

ESTUDIO DE CASOS

Asesoramiento psicológico en un caso de duelo tras los atentados del 11 M

Psychological advice in a case of grief following Madrid 3/11 terrorist attacks

ANA MAGAZ¹

SERGIO CAMACHO¹

Fecha de Recepción: 25-11-2004

Fecha de Aceptación: 02-12-2004

RESUMEN

Para una persona, la pérdida de alguien significativo en su entorno produce una amplia gama de reacciones y sentimientos. Muchas personas son capaces de afrontarlas sin la ayuda de un profesional, sin embargo, otras tienen dificultades a la hora expresar y elaborar sus sentimientos respecto a la pérdida, más aún cuando esta es repentina e imprevista.

En este trabajo se presenta el asesoramiento psicológico a un varón de 45 años tras el fallecimiento de una sobrina en los atentados terroristas ocurridos en Madrid el día 11 de marzo de 2004. El asesoramiento se realizó en 12 sesiones y los objetivos de la intervención fueron: (1) Aceptar la realidad de la pérdida. (2) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. (3) Adaptarse a un medio en el que el fallecido esta ausente, y (4) Resituarse emocionalmente a la persona fallecida y continuar viviendo. El asesoramiento finalizó cuando el paciente fue capaz de pensar y hablar de su sobrina con tristeza pero sin dolor. Los resultados evaluados tras la intervención con medidas pretest y posttest, confirmaron la remisión de los síntomas.

ABSTRACT

The loss of a beloved one unchains a wide range of psychological reactions. Many people can face the event without the need of professional help. However, other people find it difficult to show and work out their feelings about the loss, particularly if it happened suddenly and unexpectedly.

¹ Servicio de Psicología Aplicada. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

This paper deals with the psychological advice provided to a 45 years old male following the loss of his niece in Madrid 3/11 terrorist attacks. Advice was provided along 12 sessions. Intervention goals were 1) accepting the loss, 2) working on emotions and loss sorrow, 3) readapting to an environment where the beloved person is not living anymore, and 4) emotional relocation of the deceased beloved one and keeping on living. As soon as the patient was able to think of and talk about his niece sadly but with no grief, advice was stopped. Post-intervention results with pre-test and post-test measures bore out symptom remission.

PALABRAS CLAVE

Asesoramiento psicológico, Duelo no patológico, Muerte repentina.

KEY WORDS

Psychological advice, Non-pathological sorrow, Sudden death.

INTRODUCCIÓN

Los dramáticos acontecimientos ocurridos en Madrid el día 11 de marzo de 2004 y que irrumpieron de forma violenta, instantánea e impredecible en personas, comunidades sociales e instituciones, dieron lugar a una situación de catástrofe social que se caracterizó por un ambiente cargado de amenazas difusas, intangibles e irreconocibles, cuyo origen eran acciones intencionadas de un grupo humano con la posibilidad de transformarse en una vivencia de vulnerabilidad permanente. En la sociedad occidental estas muertes se perciben como un ataque frontal a nuestro estatus de invulnerabilidad, de

poder y de orden, y hace añicos la sensación de control sobre nuestro destino que habíamos dado por supuesta. Esta violenta realidad ha traído gran cantidad de sufrimiento psicológico y enfermedad psíquica.

Un atentado terrorista de estas características tiene la propiedad de penetrar en el psiquismo y producir en él reacciones que alteran su capacidad para integrar y elaborar la realidad, así como su capacidad para articular afecto y representación, permaneciendo en el mismo como un hecho no elaborado, como una vivencia traumática. Sabemos que podemos ayudar a las personas que han vivido una situación disruptiva aguda a integrar la experiencia

traumática en su vida y que dicha ayuda les facilitará la recuperación. En esta dirección, las acciones de los profesionales de salud mental deben ir dirigidas a restablecer los procesos psíquicos adecuados antes de que se trasformen en patológicos y ayudar a que la irrupción del mundo externo en el interno tenga un efecto menos traumático. Si bien nuestra función está dirigida a que el dolor de lo vivido no se acreciente y a que no se transforme en patológico, no es nuestra función evitar que el dolor sea vivido como tal, sino transformar el dolor sin nombre en un sufrimiento comunicable (Benyakar, 2003).

