



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS PARA AFRONTAR EL DUELO (LA
VIUDEZ) EN LA VEJEZ**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

JAIMES TORRES MARÍA DEL CARMEN

DIRECTOR:

MTRO. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VILLEGAS

COMITÉ DE TESIS:

DRA. VERÓNICA MORENO MARTÍNEZ

LIC. ALBERTO ANTONIO RAMÍREZ VILLA

LIC. EDGAR ALEJANDRO CHÁVEZ ORTEGA

LIC. CARLOS OMAR VÁZQUEZ GARCÍA



CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción.....	5
Capítulo 1 Envejecimiento.....	6
Etapas del Ciclo Vital.....	6
Envejecer	6
Características de la vejez.....	9
Población de adultos mayores	10
Teorías del Envejecimiento	11
Dimensión biológica de la vejez y envejecimiento.....	12
Dimensión psicológica de la vejez y envejecimiento.....	13
Dimensión social de la vejez y envejecimiento.	13
Cambios sociales del envejecimiento.....	14
Envejecimiento en México	15
Actitud ante la Vejez.	16
Relaciones interpersonales de la vejez.....	17
Relación de pareja.	17
Amor y Sexualidad	18
Matrimonio y la Familia.....	19
Viudez	21
Afrontamiento de la viudez en los adultos mayores	22
Capítulo 2 Duelo y Muerte	25
Duelo.....	25
Fases del duelo.....	27
Duración y alteraciones en el duelo.	30
Alteraciones fisiológicas.....	31
Alteraciones Conductuales	31
Alteraciones Afectivas	33
Alteraciones Cognitivas.....	37
Modelos de duelo.....	38
Modelos de duelo como enfermedad.....	38
Modelos biológicos de duelo	39
Modelos psicodinámicos	40
Modelos Cognitivos.....	41
Modelos de duelo como crisis vital.....	42

Modelos fenomenológicos y existencialistas	43
Tipos de duelo	44
Duelo normal.....	45
Duelo patológico.....	46
Otros tipos	47
Duelo y depresión.....	48
Perspectiva de la muerte.....	49
Duelo en la vejez	51
Capítulo 3 Herramientas para afrontar el duelo.....	53
Principios básicos de asesoramiento en el proceso de duelo.....	53
Tareas y desafíos del duelo	55
Acompañamiento, asesoramiento y terapia.....	57
Acompañamiento.....	58
Asesoramiento.....	59
Terapia.....	61
Técnicas para tratamiento del duelo	64
Afrontamiento del duelo.....	66
Afrontamiento del duelo en personas mayores.....	67
Ajuste de roles	68
Grupos de apoyo en personas mayores	68
Diseño de sesiones: objetivos terapéuticos y estrategias	70
La participación social de la persona mayor viuda	71
Aspectos relevantes en el proceso del duelo en la persona mayor	72
Intervención en el duelo.....	74
Psicología.....	77
Tanatología.....	80
Logoterapia.....	81
Resiliencia.....	83
Conclusiones.....	85
Referencias.....	87

Introducción

La vejez es una etapa de la vida por el cual la mayoría de las personas pasan, se presenta un deterioro progresivo del organismo, donde interviene la genética, el estilo de vida, la salud y el ambiente.

La población mundial está envejeciendo cada vez más, la mayoría de los países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre los que se encuentran: el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales

Un factor importante son las relaciones interpersonales en la vida de la persona mayor sobre todo con su pareja ya que al ser la última etapa del ciclo vital se vive la muerte del ser querido por lo que se experimenta lo que se conoce como duelo que si no es tratado puede convertirse en una depresión patológica.

Adaptarse a una pérdida afectiva, funcional, social u otra, requiere de un proceso de elaboración de duelo, que permita concretar la adaptación a una condición de vida en algún aspecto diferente a la experiencia acostumbrada durante un periodo de tiempo importante.

Por lo que se propone el uso de diversas técnicas y herramientas así como alternativas para identificar y tratar los problemas que aparecen en la persona que sufrió la pérdida. Además de algunas estrategias psicológicas que coadyuvan al afrontamiento de la pérdida, que si bien se tratan de eventos inesperados y que es casi imposible estar preparados para vivenciarlos sin ningún tipo de conflicto, para de esta manera desarrollar elementos cognitivos y afectivos imprescindibles en la cotidianidad de las personas.

Capítulo 1 Envejecimiento.

Etapas del Ciclo Vital

Una persona, cuando nace, empieza a adquirir habilidades de supervivencia y socialización, de la misma forma sus características biológicas van cambiando dependiendo de la etapa donde se encuentra el individuo. Es decir, cada día se convierte en una nueva oportunidad (Martínez, 2007).

Erik Erikson (2000), psicólogo freudiano postuló la existencia de ocho fases del desarrollo que sucedían a lo largo del ciclo vital; infancia, niñez temprana, edad de juego, edad escolar, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Cada estadio comprende ciertas tareas o funciones que son psicosociales por naturaleza, los procesos a través de cada una de ellas están determinados en parte por los fracasos en los estadios precedentes. Cada estadio tiene también un tiempo óptimo para alcanzarse no es posible acelerar ni enlentecer el ritmo porque hay un tiempo para cada tarea o función.

Por lo que el ciclo de vida, tiene un inicio y un final. Ese transcurso de tiempo es donde el organismo lleva a cabo diversas funciones, ya sea como: alimentarse, respirar, reproducirse, entre otros (Torres, 2011).

El ciclo de vida en el humano está compuesto subjetivamente de etapas las cuales describen los cambios del individuo en el transcurso de su desarrollo, cada etapa tiene un papel importante porque cada una influye de forma notable en la vida de las personas. Las etapas del ciclo de vida son: la Prenatal, Infancia, Adolescencia, Juventud, Madurez joven, Madurez Adulto y Vejez (Torres 2011).

