los diferentes modelos teóricos que lo explican y de las variables psicológicas que median el proceso de elaboración del duelo. A continuación se aborda de forma más específica el duelo en padres y familiares de un bebé fallecido por un hecho súbito e inesperado como es el SMSL. Posteriormente, se expone la importancia del establecimiento por parte del personal sanitario de un modo de relación que contenga el sufrimiento de los dolientes. Por último, se presentan de forma resumida las claves a la hora de intervenir en el duelo en función de las necesidades que presentan los dolientes en cada momento del proceso, esto es, la intervención en crisis, el asesoramiento psicológico y la terapia del duelo. Para concluir, se relata un caso clínico a modo de ejemplo que sirva para ilustrar el contenido del capítulo.

2. EL DUELO COMO PROCESO

Hablar de muerte supone abordar un hecho inevitable que frecuentemente la cultura occidental considera un enemigo, algo contra lo que hay que luchar y evitar. Sin embargo, el duelo no ha de entenderse como una enfermedad, sino como un proceso doloroso e individual, esto es, como la experiencia subjetiva de pérdida de un ser querido y también como el proceso de adaptación a dicha pérdida. Por tanto, se considera que el duelo es un proceso y no un estado, ya que la experiencia subjetiva, la situación y las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del tiempo.

Por otro lado, el duelo no ha de contemplarse como un cuadro que la persona sufre de forma pasiva, sino como un proceso en el que está activamente implicada, ya que realiza una serie de tareas que son necesarias para lograr esa adaptación. Y, en este sentido, la elaboración del duelo constituye un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de pérdida y el mundo que ha quedado modificado y en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida.

3. MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL DUELO

Si bien no es objeto del presente capítulo realizar un repaso e ilustrar las diferencias entre los diferentes desarrollos teóricos que se han llevado a cabo sobre el duelo, resulta conveniente, no obstante, reflexionar acerca de la concepción del duelo, del doliente y del papel de los profesionales sanitarios a la hora de establecer una relación de ayuda con las personas que viven un proceso de duelo.

Siguiendo lo anterior, los profesionales sanitarios podemos relacionarnos con los dolientes a partir de planteamientos teóricos que entienden el proceso de duelo como la simple sucesión de fases o etapas por las que la persona atraviesa, aproximación que conlleva una cierta pasividad o, por el contrario, desde otros modelos teóricos que entienden el duelo como un proceso en el que se ha de llevar a cabo diferentes tareas y en el que el doliente desarrolla un papel activo y hace algo. Por tanto, considerar el duelo como algo que hacemos, y no algo que nos hacen, permite estimular el rol activo de los dolientes, es decir, dar a las personas que viven un proceso de duelo la esperanza de que algo pueden hacer y de que el proceso tiene un punto final, lo que constituye un revulsivo contra los sentimientos de impotencia que experimentan muchas personas que han sufrido una pérdida.

A continuación se exponen de forma breve los diferentes desarrollos teóricos creados para explicar el proceso del duelo.

3.1. Enfoque de las etapas y enfoque de las fases

Ambos enfoques entienden el duelo como una serie de etapas o fases que los dolientes atraviesan en riguroso orden.

3.2. Enfoque de las tareas

Según Worden, después de sufrir una pérdida hay ciertas tareas que no siguen necesariamen-

te un orden y que la persona debe realizar, no sin esfuerzo, para restablecer el equilibrio y para completar el proceso del duelo. Al contrario que los enfoques de las etapas y las fases en las que el duelo es algo que hay que pasar, el concepto de tareas implica que la persona ha de ser activa y puede hacer algo.

3.3. El modelo de proceso dual del afrontamiento del duelo

Margaret Stroebe y Henk Schut, en su modelo de proceso dual del afrontamiento, postulan que durante el proceso de duelo se produce la combinación de mecanismos de afrontamiento orientados a la pérdida y de mecanismos encaminados a la restauración de la adaptación. Para estos autores el proceso de duelo depende en buena medida de la oscilación y adecuado balance entre los mecanismos de confrontación de la experiencia de la pérdida (expresión de emociones y sentimientos, recuerdos, añoranza, sueños, etc.) y los mecanismos que posibilitan el manejo de aquellos estímulos y acontecimientos estresantes que son consecuencia directa de la misma y que facilitan el reajuste personal.