Una de las tareas que con más frecuencia nos encontramos los profesionales de salud tras una catástrofe es la elaboración de duelos. Una muerte repentina e imprevista es siempre más difícil de elaborar que otra que viene precedida por una enfermedad (Parkes, 1975). Autores como Sheskin y Wallace (1976), Macias y cols. (1995) han comprobado que el duelo es de mayor gravedad cuando la muerte no se previno o anticipó. Sería lo que Weisman (1976) ha llamado muerte intempestiva, la cual viola las expectativas individuales de supervivencia. Neimeyer (2002), añade que en un duelo por muerte traumática se cuestiona las creencias fundamentales de la persona, los valores de justicia y orden, lo cual interfiere en la resolución del mismo, haciendo que muchos de ellos se agraven.

Hay ciertas características especiales que se deben considerar

cuando se trabaja con el entorno de la persona fallecida en una tragedia (Worden, 1997). En primer lugar, este tipo de muerte deja a los familiares con la sensación de que la pérdida no es real, una sensación de irrealidad que puede durar mucho tiempo, son frecuentes las imágenes recurrentes del fallecido, el hablar 'como si' la persona viviera. En segundo lugar, se exacerbaban los sentimientos de culpa, unidos a que la muerte puede provocar a los familiares muchos remordimientos por cosas que no se dijeron o por cosas que aplazaron hacer con el fallecido. En tercer lugar, provoca sensación de impotencia en los familiares. Esta impotencia va unida a intensos sentimientos de rabia y no es extraño que la familia quiera descargarlos contra alguien, acusando y exigiendo responsabilidades a instituciones y autoridades. En cuarto lugar, los asuntos no resueltos son una preocupación especial entre los familiares, sobre todo en lo referido a expectativas que se habían formado en torno a los fallecidos. En quinto y último lugar, aparece en ellos la necesidad de conocer no solo la causa del fallecimiento, sino también de buscar un culpable material del mismo.

Parkes y Weis (1983) describen otros factores, además del tipo de muerte, que hay que tener en cuenta en el asesoramiento y terapia de duelo y que van a determinar su evolución hacia un duelo asumido y consciente o hacia un duelo patológico son: primero, la naturaleza de la relación que se mantenía con la persona fallecida; el sentimiento de pérdida será tanto más intenso

cuanto más profunda sea la unión con la persona fallecida. Segundo, los antecedentes; es preciso saber si ha tenido pérdidas anteriores y como se elaboraron dichos duelos. Tercero, variables de personalidad como la edad y el sexo; cómo maneja la ansiedad y cómo afronta las situaciones estresantes. Cuarto, variables sociales, como son el grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia. El sentimiento de ser apoyado y de participar en la vida social aumenta la capacidad de asumir la pérdida experimentada, aunque en muchas ocasiones estos sistemas de apoyo también están en duelo. Quinto, otros tipos de estrés simultáneos y crisis que surgen después de la muerte, como dificultades económicas o enfermedades. Asimismo, Bowen (1991) comenta la necesidad de verificar posibles 'ondas de choque', entendiendo éstas como el proceso de acontecimientos de vital importancia que son desencadenados por el desequilibrio familiar que se produce tras la muerte.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es un varón de 45 años, casado, trabaja como funcionario público; su esposa, de la misma edad, es maestra. Tienen dos hijos de 16 y 20 años cada uno.

El paciente solicita asesoramiento psicológico veinte días después de los atentados terroristas ocurridos en Madrid el día 11 de marzo

de 2004. En uno de los actos terroristas fallece una sobrina del paciente, de 23 años, a la que le une un vínculo afectivo muy estrecho. Esta relación afectiva se había visto fortalecida a lo largo de los últimos años debido a las circunstancias familiares de la víctima, y había dado lugar a que el paciente desempeñara en muchas ocasiones el papel de tutor y consejero.

La familia de origen del paciente está compuesta por dos hermanas de 48 (madre de la víctima) y 39 años respectivamente. El padre del paciente falleció hace 5 años y su madre hace uno, pero desde la muerte de su sobrina su recuerdo se hace más presente.

En su historia personal y entorno familiar no existen antecedentes psiquiátricos, ni psicológicos.

En el ámbito laboral no presenta dificultades. Su carácter reservado no le impide tener amistades y disfrutar de aficiones y deportes que le permiten descargar la tensión diaria.

