

Paula Neiro Escobedo

Encarna Pérez Tardío

10 de desembre de 2015

2015-16

# El dol per mort: com se supera?



El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estás cansado, comer cuando tienes hambre o estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera en que la naturaleza sana un corazón roto.

Doug Manning

## ÍNDIX

Abstracts .....	1
Introducció .....	2
1. Conceptes .....	4
1.1. La pèrdua .....	4
1.2. El dol .....	6
1.3. Factors .....	8
1.4. Resiliència .....	10
2. Marcs teòrics sobre el dol .....	12
2.1. Marc psicoanalític .....	12
2.2. Marc conductual o conductiu .....	13
2.3. Marc psicosocial .....	13
2.4. Marc sociològic o sociocultural .....	14
3. Tipus de dol .....	16
3.1. Dol normal .....	16
3.1.1. Síntomes .....	16
3.1.2. Fases .....	18
3.2. Dol patològic .....	26
4. El dol en nens .....	29
5. Diagnòstic .....	33
5.1. Diagnòstic del dol normal .....	33
5.1.1. Pronòstic del dol normal .....	34
5.2. Diagnòstic del dol patològic .....	36
5.2.1. Criteris i premisses per diagnosticar el dol patològic .....	37
5.3. Diagnòstic diferencial .....	39
5.3.1. Dol i trastorn de depressió .....	39
5.3.2. Altres diagnòstics diferencials .....	42
5.3.2.1. Criteris per al diagnòstic de: F43.1. Trastorn per estrès post-traumàtic, TEPT(309.81) .....	43
5.3.2.2. Criteris per al diagnòstic de: F43.0 Trastorn per estrès agut (308.3) .....	45
5.3.2.3. Criteris per diagnosticar el Trastorn adaptatiu .....	46
6. Intervenció o tractament .....	48
6.1. Intervenció sobre el dol .....	48
6.2. Principis i procediments de l'assessorament psicològic .....	49
6.2.1. Tècniques útils per l'assessorament .....	52

6.2.2.Tòpics no útils.....	53
6.3.Tasques per afrontar el dol .....	53
6.4.Estratègies d'ajuda a les persones amb dol.....	56
6.5.Intervenció del dol patològic.....	58
6.6.Tipus de tractaments.....	59
6.7. El risc de suïcidi .....	60
7. Part pràctica .....	62
8.Conclusions.....	69
9.Bibliografia.....	71
10. Agraïments .....	73

## **Abstracts**

El duelo es un proceso vital que nos sucede al largo de nuestras vidas cuando perdemos una parte fundamental de nosotros. En este trabajo damos a conocer todas aquellas fases del duelo por muerte que se presentan y se definen para su entendimiento llegando hasta la superación de este. Este proceso nos ayudará a entender así como a expresar nuestros sentimientos y emociones para seguir nuestras vidas con una nueva perspectiva.

During his life human being experiment important loses that has psychological and physique impact, that is called the grief. In this manuscript we explore the phases that compose this vital process. It is presented, defined and understood in order to help someone who go through this hard time. The general porpoise of this paper is assist to express and show feelings and emotions to achieve a new point of view of our life.

## Introducció

El dol és un procés que acompanya una infinitat de successos en les nostres vides, des de perdre un treball, una ruptura sentimental fins a la mort, passant per moltes altres causes. Però a partir de totes aquestes possibilitats i causes innumerables aquest treball de recerca tractarà sobre el dol per mort.

El dol i la mort són aspectes universals de tot ser humà. Quan les persones patim una pèrdua, iniciem un procés en el qual la nostra ment sanarà després del dolor. La majoria dels casos, aquest procés es resol de forma espontània. Però perdre a un ésser estimat, representa una transició vital que per algunes persones és difícil d'afrontar, i més si la societat d'avui en dia no facilita les ajudes necessàries per poder superar-la. Recents investigacions sobre el procés de dol revelen que la recuperació presenta una dificultat extrema, així com, finalitzar el procés de l'acceptació de la pèrdua, es converteix per alguns individus una meta complicada d'assolir per si mateixos i per tant, és necessària l'ajuda d'un professional. Els professionals que acompanyen a les persones en el procés han hagut de fer una reflexió més profunda sobre totes les qüestions d'aquest tema i sobretot és imprescindible que sàpiguen tota l'elaboració sobre aquest.

Superar el dol requereix temps i un gran esforç personal, aquest esforç que ha de fer l'individu se l'anomena "treball de dol" per molts autors però Freud té el mèrit d'haver abordat aquest tema com un treball d'elaboració de les emocions i sentiments dolorosos que segueixen la pèrdua d'una persona estimada.

És a dir, la universalitat, la mort, la vida, el gran procés que s'ha de seguir i el poc que sé d'aquest tema, és el que m'ha portat a fer el treball de recerca sobre el dol en mort.

En aquest treball s'abordarà en el marc teòric la simptomatologia, les fases i el diagnòstic de cada tipus de dol estudiat i les seves complicacions per poder arribar a la gran pregunta que envolta aquesta investigació, com superar el dol, quines teràpies i passos són els adequats per poder finalitzar el procés amb èxit. Encara que s'ha de dir que aquesta pregunta té moltes limitacions, ja que com veurem més endavant cada persona viu i supera el dol d'una manera diferent, cap individu passarà per les mateixes situacions que un altre, així que aquests passos i teràpies seran personalitzades.

Com a part pràctica faré una investigació de camp, és a dir, passaré un inventari a alguns professors per a poder calcular la seva intensitat de dol, després de la mort d'una de les seves companyes de treball. A part li passaré el mateix inventari a dos adolescents, que tenen com a dol la mort del seu avi. Amb això podré extreure hipòtesis. Per acabar amb la part pràctica crearé una pàgina web, per obrir una via de comunicació entre els centres d'ajuda amb les persones que estiguin passant per un procés de dol.

A part de tenir com a objectiu documentar-me sobre com superar el dol en mort. També tinc com a objectiu, poder fer veure a les persones que llegeixin el meu treball que no hi ha motius per l'existència del tabú sobre la mort, fer-los comprendre que la mort i el dol formen part de la vida, que sense mort no hi ha vida i que totes les persones al llarg d'aquesta passaran almenys per un dol.

# 1. Conceptes

## 1.1. La pèrdua

L'acció de perdre quelcom ens passa sovint a tots els éssers humans d'aquest planeta. Cada dia ens afrontem a la pèrdua, perdem la vergonya, les claus, la virginitat, el treball, amistats, el tren, oportunitats... Però una de les pèrdues que més estrès ens provoca és la mort d'una persona estimada, és per això necessari explicar i donar un espai al concepte de pèrdua abans d'entrar en la definició de dol.

Un dels autors més importants que han estudiat aquest tema ha sigut Lelila Nomen que ens diu que la persona podrà estar afectada després de la pèrdua depenent del significat que li atorgui en la seva vida, ja que pot tindre un valor o un altre. Per exemple, la mort classificada com a tercera persona, és a dir, la que ens informen a la radio, televisió és una mort amb caràcter abstracte i la prenem amb molta serenitat encara que sigui d'algú important en l'actualitat i li tinguem aprecí per les coses que ha fet, no sentim el dolor de la manera com si fos la mort del que s'anomena segona persona, que és la mort d'una persona estimada, i és aquesta la causant del dol.

Les circumstàncies en les que passa la pèrdua també determinaran el procés d'acceptació i superació, per exemple, tenim un anell, el qual té un valor sentimental molt important, la manera de perdre'l ens influenciarà en el procés de dol, d'aquí prové el concepte de culpa en les pèrdues. És a dir, no ens sentirem igual si perdem l'anell perquè ens ha caigut al carrer al guardar-lo a la butxaca o si ens han atracat pel carrer i ens l'han tret a la força. Aquest exemple es pot relacionar amb qualsevol objecte estimat o persona, per entendre'l amb la pèrdua d'una persona podem dir que no seria el mateix la mort d'un ser estimat que s'ha suïcidat que d'una mort natural, ja que el suïcidi provoca en la majoria de casos la culpabilitat de qui pateix el dol, i aquesta és una circumstància que fa més difícil superar en el procés.

Però si ens posem a parlar de pèrdues, tindríem una llista realment extensa, a pesar que cada autor pot explicar-ho de diferents maneres. Explicarem el plantejament de Tizon que organitza les pèrdues en quatre tipus:



- Pèrdues relacionals: Són les que estan relacionades amb les persones que ens envolten, les més importants en la nostra vida. Inclou els divorcis, privacions afectives, abusos i per descomptat la mort.
- Pèrdues interpersonals: Són les que tenen a veure amb nosaltres mateixos, les pèrdues de les capacitats intel·lectuals o físiques, com per exemple el funcionament de les cames, la pèrdua de la memòria (pèrdua molt extensa per la gran majoria de persones amb Alzheimer avui en dia)
- Pèrdues materials: Quan perdem objectes o possessions que ens pertanyen, com la pèrdua de la casa.
- Pèrdues evolutives: Les pèrdues o canvis que sofrim les persones al llarg del nostre cicle vital com per exemple la caiguda de cabell.

Nomen, també ens explica les possibles o inevitables pèrdues al llarg de la nostra vida. En la infància podem patir una separació dels pares, la pèrdua amb el contacte familiar o mort d'avis i el canvi de domicili on també inclou la pèrdua dels amics. En l'adolescència poden tindre les mateixes pèrdues que en la infància però incloent la del cos infantil (la pubertat), a la joventut perdem la primera parella i sortir de casa, perdent així l'estabilitat familiar que teníem abans. En l'etapa adulta tenim les possibles perdudes de treball, pares, els canvis residencials o el canvi de país (emigració). En la vellesa tenim la jubilació, la pèrdua de funcions físiques o persones estimades com familiars o amics i les possibles malalties o incapacitats pròpies.

Amb les classificacions de Tizon i Nomen podem observar que comencem a viure, entendre i aprendre des de la infància que la pèrdua és una cosa essencial de la vida de qualsevol persona i que és una cosa normal, incloent-hi la mort, encara que sigui un fenomen quotidià i l'hàgem tingut present des de petits ens segueix escandalitzant, ja que en el context educatiu aquest tema segueix sent tabú així que és entenedor que encara que patim pèrdues des de petits, normalment no es parla en cap moment i tenim aquesta falta de coneixement sobre el tema.

Centrant-nos en la pèrdua d'una persona estimada per mort, s'ha de dir que és molt important el moment de l'any en què succeeix, en quina estació de l'any, és

a dir, quan una persona mor quan és hivern tothom pensa inconscientment en el dia de Nadal, fi d'any en la persona que falta i això pot perjudicar en el dol, però encara que tothom pensi que aquesta és la pitjor època de l'any segons els estudis d'Anna Maria Agustí, la majoria ho passa més malament a l'estiu, ja que és quan les persones tenen vacances i tendeixen a passar-les amb les persones que estimen durant el major temps possible.

La pèrdua sempre va seguida d'un procés de dol. És un aprenentatge personal, durant el qual l'únic que ens importa és l'acceptació d'aquesta pèrdua, el fet de poder seguir avançant en la vida i poder entendre que la mort i les pèrdues estan presents en ella i que hem de superar-ho i afrontar-ho, sense tenir temor a poder recordar el passat. Així que després d'això podem introduir el concepte de dol.

## **1.2. El dol**

El dol és un procés que fem tots els éssers humans al llarg de la nostra vida, consisteix en l'acceptació d'una pèrdua significativa. Encara que en molts autors, publicacions, conferències ens parlen que el dol està associat directament amb una pèrdua humana per mort, no només és així, ja que en qualsevol pèrdua es fa un procés de dol natural en què la persona travessa una sèrie de fases i canvis psicològics i psicosocials que condueixen a la superació, però lo complicat d'això és que a pesar de ser totalment universal, el dol és un concepte únic per a cada persona, així la recomposició de l'activitat mental i social suposa que aquest procés sigui diferent en cadascú.

Quan arriba el patiment, el dol trenca l'embolcall que envolta a la persona i li treu tot el significat que té la vida, tot allò que ens configura, es trenca i s'ha de reconstruir això és el dol: un procés de transformació i canvi. Un temps en què les persones tornen a la paraula, perquè quan un dolor és tan intens el primer que es perd és la paraula. Al principi del dol pensem que no podrem tornar a riure, somriure ni a viure. Quan tenim l'acompanyament d'algú que ja ho ha passat es pot comprovar que si és possible.

Per poder entendre millor el que seria un procés de dol exposaré la definició que fan dos grans dones estudioses del tema, Concepció Poch i la Dra. Herrero, que crec que deixen molt clar el concepte:

- Procés: Quan una persona pateix una pèrdua té la sensació que el món es para i de què es quedarà d'aquella forma d'aquí en endavant. Però sabem que no és així, ja que és una situació que evoluciona a través del temps i l'espai.
- Normal: És una situació que ens passa a tots davant una pèrdua significativa. Tots naixem sabent que anem a morir i que altres moriran també, això és el que ens diferencia dels altres éssers vius nosaltres sabem que morirem.
- Dinàmic: la persona experimenta canvis emocionals al llarg del procés això implica que durant aquest no s'estarà completament en malestar tot el temps.
- Reconeixement social: Quan una persona pateix una pèrdua no només ella rep l'impacte sinó també el seu entorn, llavors la persona tindrà un dol individual però també un col·lectiu.
- Íntim però a la vegada social: El component íntim comporta les diferents reaccions davant situacions similars i aquesta reaccionarà com pugui o sàpiga. En canvi el component social és el que es porta a terme amb els rituals culturals com per exemple un funeral.
- Actiu: La persona tindrà un paper actiu, ja que serà ella la que ha de prendre les seves pròpies decisions i posar-les-hi significat.

Per altra banda s'ha de dir que encara que no hi ha un dol igual a un altre, com ja hem dit abans, sí que s'ha trobat que hi ha símptomes o fenòmens que estan presents en la majoria de dols. Abans d'explicar-los, s'ha de deixar clar que el dol és un procés, és com una història i que per tant uns i altres passen simultàniament per unes etapes. Aquests són:

- Sentiments de tristesa, irritabilitat, culpa, ansietat, xoc, cansament, soledat, ràbia (que inclou la ràbia contra si mateix i idees de suïcidi)...
- Sensacions físiques com molèsties gàstriques, dificultats per poder empassar o articular, hipersensibilitat al soroll, sensació de falta d'aire, debilitat muscular, pèrdua de l'energia, trastorns del son...
- Cognicions com la incredibilitat, dificultats de memòria, atenció i concentració, preocupacions, pensaments obsessius...

- Alteracions perceptives com il·lusions, al·lucinacions auditives i visuals, generalment transitòries i seguides de crítica, fenòmens de presència...
- Conductes: Anorèxia, abandonament social, inquietud, plorar, atresorament d'objectes relacionat amb el mort, somnis amb la persona perduda o en la situació, conducta de recerca o trucada al difunt...

Per acabar aquest apartat s'ha de dir que per superar el dol requereix un temps i un gran esforç personal. L'esforç que s'ha de fer per superar la perduda alguns autors l'han denominat treball de dol com Freud, Lindeman i altres. Aquest treball inclou el fet d'estar actiu, expressar els sentiments i construir-se una nova identitat i refer la vida.

