

**DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES:  
SUICIDIO, DESAPARECIDOS, MUERTE TRAUMÁTICA**

---

**GRIEF IN SPECIAL SITUATIONS:  
SUICIDE, MISSING PEOPLE AND TRAUMATIC DEATH**

**Patricia Acinas**

Psicóloga. Miembro del grupo fundador de SEPADEM. (Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres y Emergencias)

Postgrado Universitario en Trastornos de Personalidad por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

**Resumen:** El duelo es una de las experiencias más dolorosas en la vida. Cuando una persona querida fallece, los familiares muestran diversas reacciones. Si la muerte ha sido súbita, traumática, por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o laboral, el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada. Cuando una persona desaparece y su cuerpo no se encuentra hay muchas más dificultades para los familiares para comenzar el proceso de duelo.

El artículo muestra las diferencias con el proceso normal de duelo y algunas pautas que deben tenerse en cuenta para proporcionar ayuda psicológica al entorno del fallecido.

*Palabras clave: duelo, suicidio, desaparecidos, muerte traumática, intervención psicológica*

**Abstract:** Grief is one of the most painful experiences in a lifetime. When a beloved person dies several reactions can be showed by their relatives alive. If the death was a sudden one, traumatic end, by homicide, suicide, road or work accident, the psychological distress is higher than an expected death. When a people is missing and his/her body doesn't appear, there are much more difficulties in relatives to start the grief process.

This article describes the differences with a normal process and some guidelines to consider in order to giving psychological help in the entourage of deceased.

*Keywords: grief, suicide, missing people, traumatic death, psychological intervention*

\* Trabajo fin de curso del título de Postgrado Universitario en Trastornos de Personalidad.

*La muerte no es extinguir la luz;  
sólo consiste en apagar la lámpara  
porque ha llegado el Amanecer.*

(Rabindranath Tagore)

## INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad hedonista en la que prima la búsqueda del placer y del bienestar, y en la que se minimiza el dolor, y se oculta a las demás personas. Pero el dolor, la enfermedad y la muerte son algo presente en nuestra vida, en nuestra sociedad, en nuestra cultura. No podemos negarlo, no podemos olvidarlo, porque a todos nos llegan los momentos difíciles y la muerte de algún ser querido.

No nos preparan para saber qué hacer, qué decir, cómo afrontar la muerte de una persona cercana y cuando ocurre, sentimos que no estamos preparados (aunque la muerte sea esperada); si la muerte es inesperada el sentimiento de malestar y de dolor, es indescriptible.

Una muerte por suicidio o por otras causas inesperadas, atrae siempre a los medios de comunicación social (MCS) que no siempre hacen un trato sensato y respetuoso de la noticia; se abre una investigación que a veces indaga en aspectos personales y dolorosos de la situación y en las personas que componen la familia y el entorno cercano de allegados.

Una muerte repentina es una de las circunstancias que, según De Miguel y Muñoz, (1998) puede generar una intervención crítica. Por este motivo se centra el presente artículo en las maneras y los modos de favorecer una intervención en ese sentido.

## IMPLICACIONES DE LA EXPERIENCIA DE DUELO

Todos los seres humanos experimentamos reacciones de pérdida, una oportunidad laboral que no pudo ser; una separación afectiva, una enfermedad que nos hace perder la salud... Todo esto origina dolor, malestar psicológico, pena, aflicción, etc. El duelo es la reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido.

Como dice Jorge Montoya (2002), en ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), familiar (nos duele el dolor de otros), espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro; toda la vida en su conjunto duele.

Además hay que tener en cuenta que el duelo es una experiencia cultural universal, subjetiva, que va a requerir una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona. Las reacciones de cada uno a la pérdida de un ser querido dependen también de numerosos factores

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es Total: es un dolor *biológico* (duele el cuerpo), *psicológico* (duele la personalidad), *familiar* (nos duele el dolor de los otros), *espiritual* (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto duele (Montoya, 2002)

Las reacciones más frecuentes se pueden agrupar en tres bloques:

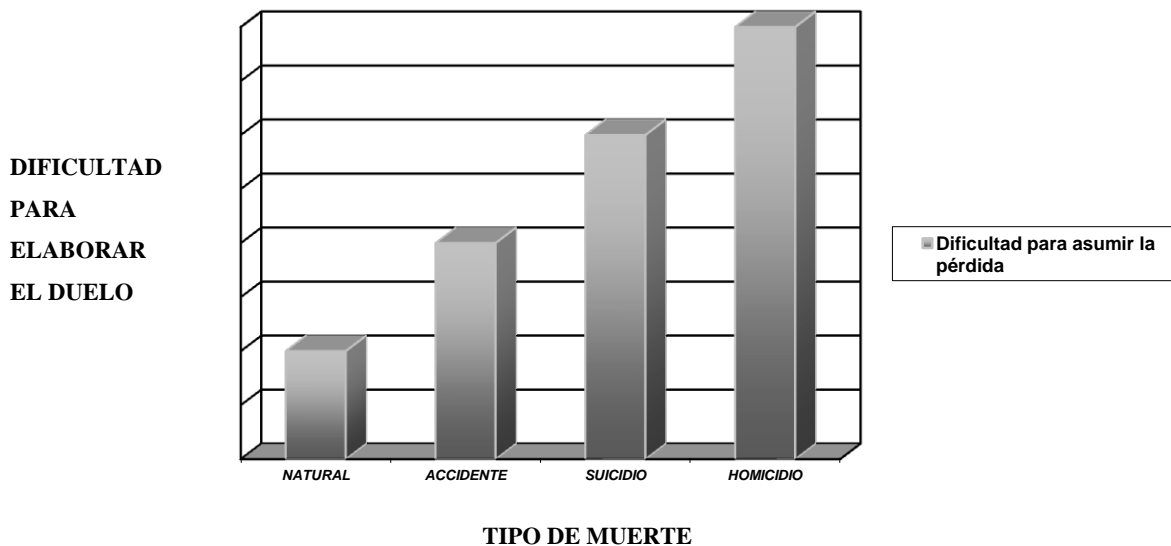
- *Shock Emocional:* Incredulidad, negación. Inhibición. Perplejidad. Aturdimiento. Incertidumbre. Miedo.
- *Dolor:* Llanto, crisis de angustia. Agitación, irritabilidad, hiperactividad. Labilidad emocional.
- *Resolución:* Aceptación. Curiosidad.

Los temas recurrentes en los familiares cuando ha fallecido un ser querido, son: la CAUSA de la muerte, la EVITABILIDAD (si se podía haber evitado), si hubo DOLOR de manera previa a la muerte.

Worden (1997) habla de 4 tareas para elaborar correctamente el duelo (y disminuir posibilidad de un duelo complicado):

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Expresar la emoción.
3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.
4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

De acuerdo con la escala NASH, considerando la variable de tipo de muerte, se pueden concretar mayor o menor número de dificultades en la elaboración del duelo.



Escala NASH. Dificultad para elaborar el duelo según el tipo de muerte.

Para comprender la muerte es necesario el desarrollo de una serie de estructuras cognitivas, o subconceptos que incluye el concepto global de muerte, entre los que podemos citar los siguientes: (Speece y Brent, 1984): *Universalidad*. Todos los seres vivos mueren. *Irreversibilidad*. No se puede

volver a vivir cuando ya se ha muerto. *No – funcionalidad*. Cuando uno muere el cuerpo ya no funciona. *Causalidad*. Se muere porque hay algo que causa la muerte. *Continuación no corpórea*. Después de la muerte la persona no continúa dentro del cuerpo físico.

Además de todo lo anterior, para comprender lo que implica la pérdida de un ser querido es imprescindible poseer la capacidad de ponerse en el lugar del otro, y entender que la otra persona puede sentir, percibir, opinar de manera diferente a uno mismo.

En general, en todos los procesos de duelo existen unas características comunes que se darán en todos los individuos que pierden a un ser querido, y otros aspectos que varían entre las distintas personas y que dependerán de factores individuales, ya sea debidos al deudo, al fallecido o al contexto (Lorenzo, 2004).

Existen muchos factores moduladores (Ramos, 2007) que pueden afectar al tipo e intensidad de la reacción, e incluso a su aparición en las situaciones muy traumáticas en las que podría esperarse una reacción postraumática en los deudos. Los elementos comunes ante la pérdida afectiva serían los siguientes:

- Nivel de apego al ser querido fallecido. Vínculos afectivos con el fallecido.
- Necesidades y dependencias. Cuando el fallecido se ocupaba del mantenimiento material, la seguridad y estabilidad del hogar o de la persona sobreviviente.
- Tipo de muerte. (ver figura 1 con la escala NASH). Existe evidencia de que los supervivientes de muertes por suicidio atraviesan momentos únicos y muy difíciles a la hora de afrontar el duelo, al igual que en los casos en que el superviviente mata a la persona en un accidente o en un homicidio. También existen otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte como dónde se produjo la muerte a nivel geográfico, si ocurrió cerca o lejos y si había algún aviso previo o se trata de una muerte inesperada.
- Personalidad y recursos del doliente. Los mecanismos de adaptación al medio y los recursos personales de afrontamiento en situaciones similares anteriores .
- Familia y apoyo social. Disponer de una red social y/o familiar que dé cierta seguridad, sentimiento de pertenencia y aceptación por parte de otros y que permita expresar su dolor. Es más importante el apoyo percibido que el real.
- Crisis concurrentes. La coincidencia de varios problemas al mismo tiempo puede dificultar o bloquear la recuperación del individuo, por el esfuerzo añadido.