En la exploración psicológica efectuada durante la primera sesión se anotan los siguientes síntomas emocionales: embotamiento afectivo, incapacidad para atribuir la muerte de su sobrina a una acción terrorista, rechazo de la realidad de la muerte y negativa a ver cualquier imagen relacionada con los mencionados atentados o a leer sobre el tema. Asimismo, relata sentimientos de tristeza, pesar, fatiga, impotencia, pesimismo y enfado provenientes de la sensación de

que no había nada que pudiera hacer para evitar la muerte. Describe la reactivación de recuerdos y sentimientos de dolor relacionados con la muerte de su madre. En el plano somático, el paciente señala dificultades para conciliar el sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito y cansancio generalizado. A nivel conductual, es importante señalar una disminución de la actividad, búsqueda de la soledad y dificultad para concentrarse en su actividad laboral.

La exploración psicológica se completó con la aplicación de los siguientes instrumentos de evaluación:

— Cuestionario SCL-90 R (Derogatis, 1983. Adaptación al castellano González de Rivera et al., 2002).

— Inventario de Beck para la Depresión (BDI; Beck et al., 1961).

— Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1999).

Al finalizar la intervención psicológica se realizó una evaluación post-tratamiento con los mismos instrumentos de evaluación.

DIAGNÓSTICO

Según la clasificación multiaxial del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) nuestro paciente cumple los criterios necesarios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3).

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

A la hora de establecer los objetivos del asesoramiento psicológico, entendiendo el término asesoramiento como ayuda en un proceso de duelo normal, no patológico, seguimos el modelo propuesto por Worden (1997), quien describe cuatro tareas que debe realizar el doliente para completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y ser capaz de decir un adiós final. Estas tareas son:

1. Aceptar la realidad de la pérdida

Es el primer paso para iniciar un duelo y también es el más difícil. La estrategia terapéutica utilizada para facilitar una conciencia cada vez mayor de la pérdida y del impacto que ésta tiene, fue proporcionar al paciente un tiempo y un espacio para poder verbalizar lo ocurrido ese 11 de marzo. En un principio se enteró de los atentados terroristas a través de la televisión, y minutos después recibió la llamada de un familiar comunicándole que su sobrina iba en uno de los trenes y no contestaba a su teléfono móvil. Luego empezó su peregrinación por los hospitales de Madrid con la esperanza de encontrarla viva, las interminables horas de espera en el recinto ferial, el reconocimiento del cadáver y finalmente, la incineración del cuerpo. Las personas necesitamos repasar una y otra vez los acontecimientos antes de poder ser verdaderamente conscientes de todo lo ocurrido y hablar ayuda a aceptar la realidad.

Visitar la estación de Atocha y el jardín de 'Los Ausentes', depositar velas y flores, participar en actos públicos como el funeral celebrado en la Catedral de la Almudena, son algunos de los rituales que ayudaron a nuestro paciente a enfrentarse con la realidad inevitable de la muerte, a la vez que recibió el apoyo y la comprensión de la sociedad.

La función del terapeuta es generar un espacio más allá de su entorno inmediato donde autorice-mos y facilitemos hablar de la pérdida y de las circunstancias que rodearon a la muerte, de una manera sensible y empática, y utilizando en muchas ocasiones un lenguaje evocador. No se trata de olvidar, sino de resituar el recuerdo de la persona fallecida dentro de su mundo de significados, de forma que el dolor sea cada vez más soportable e interfiera menos en el desempeño de sus actividades cotidianas (Neimeyer 2002).

También debe tranquilizarse a la persona sobre la normalidad de los síntomas y sentimientos que está experimentado.

2. Trabajar sobre las emociones y el dolor de la pérdida

El objetivo principal del asesoramiento psicológico es facilitar esta segunda tarea con la idea de que las personas no arrastren este dolor a lo largo de sus vidas y en un futuro se manifieste en síntomas o en formas de conducta disfuncional.

Se animó al paciente a evocar

experiencias y recuerdos sobre la persona fallecida, tanto actuales como pasados, reviviendo los momentos más entrañables vividos con ella con la finalidad de facilitar la expresión de sentimientos de tristeza y llanto. También se le ayudó a contactar con sus sentimientos negativos de enfado y rabia normales cuando muere alguien a quien se quiere, y consecuencia del dolor tan intenso que se experimenta en esos momentos, evitando la represión de los mismos. Estos sentimientos negativos se desplazaron hacia el exterior, hacia instituciones y autoridades.