La duració del dol és molt variable i depèn de diferents factors que explicarem tot seguit, però en general els sentiments més intensos i aguts van disminuint entre els sis mesos i un o dos anys com a molt. Certs elements com les dates, alguna cançó, lloc... poden reviure el dol però amb el pas del temps es comença a veure amb perspectiva i ajuda a recordar amb serenitat tots els fets i adaptar-se al canvi, calmant així els sentiments. Però només passa això quan es pren el dol com un treball, sense negar la mort, inhibint-la o atraçant-la, i es travessa pel dolor sense evitar-lo. Encara que alguns autors ens expliquen que la major part de les persones que fan això és per soledat.

### **1.3. Factors**

La visió de qualsevol aspecte de la vida de les persones està influenciat per la zona on vius, encara que també en el mateix lloc on vius la visió pot ser diferent depenent del moment històric.

Així que respecte a la mort i el dol són tantes les visions com cultures hi ha en aquest món i per tant els factors que hi influeixen també són variats, ja que no és lo mateix passar un dol en un país del primer món on la mort és un escàndol com en un país del tercer món on cada dia milers de persones veuen a persones, nens morir al seu voltant, aquest és el factor sociocultural.

Les circumstancies específiques de la mort és un altre factor important ja que la dificultat de superació serà més difícil si és una mort imprevista que una que ja

ha sigut anticipada i que ha donat espai a la gent estimada al comiat. En els vincles i el significat de la pèrdua en trobem un altre, la mort de la parella o d'un fill són morts amb més impacte que la dels pares ja que la majoria de les vegades aquesta mort ja ha sigut anticipada per la persona com quelcom quotidià en la vida. La mort d'una parella on les persones són de edats avançades es quan més costa la reorganització de la vida i per això a vegades ens trobem amb la mort de la vidu/a al cap del poc temps.

Els recursos d'ajuda disponibles és un aspecte molt important en aquest procés, ja que la xarxa d'ajuda, familiar, d'amics, veïns, grups d'autoajuda adquireix una gran importància. Està demostrat que l'ajuda social es un factor fonamental en la salut física i psíquica ja que amb un bon acompanyament es poden portar millor a terme les situacions d'estrès sense emmalaltir, mentre que les mateixes situacions sense aquesta ajuda poden provocar greus problemes psíquics.

Per acabar, el estat físic i emocional de la persona té gran rellevància ja que si hi ha existència de antecedents psiquiàtrics repercutirà negativament en el treball del dol, ja que un dol sempre repercutirà en tot lo ja viscut de la persona i si té problemes no resolts o en aquest cas malalties lo més segur es que tornin a aparèixer. Per exemple, si una persona que fa uns anys va patir anorèxia i mort un ser estimat, per ella, encara que ja estigues curada de la malaltia lo més segur es que tornes a recaure i lo mateix amb persones amb grans depressions al passat etc. I encara que no es tingui cap antecedent psiquiàtric la aptitud de la persona per sentir emocions és rellevant.

## 1.4. Resiliència

A finals de la dècada dels seixanta s'inicien estudis en l'àmbit psicopedagògic sobre el concepte de resiliència. Aquest va ser descrit per molts psicòlegs i psicopedagogs. Però en realitat ja havia sigut descrit pels enginyers com la capacitat que té un cos per tornar a la seva forma original després d'haver patit una força extrema, la qual et porta al seu límit d'elasticitat. El que van fer els psicòlegs i psicopedagogs es porta aquesta definició al seu terreny.

Rutter l'any 1993 va definir el terme de resiliència com la característica que tenen algunes persones de desenvolupar-se psicològicament sanes i exitoses, tot i néixer i viure en situacions d'alt risc. Dotant-la d'un conjunt de processos socials i infrapsíquics que possibiliten tenir una vida sana, vivint en un mitjà insà. Aquests processos tindrien lloc a través del temps, donant afortunades combinacions entre atributs de la persona i del seu ambient familiar, social i cultural. D'aquesta manera, la resiliència no pot ser pensada com un atribut amb què naixem, ni que adquirim durant el seu desenvolupament, sinó que es tractaria d'un procés interactiu entre aquests.

Més tard en 2006 Chávez i Iturralde van definir la resiliència com una capacitat que posseeix un individu enfront de les adversitats, per mantenir-se fort, amb dosis de perseverança, tenacitat, actitud positiva i accions, que permeten superar-les i continuar amb la vida.

Però A. Forés i J. Grané el 2007 a l'obra "La resiliència" van ampliar el concepte dient que, la resiliència, és la capacitat de les persones, grups i comunitats per sobreposar-se i sortir transformades davant les adversitats. Considerant-la com un atribut natural i universal de la supervivència humana integrada per components biològics, psicològics i socials. I introduint-li sis elements, sis pilars, que es complementen entre si, com ara: connexions afectives gratificants, certes funcions executives personals, centre de control intern, elevada autoestima, tendència a percebre, pensar i expressar els esdeveniments en forma positiva i una consciència que doni sentit a la vida independentment de el que passi al teu entorn.

La resiliència pot ser aplicada al dol, encara que cap persona pugui veure una mort d'un ser estimat amb actitud positiva, sí que hi ha persones que posseeixen resiliència i els permet enfrontar les accions de la vida, com el procés de dol, amb ànims de superació i tenacitat per poder continuar vivint completament transformats i sobreposats a la situació.

El que volen aconseguir els psicòlegs i psicopedagogs d'avui en dia és poder fer que qualsevol persona adquireixi aquesta resiliència, fent que controlï el seu interior, que pugui establir unes connexions gratificants amb ell mateix, i per descomptat que tingui una actitud tenaç i perseverant per a què tingui ganes de viure i vulgui superar les adversitats que se li posin per davant. Aconseguint això el procés de dol serà molt més suportable i sense cap possibilitat de tindre dificultats en el procés

## **2. Marcs teòrics sobre el dol**

En aquest tema ens trobem amb diferents models explicatius sobre els processos de dol. Així que he fet un recull dels marcs teòrics més rellevants.

### **2.1.Marc psicoanalític**

Es la base del dol, va ser per primera vegada que es va descriure i explicar el concepte de dol psicològic. Freud va ser el primer que va explicar aquest terme però relacionat amb la seva concepció de psicologia humana, després altres autors van seguir el seu treball. Però aquest marc sempre va dintre dels mateixos límits.

Per els psicoanalítics el dol és situa com una tasca de la inhibició del jo. El procés de dol es facilitarà o dificultarà en funció de la superació de traumes infantils. Dos aspectes influiran en la elaboració de la perduda: la relació amb lo perdut, i els nostres dols interiors. (Nomen)

Tizon considera el dol com una expressió similar a la depressió, a la melancolia, com Freud, amb les següents característiques, un dolorós abatiment, una retirada del interès del mon extern, la pèrdua de la capacitat d'estimar i una inhibició de tota activitat.

Amb lo que es volen referir Tizon, Freud i molts altres autors comparant-la amb la depressió, és que el dol normal no és una patologia per lo qual no és te que sotmetré a la persona a tractament ja que el consideren un procés normal i natural. Però també es diu que es un procés dolorós i que hi ha la possibilitat de psicosis al·lucinatòries en quan a la negació de la pèrdua, però que això s'anirà restablint a mesura que passi el temps i es tornarà a la realitat.



## **2.2. Marc conductual o conductiu**

Aquest té un paper actiu en la explicació dels processos de dol. Entre els autors més coneguts que treballen en aquest marc teòric són Worden, Pollock i Parkes entre altres. S'explica el dol com un compliment de tasques i es veu a la persona com algú actiu en el seu procés, que tindrà que superar certes proves per arribar al final d'aquest.

Tizon recull les aportacions dels dos autors més importants en aquest camp i els qual van postular unes tasques concretes, aquests van ser:

Segons Worden:

- Acceptar la realitat de la pèrdua
- Treballar les emocions i el dolor de la pèrdua
- Adaptar-se a un entorn on el difunt estigui absent
- Recol·locar emocionalment al difunt i continuar vivint

Segons Rando:

- Reconeixement de la pèrdua a nivell cognitiu i afectiu
- Reacció de les experiències de pensa, dolor i de altres dols
- Renuncia als vincles i al món que signifiqués
- Readaptació al nou món i olivar-se del vell

## **2.3.Marc psicosocial**

Autors tan coneguts com Lindemann, Bowlby Tizon i la famosa Dra. Kübler-Russ els trobem dins d'aquest marc teòric. Aquests autors que trobem en aquest marc també treballaran el dol des de una base més clínica. Però destaquen en aquest.

Lindemann va observar a certes persones que havien perdut a essers estimats en un esdeveniment traumàtic i va veure que la pena d'aquests contenien elements iguals i a partir d'aquí un conjunt d'autors van començar a postular teories sobre fases per seguir un procés de dol, però sempre eren molt similars i contínuament criticades per més joves. Però les cinc millor fases i les mes reconegudes del dol son les de la Dra.Kübler-Ross i les veurem més endavant.

El nivell social s'explica de la següent manera:

La persona desenvolupa una sèrie de manifestacions similars a la d'una societat a un altre, encara que les societats estan dividides en dos: les col·lectives, que es basen en principis com la reciprocitat, la dependència o la coresponsabilitat, i les individualistes, depenent on ens trobem el nostre dol podrà sofrir unes variacions o unes altres.

Tizon resumeix els components psicològics bàsics implicats en el procés de dol:

- Posa en marxa les primeres emocions humanes
- Son una resposta cognitiva i socialitzada de les reaccions humanes davant la pèrdua i la frustració afectiva
- Conformació del desenvolupament i del psiquisme
- Conformació de la personalitat i dels seus components fonamentals com la consciència moral
- Contribució a mantindre un continu canvi en els sistemes de personalitat i grupals humans.

## **2.4.Marc sociològic o sociocultural**

En aquest marc teòric destaquem les aportacions de Robert A.Neimeyer. Explica el dol introduint una sèrie de conceptes imprescindibles en les seves teories. Aquests conceptes impliquen un significat de la persona que contribueix al llarg de la seva vida, tant a si mateix com el seu món i entorn. Niemeyer parlar d'un canvi en tots aquells conceptes en el moment en que pateixes una pèrdua.

Lo que proposa Niemeyer per una elaboració saludable del dol es la anàlisi del significat del món de la persona que ha patit la pèrdua, i la narració dels conceptes que canvien i que es manifesten en una situació de pèrdua. Es refereix a als rols que té cada persona a la seva vida i que quan pateixes una pèrdua aquests rols canvien inevitablement i deixen de funcionar per evolucionar a uns altres, lo que proposa el autor és la construcció de nous rols després de la pèrdua.

Alguns aspectes que faciliten i que proposa Niemeyer per l'adaptació de la pèrdua:

- Tindre en compte petites pèrdues
- Prendre's un temps per sentir
- Trobar formes saludables d'alleujar l'estrès
- Donar sentit a la pèrdua
- Confiar en algú
- Abandonar la necessitat de controlar als demes
- Ritualitzar la pèrdua de forma significativa
- Permetre's canviar
- Recordar el llegat de la pèrdua
- Centrar-se en les conviccions espirituals

## **3. Tipus de dol**

### **3.1. Dol normal**

El dol denominat normal és el que correspon al procés adaptatiu totalment natural en tots els éssers vius, en el qual es passen unes fases i unes símptomes durant un període de temps no determinat. Segons una publicació de l'Associació catalana per el trastorn de l'ansietat i la depressió poden haver persones, que acudeixin a la consulta d'un professional per un dol normal, simplement per buscar un acompanyament per elaborar el dol amb més facilitat.

#### **3.1.1. Síntomes**

Els símptomes són molts i molt variats, a continuació s'explicaran els que segons Worden són els més rellevants i repetitius en tots els seus casos estudiats, que no van ser pocs. Encara que hem de tenir en compte que aquest procés és únic i irrepetible per cada persona i per cada pèrdua, els símptomes apareixen depenent de molts factors ja explicats. Tampoc es donaran tots els símptomes junts i poden variar en temporalitat, intensitat etc.

Worden els estructura en quatre blocs:

Símptomes cognitius:

- Incredulitat, la persona negarà el fet pensant que ha sigut una errada o s'inventarà qualsevol cosa per poder negar-ho, i no admetre-ho.
- Confusió, són les dificultats que pateix la persona per concentrar-se i els constants oblitats. També la sensació d'estar perdut.
- Preocupació, les obsessions sobre l'ésser estimat perdut i els intents de recuperar-lo com anar al lloc de la pèrdua.
- Sentit de presència: la sensació de tindre a la persona al costat o al voltant.
- Al·lucinacions visuals o auditives.

Símptomes conductuals:

- Trastorns del somni, és a dir, dificultats per dormir i despertar aviat.

- Trastorns de l'alimentació, pèrdua i/o augment del apetit i això pot causa anorèxia o bulímia.
- Aïllament social, tant de les relacions amistoses com les familiars, es tant fort aquest que normalment les persones perden la parla, és a dir, no volen parlar de res.
- Atresorar objectes que pertanyen a la persona perduda.
- Evitar records de la persona absent.
- Anar als llocs o portar objectes que recordin la pèrdua.
- Plorar

#### Síntomes emocionals:

- Tristor amb llàgrimes o sense elles.
- Enuig, pot ser causat per molts motius els més freqüents és el de no poder haver fet res, per haver-nos deixat... aquest pot ser cap a un mateix o cap a altres.
- Culpa o autoretret per qualsevol cosa que passés o que es va deixar passar per alt.
- Ansietat relacionada amb el comentari "no podré sobreviure".
- Soledat emocional
- Fatiga, apatia o indiferència, com per exemple, hi ha persones que poden arribar a dir que són incapaços de sortir del llit durant tot el dia.
- Impotència de no poder revertir la situació, perquè saben que no poden fer-ho.
- Shock
- Insensibilitat
- Alleujament en alguns casos, com quan la mort esdevé després d'una llarga i dolorosa malaltia, o quan s'ha tingut una relació ambigua, difícil i prolongada.

#### Síntomes orgànics:

- Opressió en el pit o gola
- Buit al estomac
- Hipersensibilitat al soroll

- Sensació de despersonalització
- Falta d'aire
- Debilitat muscular
- Falta d'energia
- Sequedat de boca

### **3.1.2.Fases**

Pràcticament tots els autors que han estudiat i treballat els processos de dol han determinat una sèrie de fases per les quals passa la persona durant del procés, totes tenen els mateixos principis bàsics en comú. Solen ser entre tres i cinc fases depenent de l'autor, però en totes apareixen pràcticament les mateixes característiques, al final acaba sent molt semblant per no dir que les fases son les mateixes canviant petites coses o simplement el nom de la fase.

No es necessari travessar per totes les fases per superar el dol, poden presentar-se simultàniament o per separat, pot predominar una sobre una altre o persistir algun símptoma corresponent a un altre fase que no estigui passant en aquell moment, però les persones sempre que viuen aquest procés senten una gran gama d'emocions i adopten diferents comportaments, alguns segueixen les normes socials, altres entren en shock, negant la desaparició, etc. La intensitat del dolor pot variar d'una persona a una altre, depenent sempre dels factors que influeixen directament en la duració del dol.

Montoya Castillo fa una comparació molt interessant amb les fases, ens diu que les fases del dol no són esglaons verticals, en els quals es fa pas a pas, sinó que són esglaons horitzontals la persona pot estar en el primer esglaó amb un peu, a la primera fase, i a la vegada en la segona. I així s'avança sense la necessitat o obligació de tindre que resoldre per complet tots els elements de una fase anterior per poder passar a la següent.