Entre los factores diferenciales en cada experiencia de duelo, vamos a distinguir entre factores de vulnerabilidad y factores protectores para el desarrollo de dificultades en el proceso de duelo

## FACTORES DE VULNERABILIDAD PARA DUELO COMPLICADO

- Circunstancias específicas de la muerte. Se consideran más traumáticas las muertes súbitas inesperadas e inoportunas, las muertes múltiples, las muertes por asesinato o catástrofe y las muertes por suicidio o autonegligencia. Por otro lado, cuando la muerte se produce tras largas enfermedades y el cuidador principal ha sido una única persona, el superviviente se siente vacío tras el fallecimiento. También hay dificultades cuando la pérdida es incierta (Ej. un soldado en acto de servicio no se sabe si está vivo o muerto) y cuando hay pérdidas múltiples (Ej.: terremotos, incendios, suicidios en masa).
- Tipo de relación o vínculo con el fallecido. Va mas allá de la relación de parentesco, si la relación con el fallecido era difícil (discusiones, reproches...) se complica más.
- Necesidades y dependencias con el fallecido. Cuando el fallecido era el sostén de la familia o del doliente, económica y/o moralmente se origina vulnerabilidad psíquica y física de supervivientes.
- Convivencia con el fallecido. Esto origina mayor alteración del curso biográfico junto con la muerte imprevista traumática o accidental y las pérdidas acumuladas anteriores o posteriores.
- Pérdidas acumuladas. Los duelos complicados en el pasado tienen mayor probabilidad de repetirse ante nueva muerte.
- Variables de Personalidad e Historia de Salud Mental Previa. Antecedentes psiquiátricos previos, discapacidad física, pérdidas no resueltas y rasgos de personalidad como tendencia a la baja autoestima y dificultad para expresar emociones, se asocian a una mala evolución en el duelo.
- Familia y Apoyo Social. Cuando la red social de soporte no es adecuada, o no es de ayuda, o los casos en que la muerte es negada socialmente, o se crea una conspiración de silencio alrededor del tema, situaciones de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores que evitan dolor.
- Situación económica. La muerte de un miembro productivo de la familia supone disminución de ingresos obligando, a la familia a adaptarse a la nueva situación y produciendo un estrés adicional.

## FACTORES PROTECTORES EN EL AFRONTAMIENTO DE UN DUELO

Es importante resaltar factores que protegen la salud de los individuos y les capacitan para la resolución adecuada de sus dificultades y sus problemas:

- ✓ Variables de personalidad y Recursos Personales. Las personas con tendencia al optimismo resisten mejor..

- ✓ Características de la primera infancia y Recursos familiares. La interpretación de la realidad como ansiogénica, o por el contrario, la capacidad para establecer relaciones de confianza con otros, dependerá del desarrollo previo de los vínculos afectivos. Los seres humanos necesitan sentirse seguros, libres de temor, eficaces, competentes, aceptados por figuras de referencia y personas queridas, portadores de cierta valía personal, merecedores de satisfacción y bienestar y sentirse aceptados por sus seres queridos. Un sólido apoyo afectivo del entorno y una adecuada estructura familiar permite reponerse del duelo y elaborarlo positivamente.
- ✓ Participación y cuidado del ser querido. Aunque se experimente dolor contribuye a la aceptación de la muerte, a recordar los aspectos beneficiosos de la relación, y a encontrarse mejor emocionalmente.
- ✓ Religiosidad de los supervivientes. Las personas más religiosas poseen menor temor a la muerte, además de encontrar sentido a lo sucedido y esto es lo que les ayuda a sentir consuelo.

## DUELO POR SUICIDIO

Según indica Cain (1972), los procesos que subyacen a nivel cognitivo en la mente del suicida son tremendamente complejos: *Creo que la persona que se suicida, deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada.*

En multitud de casos, en relación al suicidio y como una manera de determinar sus causas, se recurre a la autopsia psicológica (la reconstrucción del estado mental del presunto suicida en los momentos o días/semanas previos al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia o no). Esta técnica cada vez es más empleada para determinar si la muerte se produjo por accidente o fue un suicidio, con las implicaciones asociadas a nivel legal, administrativo, familiar. Según Pérez Barrero (2007), las muertes por suicidio conllevan mayor estigmatización que el resto, mayor sentimiento de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podía haber hecho. En la sociedad actual esto se acrecienta porque el suicidio no está asociado a un deterioro físico o una muerte dolorosa en breve.

Cuando se produce una muerte por suicidio los familiares se sienten, como indica Pangrazzi (2005), traicionados en el amor, desilusionados en la promesa no mantenida (por ejemplo si el familiar les había dicho que no lo iba a hacer más). Hay algunas características diferenciales significativas, que podemos resumir y concretar a continuación, recogiendo ideas de Hill, Hawton, Malmberg y Simkin (1997).

Muchos de los supervivientes de un suicida reconocen que ellos sabían del riesgo suicida de estas personas, y que podrían esperar un desenlace fatal en cualquier momento. En el duelo por suicidio los familiares están expuestos al desarrollo de psicopatologías, como trastornos de ansiedad, TEPT y episodios depresivos mayores.