Los sentimientos de culpa irracional, por cosas que no se dijeron o por cosas que aplazó hacer con el ser querido, se trabajaron confrontando al paciente con la realidad, con todo lo que sí dijo e hizo por la persona fallecida, resaltando su papel de cuidador y tutor.

El paciente encontró en la práctica de ejercicio físico una forma sana de descargar el estrés y la tensión acumulada.

3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para cada persona, dependiendo de cómo fuera la relación con la persona fallecida y de los distintos roles que ésta desempeñase. Nuestro paciente resaltó el interés, empeño y entusiasmo con el que su sobrina promovía y organizaba reuniones familiares, de modo que él mismo

decidió asumir este papel y empezó por reunir a toda la familia con motivo del cumpleaños de uno de sus hijos.

La pérdida cuestionó sus valores y creencias fundamentales, provenientes tanto de la influencia de la familia, los padres, la educación y la religión, como de las experiencias vitales. La experiencia de pérdida supuso 'una llamada de atención' para revisar sus prioridades y asegurarse de que estaba prestando tiempo y dedicación a las personas y proyectos que más valor tenían para él, para tomar conciencia de que, como seres humanos que somos, tenemos un final. A partir del 11 de marzo nuestro paciente experimentó nuevos sentimientos ajenos a él hasta este momento, eran los sentimientos de solidaridad y pertenencia a una comunidad.

4. Resituar emocionalmente a la persona fallecida y continuar viviendo.

Se ayudó al paciente a encontrar un lugar nuevo en su vida para el ser querido que había perdido, a transformar la relación que tenía con la persona fallecida, basada en la interacción física, en una relación basada en la interacción simbólica, haciendo que confiara más en sus recuerdos, lo cual le permitirá seguir adelante con su vida y establecer nuevas relaciones. Para ello, y aprovechando una reseña biográfica que sobre la persona fallecida apareció en un diario de tirada nacional y con la que el paciente

estaba profundamente disgustado porque no reflejaba verdaderamente el carácter y personalidad de su sobrina, se le invitó a rehacer esta reseña señalando los rasgos y cualidades con los que a él le gustaría recordarla. El objetivo de esta técnica narrativa, donde se utiliza la escritura como forma de expresión emocional, fue facilitar la reflexión sobre la pérdida así como su integración.

Decidió irse de vacaciones estivales con su familia, sin que esto supusiera una traición a la memoria y el recuerdo de su ser querido.

El asesoramiento psicológico duró 12 sesiones, y finalizó cuando el paciente fue capaz de pensar y hablar de su sobrina con tristeza y añoranza, con un dolor consciente, asumido y verbalizable, cuando volvió a volcar sus emociones en la vida y en los vivos. Se le hizo saber que el duelo no es un proceso lineal y que a lo largo de su historia habrá momentos difíciles donde los recuerdos sean más intensos.

CONCLUSIONES

El objetivo de presentar este caso es mostrar una pequeña parte del camino en el proceso de duelo que recorre la familia ante atentados terroristas con resultados tan dramáticos como los ocurridos en Madrid el 11 de marzo de 2004.

La muerte de un ser querido se da en un contexto de violencia extrema y de forma inesperada. El paciente necesitó un espacio tera-

péutico y un período de tiempo para afrontar la realidad e integrar la pérdida dentro de su historia de desarrollo, junto a otras experiencias de su vida.

Como muestran los resultados y la impresión clínica, el paciente aprovechó el encuadre de ayuda psicológica. El suceso fue enfrentado, los pensamientos y sentimientos identificados y expresados. Además, esta experiencia le forzó a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida, con el resultado de una personalidad más segura y fuertemente integrada, un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras y mejorar los recursos personales de afrontamiento.

Para finalizar, citamos a continuación los resultados obtenidos en las distintas pruebas de evaluación psicológica utilizadas durante la intervención.