4. MANIFESTACIONES DEL DUELO “NORMAL”

Durante los últimos años se han propuesto numerosos listados de síntomas que suelen aparecer en los procesos de duelo. Estos listados resultan útiles en la medida que permiten al personal sanitario reconocer los signos y síntomas que pueden formar parte de un proceso de duelo normal y con ello evitar intervenciones innecesarias y desajustadas, a la vez que puede ayudar a los profesionales a tranquilizar al doliente y a su familia respecto a algunas reacciones y sensaciones que a veces se viven como muy amenazantes (normalizando su experiencia subjetiva). Sin embargo, estos listados tienen como inconveniente que ofrecen una imagen meramente descriptiva del duelo y lo

presentan como estado rígido y estático y no como un proceso individual e idiosincrásico.

Por otro lado, la conducta de duelo está determinada por diferentes mediadores. Para entender por qué cada persona afronta el proceso del duelo de una manera diferente, esto es, las diferencias individuales, se debe atender a que el proceso está mediado por diversos factores, que además pueden alertar de futuras complicaciones en el duelo. Son mediadores del duelo, entre otros, las características de la persona fallecida, la naturaleza del apego, las circunstancias de su muerte (esperada o inesperada, evitable o no evitable, etc.), variables relacionadas con la personalidad del doliente (edad, sexo, estilo de afrontamiento, eficacia autopercebida, creencias y valores, etc.), variables relacionadas con su historial de pérdidas y salud mental y variables que tienen que ver con la disponibilidad de apoyo social real y percibido con el que cuentan los dolientes.

5. SOBRE EL DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN HIJO

En general, cuando hablamos de la pérdida de un hijo nos referimos a la vivencia de violación de las leyes de la naturaleza, de que los acontecimientos no se han desarrollado siguiendo el orden natural y esperado. Asistimos a la sensación que experimentan los padres de *amputación de una de sus extremidades* y a la toma de conciencia de la inexistencia de la inmortalidad a través de la pérdida de su hijo.

6. SOBRE EL DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN BEBÉ POR SMSL

Hablar de duelo por la pérdida de un bebé como consecuencia del SMSL es hacerlo de un acontecimiento vital traumático que supone una falla en la biografía de cada miembro de la familia y de la estructura familiar en su conjunto, de la vivencia

de un antes y un después y de la experiencia de pérdida de las expectativas y proyecto de vida individuales, de la pareja y del conjunto de la familia, además de la profunda revisión de los esquemas de pensamiento y “forma de estar en el mundo” de cada miembro de la familia.

Cuando una familia sufre la pérdida de un bebé por SMSL, sus miembros experimentan la terrible situación de pérdida de forma súbita e inesperada de un ser querido que, además, es totalmente dependiente de ellos. Su muerte supone para ellos un acontecimiento vital que arremete contra las leyes de la naturaleza y que supone una *ruptura vital* y un hecho dramático que dinamita sus expectativas. La pérdida del bebé en estas circunstancias es un acontecimiento que puede generar a la vez en los padres una pérdida de la confianza en el mantenimiento de la seguridad básica (la de su bebé) porque los hechos acontecidos son incompatibles con sus expectativas y visión previa del mundo (se produce un antes y un después en su forma de entender el mundo) Además, en el caso de aquellos padres primerizos y que no tienen más hijos, para algunos progenitores, como añadido al dolor por la muerte del bebé, tienen que afrontar la pérdida de la paternidad, es decir, de su rol de padres.

En la situación de pérdida de un lactante por muerte súbita, en muchos casos se muestra con más intensidad la discrepancia entre el mundo “que es” y el mundo “que debería ser”. En muchos casos el fallecimiento del lactante coloca a los padres en la tesitura de necesidad de emprender una revisión profunda de su sistema de creencias, valores y presupuestos sobre el mundo, que sin duda afectará a muchos aspectos de su vida: por ejemplo, sistema de creencias sobre la vida (“me planteo para qué estamos aquí”), sobre la persona, sobre las relaciones interpersonales (“he aprendido a discernir entre aquellas personas que están conmigo de forma incondicional y aquellas que no lo están”), sobre la sociedad (“el resto de la sociedad no se muestra lo suficientemente sen-

sible ante casos como éste”) y, en general, sobre el mundo externo que se ha vuelto impredecible y en el que ya no hay nada seguro (“quién me dice a mí que esto no me va a volver a pasar si vuelvo a tener otro hijo”).