Envejecer

El envejecimiento es un suceso que pasa a través del tiempo en la vida de cada persona (esta empieza a sumar años), por lo tanto, el envejecimiento se puede entender como un estado de una persona de edad avanzada (Secretaría de Salud, 2015).

Se ha llegado a establecer que uno envejece como ha vivido, lo cual significa que cada persona enfrenta de manera singular, individual y única este período y, por consiguiente, depende de su historia personal. Durante este proceso ocurren ciertas regularidades que han sido estudiadas por Erik Erikson, uno de los pioneros de la teoría del ciclo vital, al considerarla como la etapa final de la vida.

Como mencionan Ocampo y Lodoño (2007), el envejecimiento es un proceso natural, universal que ocurre en todos los seres vivos y se caracteriza por ser irreversible, progresivo, heterogéneo, deletéreo y multifactorial tiene lugar durante la última etapa del ciclo vital en donde hay una disminución progresiva de la reserva en la capacidad funcional y en consecuencia una menor habilidad de adaptación a factores del medio ambiente, es una etapa de máxima vulnerabilidad en los aspectos físico, psíquico y social, que puede progresar y convertirse en un anciano frágil, el cual se caracteriza por la pérdida de la funcionalidad, fuerza y reserva fisiológica, con una mayor posibilidad de ser vulnerable a enfermedades y morir. La mayoría de las definiciones incluyen un deterioro en la movilidad, fuerza, resistencia, nutrición y actividad física como sus principales componentes.

El envejecimiento constituye un fenómeno de la población e individual. Como fenómeno de la población expresa el éxito de la humanidad, dado que representa el resultado de los descubrimientos humanos y de los avances en higiene, nutrición, tecnología médica y conquistas sociales, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2011). Como fenómeno individual, el envejecimiento constituye una materia de estudio bio-psico-social, es decir, el envejecimiento humano no puede describirse, predecirse o explicarse sin tener en cuenta los tres aspectos principales del mismo: el biológico, el psicológico y social (Cortés, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento se define como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio, el ritmo a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un

mismo individuo o en distintos individuos no son iguales Es aquel proceso continuo heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad vital de adaptación de forma progresiva.

Según Ollar (1997) el envejecimiento “Es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales” (pag 3). Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1974 define como envejecimiento del individuo a un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida. Se sabe que el proceso de envejecimiento es progresivo, asincrónico, individual y universal, este último porque afecta a todos los seres vivos.

Por esta razón el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo del punto de vista cronológico sino debe tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en el

A medida que las personas envejecen se van haciendo cada vez más diferentes unas de otras, aunque existen ciertos patrones de envejecimiento propios de cada especie; el proceso ocurre en forma no homogénea entre los distintos individuos de la misma especie y generalmente en algunos aspectos se envejece antes que otros. Lo físico y lo anímico, por ejemplo, no declinan necesariamente en la misma forma (Ocampo & Lodoño, 2007).

Características de la vejez

En nuestra sociedad la vejez se relaciona con la jubilación oscilando así la edad entre los 60 y los 65 años. Para definir la edad efectiva de una persona se debe tener en cuenta cuatro tipos de edad:

- Cronológica - número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona
- Biológica – determinado por el grado de deterioro de los órganos
- Psicológica – representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación
- Social – establece el papel individual que desempeña en la sociedad en la que se desenvuelve

Cuando una persona que entra a la etapa de la vejez se presenta un declive de las fuerzas físicas, de la perspicacia sensorial, de la capacidad de aprendizaje, de la rapidez de reacción, de la memoria, entre otros. En aspectos emocionales el estado en que cada uno hace frente a su envejecimiento será el conjunto de condiciones de educación, de personalidad y del sentido de la existencia (Gonzales, 2005).

Entre los cambios físicos y fisiológicos encontramos que se produce un deterioro del sistema nervioso provocando lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos, aumenta la posibilidad de manifestar enfermedades que afectan a los distintos sistemas del organismo como son las cardiovasculares, respiratorios, digestivos, músculo-esqueléticos, el sistema inmunológico se debilita, se producen déficit sensoriales de vista y oído, en el sistema urinario los riñones reducen eficacia para eliminar los desechos y los medicamentos, también aumenta la posibilidad de incontinencia urinaria.

Como mencionan Henríquez y Núñez (2005) existen cambios psicológicos y cognitivos, existe una predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión que pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía, a los aspectos sociales como la jubilación, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad, a la muerte, y como consecuencia se produce un mayor

aislamiento social. También se dan modificaciones en los procesos cognitivos tales como la atención, la memoria, la percepción, la orientación, el tiempo de reacción y otras funciones cognitivas debido a posibles patologías asociadas como la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson

La vejez no viene por azar, más bien es producto de cumplir un estilo de vida saludable, así como lograr un manejo inteligente de situaciones difíciles, conflictos y el estrés (Torres, 2011)

Población de adultos mayores

En la actualidad existen diversos intentos por explicar el proceso de envejecimiento poblacional, algunas de estas explicaciones acerca del aumento de la edad en la población es la propuesta por Uhlenberg (2013):

- a) La composición de la edad de una población está determinada por la tasa de fertilidad y la tasa de mortalidad

El declive en la fertilidad es el principal factor de envejecimiento de una población, cuando la tasa de nacimientos en un país disminuye, la proporción de niños se reduce y la proporción de adultos aumenta. El decremento de los niveles de mortalidad en la edad adulta incrementa la proporción de adultos mayores en una población. La disminución de las tasas de mortalidad en la edad adulta se convierte en la principal razón para el aumento de los niveles de esperanza de vida, lo que contribuye a un mayor envejecimiento de la población.