Els models més anomenats del procés del dol són els següents:

El model de fases segons Bowlby de 1961 està basat amb la seva teoria de l'afecció, que va lligar amb la reacció del dol.

Les fases són:

1.Fase d'embotiment: sentiment d'irrealitat, atordiment, queixa, desesperació i negació de la pèrdua.

2.Fase de l'anhel i recerca de la figura perduda: la persona es mou incessantment per l'entorn i busca amb la mirada la persona difunta, i pensa intensament amb ella tot el temps, dóna especial atenció a qualsevol estímul que suggereix la presència del difunt i crida de la persona absent.

3.Fase de la desorganització i desesperació: desesperança quan desperta en la realitat de l'absència, manca d'interès general, actitud apàtica i és possible que la persona visqui sense saber quin és el seu sentit de la vida.

4. Fase de la reorganització: la persona és capaç de trobar un espai per la persona morta i recordar-la amb tristesa i alegria. Pot recuperar el sentit de la seva vida.

Aquestes fases les mirem des d'un punt de vista psicosocial, amb la teoria de l'aferrament de Bowlby present, ja que aquesta la vincularà amb la definició de dol i a partir d'aquest punt extraurà les fases ja exposades.

La teoria de l'aferrament ens explica que les conductes d'aferrament es produeixen quan som petits i cap a unes persones concretes per la necessitat de protecció i seguretat. Si ho mirem des d'un punt biològic, Bowlby ens diu que es per assegurar la supervivència de l'individu i de l'espècie, una conducta instintiva. Aquest manteniment dels vincles afectius ens provoca que quan perdem alguna persona amb qui tenim aquest enllaç ens provoca una resposta usual anomenada dol.

El model d'Engel de 1964 és a partir d'estadis:

- Primer estadi: commoció inicial i incredibilitat.
- Segon estadi: coneixement de la pèrdua, la qual cosa provoca ràbia.
- Tercer estadi: acceptació.

El model de fases segons Parkes, que és un dels autors que més ha aprofundit en l'estudi del dol en els seus diversos aspectes, ens diu que quan es produeix la pèrdua de l'individu, la persona que està passant pel procés haurà de

reconstruir el seu propi món sense la persona perduda, reconeixent i sent conscient de l'absència. Aquestes fases estan plantejades des del punt de vista conductual.

Fases:

1. Fase d'insensibilitat: la persona no sent res, perquè no accepta la mort.
2. Fase de l'anhel: la persona reconeix que la persona estimada ha mort i sent una gran aprensió i cerca contínuament el difunt, ja que té la necessitat de mantenir la presència del ser que no hi és d'una manera o altra.
3. Fase de desesperació: en aquesta fase es passa per un gran ventall d'emocions: es pot tenir una gran ràbia interior o una gran depressió, i es perden les ganes de futur; no es té ganes de viure i es tendeix a l'aïllament social.
4. Fase de conducta reorganitzada: la persona reconeix que la seva vida ha de continuar amb certs ajustaments i diferents objectius i metes.

El model, segons Kübler-Ross, de 1969, és des d'un punt de vist psicosocial i amb gran experiència practica en l'espai clínic. Kübler-Ros explica les fases que pateixen tant la persona que s'està morint com la persona que es quedarà, la que passarà el procés de dol, ja que per ella són les mateixes fases en ambdues situacions.

1. Fase de negació o de xoc: quan la persona rep la notícia, nega rotundament el que sent. No vol dir que no es conegui la realitat, sinó que s'ha d'assimilar i normalment es fa aïllant-se de la gent.
2. Fase de la colera o ira: aquesta fase es pot expressar de diferents maneres, ja que la ràbia pot manifestar-se cap a un altre ser estimat o capa nosaltres mateixos per qualsevol motiu. També s'han donat casos en que ens hem enfadat amb la persona difunta. Paral·lelament en aquesta etapa també podem sentir culpa i aquesta se centra cap a un mateix.
3. Fase de negociació: abans d'una pèrdua previsible, faríem tot allò que estigués al nostre abast per tal que el que ha d'esdevenir no es produís,



però totes aquestes idees, pensaments, expressions són intents per alleujar el dolor, són estratègies per mantenir-lo a ratlla.

4. Fase de depressió: en què la tristor i la solitud ens envaeixen i la vida no té sentit, en què fer les coses ens costa un gran esforç. Des de l'entorn no es tolera gairebé aquest estat i això encara empitjora la situació. En aquesta fase ens connecta amb el més profund de nosaltres mateixos, ens permet pensar en la pèrdua, en els nostres sentiments.
5. Fase d'acceptació: aquesta fase no vol dir que acceptem la pèrdua, sinó vol dir que s'aprèn a viure sense la persona que s'ha perdut. És acceptar l'absència, reintegrar la persona que ja no hi és físicament d'una altra manera. Comencem a reorganitzar-nos la vida, encara que a vegades ens consti per la culpa, que ens està dient interiorment que el que estem fent esta malament, però al final ho aconseguim.

El seu model es basa en la transició emocional, és a dir, quan estàs en el procés entre la vida i la mort, els sentiments que sents i les emocions que expresses.

Model d'etapes segons Davidson de 1979

Etapa 1: incapacitat de sentir.

Etapa 2: recerca de l'altre anhel.

Etapa 3: desorientació, confusió, pèrdua de referents.

Etapa 4: reorganització.

Les fases vistes fins ara es poden simplificar en la incredulitat: no es pot creure que la pèrdua ha succeït. Després ens trobem en una negació del fet. Quan s'accepta la pèrdua, sentim ira, còlera, que porta a una pèrdua del control. Tot seguit ens vénen els sentiments de tristor, l'estat depressiu. I per últim ens trobem amb la readaptació o reorganització, de la qual hi ha una acceptació de la pèrdua.

Segons El doctor J. Montoya Carrasquilla, les fases del dol són semblants al procés que qualsevol ferida porta fins a la cicatrització. Les fases són:

1. Aflicció aguda: s'inicia en el moment de la mort, i és un estat de xoc emocional total. La duració depèn de cada persona, però normalment és d'un a tres mesos, encara que hi ha molts factors que influeixen en aquest tema. Les característiques més rellevants són:
  - Incredulitat.
  - Anul·lació psíquica.
  - Confusió i inquietud.
  - Angoixa aguda.
  - Pensament obsessius.
  - Despersonalització-desrealització.
  - Síntomes físics.
  
2. Consciència de la pèrdua: a mesura que els símptomes van perdent intensitat, en general l'angoixa, la persona accepta intel·lectualment la seva situació. Quan el funeral acaba i els éssers estimats retornen a les idees normals, el significat de la pèrdua torna amb més força. En aquesta fase hi ha una gran desorganització emocional, amb la constant sensació de tornar-se boig o d'una crisi nerviosa. Al disminuir el nivell d'angoixa inicial, el dolor comença a sentir-se amb major intensitat, la persona se sent pitjor. Les seves característiques més importants són:
  - Ansietat de separació.
  - Estrès prolongat.
  - Culpa.
  - Ràbia, agressivitat i intolerància.
  - Cerca o espera del difunt.
  - Sentint de la presència del mort.
  
3. Conservació i aïllament: en aquesta fase el dolor que es pateix s'assembla a una depressió, encara que no és com a tal, perquè llavors ja no seria un dol normal. La sensació de tristor fa que ens aïllem de tot el nostre entorn.

Sense oblidar que cada persona es pren el seu temps i estil, aquest moment es presenta generalment entre els vuit i deu mesos. Les seves característiques més importants són:

- Aïllament
- Impaciència
- Repàs obsessiu
- Ajuda social disminuïda
- Necessitat de dormir

Aquestes tres etapes són anomenades com la fase aguda del dol, que abarcaria el primer any. És el moment de sentir, no de reconstruir. Fins al moment, la vida de la persona ha estat dirigida per la mort del difunt. Però en algun moment d'aquestes etapes es comença a pensar en un mateix i a plantejar-se la reconstrucció de la pròpia vida; llavors s'inicia la fase crònica, amb el dos processos que vénen a continuació:

4. Cicatrització: acceptació intel·lectual i emocional de la pèrdua i un canvi de la visió del món en què és compatible amb la nova realitat. Això permet el desenvolupament de la persona per fer noves activitats diàries i madurar. Pot ser que la persona torni a sentir dolor, però no de la mateixa manera. Les característiques més importants en aquesta fase són:

- Reconstrucció de la forma de ser.
- Reprendre el control de la pròpia vida.
- Abandonar els rols anteriors.
- Recerca d'un significat.
- Tancar el cicle.
- Perdonar i oblidar.

5. Renovació: una vegada que la persona ha realitzat els canvis necessaris en la realitat, el sentit i l'estil de vida, i ha recuperat la seva forma de veure a si mateixa amb un sentit positiu, aconseguint trobar substituïts que reemplacin la persona que ja no hi és, ha superat el procés de dol. Les característiques més importants són:

- Viure per si mateix.

- Aprenent a viure sense el difunt.
- Reaccions d'aniversaris, és a dir, les reaccions que manifesta la persona quan hi ha una data important que li recorda el difunt.

Per acabar, descriuré les fases que se segueixen en un procés de dol normal tal i com ens les mostra la psicologia clínica.

- Estupor i xoc: la persona desesperadament s'agafa al pacient difunt. Espantat, comença a plorar, cridar i tremolar. Després pot fer diferents coses: quedar-se immòbil o que s'insensibilitzi per intentar protegir-se contra tota la multitud de sentiments i pensaments. Pot succeir que la persona, a part que es trobi en estat de xoc, també sigui incapaç de comprendre realment el que ha succeït. La duració i intensitat d'aquesta fase revelarà l'amplitud de les dificultats del dol.
- Confusió i desequilibri: desorientació total i la manca de reaccions en algunes persones, però d'altres actuen eficaçment. La intensitat varia en cada persona.
- Recerca: el període de cerca ansiosament allò perdut, amb gran desesperació, per la gran urgència de recuperar, d'una manera o una altra, el difunt. En moltes ocasions la persona pot estar envaïda per l'afflicció. Aquests comportaments perden a poc a poc la seva intensitat i permet l'enfrontament amb la realitat i el canvi d'actituds més realistes.
- Desolació: gran tristor i desig de fer reviure el difunt. Tot això s'acompanya de símptomes físics. Més tard s'aprèn a dominar el sofriment, ja que la desolació disminueix i la crisi de plorar es pot controlar.
- Desesperació: la persona s'adona que no pot fer res per revertir la situació i entra en aquesta fase.
- Culpabilitat: aquest sentiment pot estar justificat o no. Amb freqüència, comprendre-ho permet superar-lo. Les persones es poden sentir culpables per alguns actes fets o algunes paraules dites abans de la mort. La culpabilitat és més pronunciada quan els sentiments que experimentava la persona cap al difunt eren ambigus.
- Por: la por pot tenir moltes causes i expressions múltiples, com la incertesa o sentiments molt intensos.

- Gelosia: la persona pot sentir gelosia cap a les persones que no han tingut una pèrdua com la seva.
- Malestar: la persona experimenta desconcert quan expressa el dolor, sobretot en els homes que pertanyen a una cultura que associa la exteriorització dels sentiments com un comportament femení, i aquestes coses poden obstaculitzar el dol. Aquest desconcert porta a la persona a l'aïllament i a la incomoditat amb altres persones que vulguin ocupar el rol de la persona difunta.
- Ràbia: Contràriament a la tristor, la ràbia es pot expressar amb subtileza i la major part del temps a casa. La ràbia no està ben vista per les altres persones; llavors, aquesta fase és difícil de portar a terme, d'expressar-la, i, per suposat, de superar-la. Els motius de la ràbia són molt variats, però amb freqüència està dirigida als sanitaris, a déus...  
És molt important en aquesta fase reconèixer el que la persona sent i que se senti reconfortada i compresa, no jutjada.
- Negació: el fet de no sentir cap emoció, constitueix una negació. Aquesta actitud és el mitjà de defensa contra el dolor. Si la persona té una actitud de negar la realitat, el seu dol corre perill de prolongar-se o de no acabar mai.
- Acceptació: en general, és necessari deixar que el temps faci el seu treball per anar acceptant la nova situació. Quan es comprèn que la recerca del difunt i la negació no serveixen, es pot acceptar que la vida continua. Aquesta consisteix en una adaptació emocional i cognitiva, a una nova realitat per la persona.

Segons Cuender, l'acceptació pot dificultar-se quan:

- La relació entre la persona difunta i el que es queda era ambigua i no van poder o no van saber ajustar comptes.
- La relació amb la persona difunta era narcisista.
- No hi ha senyal visible de la mort a l'haver desaparegut. Llavors la persona que està passant pel procés té esperança d'un possible retorn; per això és tan important que les persones vegin la persona després de morir i facin algun ritual com el funeral.

→ Reintegració: aquest període coincideix amb l'acceptació i un canvi d'ànim. En aquesta fase no es poden percebre les conseqüències, però hi poden haver retrocessos i recaigudes. Amb el temps, el dolor va disminuint i es deixa de viure en el passat i es comença a mirar el futur.

### **3.2.Dol patològic**

El dol complicat, també anomenat patològic, es caracteritza per la dificultat d'acceptar la pèrdua i per una reacció desmesurada. La tristor es més gran que el dol normal, afegint-s'hi la intensitat de somnis i malsons de contingut traumàtic sobre la persona difunta. És a dir, és un dol normal amb símptomes més intensos i variats a més d'una gran prolongació del temps. El més probable es que el dol normal hagi passat per un emmascarament o directament una evitació i s'hagi convertit en un dol patològic. Les fases són les mateixes, però la persona s'ha encallat en alguna d'elles i això ha estat un dels motius d'aquest dol complicat.

Segons Neimeyer, s'associen alguns riscos específics de salut en persones amb dols complicats, com els problemes de la son, l'abús de substàncies, la hipertensió, els problemes cardíacs, els càncers i els suïcidis. Les persones que lluiten amb un dol llarg tenen més nombroses visites al metge i freqüents hospitalitzacions que no pas altres persones que passen per un dol més profund. Aquests efectes es poden observar entre quatre i nou anys després de la mort.

Gorer ens explica sobre el dol complicat. Podem trobar alguns exemples en persones que s'han quedat estancades en aquest tipus de dol, com el fenomen de la momificació, que consisteix en deixar tot exactament com estava abans que la persona estimada morís, per exemple l'habitació d'un fill amb joguines, llibres, roba, llit, armari, etc. Tot intacte, és com fer un santuari que recordi la persona difunta.

Hi ha diferents tipus de dols complicats i estan explicats per diferents autors, alguns dels quals són els mateixos, però simplement canvien el nom.

Tipus de dols complicats segon Worden 1997:

→ Dol crònic: la seva duració és excessiva i la persona és conscient que no pot passar pàgina. Però les reaccions de celebració d'aniversaris o altres

dates significatives són normals durant deu anys o més, i per si soles, no indiquen un dol crònic.