En muchas ocasiones, por medio de la observación clínica y a través del discurso de los padres y familiares que han perdido un bebé por MSL se encuentra lo siguiente:

- Durante los días posteriores a la pérdida, se observa en los padres y familiares **sensación de incredulidad, irrealidad y negación** de los hechos. Es habitual que los padres durante las horas y días posteriores al hecho traumático se muestren aparentemente enteros. En algunos casos, algunos padres refieren vivir su experiencia como si de un sueño del que esperan despertarse se tratase.
- En las fases iniciales del duelo, la **vivencia de insensibilidad o ausencia de sentimientos** puede estar presente en algunos padres y familiares. Se considera esta reacción como adaptativa, puesto que el bloqueo de las sensaciones funciona como una defensa frente a lo que de otra manera sería un dolor desbordante.
- **Posteriormente, por lo general se observa en ellos la presencia de sentimientos de tristeza.** No obstante, no es infrecuente encontrarse con padres y familiares del bebé que temen la tristeza y que buscan aparcar los sentimientos displacenteros de su mente a través de la actividad. En ocasiones, existe un impedimento interno o externo para expresar la tristeza, hecho que puede condicionar el proceso.
- **Presencia de un intenso sentimiento de enfado.** En ocasiones este enfado se dirige hacia el personal sanitario o hacia otros miembros de la familia. También es posible, y se debe prestar especial atención, que el enfado se dirija contra sí mismo y puedan aparecer conductas autolesivas o suicidas.

- **Culpa y autorreproche.** Algunos padres se sienten culpables por no experimentar la cantidad de tristeza y dolor que consideran apropiada, además de sentir que traicionan al bebé fallecido en caso de que haya momentos para experimentar emociones positivas, situaciones que interpretan como un olvido, abandono y falta de respeto hacia el bebé. Por ello, es habitual encontrar a padres que niegan el permiso para desarrollar actividades que les ayuden a desconectar durante un tiempo, generalmente breve, de su dolor.

Por otro lado, el hecho de que durante semanas se encuentren a la espera del resultado de la autopsia que revele la causa real del fallecimiento, puede generar en algunos padres y familiares sentimiento de culpa, al atribuirse la responsabilidad de su muerte. Aunque la causa del fallecimiento descarte negligencia alguna por su parte, algunos progenitores desarrollan de forma posterior una vivencia de incapacidad para ejercer adecuadamente el rol paternal al hacerse cargo y responsable último de la muerte del bebé, hecho que puede condicionar la crianza del resto de hijos, caso de haberlos y/o de la planificación y llegada del siguiente. En ocasiones los padres realizan un rastreo de las horas y días anteriores al fallecimiento en busca de algún indicio o señal en el bebé que pudiera explicar el desenlace final. Por ello, se observa que algunos padres interpretan los recuerdos de lloros, quejas o conductas del bebé durante los días previos al episodio de muerte súbita como indicadores de alerta que no han sabido interpretar adecuadamente, lo que constituye una atribución de culpa de forma permanente. Este sentimiento de culpa dificulta notablemente la elaboración del duelo ya que, al tratar de hacer algo para salvar al bebé en el plano de la fantasía (donde todo es posible), se mantienen las esperanzas de que no suceda el desenlace fatal, hecho que bloquea el proceso de aceptación de la pérdida. Por eso, a veces la simple confrontación de la realidad no resul-

ta eficaz para mitigar el sentimiento de culpa. En este punto son habituales expresiones del tipo “si hubiera estado despierta”, “si hubiera estado con él”, “si hubiéramos acudido a otros profesionales”, “si hubiera dejado de trabajar antes durante el embarazo” o “si hubiera estado atenta y hubiera podido escuchar algo que me hubiera alertado”.