- b) La migración internacional de cada país contribuye al aumento de la población adulta mayor.

México es considerado un país de cruce o de paso para los migrantes latinoamericanos, por lo que la influencia de la inmigración en la composición de la edad para la población mexicana no tiene un impacto importante como otros países.

El envejecimiento global también está influido por otros factores como el sexo, la OMS expone que la población que compone a la gran mayoría de los adultos mayores son mujeres, esta población tiene una expectativa de vida de 18 años después de los 65 años.

Según el Instituto Nacional de Geriátría (2013) envejecer condiciona importantes impactos en la economía de las familias, estudios al respecto indican que una familia con una persona mayor consume 50% más de los recursos en salud debido a la presencia de patologías crónicas que presentan las personas de este grupo de edad.

Como menciona el Instituto Nacional de Salud Pública (2021) un acelerado crecimiento de la población de adulto mayor representa una problemática para los diferentes sectores gubernamentales, debido a que no se ha desarrollado ni la infraestructura necesaria para garantizar el bienestar de este sector de la población, ni la capacidad humana para atender profesionalmente sus muy diversas demandas.

Teorías del Envejecimiento

Dada la gran complejidad de los cambios en el envejecimiento, no nos puede sorprender que se hayan propuesto numerosas teorías para explicar este proceso. La mayoría de los investigadores creen que se produce por un proceso acumulativo de interacciones entre las distintas influencias a lo largo de la vida (Corujo, 2007).

La mayor parte de los organismos muestran un declive relacionado con la edad en la capacidad funcional. Tanto el envejecimiento como la muerte son propiedades biológicas de todos los organismos. La biología se centra en la medición de la naturaleza y grado de cambio debido al envejecimiento, con la pretensión de entender cómo se produce y se controlan estos cambios, y para aprender cómo pueden modificarse o mitigarse los efectos del envejecimiento.

En general, existen dos tendencias aparentemente opuestas. Por una parte, un conjunto de teorías afirma que el envejecimiento es un hecho "programado", lo cual supone que el envejecimiento depende de "relojes biológicos" que regularían la cronología de la longevidad, por ejemplo, mediante genes que se activan y desactivan secuencialmente. Otro grupo de teorías, por el contrario, sostiene que no hay nada de programado en el envejecimiento, sino que éste sobreviene por un proceso estocástico de acumulación de daños.

Algunos autores reclaman la conciliación de ambas tendencias, contemplando el fenómeno global como un conjunto de interacciones complejas de origen intrínseco (genético), extrínseco (ambiental) y estocástico (daño aleatorio a moléculas vitales). Según Carlson y Riley (1998), el proceso que debe explicar las teorías del envejecimiento es complejo, difícil de definir, degenerativo y responsable de una progresiva pérdida de función y del aumento del riesgo de muerte

Existen diversas teorías que tratan de explicar el fenómeno del envejecimiento, las de carácter biológico y sociológico son las que mayor impacto han tenido. Las teorías biológicas atribuyen el declive al deterioro de las funciones celulares a la acción de determinados factores o sustancias sobre estas. Mientras que las teorías sociológicas pretenden dar sentido dentro de un marco social y tratan de explicar cómo los adultos mayores se adaptan durante la última etapa de su vida a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuestas a los problemas que se les presentan y como asumen las pérdidas y frustraciones que estos les genera.

Dimensión biológica de la vejez y envejecimiento.

Cuando se habla de la vejez en el aspecto biológico se entiende que son los cambios físicos en la persona como la pérdida de elasticidad en los movimientos, el decrecimiento de la capacidad de la percepción como la visión y la audición, se empiezan a tener enfermedades relacionadas con la edad entre otras características (Gonzales, 2005). Por ejemplo, una persona joven que se encuentra entre los 18 – 25 años de edad puede practicar de manera profesional un deporte

por las habilidades que desarrolla pero cuando esta persona llega a la edad de 65 años o más pierde la movilidad, sincronización y fuerza para elaborar el deporte, al igual que un golpe que era insignificante antes ahora en su vejez puede ser muy grave.

Incluye una definición de la vejez desde la función del patrón de referencia cronológica y a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.

Dimensión psicológica de la vejez y envejecimiento.

El aspecto psicológico aparte de los cambios cognitivos en la persona como lo son la pérdida de memoria, la concentración, la percepción del tiempo, está el estado emocional de la persona adulta que se basa en cómo se siente consigo mismo y con los demás (Fernández, 2009). Al decir cómo se siente consigo mismo se relaciona con la percepción o aceptación de la etapa por lo que puede ser positiva (el disfrute de esta etapa como algo cotidiano) o el sufrimiento de la misma (el rechazo o miedo a ser viejo) mientras que el estado emocional con los demás se refiere a los vínculos afectivos de la persona mayor como la pérdida de su pareja, algún ser querido o el compañerismo de su familia.

Incluye también los cambios en los procesos psicológicos básicos y la que se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios

Dimensión social de la vejez y envejecimiento.

El aspecto social en la vejez es como el contexto cultural donde se encuentra o vive la persona mayor acepta las ideas de la sociedad relacionadas con esta etapa de la vida, es decir, en el mundo actual la palabra “viejo” o “anciano” tiene una fuerte connotación, gracias a la cultura y creencia que sigan. Las actitudes influyen en el modo de comportarse de los individuos, durante la última etapa, la de la vejez, se toma en cuenta el medio en el que vive la persona, sus normas y los obstáculos de tipo material que representan, hay tres aspectos que influyen en el

adulto mayor en la forma que se desarrollan, la salud, economía y apoyos sociales (Gonzales, 2005).