Los sentimientos y emociones que experimentan los deudos en una muerte por suicidio, son similares a otros tipos de muerte pero presentan matices distintos (Worden, 2002):

- Vergüenza: Piensan que nadie les hablará por haber tenido a un familiar que se ha suicidado; esto da lugar a pensamientos distorsionados en algunos casos. Supone una presión emocional añadida.
- Culpa: Varias fuentes de culpa en familiares que asumen la responsabilidad de la acción del fallecido con un pensamiento permanente de que podían o debían haber hecho algo para evitar la pérdida del ser querido, imposibilidad de evitar la muerte, no haber detectado las señales que presagiaban lo ocurrido, no atender las llamadas de atención del sujeto. Si existía algún conflicto entre el fallecido y el superviviente y puede hacer que la persona sienta la necesidad de ser castigada y se autolesione o llegue al suicidio.
- Enfado: Los deudos perciben la muerte por suicidio como un rechazo, con rabia que les hace sentirse culpables, sobre todo si hay una baja autoestima.
- Miedo: Está asociado a los propios impulsos autodestructivos y a una sensación de predestinación si ha habido varios intentos autolíticos en la misma familia.
- Pensamiento distorsionado: Los deudos necesitan ver la conducta del suicida como una muerte accidental, más que como un suicidio; puede ser eficaz al principio, pero a largo plazo es totalmente improductivo.

No hay una forma fácil de reconciliarse con la pérdida de un ser querido que ha fallecido por suicidio, y el duelo se hace bastante más doloroso, intenso, prolongado y difícil de soportar. La pérdida por suicidio origina una mayor variedad de respuestas y emociones; son más evidentes los estados de shock e incredulidad tras conocer lo sucedido, el aislamiento social y el sentido de culpa, que influye en cuestionamientos y rumiaciones dolorosas, así como en asumir más conductas de riesgo para la salud como el consumo excesivo de alcohol, tabaco, psicofármacos, etc.

Se recurre más a menudo que en otras pérdidas a imágenes de cómo fue o pudo ser la muerte (aunque no se presenciara la muerte ni se viera el cuerpo del difunto tras el suicidio consumado). Si la persona ha descubierto el cuerpo, se convertirá en un acontecimiento traumático e imborrable, con muchas posibilidades de reexperimentación con imágenes aterradoras y dolorosas.

En las familias de los suicidas, se produce una búsqueda prolongada de una explicación de la tragedia. ¿Y por qué? Muchos deudos llegan a aceptar tras un periodo de tiempo que nunca sabrán realmente el porqué. En lo que supone búsqueda, cada persona puede tener distintas explicaciones o hipótesis sobre el desencadenante o el culpable (y esto puede enfrentar a la familia, generar conflictos, unido a los diversos ritmos en la elaboración del duelo que suelen aparecer siempre ante una muerte). En el duelo por suicidio se genera una pregunta constante en la familia (¿Podría haberse evitado?) que cobra mucha importancia.

Es más importante saber manejarla con la familia, para favorecer la elaboración del duelo porque esa evitabilidad se personifica (¿Podría haberlo evitado yo?), en cada uno de los deudos e influye poderosamente en la culpabilidad acrecentándola. Todo se vuelve “dolorosamente obvio” cuando la persona ya no está entre nosotros y se mira hacia atrás.

Empiezan a surgir preguntas del tipo ¿Qué hubiera ocurrido si...?, que parecen no tener fin; los dolientes “rebobinan” los acontecimientos, a veces ayuda a hacer frente a lo ocurrido. Los deudos pueden experimentar una sensación de rechazo y abandono por parte del fallecido que ha elegido “morir” y se plantean ¿Cómo pudo hacernos esto?

La desesperanza puede ir asociada a miedo por la propia seguridad. Por eso, cuando hay una identificación con la persona suicidada, se produce una amenaza al propio sentimiento de seguridad personal; esto incrementa la ansiedad y la vulnerabilidad a los sentimientos suicidas.

Aunque las actitudes sociales ante el suicidio, afortunadamente van cambiando, en muchos casos se ve limitado el apoyo social y material disponible. Además el silencio de los otros refuerza los sentimientos de estigma, vergüenza y de la diferencia; siempre está presente la idea de que “algo habrá hecho la familia para que haya pasado esto”, “cada uno tiene lo que se merece”. Se niegan oportunidades para hablar, recordar y celebrar todos los aspectos de la vida, personalidad del ser querido fallecido. Ante estas circunstancias puede surgir la imperiosa necesidad de proteger /defender al ser querido del juicio y opiniones de los demás. Se mezclan emociones, agresividad y alivio personal. La pena por suicidio se puede volver angustiada y dolorosa; pero en ocasiones es necesario solicitar ayuda especializada.

### **¿Cuándo pedir ayuda tras la muerte por suicidio de un ser querido?**

**(Royal College of Psychiatrists, 1997)**

- La persona continúa sintiéndose paralizada y vacía unos meses después de la muerte del ser querido.
- La persona no puede dormir o sufre pesadillas persistentes.
- Siente que no puede soportar los sentimientos intensos o sensaciones físicas, como el agotamiento, la confusión, la ansiedad, el pánico y la tensión crónica.



- Se siente abrumada por los pensamientos y sentimientos (ira, culpa, rechazo...) que le han sobrevenido por la muerte del ser querido.
- Siente la necesidad de compartir su dolor, pero no tiene a nadie con quien hacerlo con sinceridad y confianza.
- Se mantiene constantemente activa por no sentir nada en cuanto a la situación de pérdida (por ejemplo, trabajando hasta la extenuación).
- Constata que ha estado bebiendo o tomando drogas, o consumiendo medicamentos de forma excesiva.
- Se da cuenta de que se está preocupando o está pensando en su propio suicidio.
- Tiene miedo porque las personas que le rodean son vulnerables y no pueden hacer nada por aliviar el dolor.