- **Sentimiento de impotencia** por no poder hacer nada para revertir la situación. En especial aquellas personas que tratan de cambiar los hechos en la fantasía. Impotencia al comprobar que no hay atajo para evitar el dolor por la pérdida y para rehacer su vida rápidamente.
- **Necesidad de entender y de encontrar explicación médica a lo que ha pasado.** Durante semanas, el lactante es estudiado en profundidad para analizar las causas de su muerte, lo que lleva a los padres y familiares a mantenerse a la espera de conocer las causas del fallecimiento. A lo largo de ese tiempo, algunos anticipan que los resultados informarán de una negligencia por su parte y hasta ese momento se sienten los responsables últimos del fallecimiento. Otros, en cambio, afirman la necesidad de encontrar alguna causa que justifique la muerte del bebé para evitar quedar con la sensación de que ha sido todo causado por una condición médica desconocida, por algo incontrolable que además podría volver a pasar. Algunos progenitores, cuando son informados de que la causa del fallecimiento se debe al SMSL, sienten alivio al despojarse de su atribución de responsabilidad y sentimiento de culpa. Otros, por el contrario, mantienen la tesis de que ellos han sido los últimos responsables y de que algo podrían haber hecho para evitarlo. Algunos padres visitan multitud de páginas web y foros en Internet y realizan búsquedas bibliográficas para tratar de comprender el SMSL. En ocasiones los padres construyen su propia teoría acerca de las razones por las que ocurrió el fallecimiento de su hijo que pueden dificultar la elaboración del duelo.

- **Trauma acumulativo.** En ocasiones los dolientes carecen de apoyo familiar y social que sostenga su experiencia. El fracaso del entorno social y familiar de los dolientes a la hora de llevar a cabo la función contenedora y sostenedora de su experiencia en el curso del desarrollo del duelo puede dificultar la elaboración del mismo.
- **Duelo desautorizado socialmente.** En ocasiones los padres de un bebé fallecido reciben expresiones de su contexto familiar y social próximo del tipo “ya tendréis más hijos”, “es mejor haberlo perdido ahora que más tarde”, “lo que tenéis que hacer es tener otro cuanto antes”, “al menos tenéis otros hijos en los que apoyaros”, “no te puedes permitir venirte abajo porque tienes más hijos que cuidar”. Estas expresiones invalidan, desautorizan, restan importancia o muestran impaciencia o desinterés por su experiencia.

7. LA IMPORTANCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE UNA ADECUADA RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y DOLIENTES

Si bien ya de por sí la experiencia de pérdida del bebé resulta tremendamente dolorosa, la vivencia de falta de comprensión y apoyo pueden producir a veces igual o mayor daño que la propia pérdida. Los padres y familiares del bebé fallecido tienen la necesidad de encontrar a alguien que les escuche, les comprenda y apoye, de modo que si su entorno familiar y social no muestra disponibilidad para que esto se produzca, vivirán los efectos de la pérdida en soledad. Es por ello por lo que, en muchas ocasiones, buscan en los profesionales sanitarios sentirse escuchados y con quien compartir su experiencia, expresar sus emociones, hablar de la relación que tenían con su bebé y sobre las expectativas que han perdido con su muerte. Y todo ello desde la necesidad de que, en ningún caso, se cuestione su experiencia subjetiva y con la esperanza de sentirse aliviados. Para ellos

recibir este apoyo resulta de especial importancia porque les permite el reconocimiento y validación de su sufrimiento, además de legitimar la expresión de sus necesidades y sentimientos y la petición de ayuda. Por ello los profesionales sanitarios que asisten desde el inicio del proceso a los dolientes tienen la importante tarea de convertirse en figuras que proporcionen contención emocional.