Esta dimensión parte del estudio sociodemográfico que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos, la sociopolítica que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores y la economía política que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

Cambios sociales del envejecimiento

En el estudio del envejecimiento es importante denotar la dimensión social y su impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores, Charles y Carstensen (2009) refieren que personas que perciben a sus amigos y familiares como un apoyo durante momentos difíciles tienen una mayor sensación de significado en sus vidas, es decir viven sus vidas con mayor propósito. De la misma forma las personas con redes sociales más amplias manifiestan mayor bienestar emocional y logran responder de manera más eficaz a los retos de la vida cotidiana.

Los seres humanos son sociales por naturaleza y tener un grupo de personas que pueden proporcionar de forma constante apoyo emocional es una parte esencial de la calidad de vida. Aunque el deseo de relaciones significativas no parece cambiar con la edad si lo hace la disponibilidad, la flexibilidad de la red disponible. Los cambios en el apoyo social tamaño de la red y la organización son uno de los mejores efectos documentados en la literatura del envejecimiento (Molton & Jensen, 2010).

La importancia de las redes sociales en el envejecimiento radica en que los adultos mayores participan en sus redes sociales estableciendo mayor aproximación emocional, creando redes sociales con mayor intimidad lo que beneficia su salud emocional. Además se ha demostrado que la participación en actividades colectivas influye en el mantenimiento cognitivo en comparación con las actividades solitarias que se asocian a un mayor declive cognitivo en los adultos mayores.

Envejecimiento en México

México, como parte de los países en plena transición demográfica, experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento poblacional, sin embargo, éste será desigual en las entidades federativas en cuanto a su magnitud y ritmo, debido a los cambios en la fecundidad y mortalidad y al efecto de la migración.

El proceso de envejecimiento, hablando demográficamente, consiste en el incremento gradual del número absoluto y relativo que las personas envejecidas representan en la población total de la importancia relativa de los demás grupos de edad (Partida, 1999). Este cambio en la estructura por edades es consecuencia de la transición demográfica, la cual, alude al proceso que experimentan las poblaciones al pasar de un régimen de alta fecundidad y mortalidad a otro en el que ambas variables toman niveles bajos y controlados

Según González (2015) la Ciudad de México es la entidad más envejecida de México, las personas en edades avanzadas representan 13.36 por ciento de la población total, seguida por estados con proporciones mayores a diez por ciento, como son Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango. No obstante, en los próximos años todas las entidades del país avanzarán en este proceso, algunas a ritmos más acelerados que otras.

De esta manera, pese a que la población mexicana continúa siendo predominantemente joven, no puede soslayarse el hecho de que va hacia una población más envejecida, transición que inició a mediados de los años noventa y continuará durante toda la mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada (Zúñiga & García, 2008).

Así como menciona González (2015) para 2030, la ciudad de México, será una población envejecida (20.45% de su población tendrá 60 años y más), mientras que el resto de los estados se encontrarán en proceso de transición, con proporciones de adultos mayores entre 10.63 y 16.47 por ciento.

La situación del adulto mayor en México se caracteriza por la intersección entre las problemáticas de salud asociadas a la vejez, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales que se observa tanto en entornos rurales como urbanos.

Actitud ante la Vejez.

Los seres humanos se desarrollan en un contexto. Su historia es una muestra de cómo un adulto en particular puede afectar y ser afectado por condiciones sociales cambiantes. Cuando se alcanza la adultez media o la vejez la delimitación de períodos del ciclo de vida varía con respecto a diferentes épocas y las diversas sociedades. La forma única en que cada persona interactúa con el mundo y expresa pensamientos y emociones desarrolla los cambios que ocurren en el mundo social de un individuo con respecto a sus relaciones interpersonales, la elección del estilo de vida, el trabajo y el ocio (Cortés, 2010).

Cada persona tiene una forma y un momento muy particular de envejecer, incluso en una misma persona no todos los órganos envejecen en forma proporcional. Esto está muy relacionado con la genética ya que de alguna manera cada individuo tiene un tiempo o expectativa de vida predeterminada que podrá o no alcanzarse según el estilo de vida que haya tenido, así como la calidad de vida disfrutada (Martínez, 2007).

Cuando un adulto mayor puede optimizar todos sus recursos biológicos, conductuales, y sociales compensando sus déficits en la vejez se le conoce como un envejecimiento exitoso (Havighurst, 1961). De este modo encontramos dos condiciones importantes durante el proceso de envejecimiento, la primera se caracteriza por la presencia de detrimento físico, cognitivo y social y la segunda se caracteriza por el mantenimiento de la salud mental y física.

Por otro lado, el envejecimiento activo emergente como un concepto que según la Organización Mundial de la Salud refleja la importancia de los factores

psicológicos psicosociales y sociales en la elaboración de intervención para fomentar la adaptación al envejecimiento (Mendes 2013).

Relaciones interpersonales de la vejez

Relación de pareja.

Las relaciones de pareja, se convierte en un componente básico de la naturaleza humana por la necesidad de establecer lazos o vínculos emocionales con otras personas.

La relación de pareja ha sido identificada como uno de los vínculos centrales dentro de la red de apoyo social de las personas mayores y entre aquellos que les proporcionan los mayores niveles de satisfacción. Este tipo de relaciones, que forman parte de dicha red, brindan diversas formas de ayuda e impactan notablemente sobre el bienestar integral. Asimismo, asumen una importancia fundamental ya que proveen sentido a la vida de sus miembros, aportan retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud y propician una serie de actividades personales que se asocian positivamente con sobrevivencia (Sluzki, 1996) y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud.

