

Gestión del Duelo en Situaciones de Emergencia y Catástrofe

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Psicología de Supervivencia

Etiquetas: Sin etiquetas

Gestión del Duelo en Situaciones de Emergencia y Catástrofe

El duelo en contextos de emergencia presenta características únicas que lo diferencian del duelo en circunstancias normales. La pérdida puede ser múltiple (varios seres queridos simultáneamente), ambigua (desaparecidos sin confirmación de muerte), ocurrir sin posibilidad de despedida ni rituales funerarios, y en un entorno donde la supervivencia inmediata compite con el procesamiento emocional. La investigación de Stroebe y Schut (Modelo de Proceso Dual, 1999) y los trabajos de Neimeyer sobre reconstrucción de significado (2001) proporcionan marcos teóricos validados para entender y acompañar este tipo de duelo.

Particularidades del duelo en emergencias

El duelo en contextos de catástrofe difiere del duelo convencional en varios aspectos que complican su elaboración:

Duelo aplazado: Cuando la supervivencia inmediata exige toda la energía disponible, el procesamiento del duelo se pospone. Esto es adaptativo a corto plazo (el cerebro prioriza la supervivencia), pero puede generar un «efecto rebote» emocional cuando la amenaza cesa: reacciones de duelo intensas semanas o meses después, cuando ya «debería» estar superado según el entorno social.

Pérdida ambigua: Concepto acuñado por Pauline Boss (1999): cuando no hay confirmación de muerte (desaparecidos, cuerpos no recuperados), el duelo queda en suspenso. La persona oscila entre esperanza y desesperanza, sin poder cerrar el proceso. Las familias de desaparecidos en desastres naturales presentan niveles de depresión y ansiedad significativamente mayores que las que tienen confirmación de fallecimiento.

Duelo múltiple: La pérdida simultánea de varias personas cercanas sobrecarga la capacidad de procesamiento emocional. No se puede elaborar cada duelo por separado: se entrelazan, se confunden y se amplifican mutuamente. Esto puede generar culpa del superviviente y sensación de que honrar a uno implica olvidar a otro.

Ausencia de rituales: Los rituales funerarios (velatorio, entierro, funeral) cumplen funciones psicológicas cruciales: confirman la realidad de la muerte, facilitan la expresión emocional colectiva y marcan el inicio del proceso de duelo. En emergencias, estos rituales suelen ser imposibles, lo que deja al doliente sin estructura para su dolor.

Duelo no reconocido socialmente: En emergencias masivas, puede haber presión social para «ser fuerte», «seguir adelante» o priorizar a los vivos sobre los muertos. El duelo individual queda invisibilizado por la

magnitud de la catástrofe. Kenneth Doka (1989) denominó esto «duelo desautorizado»: dolor legítimo que el entorno no valida.

El Modelo de Proceso Dual de Stroebe y Schut

Este modelo, el más aceptado actualmente en psicología del duelo, describe cómo las personas oscilan entre dos orientaciones:

Orientación a la pérdida: Momentos en que la persona se centra en el dolor: llorar, recordar al fallecido, experimentar la añoranza, revisar recuerdos. Es necesario y saludable, pero la permanencia constante en esta orientación puede derivar en duelo complicado.

Orientación a la restauración: Momentos en que la persona se centra en adaptarse a la nueva realidad: asumir nuevos roles, resolver problemas prácticos, reconstruir la identidad sin el fallecido. En supervivencia, esta orientación puede dominar por necesidad, pero no debe interpretarse como falta de afecto.

Oscilación saludable: El duelo adaptativo implica moverse entre ambas orientaciones. Una persona que solo llora y no funciona necesita ayuda para activar la orientación restauradora. Una persona que solo funciona y no siente necesita espacio seguro para la orientación a la pérdida. Ambos extremos son preocupantes si se mantienen más de 6 meses.

En contextos de supervivencia, la orientación a la restauración suele predominar por necesidad. El ayudante debe crear espacios —aunque sean breves— para que la orientación a la pérdida pueda expresarse: un momento de silencio, un ritual improvisado, una conversación privada.

Intervenciones prácticas de apoyo al duelo en emergencias

Basadas en las guías de la OMS para apoyo psicosocial en emergencias y la evidencia de Neimeyer y Holland (2015):

Rituales improvisados: Crear rituales sustitutivos cuando los convencionales no son posibles: encender una vela, dedicar un momento de silencio colectivo, escribir una carta al fallecido, colocar una piedra o un objeto simbólico en un lugar significativo. Los rituales no necesitan ser religiosos para ser terapéuticos: su función es marcar la pérdida y darle un espacio compartido.

Facilitar la narración cuando sea deseada: Si la persona quiere hablar del fallecido, escuchar activamente. Preguntar por la persona (no solo por su muerte): «¿Cómo era?», «¿Qué te gustaba de él/ella?». Contar la historia del fallecido honra su memoria y facilita la integración de la pérdida en la narrativa vital del superviviente.

Validar sin cronómetro: No existe un «tiempo correcto» para el duelo. La expectativa social de «superar» la pérdida en semanas es irreal y dañina. Comunicar: «No hay forma correcta o incorrecta de vivir esto» y «Cada persona tiene su propio ritmo». Bonanno (2009) demostró que las trayectorias de duelo son enormemente variadas y todas pueden ser saludables.

Atender necesidades prácticas: El duelo en emergencia coexiste con necesidades de supervivencia. Ayudar con lo práctico (comida, refugio, gestiones) libera recursos cognitivos para el procesamiento emocional. Un doliente que no ha dormido ni comido no puede elaborar su duelo.

Mantener conexiones sociales: El aislamiento amplifica el duelo patológico. Facilitar la conexión con otros supervivientes, especialmente los que han experimentado pérdidas similares. Los grupos de apoyo entre pares (peer support) tienen evidencia sólida en contextos de catástrofe (Vernberg et al., 2008).

Duelo complicado: cuándo la ayuda profesional es imprescindible

El duelo complicado (también llamado trastorno de duelo prolongado, incluido en CIE-11 y DSM-5-TR) afecta al 7-10% de los dolientes en circunstancias normales, pero la prevalencia aumenta al 20-30% tras desastres masivos (Shear et al., 2011):

Criterios de alarma: Añoranza incapacitante que persiste más de 6 meses (12 meses en DSM-5-TR), dificultad significativa para aceptar la muerte, incapacidad para retomar la vida cotidiana, evitación extrema de cualquier recordatorio del fallecido o, al contrario, búsqueda compulsiva de proximidad (visitar el lugar de muerte repetidamente, negarse a mover las pertenencias).

Factores de riesgo específicos de emergencias: Muerte violenta o súbita, imposibilidad de ver el cuerpo, pérdidas múltiples, separación previa del fallecido en conflicto (discusión no resuelta, relación ambivalente), falta de apoyo social, antecedentes de trastorno mental, y ser menor de edad o anciano.

Tratamiento con evidencia: La Terapia de Duelo Complicado de Shear (CGT) combina elementos de terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal. Tiene una eficacia del 51% frente al 28% de la terapia interpersonal sola en ensayos controlados. La exposición narrativa revisada y la terapia EMDR también muestran resultados prometedores en duelo traumático.

Importante: El duelo no es una enfermedad. La mayoría de personas elaboran sus pérdidas sin intervención profesional, incluso en contextos de catástrofe. Solo se debe derivar a profesionales cuando el sufrimiento es desproporcionado, persistente e incapacitante. Patologizar el duelo normal es tan dañino como ignorar el duelo complicado.

 **Advertencia:** Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.