Cuando se ayuda profesionalmente a una persona o familia que ha experimentado una muerte por suicidio, deben conocerse los aspectos que hacen esa experiencia única. El profesional debe tener en cuenta que este tipo de pérdida es una “muerte tabú” de la que no se suele hablar y pueden mostrarse indecisos a hablar de lo sucedido y de cómo se sienten. Los aspectos sobre los que se debe trabajar son los siguientes (Worden, 2002):

- Confrontar con la realidad de la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros. Lleva más tiempo que con otras muertes. Si no son culpables y le ofrecieron ayuda, conviene hacer la persona consciente de lo que hizo, en qué momento y cómo lo hizo. Si pudiera existir algún viso de culpabilidad, se le reta a afrontar los sentimientos válidos de culpa. Si se culpa a otros se puede promover la confrontación con la realidad. Si aparecen chivos expiatorios, es útil plantear encuentros familiares.
- Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones. Usar palabras como “se suicidó”, “se tiró”, “se colgó”... ayudan a tomar constancia de la realidad. Para los que han sido testigos del suicidio, hay que tener en cuenta las imágenes intrusivas relacionadas. Para los que no estuvieron, explorar la escena imaginada (que puede ser peor que la real) porque comentarla ayuda a confrontarla con la realidad. Corregir las distorsiones de imagen del fallecido acercándola a la realidad (desde idealización a menosprecio)
- Explorar fantasías de futuro. En relación a cómo les afectará la muerte en el futuro mediante la confrontación con la realidad.
- Trabajar el enfado y la rabia. Permite su expresión y refuerza el control personal del superviviente sobre sus sentimientos. Pueden sentirse aliviados si se les da permiso.
- Confrontar la sensación de abandono con la realidad. Cuando la muerte es por elección del otro la sensación devastadora de abandono es más profunda.

- Vigilar la relación terapéutica. Excesivos rasgos histriónicos en deudos puede ser un intento de que el terapeuta les rechace, para cumplir con su propia imagen negativa.
- Grupo terapéutico: si hay suficientes personas elaborando este tipo de duelo, se puede plantear un grupo para supervivientes de suicidio, a nivel familiar o comunitario.

Es fundamental atender a las necesidades de los dolientes, especialmente si son menores. Si se trata de un suicidio entre varios hermanos, éstos pueden experimentar cambios en todos o casi todos los aspectos de la vida; hay que evitar la identificación con el hermano suicida, proporcionando otras opciones para resolver problemas, que no sean autolesivas. Siempre deben explorarse las ideas suicidas en los hermanos sobrevivientes (Perez Barrero, 2007)

<b>Necesidades de las personas que experimentan duelo por suicidio</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ver el suicidio en perspectiva.</li><li>- Superar los problemas familiares causados por el suicidio.</li><li>- Sentirse mejor con sí mismos.</li><li>- Poder hablar del suicidio de la persona querida.</li><li>- Obtener información objetiva sobre el suicidio y sus efectos.</li><li>- Contar con un lugar seguro para expresar sus sentimientos.</li><li>- Entender y superar las reacciones de otras personas frente al suicidio-</li><li>- Obtener consejos sobre situaciones prácticas /sociales.</li></ul>



Si el suicidio lo ha cometido uno de los padres, los niños pueden tener una reacción típica de negar lo ocurrido, mostrarse llorones, irritables, con cambios bruscos del estado de ánimo, dificultades de sueño, pérdida de apetito e intentos suicidas... cuya significación puede ser un intento de reunirse con el fallecido (aunque también puede haber deseos reales de morir); también pueden tener alteraciones perceptivas como escuchar las voces de sus padres dentro de la cabeza y ver el fantasma de su padre o madre fallecido/a.

Según Shaffer y cols, (2001) cuando se suicida un padre o un hermano de un niño o adolescente está en riesgo de mostrar síntomas de ansiedad y depresión. El hecho de tener un amigo y conocido que cometa suicidio incrementa la posibilidad de inicio de depresión mayor, trastorno de ansiedad, ideación suicida y TEPT en los adolescentes, en los 6 meses inmediatamente posteriores al suicidio (Brent y cols, 1996b; Pfeffer, 1997).

Además hay algunos factores que incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes expuestos al suicidio de un par (Brent y cols, 1996b), como la presencia de un trastorno psiquiátrico previo, historia familiar de trastornos psiquiátricos anteriores (sobre todo enfermedad afectiva), o exposición previa a comportamiento suicida. Un intento de suicidio adolescente puede incrementar el riesgo de comportamiento suicida y trastornos psiquiátricos en los amigos y conocidos (Hazell, y Lewin, 1993)

## DUELO POR FAMILIARES DESAPARECIDOS

Hay multitud de situaciones en las que puede producir duelo por desaparecidos: catástrofes naturales, secuestros, marineros ahogados, alpinistas sepultados, víctimas bajo escombros de terremotos... desaparecidos durante la guerra civil por cuestiones políticas.