La presencia de vínculos emocionales con una pareja es un factor que contribuye a una adaptación óptima de la persona durante toda vida adulta. Estos beneficios se extienden en a las últimas décadas de la vida. Las personas mayores que poseen este tipo de vínculo disfrutan, en general, de una mejor salud física y mental, una mejor situación económica, menores probabilidades de tener hábitos perjudiciales para la salud y, sobre todo, disponen de un elemento fundamental de apoyo instrumental y emocional lo que a su vez se relaciona con unos mayores niveles de bienestar psicológico (Yalom, & Carstensen, 2002).

Entre las funciones que cumplen las relaciones que brindan apoyo se hallan la compañía social, (ya sea a partir de efectuar tareas de manera conjunta o del simple hecho de estar uno al lado del otro) el apoyo emocional, (implica mayor

intimidad, posibilitando el acercamiento emocional, afectivo y la comprensión) la guía cognitiva y consejos (información, modelos de rol), regulación social (a fin de corregir las posibles desviaciones de las normas) y la ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos (Sluzki, 1996).

Amor y Sexualidad

Respecto al amor, Sternberg (1989) lo describe como una de las emociones humanas más deseables e intensas que implica tres componentes interrelacionados: intimidad, pasión y compromiso, los cuales varían dependiendo del momento histórico y la cultura. En esta medida, es esperable que la vivencia del amor en la persona mayor sea diferente a la de las parejas jóvenes, no obstante el vínculo emocional en la vejez es tan importante y beneficioso como en cualquier otra. Respecto a la sexualidad existe una visión negativa donde la sociedad encasilla al adulto mayor como carente de sexualidad.

En lo que respecta a la sexualidad, constituye un aspecto de gran importancia en relación con la pareja en cualquier etapa de la vida, su exploración y abordaje en la vejez han sido tradicionalmente relegados y su estudio recién se ha desarrollado en las últimas décadas, se ha comprobado su relación con la salud, el nivel de estrés y la calidad de vida en esta etapa de la vida (Wang, Chen, & Yu, 2008).

El potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aun cuando sea alterado por los cambios propios del envejecimiento (Cedeño, Cortés, & Vergara, 2006). Algunos de los mitos más comunes respecto a la sexualidad en la persona mayor, se refieren a aspectos como: una menor actividad sexual a medida que avanza la edad, la falta de deseo y atractivo, la asociación del sexo con la reproducción, así como la negación del deseo sexual a la mujer mayor. Contrariamente a lo que se cree sobre la sexualidad en la vejez esta tiene un

impacto importante en el adulto mayor ya que, es una de las maneras en las que expresa su afecto a su pareja sin la necesidad de reproducirse.

Una investigación relevante sobre la sexualidad en los adultos mayores es la de Iacub (2006) que centró su análisis en el erotismo, incluyendo el deseo y el amor, como una infinita variedad de formas posibles de lograr placer. Esta consideración de la sexualidad en un sentido amplio no presenta obstáculos ni limitaciones para su práctica y desmitificar la posibilidad de una vejez que impida su ejercicio. Es así como en los casos en los que los problemas de salud limitan o impiden ciertas prácticas sexuales, como la penetración, el mantenimiento de la intimidad física a través de los abrazos y de tocarse resultan fundamentales para el bienestar (Gott, & Hinchliff, 2003).

Según López Sánchez (2005) los adultos mayores tienen las mismas necesidades interpersonales que los jóvenes y los adultos aunque la forma de satisfacer pueda ser diferente. Estas incluyen el sentirse queridos, reconocidos y valorados, el disponer de una red de relaciones que le brinden, el apoyo y la sexualidad, entendida como la necesidad de caricias mutuas, besar y ser besado, explorar y ser explorado, excitarse el uno al otro, disfrutar del placer sexual y fundamentalmente de la intimidad tanto corporal como afectiva.

Matrimonio y la Familia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la familia es la célula bio-social en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional, y las relaciones con la comunidad. Entre las funciones esenciales de la familia figuran la procreación de los hijos y el fomento del bienestar físico y mental de sus miembros. El concepto de ciclo vital familiar forma un importante marco de referencia que permite seguir el historial de una familia, a lo largo de las diversas fases de evolución desde su formación hasta su extinción.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha definido la familia como el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, así mismo define al grupo familiar como al limitado a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. El concepto de hogar se funda en arreglos hechos por personas individualmente o en grupo para procurarse alimentos y otras cosas necesarias para la vida. Las personas agrupadas pueden reunir sus ingresos y tener un presupuesto común en mayor o menor proporción, pueden tener parentesco o no, o estar compuesto el grupo por unos y otros.

Ciclo de la vida familiar de acuerdo con el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Está dividido en 6 etapas:

Etapas 1: Formación o matrimonio

Etapas 2: Fase de extensión. Desde el nacimiento del primer hijo al nacimiento del último.

Etapas 3: Fase de extensión completa. Desde el nacimiento del último hijo, hasta que el primero se va de la casa.

Etapas 4: Fase de contracción. Desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último.

Etapas 5: Fase de contracción completa. Desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de uno de los cónyuges.

Etapas 6: Fase de disolución familiar. Se inicia con la muerte de uno de los cónyuges.

El matrimonio y en especial el de largo término ha sido extensamente investigado, comprobándose que en la vejez se asocia positivamente con la salud mental y física, así como con el bienestar económico (Sweeney, & Replogle, 2002).