- Dol aplaçat: la reacció emocional en el moment de la pèrdua no va ser suficient i aparegué després del temps a partir d'una pèrdua menys important: al veure una persona patint per una pèrdua, veient la televisió, llegint un llibre...
- Dol exagerat: els símptomes se senten amb una gran intensitat. En aquest dol apareixen símptomes clínics freqüents com depressions, ansietats, etc. Però la persona és conscient que els seus símptomes són deguts a la pèrdua i busquen ajuda.
- Dol emmascarat: la persona no és conscient del que passa ni de la relació amb la pèrdua. Poden aparèixer símptomes físics o mentals com mals de cap, d'estomac, problemes dermatològics, al·lèrgies, depressions, etc. O també a partir d'una conducta inadaptativa.

Tipus de dols patològics segons Abengózar i Zacarés 1994:

- Dol reprimat: el subjecte, com el denomina Abengózar i Zacarés, no sent tristor per la pèrdua i pot donar-se el cas que aquest se senti orgullós del seu autocontrol. Però encara que no presenti les seves emocions, manifesta símptomes físics diversos, ja que està reprimint els seus sentiments. Poden donar-se casos de mals de cap, trastorns alimentaris...
- Dol aplaçat: el subjecte no exterioritza cap tipus de sentiment relatiu a la seva pèrdua, però després d'un temps, amb motiu d'una pèrdua diferent o menys rellevant, reacciona amb manifestacions de dolor molt grans, que estan motivades realment per la primera pèrdua.
- Dol crònic: El subjecte manifesta un dol molt intens i amb una gran duració. El dolor és tan gran que no li permet reorganitzar la seva vida. És possible la momificació (compartien l'opinió de Gorer). Però Abengózar i Zacarés denominen al tipus d'homenatge o ritual diari en relació amb el difunt commemoració i no l'inclouen en la momificació.
- Idealització: el subjecte recorda únicament les característiques bones del difunt i normalment fa comparacions contínues entre el difunt i altres persones, i aquestes sempre estan en desavantatge. Aquesta

desvalorització de tota persona impedeix que el subjecte estableixi altres relacions.

- Identificació: el subjecte manifesta comportaments, símptomes, actituds iguals a les del difunt. Això és perquè la persona vol mantenir viu el difunt a partir d'ell.
- Eufòria: aquest s'el menys freqüent i es pot presentar de dues maneres diferents: la primera és quan l'eufòria s'acompanya del no reconeixement de que la pèrdua ha ocorregut, així que els sentiments en què el difunt està present són molt persistents. I en la segona, s'accepta la mort com gratificant per a qui ha viscut la pèrdua.

Lafuente, un altre autor, ens diu que la idealització i la identificació explicades per Abengózar i Zacarés, si són lleus, passatgeres i no impedeixen la reorganització de la vida de la persona que passa pel procés, poden formar part d'un dol normal.

Definim tres tipus de dol patològic segons Parkes i Weiss:

- Síndrome de la pèrdua inesperada: és un gran període de xoc i de irrealitat en què impedeixen extreure emocions. Es produeix quan la pèrdua ha estat inesperada i/o sobtada. Una pèrdua inesperada i no sobtada és la mort d'un nen amb càncer; la sobtada i no inesperada és l'ictus que pot tornar a un ancià. En altres ocasions podem trobar que predomini l'expressió d'emocions com els plors incessants, l'insomni, el dolor...
- Síndrome del dol ambigu: quan la persona no sap si està contenta o trista davant la pèrdua. Es produeix una primera reacció d'alleujament, però més tard arribaran els sentiments de dolor i desesperança amb molta intensitat i llarga durada. Aquest síndrome es produeix quan la relació amb el difunt era especialment complicada com el maltractament i l'abús, etc.
- Dol crònic: és el tipus de dol complicat més comú. Evoluciona amb una aparença normal, però té una gran duració. Aquest està molt influït amb el factor cultural.



## 4. El dol en nens

El concepte de mort és abstracte i complex, i això comporta que la manera de comprendre'l depengui d'aspectes com l'edat.

A continuació s'explicara les característiques peculiars del dol en els nens, però abans de començar a explicar-les s'ha d'aclarir que la informació que serà donada està extreta d'experts del tema com Lafuente, Abengózar i Zacarés i Maria Die Trill. A vegades serà detallada de qui és cada argument o explicació, però no tots, ja que comparteixen opinions.

La majoria dels adults consideren que els nens petits no comprenen la mort ni se senten afectats per ella, però no és així. Aquesta idea és extreta per la manera de comportar-se dels nens, que moltes vegades fan com si no hagués passat res. Això ocorre perquè el nen tendeix a viure més en el present, està molt poc temps prestant atenció i es distreu amb facilitat, per la qual cosa poden oblidar-se del dolor i actuar com si res. Però no vol dir que hagi oblidat el difunt o que no se'l trobi a faltar.

Diverses investigacions de Die Trill proven que els nens són conscients de la mort i poden sentir un gran dolor per la mort d'un ésser estimat. Els nens assoleixen un coneixement de la malaltia i de la mort a través d'un procés que depèn del seu nivell d'evolució i de maduració cognitiva, més que de la seva edat cronològica.

En altres estudis realitzats amb nens amb malalties terminals s'ha observat que tenen molts més coneixements de la mort que altres nens saludables de la seva mateixa edat. Però també hi ha altres experiències, com la mort d'un animal domèstic, que fa que els nens comencin a pensar en la mort i plantejar-la com universal i inevitable. Segons Abengózar i Zacarés, el 1994, el desenvolupament del concepte de mort depèn de tres factors, la maduració cognitiva, l'experiència vital i el coneixement del tema a partir d'informació que hagin pogut donar.

Nagy va definir dues etapes principals perquè els nens captin el concepte de mort:

- La mort com a viatge o son.
- La mort com una experiència universal i que representa el final de la vida física.

En comptes d'establir una sèrie de fases, s'ha marcat una sèrie d'idees que associen els nens a la mort depenent de la seva edat:

- Entre els quatre i cinc anys associen la mort amb la immobilitat, temporalitat, és a dir, és algú que no és per sempre i que els morts fan les mateixes accions que les persones vives, menjar, escoltar, respirar, pensar... Aquests pensaments són perquè els nens d'aquestes edat tenen un pensament màgic. També creuen que la mort i la malaltia formen part d'un càstig o per vellesa, però mai no la relacionen amb persones conegudes o amb si mateixos. Quan el nen va creixent la comença a associar també amb accidents i violència.
- Entre els cinc i nou anys, relacionen la mort amb la desaparició, la son i el sobrenatural. No és estrany, ja que el nen segueix tenint pensaments irrealistes.
- A partir dels nou anys, generalment, els nens comencen a tenir un concepte real de la mort i la relacionen amb universalitat i irreversibilitat.

El procés de dol en nens és el mateix que passen els adults. Però es poden enllistar els símptomes més comuns:

- Pors i, sobretot, l'estar sol.
- Insomni.
- Ansietats de separació.
- Trastorns de la son i d'alimentació.
- Conducta agressiva o absent, que normalment es mostra en els videojocs, malsons.
- Aïllament social.

- Depressió, ja que, en algunes ocasions poden creure que són culpables de la mort del seu familiar per coses que han dit, fet o desitjat.
- Fantasies de mort.
- Culpabilitat.
- Explosions emocionals.
- Impaciència.
- Rabiets.
- Desitjar anar amb el difunt.
- Falta d'interès en les coses que li agradaven i disminució del rendiment escolar.
- Pèrdua de l'apetit.
- Tornada a etapes anteriors del desenvolupament, tornant-se més infantil, ja que això implica més atenció per part dels familiars.

Segons Lafuente contra més petits són els nens més símptomes conductuals tindran.

La SECPAL ha creat una guia amb l'objectiu de proporcionar els elements necessaris per passar un procés de dol i fa alguns suggeriments per ajudar el nen:

- Ser completament honest amb el nen. El millor per a ell és que en cap moment se l'allunyi de la realitat que està vivint.
- Encara que sigui molt dolorós i difícil, el millor és informar-los del quan i el com ha passat, sempre buscant un moment i un lloc adequats. Se'ls ha d'explicar les coses d'una manera senzilla i sincera.
- Per explicar com ha ocorregut, s'ha de fer amb poques paraules. En el cas que ens preguntin per què a ocorregut, la millor resposta és normalitzar la mort, d'una manera o una altra, fent-los entendre que tots morim, que passa a tothom.

Perquè el nen entengui què és la mort, normalment és útil fer referència a molts dels moments de la vida quotidiana en què la mort està present.

- S'ha d'animar al nen a que expressi els seus sentiments. Expressions com: "No ploris", "No estiguis trist", "Has de ser valent", " No està bé enfadar-se així", poden tallar l'expressió i impedir que es puguin desfogar.
- Mantenir-se físicament i emocional a prop del nen, encara que sigui per no dir res, simplement per acompanyar el seu dolor. Quan sigui el moment oportú està bé explicar-li que encara que tots estan molt tristos pel que ha ocorregut, seguiran ocupant-se d'ell el millor possible, intentant que segueixi el seu ritme quotidià de sempre.
- S'ha d'estar atent a l'aparició d'alguns signes d'alerta, com:
  - Excés de plor durant períodes prolongats.
  - Rabiets freqüents i prolongades.
  - Apatia i insensibilitat
  - Període prolongat de desinterès pels amics o activitat que li agradaven.
  - Freqüents malsons i problemes de son.
  - Por a quedar-se sol.
  - Comportament infantil durant un temps prolongat com parlar com un nado o pixar-se damunt.
  - Mals de cap que poden estar acompanyats de altres malestars físics o no.
  - Imitació de la persona difunta i expressions repetides de retrobar-se amb ell.
  - Importants canvis en el rendiment escolar.

La presència prolongada d'alguns d'aquests símptomes pot iniciar l'existència d'un dol patològic o depressió. Si això passa s'ha de demanar ajut a un professional perquè ho valori.

## 5. Diagnòstic

Com hem pogut comprovar, el dol complicat i el normal poden ser difícils de diagnosticar, ja que cadascun té molts símptomes i la gran majoria compartits amb malalties, per això ara s'exposarà el diagnòstic de cada tipus de dol.

### 5.1. Diagnòstic del dol normal

Aquest diagnòstic del dol normal està extret de l'última edició del Manual diagnòstic dels trastorns mentals (DSM-IV-R). El dol no està classificat com un trastorn mental, sinó en l'apart de problemes addicionals que poden portar atenció clínica a qualsevol persona pels comportaments, com pot ser un comportament antisocial en la infància, o problemes diferents com per exemple en l'entorn laboral o d'identitat, incompliments terapèutics, etc.

La diferència entre el dol i els altres problemes addicionals que recull l'apartat en aquest manual és que el dol és existent en tot ser humà, ja que en general ningú no passa la seva vida sense passar per un procés de dol normal. S'ha de aclarir que el DSM redueix el dol a una reacció per una mort significativa a l'entorn de la persona i no a qualsevol pèrdua important de l'entorn, és a dir, una ruptura sentimental amb una persona que portes 40 anys, pel DSM no passi per un procés de dol.

Segons el DSM-IV, algunes persones dolgudes per una pèrdua presenten símptomes característics d'un episodi de depressió major. En el diagnòstic de Trastorn Depressiu Major no està indicat el dol a no ser que els símptomes es mantinguin dos mesos després de la mort. Però en el DSM-V s'ha tret aquesta exclusió, ja que la major part dels professionals reconeixen que el dol normalment dura un o dos anys. Encara que la presència d'alguns símptomes que no siguin característics del dol normal poden ser útils per diferència al dol d'algun trastorn, en aquest cas el depressiu és major.

Entre ells s'inclou:

- Culpabilitat per les accions rebudes o no per part de la persona en el moment de morir la persona estimada.

- Pensaments de mort més que de voluntat de viure.
- Preocupació pels sentiments d'inutilitat que té la persona.
- Alentiment psicomotor acusat.
- Deteriorament funcional acusat i prolongat.
- Experiències al·lucinatòries, però són diferents a les de la imatge fugaç i el pensar que escoltes la veu de la persona difunta.

Per al CIE-10, la desena edició de la Classificació internacional de malalties, no contempla la categoria de dol, ja que, com tots els autors estudiosos del tema diuen no es tracta de cap malaltia patològica, és a dir, de cap malaltia.

### **5.1.1.Pronòstic del dol normal**

El pronòstic del dol és complicat de predir algun futur a part dels fets extrets del procés, ja que no és un trastorn i, per tant, segueix un curs normal que passarà per unes fases ja comentades i que passarà per uns factors inherents a les persones a més de determinats, els quals coincideixen normalment amb altres autors.

Els determinants del dol segons Worden:

- La relació que es tenia amb el difunt, el parentesc...
- La naturalesa de l'afecte que tenies amb la persona, és a dir, la seguretat, la força que et donava, etc.
- Els tipus de mort, la mort súbdita, l'ordre cronològic a la mort, és a dir, els fills primer que els pares, la distància...
- Antecedents històrics, les altres pèrdues patides i com s'han superat a part de la salut mental de la persona.
- Variables de personalitat, el sexe, l'edat, trastorns o problemes que pugui tenir la persona....
- Variables socials, és a dir, la cultura en la qual es viu, la de xarxa d'ajuda, la religió...
- Altres factors estressants.

Bowbly va simplificar tots els determinants de Worden en tres:

- Identitat i rol de la persona perduda, és a dir, la relació que es tenia amb el difunt i quin afecte tenia en la vida de la persona.
- Edat i sexe de la persona que va patir la pèrdua.
- Causa i circumstància de la pèrdua, el tipus de mort que hagi patit el difunt, ja que aquest determinant implicarà el sentiment de culpa i la responsabilitat de la persona.

Els determinants d'una mort segons Tizon:

- Les morts inesperades o sobtades.
- Si la persona ha tingut alguna mort anterior amb poca diferència de temps l'una de l'altra. Tizon remarca que si fa menys de nou mesos l'una de l'altra és un determinant molt fort.
- Les persones que estan desaparegudes, és a dir, que no s'ha trobat el difunt.
- Les morts prematures, en especial la mare que mor abans que el seu fill tingui onze anys.
- La mort d'una persona que ha estat molt de temps cuidant la persona que passarà pel procés.
- Quan el difunt ha patit deformacions o mutilacions abans de la mort.
- Les que porten a terme informacions catastròfiques.
- Les morts en què la persona ha tingut relacions passionals amb el difunt.
- Les que comporten un excés de culpabilitat davant el fet.
- Quan el difunt s'ha suïcidat, i segons Tizon es multiplica per set el risc del suïcidi en familiars.
- Quan el difunt ha estat assassinat.
- Les morts a causa d'una catàstrofe natural, bèl·lica o d'accidents.
- Les morts inconfessables.
- Les morts múltiples.

## 5.2. Diagnòstic del dol patològic

Diagnosticar el dol complicat té una gran dificultat, ja que no sempre és fàcil identificar-lo si el símptoma que pateix la persona és d'un dol normal o patològic. Encara que si es veuen indicis d'una depressió o trastorn no és tenen dubtes del diagnòstic. Una altra de les causes que el complica és que en el DSM-IV-TR no trobem cap descripció ni resum sobre el diagnòstic del dol patològic. Així que per determinar-lo hem de fixar-nos en diferents tipus de situacions o comportaments de la persona que es puguin identificar amb algun dol patològic i les seves fases ja descrites anteriorment. No obstant això, hi ha uns punts que ens poden orientar en el diagnòstic:

- La duració que porta la persona passant el procés de dol. Si la persona porta més de dos anys amb aquest s'ha de mirar.
- La duració de l'etapa de xoc, ja que normalment aquesta no té una prolongació llarga.
- L'absència total de la resposta afectiva en una persona molt emotiva.
- La duració de l'etapa de negació o culpa.
- Quan la culpabilitat és desmesurada.
- Idealització excessiva del difunt
- Aparició de símptomes diversos com insomni, fòbies, ansietat incontrolable, idees persistents de suïcidi.
- Canvis radicals en l'estil de vida de la persona, com, per exemple, si era una persona que li agradava sortir amb les seves amistats i es tornà un sedentari.