Históricamente ha habido también otras muchas situaciones en las que se produjeron desaparecidos como el accidente de la presa de Ribadelago (Zamora) en 1959, en el que hubo 144 personas fallecidas (varios miembros de la misma familia), y sólo se recuperaron 28 cuerpos.

Actualmente existen otras realidades en distintas partes del mundo donde se hace necesaria la elaboración de duelos por desaparición, por ejemplo, en países con conflictos armados donde la guerrilla secuestra ciudadanos indiscriminadamente para ejecutarlos y con frecuencia no es posible hallar sus cuerpos.

En ocasiones, la situación se torna difícil para los familiares y allegados de la persona desaparecida porque después de muchos días de búsqueda, tanto las fuerzas de orden público como los vecinos, pueden retirarse de la zona donde se supone que está el cuerpo. Todo esto incrementa la sensación de vulnerabilidad y tristeza de los supervivientes (tanto de los familiares y allegados, como de otros posibles compañeros que pudieron compartir con él la situación: se salvaron pero se vieron impotentes para ayudar)

Se pueden producir enfrentamientos entre los que quieren continuar la búsqueda y los que defienden la postura de abandonar y cerrar el dispositivo, lo que acrecienta el dolor de las personas y puede reabrir viejas heridas.

En España se requieren 10 años (sin ningún tipo de indicio) para declarar a una persona desaparecida como muerta. Esto influye a otros niveles, como el económico, porque hasta que no se haga este reconocimiento el cónyuge no puede recibir la pensión de viudedad.

Algo que distingue a los familiares de las personas que han desaparecido es la perseverancia, la insistencia en buscar sin descanso, algún signo de vida o de no-vida. La sensación es que no está muerto del todo. Hay una rememoración intensa de los últimos momentos de la persona querida, de la ropa que llevaba, de lo que hicieron al saber que no estaba.

La elaboración del duelo tarda más en iniciarse y es más costosa de elaborar. Hay mucho más apego a algunos objetos personales del fallecido y cuesta más deshacerse de sus posesiones o se mantienen durante más tiempo sus cosas, como si fuera a aparecer /volver algún día. Son mucho más patentes los fenómenos de “aparición” (pseudalucinaciones) en los que los familiares y allegados “creen” ver a la persona desaparecida. Por ejemplo, una madre que perdió a su hijo en un accidente de montaña, creía ver a su hijo en la cocina por las mañanas preparándose el desayuno para ir a trabajar, mientras escuchaba su voz)

Hasta que no hay constancia real de que el cuerpo ha aparecido sin vida, no hay un “permiso” personal y social para empezar a elaborar el duelo; el cuerpo sin vida es el elemento que confirma fehacientemente la muerte irreversible.

En algunos casos, aunque no haya aparecido el cuerpo y dadas las circunstancias de la muerte y la presencia de ningún otro indicio de vida, se puede considerar que la persona ha muerto; pero a pesar de ello la incertidumbre continúa, y con rumiaciones cognitivas en cuanto a lo que pasó.

Se recomienda, cuando ya no hay posibilidades de que aparezca la persona viva, realizar ritual de despedida que sirva de punto y aparte y cerrar asuntos pendientes, hacer la despedida.

Es importante establecer algún lugar donde simbólicamente se encuentre la persona fallecida (una roca, un banco de un parque, un recoveco de una playa...), para que la familia, si lo desea pueda ir allí a dejar flores, a rezar o a sentir /hablar con la persona perdida.

En estos tipos de duelo, el apoyo social cobra mucha más importancia que en duelos que se producen por otras circunstancias; las personas necesitan sentirse comprendidas, arropadas, acompañadas...

## DUELO POR MUERTE TRAUMÁTICA

Las muertes traumáticas se pueden producir por múltiples circunstancias: asesinatos, homicidios, ajustes de cuentas, accidentes de tráfico o laborales, y en cualquier otra circunstancia en la que haya violencia o intención de matar a las personas.

Las muertes súbitas son mucho más difíciles de elaborar que otras muertes en las que hay algún aviso previo de inminencia de la muerte. Tiene unas características definitorias propias (Worden, 2002):

- Deja al superviviente con la sensación de irrealidad e incredulidad, de que la pérdida no es real; por eso es normal que se muestre insensible, aturdido.
- Se produce una exacerbación de los sentimientos de culpa. Aparecen pensamientos del tipo: “Si no le hubiera dejado salir esa noche”, “Si le hubiera dicho...”, “Si hubiera ido a buscarle al salir de trabajar”... En los niños se ha encontrado la culpa asociada a la realización de un deseo hostil (los niños a veces desean que sus padres o sus hermanos estén muertos, cuando se enfadan con ellos); si la persona fallece, la situación les carga con una tremenda culpa.
- Necesidad de culpar a alguien; alguna persona (de la familia o no) se puede convertir en el blanco de las mismas.
- Las autoridades médicas y legales tienen una fuerte implicación, porque a veces no es posible comenzar a elaborar algunos aspectos del duelo; si se necesitan dos días más para poder hacer la autopsia, eso retrasa el sepelio y complica las reacciones emocionales; si se requiere un juicio, hasta que éste no finaliza la familia no puede estar tranquila y si el resultado es que el presunto acusado no recibe castigo las reacciones de la familia pueden dispararse. Algunos se

sienten victimizados por el sistema, por ejemplo, aplazamientos en la salida del juicio, pueden tener dos posibles efectos: retrasar el proceso de duelo (porque las personas están concentradas en los detalles del juicio) o cuando la sentencia es favorable a los intereses de la familia, se puede “cerrar el caso” y comenzar la última parte de la elaboración del duelo.