Ante la pregunta de los factores que contribuyen a la estabilidad de los matrimonios de larga duración; se puede decir que son muy diversos los que intervienen, tales como el amor y la forma de expresarlo, la comunicación,

la satisfacción y las estrategias que se utilizan para mantener la relación. Es importante entender que estos factores no son aislados, sino que se relacionan entre sí y evolucionan según se desarrolla la relación de pareja (Rojas, 2015).

Según Iacub (2006), el amor en los jóvenes se encuentra más vinculado a la rapidez, la prepotencia y al fingimiento, mientras que en los adultos mayores hay una mayor aceptación del otro y menor omnipotencia por estar más asociado a la carencia, a la soledad, a la dificultad y a expectativas menos idealizadas.

Viudez

La formación de una familia, a través del matrimonio, es uno de los eventos más importantes en el curso de vida de los mexicanos y esto se ha hecho evidente a través del estudio de las trayectorias familiares (Tuirán, 1996). Encontrar una pareja que te acompañe en los eventos más importantes de la vida, como el nacimiento de los hijos, el desarrollo personal, la generación del patrimonio familiar, entre otros, quizá sea uno de los privilegios más grandes que pueden encontrar las personas; por ello, hablar de la viudez cobra un especial significado (Solís & Puga, 2009).

A la viudez siempre se le asocia con aspectos negativos en la vida de las personas, máxime si estas se encuentran en la etapa de vejez (Montes de Oca, 2011).

Los estudiosos de la viudez mencionan que este evento tiene un significado diferente en función tanto de la etapa histórica que experimentan las poblaciones como de la etapa en el curso de vida de quien experimenta la viudez, así como del número de años que se vivieron como pareja, del género de quien vive la viudez, de la descendencia y número de la misma, de los recursos financieros de los cónyuges y, finalmente, de la memoria afectiva en la familia, la cual se genera a partir de la convivencia intergeneracional. (Tovar, 1999).

La viudez misma propicia depresión y una sensación de tristeza que se piensa sólo puede aliviarse con la muerte misma (Luoma & Pearson, 2002). La

viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Ussel (2001) opina que cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

El efecto viudez describe la mayor probabilidad de muerte o enfermedad que se puede experimentar en los duelos recientes por una pareja, en cualquier edad. Las razones van desde la falta de apoyo emocional, económico y social que pueda acentuar el estrés, los menores controles a nivel de la salud que ejercen los cónyuges, hasta la afección del sistema autoinmune (Iacub, 2014).

Las consecuencias de la pérdida de una pareja en la vejez, consideradas en un largo término, registran una notable variabilidad. Algunos elementos comunes emergen como la tristeza, el fijarse al fallecido, el humor depresivo, la identidad alterada, resultados de salud negativos, soledad y retiro de redes de apoyo (Glik, 1974 citado en Iacub, 2014). Hay también evidencia de estrés relacionado con el cambio de roles, especialmente aquellos que afectan los patrones de vida y la rutina diaria.

Afrontamiento de la viudez en los adultos mayores

Las personas viudas deben emocional e intelectualmente adaptarse a nuevos roles de solteros, que requieren cambios en las rutinas y en la vida cotidiana (Lund, 1989), así como hacer frente a posibles reducciones económicas y pérdidas de oportunidades a nivel del involucramiento social. Resulta importante señalar los cambios en la dinámica familiar que se reflejan en las relaciones con los hijos, pudiendo incrementar los niveles de dependencia del adulto mayor.

El duelo por viudedad, añade características especiales, puede aumentar la soledad, al mismo tiempo que la necesidad de figuras de apoyo o la dependencia de éstas, la sensación de desamparo. Es posible reiniciar una nueva etapa aunque ello está muy condicionado por las circunstancias externas y el estado de salud. Lo, habitualmente prolongado de la relación perdida configura la posibilidad de resituación y como en todas las edades, el tipo de vínculo tiene una repercusión, aquí matizada por la larga trayectoria de éste.

Se presentan diferencias de género en el modo de abordar la viudez. Los roles de confidentes y cuidadoras que suelen tener las mujeres pueden dejar en situación de vulnerabilidad a los varones cuando enviudan. La viudez femenina ha sido representada de maneras más complejas. Se ponen en juego una serie de variables entre las que se encuentran factores emocionales, sociales y culturales que tendrán una notoria incidencia en los grados de desorganización que se produzcan (Lopata, 1999, en Iacub, 2014).

Aun cuando los niveles de dependencia emocional es uno de los más importantes, también surgen cuando hay carencias económicas y pocas redes sociales. Lopata (1999) hace particular referencia a aquellas mujeres cuyo estatus dependía centralmente de su pareja, por lo que su pérdida puede llevar a que falten espacios sociales y proyectos, así como al aislamiento y soledad. Factores que determinarían la carencia de nuevas fuentes desde donde narrar su identidad. Uno de los modos de afrontar esta vivencia de pérdida es a través de la “santificación” del fallecido y de la vida con él, ya que permitiría darle sentido a la soledad y a la falta de nuevas posibilidades de pareja, sosteniéndose en un lugar relativo a su marido: si se casó con un santo, señala la investigadora, es porque ella es una mujer respetable.

Otra de las salidas son las viudas que “florecen” ya que sienten una “liberación” de las constricciones de su matrimonio. Son capaces de desarrollar nuevas relaciones, aprender nuevos desempeños o conocimientos y compartir actividades interesantes. Son mujeres que pudieron ser tradicionales y descubren un nuevo mundo en su viudez (Lopata, 1999).

Existe relación entre el duelo y la vulnerabilidad, tanto en lo físico como en lo emocional, y consecuencias con la muerte de una pareja por razones económicas, sociales y familiares. La capacidad de resiliencia de los adultos mayores en el duelo por la pareja es muy bajo al principio y luego de dos años o más, el viuda/a retorna a niveles similares de funcionamiento que las personas que no atravesaron el duelo (Iacub, 2014).