Aquests punts ens poden orientar cap a un diagnòstic, però és simplement orientatiu, ja que sempre s'han de considerar les circumstàncies i el context que envolta la pèrdua i a la persona. A part dels factors ja explicats anteriorment com el tipus de mort, personalitat de la persona...

Malgrat tot, hem pogut trobar com diagnosticar un dol complicat segons Worden que ens ho explica a partir de pistes:

Pista 1: la persona no pot parlar del difunt sense experimentar un dolor intens.



Pista 2: quan una situació aparentment poc important desencadena una intensa reacció emocional.

Pista 3: en l'entrevista clínica apareixen temes de pèrdues.

Pista 4: la persona no vol desfer-se de possessions materials que pertanyen al difunt. Encara que s'han de tenir en compte els factors culturals i religiosos.

Pista 5: la persona presenta símptomes iguals als que patia el difunt abans de la mort.

Pista 6: canvis radicals en l'estil de vida de la persona, evitant els amics i familiars i centrant-se en les activitats que feia el difunt.

### **5.2.1. Criteris i premisses per diagnosticar el dol patològic**

Lazare, el 1979, va considerar que s'havien d'establir uns criteris i premisses per diagnosticar un dol patològic:

- La persona no pot parlar de la pèrdua sense experimentar un dolor intens i recent.
- Una intensa reacció emocional pot ser desencadenada per una situació aparentment poc important.
- A la teràpia apareixen pèrdues del passat.
- La persona no vol desfer-se de les possessions del difunt.
- Poden aparèixer símptomes físics semblants als que va experimentar el difunt abans de morir.
- Canvis radicals d'estils de vida, fins i tot l'evitació de la família i el grup d'amics. La persona practica activitats que feia el difunt.
- Experimenta allò oposat al que un normalment és o sol experimentar.
- Imitació de la persona difunta d'una manera molt excessiva.
- Impulsos destructius.
- Tristesa inexplicable que es produeix cada any en una determinada època.
- Fòbia a la malaltia o a la manera de morir que va patir el difunt.
- S'han de conèixer les circumstàncies de la mort i com va ser per la persona.

A partir d'aquestes premisses i criteris Prigerson i Jacobs el 2001 van plantejar uns criteris per saber si es trobaven davant d'un dol patològic:

Criteri A:

- La persona ha hagut de que patir una pèrdua molt significativa.
- Estrès per la separació entre la persona i el difunt. S'ha de patir almenys cada dia dos dels quatre símptomes següents:
  1. Pensaments intrusos, és a dir, pensaments que té la persona sobre el difunt i que no pot controlar-los.
  2. S'enyora el difunt
  3. Recerca del difunt, encara que se sàpiga que està mort.
  4. Soledat com a resultat de la mort.

Criteri B. L'estrès pel trauma psíquic que suposa la mort. Com en el criteri A, la persona, ha de presentar un nombre de símptomes; en aquest cas, quatre dels vuit per a poder diagnosticar un dol complicat:

1. Falta d'iniciativa per afrontar el nou present i el futur proper.
2. Sensació subjectiva d'indiferència i absència de resposta emocional.
3. Dificultat per acceptar la mort.
4. Sentir la vida buida sense el difunt.
5. Sentir que ha mort una part d'un mateix.
6. Veure el món de manera insegura, amb poca confiança, sense control, és a dir, no veure ni entendre el món d'una manera racional sinó completament destrossat.
7. Assumir símptomes o conductes perjudicials del difunt.
8. Sentir enuig de cara la mort, irritabilitat i amargura.

Criteri C: La duració del trastorn amb els símptomes indicats és almenys de sis mesos, segons Pringerson i Jacobs.

Criteri D: El trastorn causa que la persona quasi no tingui vida social, laboral o altres activitats significatives de les persones del dol.

Aquests són criteris i premisses plantejats per aquests autors. Ni estan acceptats com els correctes ni són utilitzats per tots els especialistes de cara a la consulta.

Encara que no s'han donat per incorrectes i sí podem trobar que siguin utilitzats per algun terapeuta.

Hem pogut trobar que dins el DSM-V han inclòs el trastorn per dol patològic o com ells l'anomenen trastorn per dol persistent, i està inclòs dins dels Trastorns per l'estudi futur, amb criteris específics. Però encara no està penjat a la xarxa, així que tenim constància que ho estarà per la persistència dels grans autors o metges que han demanat l'existència d'un apartat dins del manual.

Gràcies al DSM, hem pogut formar un diagnòstic diferencial entre el dol i trastorn, on trobem símptomes semblants i ho veurem a continuació.

### **5.3.Diagnòstic diferencial**

El diagnòstic diferencial és el que ens permet fer una distinció entre dues o tres malalties de símptomes molt similars fent una comparació d'aquests. S'utilitza per establir un diagnòstic de la malaltia reduint la probabilitat d'error.

En el dol és molt importat, ja que en aquest procés trobem molts símptomes que podrien ser deguts a diferents malalties; per tant, podem comparar-lo amb vàries patologies conegudes. En qualsevol cas la característica principal d'aquesta comparació entre altres malalties és la mort d'una persona significativa en els mesos anteriors al moment de la consulta o del diagnòstic, encara que un procés de dol pot aparèixer en qualsevol moment.

#### **5.3.1. Dol i trastorn de depressió**

El diagnòstic diferencial que més es porta a terme és el del procés de dol amb el trastorn de depressió. El que veurem a continuació està fet per Horowitz i Cols,1993 fins a 1997, que marquen unes característiques i diuen la diferència que té una de l'altra:

- Desencadenants: en el dol hi ha una pèrdua coneguda; en canvi, en la depressió no té per què identificar-se amb una pèrdua.
- Esquemes cognitius: en la depressió, les percepcions que una persona té de si mateixa són de caràcter negatiu i persistents, és a dir, es perd completament l'autoestima. I normalment les persones tenen dèficit de concentració, de memòria i d'atenció. Però en el dol la persona no pensa en si mateixa de cap

manera, està centrada únicament en la pèrdua, es preocupa d'ella i en les implicacions que pot portar aquesta tant de present com de futur.

- Somnis, fantasia i imaginació: en el dol els somnis són clars i vivencials, amb freqüència relacionats amb la pèrdua. En canvi, en la depressió, la persona té una imaginació molt negativa, que porta al pensament negatiu i a una resposta física intensificada.
- Pèrdua d'iniciativa: el, dol, no, i la depressió, sí.
- Espiritual: en la depressió no es troben respostes a les preguntes plantejades de tipus religiós o espiritual, com per exemple "Perquè Déu vol que em passi a mi?". No hi ha un diàleg intern, només un monòleg completament negatiu i amb sensació de "la meua vida no té sentit". Però en el dol sí que se sent una connexió amb algú superior i permet qüestionar-se les creences que es tenen sobre el sentit de la vida i prioritats d'aquesta.
- Estats emocionals: en el dol els estats d'ànim van canviant: podem passar de l'enuig a la tristesa amb facilitat. En canvi, en la depressió l'estat d'ànim és fix, és un rebuig, una desesperança i una tristesa.
- Respostes: la depressió respon a les promeses o a l'estimulació i no respon a estímuls externs. En canvi, el dol respon a l'afecte, al contacte físic i a les paraules tranquil·litzadores.
- Conductes d'afecció: en el dol, la persona es tranquil·litza amb la presència d'amics íntims o d'algú que escolti la seva història. Es retrau socialment, però augmenta la relació familiar. En canvi, en la depressió la persona perd completament la connexió amb el món extern, s'aïlla socialment i familiarment.
- Idees suïcides: en el dol aquestes idees són infreqüents, però en la depressió són molt freqüents.
- Sentiments de desvaloració: en el dol se sent una absència de sentiments generalitzats en la desvaloració. En la depressió hi ha molts sentiments de desvaloració.

- Altres sentiments: el dol genera empatia i comprensió; en canvi, la depressió genera irritació en els altres.
- Temps de recuperació: en el dol, amb el temps, els símptomes cessen, la reacció és autolimitada i normalment desapareixen entre els sis mesos i l'any. Però en la depressió els símptomes no cessen i poden empitjorar, a vegades durant anys.
- Característiques somàtiques: tant el dol com la depressió són propensos a malalties físiques.
- Alteració de la vida relacional: el dol respon a la transmissió de confiança i als contactes socials; la depressió, en canvi, no té respostes i rebutja els actes socials.
- Plaer: en el dol l'autonegació del plaer és variable; en canvi, en la depressió hi ha una negació constant.
- Medicació: en el dol no és efectiva, però en la depressió, sí.

El dol que més provoca una confusió entre el diagnòstic de depressió és el dol ajornat, ja que com que no ha realitzat el dol correctament en el moment de la pèrdua, els símptomes que apareixen són molt similars als del trastorn i això pot provocar que la persona que estigui fent el diagnòstic s'equivoqui. Això es pot solucionar si tots els professionals de salut utilitzen l'Inventari d'Història de Pèrdues (IHP): és un test que permet obtenir de forma molt breu una petita descripció de les pèrdues significatives de la persona, i també, poder detectar factors de risc o complicacions en el dol a part de conèixer la percepció que la persona té de la superació de la pèrdua com de la seva simptomatologia depressiva. Amb aquest i altres tests l'especialista podrà portar a terme un diagnòstic adequat. Encara que en un principi no sembli que el trastorn vingui per un dol com és en aquest cas, el IHP s'hauria de fer igualment, ja que treu de qualsevol dubte sense suposar res.

### 5.3.2. Altres diagnòstics diferencials

En qualsevol diagnòstic diferencial el primer que s'ha de investigar és si hi ha hagut una pèrdua, ja que si és així el més possible és que la patologia sigui un dol no resolt.

Hi ha altres trastorns que es poden confondre amb el dol, ja que el procés de dol ve seguit d'un mar de símptomes i aquests són compartits amb altres malalties. Un d'aquests casos seria la confusió entre el dol i el trastorn d'ansietat. Els trastorns d'ansietat tenen alguns símptomes similars als del procés del dol, ja que els símptomes fisiològics que comporten el trastorn d'ansietat solen aparèixer en un dol, com per exemple:

- L'opressió al pit i a la gola.
- La falta de l'aire.
- La debilitat muscular.
- La sequedat a la boca.
- El nerviosisme general.

Per una altra part, els trastorns de somni i d'alimentació, que en el cas del dol són causats per la culpabilitat en l'ansietat també poden aparèixer, per diferents motius.

Per concretar més, ja que el trastorn d'ansietat és un concepte molt ampli, i segons els criteris del DSM-IV-R s'ha de prendre com a referència a dos trastorns que són els més similars al procés de dol, el trastorn per estrès post-traumàtic o el d'estrès agut. Encara que segons el DSM-V els TEPT i el trastorn per estrès agut ja no formaria part dins del trastorn d'ansietat sinó dins dels trastorns relacionats amb estressos i traumes. Però el DSM-V sí que accepta la gran relació que tenen un de l'altre, per això seran explicats els criteris des del DSM-V.

### **5.3.2.1.Criteris per al diagnòstic de: F43.1.Trastorn per estrès post-traumàtic, TEPT(309.81)**

A. La persona ha estat exposada a un esdeveniment traumàtic en què ha existit :

1. La persona ha experimentat, presenciat o li han explicat un o més esdeveniments característics per morts o amenaces per la seva integritat física o la dels altres.

B. L'esdeveniment traumàtic és reexperimentat persistentment a través de:

1. Records de l'esdeveniment que provoquen malestar i en què inclouen imatges, pensaments o percepcions. En els nens això pot expressar-se en jocs repetitius on apareixen temes o aspectes característics del trauma.
2. Somnis sobre l'esdeveniment, que provoquen malestar. En els nens hi poden haver somnis terrorífics de contingut irreconeixible.
3. La persona actua o té la sensació que l'esdeveniment traumàtic està passant (incloent la sensació d'estar revivint l'experiència, il·lusions, al·lucinacions i episodis dissociatius de flashback). Els nens poden reescenificar l'esdeveniment traumàtic específic.
4. Malestar psicològic intens a l'exposar-se a estímuls interns o externs que simbolitzen o recorden un aspecte de l'esdeveniment traumàtic.
5. Respostes fisiològiques al exposar-se a estímuls interns o externs que simbolitzen o recordin a un aspecte del esdeveniment traumàtic.

C. Evitació persistent de l'estímul associat al trauma i l'absència de la persona davant de l'activitat que feia abans del trauma, tal i com indiquen aquests símptomes:

1. Esforços per evitar pensaments, sentiments o conversacions sobre el trauma.
2. Esforços per evitar activitat, llocs o persones que motiven els records del trauma.
3. Incapacitat per recordar un aspecte importat del trauma.

4. Reducció de l'interès o la participació en activitats significatives.
5. Sensació de desinterès davant els altres.
6. Restricció de la vida afectiva, per exemple incapacitat per a tenir sentiments d'afecte o amor.
7. Sensació d'un futur desolador; en definitiva, no esperar tenir o obtenir una vida normal.

D. Síntomes persistents d'augment de l'activitat (absent abans del trauma):

1. Dificultats per conciliar o mantenir el son.
2. Irritabilitat o atacs d'ira.
3. Dificultats per concentrar-se.
4. Hipervigilància.
5. Respostes exagerades de sobresalt.

E. Les alteracions, és a dir, els símptomes dels criteris B,C,D, es prolongaran més d'un mes.

F. Aquestes alteracions provoquen malestar clínic significatiu o el deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat física.

Sempre s'ha d'especificar si es un trauma agut: els símptomes duraran menys de tres mesos; o serà crònic, que els símptomes duraran més de tres mesos. També s'ha de marcar la duració entre l'esdeveniment traumàtic i l'inici dels símptomes: si han passat més de sis mesos, és té un inici demorat (DSM-IV-R).

Amb el TEPT hem pogut comprovar que coincideixen molts elements amb el dol, però la persona no necessàriament ha hagut de presenciar una mort i tampoc no té la sensació de reviure el succés tan freqüentment com en el Trastorn d'estrès post-traumàtic.



### **5.3.2.2.Criteris per al diagnòstic de: F43.0 Trastorn per estrès agut (308.3)**

Aquests criteris també han estat extrets del DSM-IV.

A. La persona ha estat exposada a un esdeveniment traumàtic en el qual ha existit:

1. La persona ha experimentat, presenciat o li han explicat un o més esdeveniments característics per morts o amenaces per la seva integritat física o la dels altres.

B. Durant o després del esdeveniment traumàtic, la persona presenta tres o més d'aquests símptomes dissociatius:

1. Sensació subjectiva de debilitat, desinterès o absència de reactivitat emocional.
2. Reducció del coneixement de l'entorn de la persona.
3. Desrealització.
4. Despersonalització.
5. Amnèsia dissociativa, és a dir, incapacitat de recordar un aspecte important del trauma.