8. INTERVENCIÓN CON PADRES Y FAMILIARES QUE HAN PERDIDO UN BEBÉ POR SMSL

8.1. Intervención en crisis

La llegada al hospital de unos padres cuyo bebé ha fallecido, en principio por causas desconocidas, supone un acontecimiento altamente estresante para todo el equipo médico, que en muchos casos no encuentra recursos suficientes para satisfacer adecuadamente la demanda de los padres. La muerte de un lactante por muerte súbita genera en los miembros del equipo médico altas dosis de frustración, impotencia y angustia, que puede conectar a su vez con sus conflictos internos o procesos de duelo. Dicha situación requiere la puesta en marcha del repertorio de recursos y habilidades personales y profesionales de cada miembro del equipo para “estar al lado” de los padres y familiares del bebé fallecido.

Debemos tener presente que todos disponemos de mecanismos para manejar la angustia propia y la de los demás. En el caso del SMSL, el dolor de los padres y familiares por la muerte repentina e inesperada de su bebé puede generarnos un intenso malestar psíquico que necesitamos mitigar para no bloquearnos y así poder continuar con el desempeño de nuestras funciones. Por ello, debemos prestar especial atención a nuestras emociones para poder identificarlas y gestionarlas de forma adecuada, sin incurrir en estrategias dirigidas a mitigar el malestar interno que se alejen de las necesidades reales de los dolientes. No es

infrecuente el empleo de fórmulas rápidas para tratar de aliviar y tranquilizar a los padres, como el consuelo mediante frases basadas en tópicos, los consejos y la comparación con otros casos similares lo que, en muchas ocasiones, no sólo no resulta eficaz, si no que puede facilitar dar lugar a sentimientos de incompreensión y soledad en los dolientes.

Los profesionales sanitarios corremos el riesgo de generar perjuicio a los dolientes, en caso de que fracasemos a la hora de proveerles de una relación de apoyo que sostenga su dolor, confusión y negación, entre otras reacciones, durante los momentos iniciales del proceso del duelo. Por tanto, para el equipo médico el primer reto es el de responder satisfactoriamente a la demanda de los padres y familiares del lactante fallecido en una situación que podemos denominar de “emergencia”. Se puede considerar que la intervención que se realiza en estos casos sigue los principios de la intervención en crisis. En general, se recomienda lo siguiente:

1. Crear un ambiente que facilite la **escucha activa** (tanto físico como emocional). Para ello se recomienda, por un lado, atender las necesidades de los dolientes en un ambiente privado e íntimo dentro del recinto hospitalario y, por otro, fomentar el contacto físico y respetar el silencio de los dolientes, ya que éste también es una forma de comunicar.
2. Mantener una **actitud empática y de aceptación** de las diferentes formas de reacción ante la muerte súbita e inesperada de un bebé por SMSL, desde el bloqueo emocional hasta la vivencia de los padres de volverse locos.
3. **Permitir y normalizar la expresión del dolor y del sufrimiento.**
4. **Facilitar información clara y concisa** acerca de lo sucedido y también de los trámites burocráticos. En la fase de shock la toma de decisiones, por muy pequeñas que sean, resulta difícil, como consecuencia del estado de bloqueo emocional.

5. Ayudar a “aceptar la realidad” de la pérdida desde los momentos iniciales a los dolientes que se encuentran en la fase de shock, que se caracteriza por el desconcierto profundo por el que atraviesan. Para ello se recomienda que los padres se despidan físicamente del bebé, a fin de facilitar hacer real la pérdida y evitar posibles dificultades a la hora de elaborar el duelo, fruto de la sensación de no haberse despedido del bebé.
6. Se debe evitar tratar de tranquilizar o aliviar a los dolientes a través del relato de situaciones, experiencias o casos similares, dar consejos, minimizar el dolor, etc.

8.2. Asesoramiento psicológico durante las semanas/meses posteriores al fallecimiento

Los profesionales sanitarios han de tener un amplio conocimiento acerca del proceso del duelo normal y de sus complicaciones para poder llevar a cabo intervenciones que sean ajustadas y en momentos en que realmente sean necesarias. Por este motivo, resulta de especial importancia distinguir entre la necesidad de proporcionar asesoramiento psicológico a los dolientes durante su proceso y llevar a cabo una intervención en duelo.

Al ser la muerte súbita del lactante una pérdida traumática, muchos padres presentan problemas a la hora de resolver sus sentimientos respecto a la pérdida y esto puede dificultar su capacidad para realizar las tareas del duelo y, por tanto, reanudar su vida normal. En estos casos el asesoramiento psicológico por parte de un profesional les puede ayudar a resolver su duelo de forma eficaz.