Capítulo 2 Duelo y Muerte

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de *lugere* que quiere decir llorar. En nuestro medio, duelo y luto suelen ser empleadas como sinónimos, aunque en realidad, duelo hace referencia a los sentimientos subjetivos y reacciones afectivas provocados por la muerte de un ser querido, mientras luto se referirá a la expresión social del comportamiento y a las prácticas posteriores a la pérdida (Olmeda, 1998).

Se tiende a pensar en el duelo sólo en el contexto de la muerte de un ser querido, pero también suele producirse como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros.

Sobrellevar la pérdida de un ser querido es uno de los mayores retos al que se enfrenta una persona. Se puede ver la pérdida como una parte natural de la vida, pero aun así nos pueden embargar el golpe y la confusión, lo que puede dar lugar a largos períodos de tristeza y depresión, por lo que es importante hacer hincapié en llevar a cabo un buen afrontamiento del proceso de duelo.

Las personas mayores enfrentan en la última etapa de su vida diversas pérdidas y sobrellevar las mismas es un reto difícil de afrontar y que puede acarrear consecuencias emocionales, físicas, espirituales, entre otras. Es por ello, la importancia de incidir en el afrontamiento del duelo en las personas mayores tras la pérdida del cónyuge, ya que es primordial que el individuo establezca estrategias eficaces para luchar con esos cambios físicos, sociales, familiares, laborales y psicológicos que experimentan una vez fallecido/a el/la cónyuge.

Duelo

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción

emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (García, 1993).

Para García (2012), el duelo es el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que suceden después de la pérdida de una persona con la que el/la sujeto estaba vinculado/a afectivamente. Existen a su vez una serie de conceptos relacionados que son:

- Luto (mourning en inglés): representa el proceso mediante el que se resuelve el duelo. En realidad, es un proceso psicológico, pero, tradicionalmente, en la mayor parte de las culturas, se ha asociado a signos externos que los familiares mostraban durante el tiempo que se suponía que se encontraban inmersos en este proceso.
- Sentimiento de pérdida (bereavement en inglés): es la situación afectiva predominante en situaciones de duelo.
- Elaboraciones duelo: serie de procesos psicológicos que conducen a aceptar la nueva del sujeto.

El duelo es la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida. Se manifiesta como un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional (Chávez, 2011).

El duelo es la reacción normal que tiene lugar como respuesta a una pérdida emocionalmente importante, como la muerte de un ser querido. La experiencia del duelo en cada persona es única y personal, tiene que ver con las actitudes. (Rodríguez Cano, 2013).

La teoría del apego propuesta por John Bowlby explica la estrecha relación de intimidad que se establece entre las personas. El ser humano se caracteriza por crear y cuidar los vínculos con otros. De la misma forma que estos vínculos se

forman, también se rompen y dan lugar a las pérdidas. Una vez que se da una pérdida significativa, se rompe la continuidad de la vida de aquel que la sufre. Por tanto el duelo, se puede concebir como el proceso que ayuda a recuperar la normalidad tras esta discontinuidad. El duelo, según este autor, es un conjunto de conductas que se producen en el superviviente cuando tiene lugar la ruptura de ese vínculo de apego, debido a la muerte de la otra persona (Rodríguez 2013).

La persona en duelo ha perdido a un ser querido y, por ello, se siente vacía, sin ganas de hacer nada, esta gran pérdida no afecta a la concepción que tiene la persona de sí misma (Jauregui ,2008)

Fases del duelo

En relación con las fases del proceso del duelo, cabe destacar que, siguiendo a Bowlby (1997), las cuatro fases del proceso de duelo son las siguientes:

- Fase de embotamiento de la sensibilidad: por lo general dura desde unas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y o cólera sumamente intensa. En lo general, se manifiesta por el desespero o la rabia.
- Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: dura algunos meses e incluso años. Cuando ocurre la consciencia real de la pérdida, las reacciones son: rabia, desespero, inquietud, insomnio, entre otras. La rabia, en general, se desata hacia otras personas, por medio de agresiones y acusaciones.
- Fase de desorganización y desesperanza: se pretende, por acciones contradictorias, conservar y deshacerse de las pertenencias que le recuerdan a la persona pérdida.
- Fase de mayor o menor grado de organización: comienza la aceptación de la pérdida y la necesidad de retomar sus actividades cotidianas. El recuerdo y la tristeza aún pueden estar presentes, lo que significa que el proceso no se encuentra totalmente concluido.

- Fase de mayor o menor grado de reorganización: se pretende por acciones contradictorias, conservar y deshacerse de las pertenencias que le recuerdan a la persona fallecida

El desarrollo clínico del duelo (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri & Martínez, 2008) pasa por tres fases:

1. **El inicio o primera etapa:** se caracteriza por un estado de choque, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico; en el ritmo cardíaco, náuseas o temblores. La primera reacción de la persona en duelo es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.
2. **Etapa central:** es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido. Existe una depresión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y que va a durar desde meses hasta años (en el caso de complicaciones en la elaboración del duelo). El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos.

El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo del estado depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.

3. **Etapas final:** es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.

Según Ceballos García (2014) El proceso de duelo se describe en las siguientes etapas:

1. **Impacto:** en este momento la persona evidencia la pérdida y puede durar desde algún instante a minutos o días.
2. **Negación:** la persona niega la realidad de la pérdida y se resiste a tomar conciencia de la realidad.
3. **Rabia y cólera:** las personas ante esta situación límite, reaccionan violentamente, generan violencia porque hay una situación inasumible.
4. **Tristeza:** se empieza a identificar la pérdida, se entra en una situación de soledad profunda, y de íntima conciencia de sufrimiento.
5. **Negación:** se inicia un proceso de aceptación se es consciente de la pérdida y realiza una negociación con quien cree, que puede darle

solución médicos, dios, recuerdos alternativos porque la pérdida se hace insoportable.