C. L'esdeveniment traumàtic és reexperimentat persistentment en imatges, pensaments, somnis, il·lusions, episodis de flashback, malestar a l'exposar-se a objectes o situacions que recorden l'esdeveniment traumàtic.

D. Evitació acusada d'estímuls que recorden el trauma com pensaments o somnis.

E. Síntomes persistents d'augment de l'activitat (absent abans del trauma):

1. Dificultats per conciliar o mantenir el son.
2. Irritabilitat o atacs d'ira .
3. Dificultats per concentrar-se.
4. Hipervigilància.
5. Respostes exagerades de sobresalt.

F. Aquestes alteracions provoquen clínicament significat o deteriorament social, laboral o de altres àrees important de l'activitat de la persona, o interfereixen amb la capacitat per a portar a terme tasques indispensables com per exemple obtenir ajuda.

G. Aquestes alteracions duren un mínim de dos dies i un màxim de quatre setmanes, i apareixen en el primer mes que segueix l'esdeveniment traumàtic.

H. Aquestes alteracions no són degudes als efectes fisiològics directes d'una substància o d'alguna malaltia mèdica.

Hem pogut comprovar amb aquests criteris que el procés de dol s'assembla més al trastorn depressiu que a qualsevol altre, però encara i així podem veure que hi ha molts símptomes en comú amb el trastorn d'ansietat agut. Comparat amb el TEPT podem observar que no es troben els símptomes tan dissociatius ni amb tanta freqüència.

### **5.3.2.3. Criteris per diagnosticar el Trastorn adaptatiu**

Un procés de dol es pot comparar amb els trastorns adaptatius, els criteris que trobem en el DSM-IV explicant molt bé el trastorn i la diferència entre l'un i l'altre.

A. L'aparició de símptomes emocionals o de comportament en resposta a un estressant identificable que té lloc dins dels tres mesos següents a la presència estressant.

B. Aquests símptomes o actituds s'expressen, clínicament:

1. Malestar major d'allò esperat en resposta a l'estressant.
2. Deteriorament significatiu de l'activitat social o laboral / acadèmica.

C. L'alteració relacionada amb l'estrès no compleix els criteris establerts per un altre trastorn específic i no constitueix una simple exageració d'un trastorn preexistent.

D. El símptomes no responen a una relació de dol.

E. Una vegada ha cessat l'estressant o les seves conseqüències, els símptomes no persistiran més de sis mesos.

S'ha d'especificar si és agut (l'alteració dura menys de sis mesos) o si és crònic que llavors l'alteració dura més de sis mesos (DSM-IV-R).

En aquest tipus de trastorn, ja en un dels criteris ens remarca la inexistència dels símptomes de dol. Encara que per tot la resta podem observar que són molt semblants al procés del dol per l'agut malestar o el deteriorament de la persona.

## **6. Intervenció o tractament**

### **6.1. Intervenció sobre el dol**

La majoria dels casos no necessiten intervencions, sempre i quan la persona tingui recursos adequats per afrontar la situació. Jordan i Neimeyer van arribar a una conclusió a partir de les principals revisions existents en la literatura sobre la intervenció en el dol. Van suggerir que no s'ha de presuposar que totes les persones que estan passant per un dol tenen les mateixes necessitats, ja que si considerem que totes les persones necessiten el mateix podem arribar a contemplar dificultats en algunes persones. Per això hem de fer un esforç per adaptar els principis i procediments d'intervenció, que seran explicats més endavant, al gènere, als recursos i a les necessitats que hagi suggerit cada persona.

Per facilitar la intervenció del dol normal es pot ajudar en:

- El ritual funerari: totes les societats han desenvolupat rituals, costums o cerimònies per acomiadar-se del difunt. El ritual té com a objectiu preservar les persones que queden i ajudar-les a enfrontar-se a la mort i així fer realitat la pèrdua. També permet l'expressió pública del dolor, poder acomiadar-se del difunt, donar publicitat a la pèrdua i permetre la solidaritat i l'ajuda de les altres persones i, finalment, poder comprovar que el grup continua vivint i celebrar el triomf de la vida.

Qualsevol intervenció començarà per la facilitació del ritual funerari, recordant sempre que les persones són els protagonistes actius d'aquest. Hi ha algunes vegades que per part del difunt es fa complicat aquest procés, per desitjos o pel llegat, encara que hi hagi la prioritat sempre és el benestar de les persones, així que d'una manera o una altra s'ha de portar a terme el comiat: pot ser a partir d'una carta, d'un dibuix...

- Els consells: l'objectiu és ajudar la persona a completar qualsevol assumpte inacabat amb el difunt i facilitar el comiat. Per aconseguir aquest objectiu s'han de saber els principis, procediments i tasques de Worden, que seran explicades a continuació.

## **6.2.Principis i procediments de l'assessorament psicològic**

Els principis i procediments que es mostraran a continuació han estat escrits per Worden i són específics pel treball amb pacients que estan passant per un procés de dol i estan patint certes reaccions emocionals.

Aquestes premisses i procediments poden servir per qualsevol persona que vulgui fer un assessorament psicològic a una persona, sense tindre coneixements psicològics específics.

- Principi 1: Ajudar la persona a fer real la pèrdua; fent-lo parlar de la pèrdua i de les circumstàncies que la van envoltar: on va passar?, com va ocórrer?, qui t'ho va dir?, com va anar el funeral?, que se li va dir?....

La dificultat és quan els familiars no s'adonen que la persona necessita parlar i poden dir-li coses com: Per què et tortures parlant d'això?

- Principi 2: Ajudar la persona a identificar i experimentar els seus sentiments.

A causa del dolor i disgust de la persona pot ser que no reconeix els sentiments i no ho senti amb el grau necessari d'intensitat. Per això Worden remarca alguns sentiments i marca uns procediments a seguir:

Enuig:

Aquest enuig és real i s'ha de dirigir a algú, si no és al difunt, que és l'objectiu real de l'enuig. Pot sortir en qualsevol moment o cap a un mateix.

La majoria de les vegades no s'ha de tractar directament aquest tema, sinó que s'ha de fer indirectament, utilitzant expressions com "Què trobes a faltar d'ell?" i a continuació "Què no trobes a faltar?", i tot seguit introduir conceptes com decepció o injustícia / injust.

Ajudar a equilibrar els sentiments negatius i positius, ja que els dos són bons d'acceptar. Recordar les coses negatives pot portar a evitar la tristesa que es té, i l'acceptació dels positius a una part necessària del procés.

Culpa:

La major part de les vegades és irracional.

- Culpa irracional: la persona no sap que va fer, no té un argument real.

- Culpa racional: l'acceptació del que va fer i de les seves emocions davant d'això.

S'ha d'identificar quina de les dues culpes són i proporcionar a la persona que expressi els seus sentiments lliurement independentment de quina sigui. Una bona forma d'ajudar-lo és preguntar-li i fer que es pregunti quines opcions tenia la persona realment per ajudar el difunt. A partir de l'expressió de les emocions vindrà l'acceptació i, si es tracta de la culpa irracional, vindrà la comprensió de la realitat.

Per entendre millor aquest sentiment de culpa, posarem un exemple:

Uns pares perden un fill en un accident de moto. Aquests comencen a sentir-se culpables de la mort, ja que es pregunten el perquè li van deixar comprar-se una moto o anar a casa de l'amic en aquelles hores del matí quan s'acabava de llevar... Els pares no es plantegen res més que la seva culpabilitat. El que s'ha de fer és fer-los entendre que podria haver passat en la moto d'un amic o en la mateixa del pare, també que podria haver passat en qualsevol moment del dia o simplement caminant... Tot això ho han de veure per si sols. No s'han de crear afirmacions directes, sinó de forma indirecta i de pregunta, com per exemple "I si hagués anat amb el germà del pare?"

Tristor:

És necessari donar-se un espai per poder plorar, però també s'ha de saber el significat de les llàgrimes, és a dir, s'ha de saber el motiu pel qual plores, sinó ho estaries negant.

L'objectiu d'aquest principi és experimentar el sentiment, no només expressar-lo.

- Principi 3: Ajudar a viure sense el difunt.

S'ha d'enfocar la solució des dels problemes, és a dir, s'ha de parlar dels problemes que cregui que tingui la persona i des d'aquí enfocar cap a una solució. Per fer això s'ha de tenir habilitat d'afrontament i prendre decisions. Però en aquest moment no és aconsellable prendre decisions que suposin canvis molt importants en la vida de la persona.

En el cas d'haver perdut una parella pot ser necessari i bo tenir contacte físic amb una altra persona, fer abraçades i petons.

- Principi 4: Ajudar a trobar significat a la pèrdua.

En el procés pot ser molt important el significat que se li atorga a la pèrdua, ja que s'han donat casos de persones que per no patir li han donat menys importància i això acaba sent perjudicial com ja hem vist.

El més important d'aquest principi és trobar el significat, ja que no és fàcil trobar-lo en un món transformat, sense la persona. Així que no se li ha de donar importància al contingut d'aquesta retribució.

- Principi 5: Facilitar la recol·locació emocional del difunt.

S'ha d'ajudar la persona a trobar un lloc emocional, per poder recordar el difunt sense patiment. Sobretot és important en les persones que han perdut la parella. Els han de comunicar i fer entendre que mai no podran reemplaçar el difunt, però que no hi ha res de dolent en començar una nova relació.

- Principi 6: Donar temps a elaborar el dol.

Com hem pogut veure en aquest treball és molt important passar el procés del dol i, per descomptat, s'ha de deixar un temps per elaborar-lo, així que s'ha d'ajudar els familiars a comprendre tot allò que podrà passar la persona. Particularment en dates com les vacances, aniversaris, sobretot el primer aniversari de la mort i al tercer mes. Perquè la persona se senti ajudada, hem d'anticipar les dates en què ho passarà malament i estar al seu costat durant aquest temps.

- Principi 7: Interpretar la conducta normal.

Moltes persones tenen la sensació d'estar tornant-se boges per alguns símptomes del dol; com les al·lucinacions, les sensacions intenses d'atordiment, la gran preocupació per al difunt... I s'ha de fer entendre a la persona que és completament normal, són experiències que passen a molta gent.

- Principi 8: Permetre les diferències individuals.

Les famílies a vegades no comprenen que totes les persones no elaboren el mateix dol, per això, s'ha d'ajudar a fer que entenguin que cada persona és única en aquest procés i que no trobaran un dol igual a un altre.

- Principi 9: Examinar defenses i estils d'afrontament.

S'ha d'observar la persona per veure com es defensa davant de la pèrdua i si en algun moment aquesta comença amb l'ús de drogues, aturar-la. En observar-la, s'ha d'ajudar a fer que segueixi el millor camí i el més eficaç.

- Principi 10: Identificar patologies i derivar.

Si per qualsevol cosa l'assessorament no és suficient, s'ha de derivar la persona a un especialista.

### **6.2.1.Tècniques útils per l'assessorament**

Ara s'exposaran algunes tècniques que es poden fer servir per ajudar la persona que està passant el procés, fent que pugui parlar del tema o expressar els seus sentiments.

- Fer servir un llenguatge evocador, utilitzant paraules dures perquè a la persona se li despertin sentiments. Per exemple "El teu fill va morir", "Vas perdre el teu fill".
- Escolta activa.
- L'ús de símbols, és a dir, la utilització de fotografies del difunt, d'objectes que li portin records... Aquesta és una manera de fer parlar la persona del difunt.
- Escriure una carta o vàries al difunt, expressant els pensaments i sentiments, pot ajudar a arreglar alguns assumptes pendents, com per exemple el comiat que no es va poder realitzar.
- Dibuixar els propis sentiments o les experiències amb el difunt, és una altra manera de poder parlar o expressar sentiments.
- La utilització de metàfores. Una imatge útil és l'amputació i el "dolor fantasma".
- El llibre dels records, és a dir, fer un tipus de diari on la persona de la manera que vulgui, dibuixant o escrivint, pugui plasmar tots els records que tingui del difunt.



- El role-playing és l'escenificació de moments quotidians on es pugui veure els rols del difunt i de la persona que passa pel procés. Amb això es poden intercanviar els rols i la persona podrà veure que no és impossible realitzar-los sense la persona difunta.
- La cadira buida és la visualització o imaginació d'escenes en les quals es troba el difunt. Això serveix per expressar sentiments, pensaments, reconciliar-se i acomiadar-se.

### **6.2.2.Tòpics no útils**

Hi ha algunes frases fetes, les quals utilitza tothom inconscientment perquè no sap què dir en aquell moment, però que estan mal dites, ja que l'únic que es provoca és que la persona estigui pitjor del que estava, ja que se sentirà incompresa, dèbil... I algunes d'aquestes són:

- Sé com et sents.
- Has de ser fort.
- Això acabarà d'hora.
- Has de ser un noi valent.
- Resistiràs bé.

Si en aquell moment no se sap què dir, no s'han d'utilitzar aquestes frases, sinó "No sé què dir-te". Així es dona per descomptat que el seu dolor és intens i que no ha d'amargar els seus sentiments davant teu, ja que tu el comprens.

### **6.3.Tasques per afrontar el dol**

En aquest apartat s'explicara les tasques que s'han de seguir per afrontar el dol i que van ser explicades per Worden, igual que els principis. El mateix procés en els dos casos, però explicat de diferent manera i per actuar també de diferent manera, ja que aquestes tasques estan dirigides perquè la persona tingui un acompanyament una mica més especialitzat que en els procediments, encara que no dubto que qualsevol persona que volgués acompanyar en el dol pogués fer-ho sense ser especialista. Ja que avui en dia existeixen associacions en les quals la gent que acompanya és voluntària sense cap preparació.

Els models de tasques són els que ofereixen a la persona involucrar-se completament dins del procés i endinsar-se en els propis pensaments, sentiments, conductes, emocions, els seus significats... I per això des del punt de vista de la psicologia humanista és la manera més encertada per superar un dol sense tenir cap inconvenient.

Worden també va plantejar un seguit de tasques per afrontar el dol. Aquests passos han d'estar guiats per un professional:

- Tasca 1: Acceptar la realitat de la pèrdua.

La persona per protegir-se de la realitat pot negar la realitat, a diferents extrems, però pot arribar a la momificació. Pot negar el significat de la pèrdua, és a dir, donar-li poca importància a la pèrdua desfent-se dels articles o robes que recorden el difunt.

Acceptar la realitat suposa una acceptació intel·lectual i emocional i per aconseguir-ho poden ajudar els rituals com el funerari.

Per ajudar la persona s'ha d'intentar que parli de la pèrdua i de les circumstàncies que la van envoltar. Normalment es fan preguntes com: on va passar?, com va ocórrer?, on estaves quan et vas entera?, com va anar el funeral?, que es va dir en ell?....

- Tasca 2: Treballar les emocions i el dolor de la pèrdua. Per poder fer-ho s'ha de reconèixer i treballar el dolor, donar-se un espai, és a dir, permetent-se alliberar tot el dolor, sentint-lo i sabent que un dia passarà. És molt dolent permetre evitar o suprimir el dolor, ja que això prolonga el dol i pot arribar a patir un dol patològic. Ja que no és possible perdre a algú sense experimentar un nivell de dolor, sempre respectant que no tothom és igual i que no tothom experimenta de la mateixa manera o intensitat.