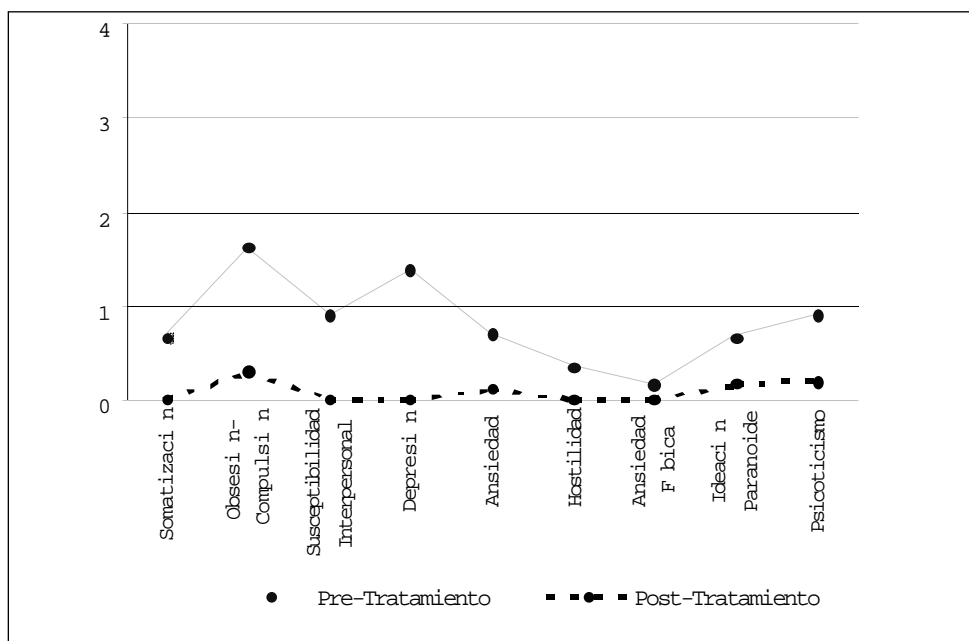
Para la medida de depresión (BDI) la puntuación pre-tratamiento fue 8, el paciente señala padecer con una intensidad leve los siguientes síntomas: estado de ánimo decaído, pesimismo, insatisfacción, odio a sí mismo, autoacusaciones, irritabilidad, trastornos del sueño y cansancio. La puntuación obtenida en la evaluación post-tratamiento

fue 1, toda la sintomatología depresiva desaparece exceptuando los sentimientos de autoreproche.

Con respecto a la medida de ansiedad (STAI), en la evaluación pre-tratamiento la puntuación obtenida en ansiedad Estado (A/E) se sitúa en el centil 96 y la puntuación ansiedad Rasgo (A/R) en el centil 45. En la evaluación post-tratamiento la puntuación A/E se encuentra en el centil 15 y la puntuación A/R en el centil 25. Podemos observar una disminución en A/E, conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Las puntuaciones en A/R obtenidas en el pre y post tratamiento señala una baja tendencia a percibir las situaciones como peligrosas o amenazantes.

En el cuestionario SCL-90 las puntuaciones más elevadas, aunque sin significación clínica, obtenidas en la evaluación pre-tratamiento pertenecen a las escalas de obsesión compulsión (M=1,60) y depresión (M=1,38), las cuales disminuyen notablemente en la evaluación post-tratamiento (Obsesión Compulsión M=0,30; Depresión, M=0,00).

FIGURA 1
PUNTUACIONES MEDIAS PRE Y POST TRATAMIENTO OBTENIDAS
EN LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO SCL-90



La *figura 1* muestra la representación gráfica de las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas del Cuestionario SCL-90 en la evaluación pre y post-tratamiento.

REFERENCIAS

Beck, A. Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, (1961). *The Beck Depression Inventory. (BDI)*

Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.

Macias, J.A., Parrado, C., Vargas, M., Conde, V. (1995). Perfil clínico de la reacción de duelo. Ponencia presentada en el

Congreso 'La psiquiatría en la década del cerebro'. Sevilla.

González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C.; Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA

Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.

Parkes, C.M. (1975). Determinants of outcome following bereavement. *Omega*, 6, 303-323.

Parkes, C.M. y Weis, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic.

Sheskin A.D. y Wallace S.E. (1976). Differing bereavements: suicide natural and accidental death. *Omega* 7, 2, 29-42.

Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1997). *Cuestionario de Ansiedad*

Estado-Rasgo (STAI-R). Madrid: TEA

Weisman A. (1976). Coping with untimely death. *Human adaptation: coping with life crises*. Levington Mass: DC. Health & Co.

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