- Sensación de impotencia en el superviviente. Se percibe como un ataque a la sensación de poder y orden; se puede proyectar hacia el personal sanitario u otros profesionales que atienden a la familia.
- El superviviente presenta una agitación manifiesta, sensación de lucha- huida.
- Los asuntos no resueltos: son una fuente de preocupación importante, porque generan remordimientos.
- Aumento de la necesidad de entender lo sucedido y porqué una persona puede morir en esas circunstancias de una manera totalmente inesperada. Encontrar las razones o las causas últimas, se relacionan con la necesidad de dominio cuando la muerte ha sido traumática. Necesitan atribuir una causa y un culpable. Por eso en algunas ocasiones se tambalean las creencias religiosas.

Hay muchos aspectos que pueden favorecer la minimización del impacto de la mala noticia en los familiares, si se produce una adecuada **Comunicación de Malas Noticias (CMN)**: no se debe tardar mucho tiempo desde que se tiene conocimiento de la noticia hasta que se comunica. No hay que olvidar que en estas circunstancias, muchas veces la persona que se pone en contacto con la familia es un oficial de guardia civil o policía, y esto generalmente asusta.

**Antes de la CMN:** Recopilar toda la información sobre lo sucedido antes de efectuar la CMN (Muñoz y cols, 2001). Elegir el lugar más idóneo: con luz natural, sin olores peculiares ni ruidos, ventilado, amplio y otras condiciones de confortabilidad. Valorar características sociopersonales y habilidades de afrontamiento de los miembros de la familia.

**Durante la CMN:** Iniciar la conversación con la familia detectando qué saben y qué desean saber de lo sucedido (Muñoz, y cols, 2001; Buckman, 2002), ofrecer información gradual, adecuando el lenguaje, sin tecnicismos con pausas reflexivas. Demostrar interés, paciencia y seguridad. Un déficit de información puede aumentar los niveles de ansiedad (Muñoz, 1998). Minimizar en la conversación los contenidos que impliquen sufrimiento, angustia, sufrimiento, dolor, agonía. Garantizar que se llevaron a cabo todas las técnicas y procedimientos de los que se disponía para poder salvar la vida. *Se ha hecho todo lo técnica y humanamente posible.*

**Después de la CMN:** Favorecer la expresión de sentimientos, sin dificultar su expresión y responder a las preguntas; permitirles estar a solas si lo necesitan. Usar la palabra “muerto”, “fallecido”. Facilitar la visión del cuerpo de la persona fallecida, para poder despedirse siempre que

las circunstancias lo permitan. Dar a la familia la posibilidad de acompañarles en el reconocimiento del cuerpo. Exponer nuestra disponibilidad a responder a sus demandas, dedicarle tiempo a resolver problemas concretos. Reforzar los recursos personales y familiares para afrontar la situación. Ofrecer posibilidad de asistencia médica, religiosa, psicológica así como contacto con otras personas allegadas o enlace con otros profesionales de ayuda. Valorar necesidad de seguimiento psicológico de los familiares más afectados.

Las muertes súbitas y traumáticas requieren una *intervención* especial. Los estados de reexperimentación, alerta y de hiperactivación son mucho más frecuentes, asociados a la sensación de sentirse desbordados. Según Pérez Barrero (2007), las muertes por accidente conllevan más reacciones de aniversario y mayores comentarios sobre lo sucedido, mayor incapacidad de entender lo ocurrido entre amigos y compañeros del accidentado y menos deseos de hablar con los demás (por miedo a ser juzgados)

La intervención debe ayudar a intensificar la sensación de realidad de lo sucedido. Muchas veces la actuación psicológica comienza en el mismo escenario de la muerte, en el hospital, en el lugar del accidente, o en el domicilio de la familia, como intervención en crisis.

Es importante evitar la doble victimización, por ejemplo en padres de una chica violada y asesinada, cuando el agresor no ha sido detenido o se atribuye a la víctima la causa de lo sucedido, por su ropa, su estilo de vida... (Echeburúa y Corral, 2008).