En general, de forma previa al establecimiento de cualquier estrategia de asesoramiento o intervención o del ofrecimiento de pautas a los padres de un bebé fallecido por SMSL, se debe construir una relación terapéutica que permita sostener la experiencia subjetiva de cada uno de ellos y proporcionar contención emocional.

8.2.1. ¿En qué momento ha de comenzar el asesoramiento psicológico?

Si bien no se ha definido un criterio temporal concreto para iniciar el asesoramiento psicológico en el duelo, se recomienda que éste tenga comienzo cuando los padres ya no se encuentren en la fase de shock inicial.

8.2.2. ¿Con quién llevar a cabo el asesoramiento psicológico?

Como el asesoramiento puede ser útil para identificar a personas que presentan dificultades y prevenir duelos complicados, en general se recomienda que se realice con todos los padres.

8.2.3. ¿Cómo ha de realizarse el asesoramiento psicológico en duelo?

A continuación se exponen algunos de los principios básicos:

- **Ayudar a los padres a hacer real la pérdida.** Se recomienda hablar sobre el bebé fallecido y acerca de lo que ocurrió el día de su muerte para facilitar la toma de conciencia de la pérdida.
- **Ayudar a los padres a identificar y experimentar sus sentimientos.** La expresión de las emociones tiene un valor terapéutico en sí misma, pero para que sea eficaz ha de perseguir un objetivo claro, además de realizarse de forma dosificada para evitar que el doliente se desborde emocionalmente.
- **Ayudar a encontrar significado en la pérdida.** Debemos tener presente que las reacciones de cada padre y familiar son diferentes, de modo que no hay dos personas que reaccionen de la misma forma o que presenten el mismo dolor ante el fallecimiento de un bebé por SMSL. Y, en este sentido, los profesionales sanitarios nos encontramos con el desafío de adoptar la posición de no expertos, de escuchar atentamente y descubrir el significado

único que la experiencia de la muerte del bebé tiene para cada persona. Debemos evitar dar consejos aparentemente útiles y prescindir del uso de las habituales frases de apoyo basadas en tópicos (“sé que tú eres fuerte, tienes que ser positivo”) y de las ideas preconcebidas sobre cómo siente una persona que ha perdido a un ser querido (“sé cómo te sientes”).

- **Facilitar la recolocación emocional del lactante fallecido.** Algunos padres manifiestan angustia ante la posibilidad de tener otro hijo a medio plazo y manifiestan temor al olvido del bebé fallecido. En estos casos es muy importante ayudar a los padres a darse cuenta de que, aunque nunca podrán reemplazar a su bebé fallecido, no hay nada malo en que se planteen tener otro en el futuro, si bien hay que indicarles la necesidad de que previamente se produzca la recolocación emocional del que ya no está.
- **Dar tiempo para elaborar el duelo.** En muchas ocasiones el primer paso es poder contener la demanda de búsqueda de un “atajo” para evitar el dolor de los padres y la demanda de urgencia de éstos. Además, alertar a los dolientes de que el duelo es un proceso largo y que el final del mismo no será regresar a un estado como el que tenían antes del fallecimiento del bebé. También es necesario informarles de que el duelo no es un proceso lineal en el que cada día se está un poco mejor o “menos mal”, sino que habrá momentos en los que tendrán la sensación de sentirse peor que en los días o semanas anteriores.
- **Normalizar las reacciones emocionales y conductas de los padres.** Tranquilizar al doliente y a su familia respecto de algunas experiencias nuevas que a veces son vividas como muy amenazantes.
- **Ayudar a los padres en su proceso de toma de decisiones.** Desde el inicio del proceso, los padres se ven en la obligación de tener que tomar multitud de decisiones. Qué hacer con los restos del bebé, qué tipo de despedida

llevar a cabo y con quién y qué hacer con la habitación y las pertenencias del bebé son preguntas, entre otras muchas, que desde el principio pueden generarles mucha angustia y sobre las que necesariamente han de tomar una decisión. Es importante recalcar que la función del profesional es la de actuar como un facilitador y no como alguien que responde a estas cuestiones por ellos.