Les persones no solen estar preparades per afrontar la força de les emocions que es pateixen en un dol. Però la classe de dolor i la seva intensitat estan mesurades pels mediadors del dol, que són:

→ Com era la persona.

→ naturalesa de la relació.

- Manera de morir.
- Antecedents històrics.
- Variables de personalitat.
- Variables socials.
- Tensions actuals.

La persona per defensar-se del dolor pot negar els seus sentiments, evitant els pensaments dolorosos o idealitzant el difunt; també pot utilitzar les drogues o canviar-se de lloc d'estança per evitar els records.

Encara que relacionem el dolor i la tristesa amb el dol, no només hi ha aquests sentiments, i naturalment no són els únics que s'han de treballar. També trobem l'angoixa, la ira, la culpa i la soledat i molt més, però aquests són els més freqüents. Tots aquests sentiments s'han d'identificar i manifestar per poder afrontar el dol.

La dificultat és que la societat d'avui en dia fa més difícil completar aquesta tasca, ja que abandonar-se al dolor és considerat com algú insà.

- Tasca 3: Adaptar-se a un medi en el qual el difunt està absent.

Existeixen tres àrees d'adaptació que es deuen tractar després de la pèrdua:

→ Adaptacions externes: com influeix la mort en l'actuació quotidiana de la persona. Aquesta no es farà conscient dels rols que desenvolupava el difunt fins que no passin algunes setmanes de la pèrdua.

→ Adaptació interna: és la influència que té la mort en la imatge de la persona, és a dir, com es veu ella a partir de la seva definició.

→ Adaptació espiritual: com influeix la mort en les creences de les persones, els seus valors i l'enteniment del seu món. No totes les pèrdues desafien les nostres creences, algunes ja estan dins del que s'espera.

S'ha d'ajudar a la persona a integrar-se en els rols que mai no havia tingut i a seguir cap endavant per si mateixa.

- Tasca 4: Ordenar emocionalment el difunt i continuar vivint.

No s'ha d'ajudar la persona a renunciar o a reemplaçar el difunt, sinó que s'ha de trobar un lloc adequat que permeti a la persona estar vincula amb ell, però d'una manera que no li impedeixi continuar amb la seva vida, trobant espais i maneres de recordar el difunt sense patir dolor.

A partir d'aquest model de Worden, hem pogut observar que aquestes tasques tracten el dol com un procés normal, ja que fan participar la persona fent-li sentir dolor i catalogant-ho com un fet normal. També incita que la persona estigui totalment activa en aquest procés i es faci responsable de la seva elaboració, prenent i afrontant les seves decisions.

Les tasques també comporten un procés molt dolorós i complex on es necessita molt de temps, però que al mateix temps es converteix en un creixement personal.

#### **6.4.Estratègies d'ajuda a les persones amb dol**

Els objectius d'una intervenció del dol han de consistir a millorar el procés de dol. Per això és important facilitar alguns aspectes ja explicats:

- L'acceptació de la realitat de la pèrdua.
- L'expressió i activació dels sentiments.
- La resolució dels problemes pràctics, com per exemple els rols del difunt que s'hauran de portar a terme a partir d'ara.
- Un comiat i la possibilitat de tornar a trobar sentit a la vida.

Per aconseguir aquests objectius existeix una sèrie d'estratègies:

→ Permetre veure el difunt. Això serveix per evitar les posteriors fantasies, temors i fantasmes. Amb aquesta estratègia s'aconseguirà el comiat que cada persona vulgui donar, permetent que puguin tocar i parlar al difunt.

→ Avisar, si la persona vol, algun familiar o amic

→ Ajudar a prendre consciència de la mort, parlant sobre la pèrdua de diferents aspectes, com la reacció de quan és va assabentar de la mort o els rituals que

es van fer. Si la persona no ha pogut tenir els rituals, parlar de les fantasies al respecte.

→ Ajudar a identificar i expressar els seus sentiments, sempre mantenint una comprensió empàtica i sense forçar mai una situació.

També existeixen algunes accions que poden utilitzar la persona que acompanya al dolgut i ajuden a facilitar el procés a la persona. Aquestes són:

→ Respectar el silenci de la persona el temps que sigui necessari.

→ Acompanyar, encara que sigui només per estar al seu costat sense parlar.

→ Escoltar la persona, sense menysprear cap comentari o sentiment.

→ Compartir informació sobre el procés del dol, per fer entendre i conèixer que les reaccions que té són normals i habituals en qualsevol persona que passa un dol. I aclarir que els fenòmens de presència o els sentiments d'irrealitat, segueixen sent símptomes freqüents en les persones i que no s'han d'espantar.

→ Permetre diferències individuals, ja que a pesar que tothom passa per manifestacions comunes i que tothom passa el dol, s'ha d'indicar que la tristor de cada persona és única i que no hi ha formes correctes o incorrectes de fer-ho.

→ Informar sobre el fet que la duració del dol és llarga, que el més important en un bon procés de dol és el temps i no desapareixerà al cap de les setmanes. Serà un procés prolongat en què requereix molt de temps.

→ Indicar la importància de mantenir una comunicació oberta dins la família.

→ Promoure l'ajuda emocional de la família i dels amics.

→ S'ha de tenir compte amb les defenses i l'estil que té la persona en els afrontaments de situacions difícils i complicades.

→ Per ajudar en l'acció de dalt, es pot ajudar la persona a resoldre els problemes quotidians sense el difunt, introduint-lo en els rols que haurà de fer-se càrrec a partir d'aquell moment.

→ Informar de la probabilitat d'experimentar un sentiment de culpa o traïció en algun moment, sobretot a l'inici de l'etapa de reorganització que es comença a

considerar la idea de tornar a tenir una vida normal. És quan senten que no són fidels a la memòria del difunt.

## **6.5. Intervenció del dol patològic**

Abans de la mort és possible arribar a prevenir un dol patològic. Gràcies a això és possible facilitar una elaboració posterior al dol. Per aquest propòsit és convenient:

- Identificar les necessitats, dificultats, preocupacions i pors de la família per suprimir-los. Per fer això s'ha d'aconseguir que la persona expressi els seus sentiments i normalitzar-los perquè no es torni un sentiment de culpabilitat.
- Avaluar i potenciar els recursos de la família amb la finalitat de facilitar l'expressió de les emocions, dels pensaments i de les conductes, intentant reduir la sensació d'impotència i augmentar el control sobre la situació.
- Valorar els factors de risc i prevenir les possibles complicacions suggerint alternatives.
- Proporcionar a la família informació.
- Ajudar la família a què entengui i accepti que el seu familiar pot arribar a tenir un dol patològic i el que això comporta.

Després de la mort es continuarà prevenint l'aparició d'un dol patològic, seguint una intervenció normal, ja explicada, però sobretot en aquesta intervenció s'ha de remarcar la recerca del sentit de la vida i de la mort. Però encara i així pot aparèixer un dol patològic. Per això, a continuació s'explicarà el tractament.

Aquesta intervenció comença avaluant la problemàtica que no deixa a la persona seguir amb la seva vida normal. A continuació s'han de resoldre els aspectes referents a la pèrdua, proporcionant l'ajuda social i familiar. A part s'han de reduir les conductes desadaptatives, pensaments i imatges sobre el difunt o les circumstàncies de la mort, instaurant aquelles conductes necessàries per aconseguir un benestar emocional.

Per ajudar la persona en el tractament hi ha moltes tècniques i estratègies. Algunes ja les hem explicades i serveixen pel dol patològic, però n'hi han algunes d'específiques:

- Restauració cognitiva: canviar els pensaments negatius, distorsionats de la persona, per altres pensaments de més adaptatius.
- Autoinstruccions positives i autoreforç, és a dir, fer adquirir a la persona habilitats per afrontar situacions difícils i que pugui aprendre a prendre decisions per si sola.
- Detenció del pensament, quan aquest produeix ansietat i no és productiu.
- Planificació d'activitats gratificants per a la persona i així millorar les seves habilitats socials.
- Biblioteràpia: consta d'un biblioterapeuta. Consisteix en el fet que el terapeuta llegeixi en veu alta algun llibre educatiu i que ell i la persona interactuïn parlant del tema del llibre. Els llibres escollits són perquè la persona o les persones puguin expressar sentiments i emocions i intercanviar valors i experiències podent així reflexionar. El comentari del llibre porta a la cura del problema. Normalment aquesta teràpia és en grup.

Amb qualsevol tècnica és essencial escollir el moment oportú i tenir molt en compte les particularitats de cada individu.

## **6.6. Tipus de tractaments**

Per últim, en aquest apartat s'ha de dir que el tractament del dol es pot realitzar de diferents maneres:

- Individual: la intervenció individual permet tractar problemes molt concrets i particulars de la persona i pot arribar a ser el pas previ a la teràpia en grup.
- Grupal: aquest tractament ofereix a les persones una ajuda social perquè comparteixen els seus pensaments i emocions amb persones que estan passant pel mateix. També permet a les persones trencar amb els sentiments d'aïllament i distanciament i s'obren a la possibilitat d'aprendre de les experiències de les altres persones del grup. Hi ha algunes persones que senten que aquestes teràpies són l'únic lloc on es senten amb permís per poder expressar els sentiments difícils com l'enuig, la tristesa, la culpa o la soledat.

Segons Payas, el grup té una funció educativa, ja que les persones aprenen que el dol requereix temps i és un procés dinàmic on s'ha de passar per etapes i tasques amb una actitud activa i de compromís. També s'adonen que ells no són els responsables de l'ocorregut, però sí del procés de recuperació.

Segons Nomen els grups no poden ser més grans de deu persones i no poden ser menys de cinc persones. I si són adolescents, s'han de separar els grups per gènere.

- Familiar: és el mateix que el grupal, però en comptes de ser persones desconegudes són familiars, com el seu nom indica. Aquest tipus de tractament va bé perquè la persona senti l'ajuda social més natural que hi ha, la familiar; també augmenta la cohesió, i obre una via de comunicació que ajuda a resoldre conflictes. En aquesta intervenció es crea un ambient d'ajuda que uneix més els vincles entre els familiars.

En qualsevol cas, en acabar la intervenció, s'ha de seguir un seguiment per la prevenció de recaigudes; normalment això es porta a terme al llarg de dos anys. I per finalitzar, en una intervenció per al dol, el tema mediació ha d'estar molt justificada, ja que com ja hem repetit moltes vegades al transcurs d'aquest treball el dol és un procés normal i no és cap malaltia com per a diagnosticar medicaments. I en el cas d'un dol patològic, està justificada, però només si el dol s'ha tornat una patologia molt greu i el tractament psicològic no serveix.

## **6.7. El risc de suïcidi**

Durant el dol són molt freqüents les idees de suïcidi, com ja hem vist, encara que són poques les vegades que arriben a portar-se a terme. Però igualment s'ha de valorar com un factor de risc i interrogar sempre la persona sobre la idea suïcida.

El principal factor de risc del suïcidi és la pèrdua d'una persona significativa quan la persona és jove, és a dir, és un adolescent. L'adolescent pensa que és la millor manera d'evadir el dolor del dol o reunir-se amb la persona amada. També podria ser una expressió de ràbia o una manera de posar fi a la vida, que per a ell en aquell moment és interminable. En les dones joves o adolescents és mot freqüent el para-suïcidi, és a dir, conductes autodestructives que provoquen mals físics i



psíquics, com el consum de drogues, d'alcohol, fumar, embarassos en joves adolescents...

Un altre grup de risc és els vidus amb certa edat, que viuen sols o que se senten una càrrega per la família.

S'ha de tenir especial preocupació amb els dols ambigus, ja que els sentiments són molt canviants i forts. Aquests tipus de dols s'han tornat un risc de suïcidi molt important.

Qualsevol intent s'ha de tindre en compte i s'ha de fer tot el possible per prevenir la possibilitat d'un nou intent. Això es pot fer amb ajuda familiar i, a vegades, en casos molt greu, l'internament. La primera mesura que s'ha de seguir és l'acompanyament continuat.

## 7. Part pràctica

Després de tota l'explicació i la recerca que he portat a terme per poder saber què és i com superar el dol, he volgut fer una investigació de camp per poder plasmar tot el que he après en aquest treball. Però abans d'això he d'explicar com vaig arribar a la conclusió de fer aquesta aproximació que m'introduirà en aquest camp creant una pàgina web per fer arribar la informació sobre aquest tema tan tabú, i a la vegada, tan important, normal i global a les persones amb la fi de poder-les ajudar.

Ja havent començat la recerca, vaig descobrir que havien organitzat unes jornades a la Blanquerna, la Universitat Ramon Llull, per parlar sobre "El dol en el sistema educatiu", i sense dubtar-ho vaig apuntar-me per assistir-hi. En aquestes jornades, que van durar tot el matí, vaig poder agafar molta informació, de tots els professors, investigadors, psicòlegs i pedagogs especialitzats en el tema. Aquesta ha estat introduïda dins de la part teòrica, però el més important és que em va obrir una gran porta per a la pràctica: em van donar uns papers on hi havia escrites totes les associacions, organitzacions i centres que ajudaven a superar el dol de manera voluntària, pública o privada de tota Catalunya, ja que em van informar que a la resta d'Espanya aquest tema no està molt estès ni tractat. A partir d'aquests papers vam començar a comunicar-nos, la meva tutora Encarna i jo, amb la senyora Neus Ballesteros de la fundació AVES. Ja a la primera trucada que ens vam fer ens va aconsellar que busquéssim algun cas proper per fer algun seguiment d'algun tipus, ja que per part seva com nostra sabíem que entrar dins d'algun grup de dol era impossible, pel respecte i el dret a intimitat en aquests assumptes. L'Encarna i jo ni ens ho havíem plantejat. A partir d'això vaig pensar en buscar i passar un inventari als professors del meu institut que més els hi havia pogut afectar la mort d'una companya de treball, una professora. Aquesta conclusió la vaig extreure del que ens va dir el contacte amb AVES, buscar una mort propera i examinar-la.

Aleshores vaig repartir *L'inventari Texas revisat del dol* creat per Faschinbauer i Col, per mesurar la intensitat de dol dels professors i treballadors del centre i a dos adolescents per poder extreure'n conclusions. Abans de donar el formulari, havia d'explicar que havien de pensar en una persona concreta, en el cas dels

membres de l'institut, en la seva companya, i dos adolescents en el seu avi. Això s'havia de fer perquè els professors o treballadors del centre, en ser adults, era molt probable que durant la seva vida hagin tingut dols importants i representatius com la d'un pare, germana... I un altre dels motius és la validesa de les conclusions o hipòtesis, és a dir, si cada persona penses en una mort diferent, el formulari no tindria cap sentit a l'hora de postular les conclusions, ja que no hi hauria concordança.

L'inventari és aquest:

**PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO**

<b>Instrucciones:</b> Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	<b>Completament e verdadera</b>	<b>Verdadera en su mayor parte</b>	<b>Ni verdadera ni falsa</b>	<b>Falsa en su mayor parte</b>	<b>Completament e falsa</b>
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir					

**PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES**

<b>Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo</b>	<b>Completamente verdadera</b>	<b>Verdadera en su mayor parte</b>	<b>Ni verdadera ni falsa</b>	<b>Falsa en su mayor parte</b>	<b>Completamente falsa</b>
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					
7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

Com hem pogut veure l'ITRD és senzill, es respon en 10 minuts aproximadament i també s'autoadministra podent avaluar-se directament sense necessitat de plantilles. Segons els seus autors (Faschinbauer i Col) permet agrupar els resultats en 4 categories: absència de dol, dol retardat, prolongat i agut (essent òbvies les reaccions de dol complicat). És igualment sensible als canvis en el temps i té estudis de fiabilitat i validesa.