En lugar de preguntar *¿Puedo ayudarles en algo?*, que puede obtener una respuesta negativa, es más útil plantear el inicio de la intervención como: *Veo a todas las personas que han experimentado esta pérdida y estoy aquí para hablar y trabajar con ustedes.*

En cuanto al asesoramiento psicológico posterior, debe centrarse en:

- Ayudar a los supervivientes a hacer real la pérdida, mantenerles centrados en la pérdida y lo que implica, y menos en las circunstancias del accidente y en buscar un culpable.
- Manejar la sensación de culpabilidad y ayudar al superviviente a confrontar con la realidad el tema de la responsabilidad. Ser respetuoso con el sistema de creencias de la persona.
- Ayudar a centrarse en los asuntos pendientes y encontrar alguna forma de acabarlos. Pueden ser rituales, tareas equivalentes o vicarias de las que quedaron pendientes.
- Buscar los significados asociados al tipo de muerte que ha sufrido la persona y las implicaciones para deudos. Ayudar a encontrar significados a las preguntas surgidas.
- No ofrecer falsas esperanzas, ni decir que todo va a ir bien; transmitirle que “sobrevivirá” con ayuda y que podrá salir adelante, aunque ahora le cueste verlo así.
- Evitar la aparición de conductas contraproducentes: comer o beber en exceso, uso de drogas, automedicación, incluso autolesiones (como manera de purgar la culpa).

Según Echeburúa y Corral (2008), la víctima sólo logra sentirse recuperado cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar razonablemente su vida.

Las muertes inesperadas tienen más elementos e implicaciones para los familiares y terapeutas (Greco,1998)

## CONCLUSIONES

- El proceso de duelo tiene una duración variable en función de multitud de factores.
- Las muertes inesperadas, o en circunstancias complicadas (traumáticas, suicidas, en personas desaparecidas), suelen originar más dificultades en la elaboración del duelo.
- En muchos casos de muertes inesperadas es necesario acudir a un profesional que ayude a la elaboración del duelo.
- Los niños son especialmente vulnerables; debe cuidarse mucho la manera en que se les transmite lo ocurrido y cómo se les ayuda posteriormente a la elaboración del duelo.
- La presencia de recursos de ayuda y apoyo social son fundamentales para favorecer la elaboración de la situación y disminuir su complejidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R (1996b), Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:646-653.

Brent DA (1997), The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *J Child Psychol Psychiatry*, 38:277-286.

Buckman, R.; (1992) *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Cain, A.C.; (Comp) (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, IL. Thomas.

Echeburúa, E, Corral, P. (2008) Superación del duelo en víctimas de delitos violentos. En L Nomen (coord.) *Tratando... el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.

Greco, E.H.; (1998) *Muertes inesperadas. Manual de autoayuda para los que quedamos*.

Hazell P, Lewin T (1993), Friends of adolescent suicide attempters and completers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:76-81

Hill, K.; Hawton, K.; Malmberg, A.; Simkin, S. (1997) Duelo por el suicidio de un ser querido. En: *Dossier informativo sobre el duelo por el suicidio de un ser querido*. The Royal College of Psychiatrists (El Real Colegio de Psiquiatras). Recuperado el 06.04.09 desde <http://www.befrienders.org/int/spanish/index.asp?PageURL=bereaved.php>

Lorenzo, N.; (2004) La relación con los familiares en una situación urgente. En: Acinas, M.P. (coord.) *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Volumen 2: Actuación en situaciones de urgencias y emergencias*. Jaén: Formación Alcalá.

De Miguel, A. y Muñoz, F.A. (1998). Aspectos conductuales de la intervención en crisis. En *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25 (6), 177-181.

Montoya, J. (2002) *El arte del bien morir. Sobre cómo ayudar a otros a bien morir*. Abordaje psicoterapéutico del paciente terminal. Biblioteca básica de tanatología. Recuperado el 07/01/2012 desde [www.artemorir.homestead.com](http://www.artemorir.homestead.com)

Muñoz, F.A.; (1998) Atención psicológica extrahospitalaria de las crisis de angustia (Panic Attack). *Anales de Psiquiatría*. 14 (7): 311-313.

Muñoz, F.A.; Fernández De Liger, S.; Parada, E.; Martínez De Aramayona, M.J.; García, A (2001) Comunicación de malas noticias. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 28 (6): 350 – 356.

Pangrazzi, A. (2005) *El suicidio*. Madrid: Ed San Pablo.

Pérez Barrero, S.A. (2007) *¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?* E-Book. Psicología on line. URL extraído el día 29 de enero de 2012 desde <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>

Pfeffer CR (1997), Childhood suicidal behavior: a developmental perspective. *Psychiatr Clin North Am* 20:551-562.



Ramos, M.; (2007), Recopilación de tareas y variables relacionadas con la elaboración del duelo. Grupo de trabajo de psicología de emergencias. Colegio de Psicólogos de Madrid.

Shaffer, D.; Pfeffer, C.R.; (2001) Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Revista de psiquiatría de Uruguay*. 65 (2): 146-188. Documento extraído el 01.05.09 desde

[http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/oct2001/03\\_parametros.pdf](http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/oct2001/03_parametros.pdf)

Speece M.W. y Brent,S.B. (1984) Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. *Child Development*. 55, 1671-1686.

Worden, J.W. (2002) *El tratamiento del duelo: asesoramiento y terapia*. Barcelona: Paidós.

Manuscrito recibido: 30/01/2012

Revisión recibida: 17/02/2012

Manuscrito aceptado: 21/02/2012