- **Examinar defensas y estilos de afrontamiento.** Evaluar el uso de mecanismos de defensa (negación, aislamiento, etc.) y de mecanismos orientados a la pérdida y a la restauración de la adaptación y potenciar su utilización de forma equilibrada.
- **El asesoramiento de parejas y familias.** Es importante que el profesional trate de incluir a toda la familia en las sesiones, ya que ésta interactúa como unidad y cada individuo influye en los otros. Durante la intervención es importante reconocer y señalar las diferencias individuales de cada miembro de la familia en su proceso de elaboración del duelo.

8.2.4. Ejemplo de un caso de padres en situación de duelo por la pérdida de un bebé por SMSL

Ángel y Clara perdieron hace 4 meses por SMSL a su único hijo, un bebé de 12 semanas. Con sus palabras expresan no sólo el dolor por su ausencia, sino también por la pérdida de la paternidad durante este tiempo. Clara siente que ella es responsable del fallecimiento de su bebé, a pesar de los resultados de la autopsia. En cambio, Ángel afirma no haber experimentado sensación de alivio al tener conocimiento de que la causa del fallecimiento se debe al SMSL, ya que no entiende ni acepta la posibilidad de que algo así pueda ocurrir. Ambos se sienten muy inseguros y vulnerables, dudan de su capacidad como padres y han perdido la confianza en sí mismos. La percepción que tenían del mundo como un lugar seguro y predecible se ha venido abajo: su autoestima y su confianza como padres protectores se

ha visto cuestionada, dudan de su capacidad y adecuación. Desde el punto de vista de su funcionamiento como pareja, ambos presentan una forma diferente de experimentar el duelo. Clara se centra en mecanismos de defensa orientados a la pérdida y Ángel, en cambio, en mecanismos de defensa tipo orientados a la restauración de la adaptación. Ella no quiere contagiar afectivamente a Ángel y éste, a su vez, no quiere hablar sobre el tema para evitar verla llorar. Por otro lado, Clara reprocha a Ángel su falta de sensibilidad y empatía y éste a ella que continuamente esté hablando del tema y que renuncie a participar de actividades sociales. Ella no quiere deshacerse de los objetos personales de su bebé, mientras que Ángel opina que deberían entregarlo a un organismo que los destine a obra social. Clara pasa horas al día en la habitación sentada al lado de la cuna, mientras que Ángel ha trazado una rutina centrada en su desempeño laboral y en actividades de ocio y tiempo libre tanto los días de diario como los fines de semana. Por todo lo anterior, Ángel y Clara se han aislado, se han distanciado afectivamente, por lo que desde hace semanas presentan problemas de pareja. Por este motivo, ambos han decidido consultar con un profesional.

8.3. Terapia en el duelo

En algunas ocasiones los síntomas de malestar psicológico terminan provocando una afectación que incapacita para la vida y las relaciones. Entonces hablamos de duelo complicado.

La terapia en el duelo se reserva para aquellos casos en que el proceso del duelo se complica, bien porque se prolonga en el tiempo o se difiere su inicio o bien porque da lugar a la aparición de un trastorno psiquiátrico o a una reacción de duelo enmascarado con síntomas somáticos o conductuales relacionados con la pérdida.

En estos casos, en aquellos en los que hablamos de duelo complicado, los objetivos de la intervención son los de identificar y resolver aquellos conflictos que dificultan o imposibilitan la realización de las tareas del duelo y, por ende, la resolución del mismo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby J. Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata; 1986.
2. Bowlby J. La pérdida: tristeza y depresión (vols. 1, 2 y 3). Barcelona: Paidós; 1993.
3. Neimeyer R. Aprender de la pérdida. Barcelona: Paidós; 2001.
4. Payás Puigarnau A. Las tareas del duelo. Madrid: Paidós; 2010.
5. Pérez Sales P. Trauma, culpa y duelo. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2006.
6. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement. *Death studies*. 1999; 23: 197-224.
7. William Worden J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 2ª ed. rev. Barcelona: Paidós; 2004.