Té 2 escales clíniques tipus Likert amb 5 categories de resposta: una de 8 ítems referida a la conducta i als sentiments en els moments posteriors més propers a la mort, anomenada part I, amb una puntuació que oscil·la entre 8 i 40, i, l'altra, de 13 ítems, que fa referència als sentiments actuals, anomenada part II, amb una puntuació que oscil·la entre 13 i 65.

La validesa es va constatar pressuposant que, si efectivament la part I de l'ITRD mesura el constructe "dol", els valors serien més alts. Per comprovar la part II es va hipotetitzar que els sentiments actuals anirien disminuint amb el temps d'evolució del procés, que els homes expressarien menys sentiments i que el dol seria més intens com més proper fos el grau de parentesc. Aquests resultats van ser verificats.

Com ja hem dit, aquest serveix per calcular la intensitat. I contra major puntuació, major és la intensitat de dol.

Les puntuacions que corresponen a cada opció son:

- Completament vertadera: 5
- Vertadera en la seva major part: 4
- Ni vertadera ni falsa: 3
- Falsa en la seva major part: 2
- Completament falsa: 1

Els resultats obtinguts són aquests:

ALUMNAT DEL CENTRE			
Nom	Part I	Part II	Total
Adolescent 1	19	51	70
Adolescent 2	11	53	64
PROFESSORAT I/O TREBALLADORS/RES DEL CENTRE			
Nom	Part I	Part II	Total
Persona 1	21	52	73
Persona 2	20	35	55
Persona 3	13	42	55
Persona 4	32	51	83
Persona 5	21	30	51
Persona 6	12	55	67
Persona 7	16	40	56
Persona 8	16	55	71
Persona 9	9	42	51

La intensitat de dol màxima que es podia assolir en aquest inventari era 105.

Després de veure els resultats, podem observar que la segona part, la qual es basa en els sentiments actuals, té molta més puntuació que la primera. Pot ser degut a que aquestes persones, tant adolescents com treballadors del centre, els és més senzill contestar les preguntes on se'ls qüestiona els sentiments actuals que no pas remuntar les emocions quan va morir el difunt.

A continuació faré una separació entre els adolescents i els treballadors del centre. Als adolescents se'ls ha fet l'inventari orientat cap a la mort dels seus avis i als membres de l'institut per la mort d'una companya, com ja s'havia indicat.

Abans de començar a extreure hipòtesis sobre les intensitats dels dos adolescents, primer s'ha de dir que el primer adolescent estava pensant en una mort de fa tres anys aproximadament, la del seu avi, i el segon adolescent també estava pensant en la mort del seu avi, però de fa aproximadament un mes. Després de dir això podem observar que el primer adolescent, amb una intensitat de 70, té molta més intensitat que el segon, 64. En aquesta situació es veu reflectit que el dol no se supera en un període determinat de temps i que cada persona el viu d'una manera diferent encara que siguin d'edats aproximades i el mateix tipus de mort. Com a hipòtesis, puc dir que el primer adolescent encara està passant per un procés de dol intens i que això pot ser degut, principalment, a que no tingui comunicació amb la família, sobre els seus sentiments i emocions. Un altre factor podria ser que la proximitat entre el difunt i l'adolescent fos molt propera i això influenciï a la no acceptació de la mort. Per últim podríem exposar que el primer adolescent té una concepció de la mort com una injustícia, és a dir, que encara li costa assimilar que la mort és universal i que pot passar en qualsevol moment. En canvi, si parlem del segon adolescent l'única hipòtesi que se'm passa pel cap és que en ser una mort esperada durant el seu creixement, avi, va començar el dol *a posteriori*, és a dir, quan es va assabentar que el seu avi estava malament, va començar el procés; per això, al fer-li l'inventari va sortir menys intensitat que en el primer adolescent.

Com a conclusions dels inventaris dels adolescents puc observar que la personalitat i la concepció de la mort influeix molt en el procés de dol. I naturalment, que la duració d'aquest és inespecífica.

Abans de començar a formular hipòtesis sobre els membres del centre s'ha de dir que la mort de la seva companya va ser fa un any aproximadament i que tots van estar molt afectats per aquest succés. I aquest ha estat el motiu pel qual s'han fet les enquestes.

La majoria del enquestats tenen intensitats entre 50 i 60. Es podria extreure com a hipòtesi que són persones que ja han superat el procés de dol i que ja han passat per dols d'aquests tipus i això els ha ajudat a passar per aquest més fàcilment que altres dels seus companys. Encara que segurament, si els hagués passat el mateix inventari uns mesos després de la mort de la seva companya, ens trobaríem amb intensitats molt elevades, ja que possiblement són persones que tenien relacions extraescolars amb ella.

Per una altra part tenim persones com la primera, la sisena o la vuitena que tenen una intensitat entre el 65 i el 75. D'aquestes persones, podríem suposar que segurament tenien relacions extraescolars amb la difunta o que la superació del dol els ha estat o els està sent més complicada. I això ho podem veure amb la quarta persona que té una intensitat de 83, la més alta. D'aquesta podríem dir que és una persona que en fer l'inventari no només estava pensant en la seva companya, sinó en algun altre dol encara no superat, tot de manera involuntària.

A partir de tots aquests resultats, he de dir que la personalitat de cada persona és un gran factor a l'hora de superar el procés de dol i això ho podem observar per la gran diferència que hi ha entre les intensitats.

A les jornades de la Universitat Ramon Llull no paraven de repetir que un dels objectius de les fundacions i associacions existents a Catalunya era fer-se conèixer. Llavors vaig pensar que m'agradaria ajudar en aquest objectiu i, parlant amb la meva tutora, vam arribar a la conclusió de fer una pàgina web per fer arribar a totes les persones aquests centres d'ajuda. Així ho vaig fer: vaig crear la meva pàgina web anomenada [www.ajudaeneldol.simplesite.com](http://www.ajudaeneldol.simplesite.com). Ja que havia creat una via d'accés entre les persones que estiguessin passant un dol amb les

associacions o fundacions, vaig pensar de posar una mica d'informació per aquelles persones que no volguessin anar a aquestes i simplement volguessin informar-se sobre aquest tema.

Dins de la pàgina web podem trobar informació sobre els nens i els adolescents en dol i com parlar-ho i ajudar-los a superar-lo. A part trobem un espai on estan les preguntes més freqüents de les persones sobre el tema, com que és el dol o quant temps dura. I per suposat tot el llistat d'associacions, fundacions i centres d'ajuda d'Espanya i de Catalunya.

Vaig arribar a la conclusió que la majoria de la informació que es trobés a la pàgina web estaria orientada cap als nens i adolescents i com els adults podien ajudar-los. Perquè és el tema que més por ens fa als adults i més problemes podem arribar a tenir. En la pàgina web s'explica la problemàtica i la solució.

Per acabar amb la part pràctica m'agradaria remarcar que he tingut molts problemes a l'hora de portar-la a terme. Al juny de 2014 la meva tutora i jo ja vam començar a intentar buscar alguna persona que ens pogués orientar per aquest apartat. Llavors, a partir del Departament d'Ensenyament, a través de CRP i el Consell Comarcal del Baix Llobregat, ens van aconsellar que contactéssim amb la Fundació Orienta. Després de mesos intentant contactar amb la persona que ens havien indicat, vam aconseguir-ho i vam citar-nos. La sorpresa de la meva tutora i meva a l'arribar al lloc on vam quedar, va ser que ens van deixar plantades. Encara i així no ens vam desanimar en cap moment i vam contactar amb AVES, però n' he volgut fer menció perquè va ser quelcom rellevant durant el procés del meu treball.



## 8. Conclusions

Per fer aquest treball de recerca m'havia posat com a meta fer una investigació sobre el dol per mort, per a poder saber com se supera un procés que tard o d'hora acabaré passant jo mateixa, però per una altra banda mentre he estat desenvolupant aquest treball se m'han anat posant davant altres objectius molt més importants segons el meu punt de vista, com obrir una via de comunicació entre les persones que estan passant per un procés de dol amb aquelles associacions i fundacions que ofereixen aquest tipus d'ajuda. Un altre dels meus objectius és aconseguir que les persones que es llegeixin el meu treball entenguin que la mort i el dol formen part de la nostra vida, ja que és universal.

Per poder entendre com superar el dol, he hagut de fer una investigació sobre el tema, anant pas a pas fins a arribar a la meva meta. Vaig concloure que havia de fer una mica el procés que seguirà un professional per aconseguir el meu objectiu: primer, l'estudi del significat de la paraula i tot el que l'envolta: factors, tipus de dols i les fases, que per cada autor són diferents, però que en conclusió són quasi les mateixes: negació, ira, negociació, depressió i acceptació, però variant el nom, en aquest cas he posat les millors, des del meu punt de vista, les de Kübler-Ross. A continuació, investigar sobre el diagnòstic de tots els tipus possibles, amb el seu pronòstic i el diagnòstic diferencial. En aquest apartat vaig arribar a la conclusió que el dol, encara que no sigui una malaltia, té molts símptomes en comú amb malalties patològiques, sobretot amb la depressió, però que gràcies al diagnòstic diferencial podem detectar la diferència entre l'una i l'altra, d'una manera senzilla. Per acabar arribo a la meva meta, la intervenció i el tractament. Aquí m'adono que els principis, els procediments i les estratègies d'ajuda per superar el dol són variats, però molt dinàmics, com l'escolta activa, el role-playing, dibuixant... Però sempre amb uns objectius principals, l'acceptació de la pèrdua, treballar el dolor i l'expressió de sentiments i emocions i per acabar d'ordenar emocionalment al difunt, obtenint així un nou pensament i una nova forma de viure sense la persona.

Una altra conclusió que he extret d'aquesta part del treball és la quantitat de tòpics que diem dia a dia i que en realitat estan malament, ja que pots treure importància a la situació o fer sentir malament a la persona... Per exemple, "sé com et sens".

Al llarg d'aquest procés de recerca i de la participació en les jornades de Blanquerna sobre aquest tema, vaig arribar a la conclusió que poca gent sabia de l'existència de les associacions i fundacions que ajudaven les persones que estaven travessant un dol i per això he creat una pàgina web, per obrir una via d'accés entre els uns i els altres. En ser dia 8 de desembre i veure que he tingut 110 visites, puc concloure que sí que es necessitava una via de comunicació entre aquests centres i les persones que estan passant pel dol. O almenys es necessita informació sobre el tema.

Per acabar les conclusions, m'agradaria dir que el més important que he après en aquest treball és la importància que té la mort en la vida, com respirar, menjar o pensar i, per tant, el dol també, ja que ningú no mor sense haver-ne passat per un. Però el que passa és que la majoria de la gent d'avui dia té por a parlar de la mort, pels motius que sigui, encara que podria arriscar-me a dir que és per la por que tenim les persones al dolor. Però en acabar aquest treball m'adono que el dolor passa i el que queda al final és una nova visió del món.

## 9. Bibliografía

Bardera Mora, M.P. Medina Amor, J.L. Osca Segovia. A. Santos, R. Samper Lucena, E. & García Silgo, M... (3 de Maig de 2013). Programa de televisió. *Resiliencia: Conceptos de psicología positiva*.

Bellver, A. Ballester, R. & Gil-Juliá, B. (2008). *Psicooncología*. Vol.5. Núm. 1, PP. 103-116. *Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento*

Blenda Pérez, M. Cuairán Roca, X. García Garcia, J. Gómez Sancho, M. Lacasta Reverte, M.A. & Novellas Aguirre de Càrcer, A... (2008). Recomendado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Guía para familiares en duelo*.

Chaurand, A. Feixas, G. & Neimeyer, R. A. (2010). *Revista de Psicoterapia / Vol. XXI - Nº84. El inventario de historia de pérdidas (IHP): Presentación y utilidad clínica*.

Diego Luján, A.M. Gutiérrez, M.G.M. & Olivieri Diego, A. *Tipos de recursos para facilitar el duelo*. [www.orientacionanatologica.com](http://www.orientacionanatologica.com)

Diego Luján, A.M. Gutiérrez, M.G.M. Olivieri Diego, A. *El adolescente en duelo*. [www.orientacionanatologica.com](http://www.orientacionanatologica.com)

Gallardo Palau, A.M. (2002). Servei de suport al dol de Ponent. *Llistat dels grups de dol a Espanya y Catalunya*. [www.serveidedolponent.org](http://www.serveidedolponent.org)

García Garcia, J.A. Landa Petralanda, V. Triguera Manzano, M.M. & Gaminde Inda, I. (2005) *Inventario Texas Revisao de duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez*. Aten Primaria.

Liberman, D. La nueva comunicación. *Una nueva visión del duelo*.

Loreto Cid, E. Psicóloga y Psicoterapeuta Infantojuvenil. (2011). Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC). *Explícame qué ha pasado: Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños*.

Moreno Lara, E. (2010). ISEP: Máster en psicología clínica y de la salud. *El proceso de duelo por muerte: Estado de la cuestión y revisión de la intervención psicoterapéutica*.

Ortego, M.C. López, S. Álvarez, M.A. & Aparicio, M.M. (2013). Universidad de Cantabria. Ciencias Psicosociales. *Tema 11. El Duelo*.

Pastor, P. Psicoterapeuta de FMLC. (2012). *Teorías sobre el proceso de duelo*.

Pereira Tercero, R. (2010). Escola Basca-Navarra de Teràpia Familiar. Bilbao. Vizcaya. Espanya. Actaulizaciones. *Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico*.

Pròpia. (2015). *El dol: T'ajudaran!*. [www.ajudaeneldol.simplesite.com](http://www.ajudaeneldol.simplesite.com)

Sánchez Aragón, R. & Retana Franco, B. (2003). Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. *Evaluación Tridimensional del Duelo Amoroso en México*.

Torre, S. Pujol, M.A. Rajadle, N. & Borja, M. Innoación y Creatividad. *Adversidad y diversidad creadoras: Desarrollando otra conciencia*.

Zazo Díaz, S. *Tareas para afrontar el duelo*.

## 10. Agraïments

M'agradaria fer un apartat d'agraïments en el meu treball, perquè he tingut l'ajuda incondicional de persones que crec que han de ser anomenades.

Per començar, m'agradaria donar les gràcies a la meva tutora Encarna per l'ajuda que m'ha donat durant tot el procés de l'elaboració del treball, ajudant-me a buscar la bibliografia, aconsellant-me en tots els meus dubtes i sempre estant en plena disposició amb mi.

També m'agradaria agrair a la meva mare, la persona que m'ha ajudat en tot el que ha pogut. Però el més important animant-me en tot moment, ja que aquest no era un treball fàcil. I també a l'Alex per ajudar-me en l'elaboració del treball, sobretot en l'apartat d'anglès.

A continuació, m'agradaria nombrar a la meva parella pels seus ànims i la seva paciència.

Per finalitzar, m'agradaria donar les gràcies a la fundació AVES per la seva ajuda i consells en el millor moment, però, sobretot, per la seva amabilitat i comprensió, a la senyora Neus Ballesteros.