6. **Aceptación:** la persona asume que la pérdida se ha producido.

Duración y alteraciones en el duelo.

La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.

Se dice que el duelo termina cuando las tareas del proceso han sido finalizadas. Dos años es la fecha más aceptada. El hablar de la persona fallecida sin dolor es un indicador de que el duelo ha terminado. Hay personas que nunca completan el duelo reapareciendo la pena de vez en cuando.

La cantidad de tiempo invertido depende de muchas variables que interfieren y crean distintos patrones. La intensidad del apego al difunto (tipo de relación), intensidad del shock inicial, presencia/ausencia de la aflicción anticipatoria (cuando la persona tiene tiempo de afligirse previamente a la muerte del ser querido; p.ej., en casos de enfermedad crónica y muerte esperada), crisis concurrentes (problemas graves que se presenten simultánea-mente), obligaciones múltiples (crianza de los hijos, dificultades económicas, etc.), disponibilidad de apoyo social, características de la muerte (muerte súbita/muerte anticipada), situación socioeconómica, estrategias de afrontamiento y religiosidad son algunos de los factores que influyen en la duración del duelo.

El duelo es necesario y cumple una función de adaptación a una realidad completamente nueva para el deudo, permitiendo a este enfrentarse y ajustarse al medio sin el desaparecido (Soler, 1996). El duelo normal, abarca un amplio rango

de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida y que han sido enumeradas por Worden (2010):

Alteraciones fisiológicas

Estas sensaciones se presentan sobre todo en la fase aguda y aunque muchas veces se pasan por alto juegan un papel muy importante en el proceso del duelo, debiéndose prestar a cada una de ellas la atención que merezca en cada caso:

- Vacío en el estómago
- Opresión en el pecho y garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización
- Falta de aire
- Palpitaciones
- Debilidad muscular
- Falta de energía
- Dolor de cabeza y sequedad de boca
- Aumento de la Morbimortalidad

El duelo es un período de crisis, un estado de choque en todo el organismo que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabía portadora y que aparecen o se agravan durante el duelo. Otras veces, será una descompensación, en el curso del duelo, de una enfermedad crónica previa.

Alteraciones Conductuales

Son cambios en la forma de comportarse respecto al patrón previo, y su importancia radica en que tanto afectan al adecuado desenvolvimiento del ser en su mundo cercano y su relación con los demás (Rojas Posada, 2005). Las

siguientes conductas se presentan normalmente después de una pérdida y generalmente se corrigen solas con el tiempo.

- **Trastornos del sueño:** No es extraño que las personas que están en las primeras fases de la pérdida experimenten trastornos del sueño. Estos pueden incluir dificultad para dormir y despertar temprano por las mañanas. Suelen corregirse solos en los duelos normales, precisando a veces intervención médica. A veces, pueden simbolizar miedos, incluso miedo a soñar, miedo a estar en la cama solo/a y miedo a no despertarse.
- **Trastornos alimentarios:** Se pueden manifestar comiendo demasiado o demasiado poco, la disminución en la ingesta es una conducta que se describe con mayor frecuencia.
- **Conducta distraída:** las personas que han tenido una pérdida reciente se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera distraída y haciendo cosas que al final les producen incomodidad o les hacen daño.
- **Aislamiento social:** es frecuente que los deudos, durante el proceso de duelo, limiten sus contactos sociales a los estrictamente necesarios y eviten las relaciones con personas que antes frecuentaban.
- **Soñar con el fallecido:** Es muy normal tener sueños con la persona fallecida, tanto sueños normales como sueños angustiosos o pesadillas. En ocasiones esos sueños sirven para aportar alguna clave diagnóstica sobre la situación de la persona en el curso de su duelo.
- **Evitar recordatorios del fallecido:** Algunas personas evitarán los lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos. Pueden evitar el lugar donde murió el fallecido, el cementerio u objetos que les recuerden a la persona que han perdido. Cuando el deudo se “libra” rápidamente de todas las cosas asociadas con el fallecido, deshaciéndose de ellas o haciéndolas desaparecer de cualquier manera, puede derivar en un duelo complicado.
- **Llorar y/o suspirar:** El llanto constituye una manera muy natural de expresar el dolor y la tristeza sentida, es importante permitir su libre

expresión. El llanto frecuente suele disminuir con el paso de los días y la elaboración consciente de las tareas de duelo. Suspirar también es una conducta que se observa con frecuencia entre las personas en duelo, es un correlato a la sensación física de falta de aire.

- **Buscar y llamar en voz alta:** descrita tanto por Bowlby como por Parkes, cuando no se hace verbalmente se puede hacer de manera subvocal. Este tipo de búsqueda puede obedecer en muchos casos, a no aceptar totalmente el hecho de la muerte en sí y de su irreversibilidad desde el punto de vista físico, por lo que las medidas encaminadas a lograr la aceptación de lo ocurrido evitan la realización de conductas no adecuadas.
- **Llevar y atesorar objetos:** como medio para perpetuar la presencia del ser querido fallecido cerca de ellos, desvían su atención a objetos que lo relacionen con él, por lo que los mantienen cerca de manera permanente. Con esta medida, algunos logran aceptar lentamente la realidad de la muerte del ser querido y utilizan estos objetos para mitigar en parte su ausencia; sin embargo, si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso de duelo, pueden ser indicadores de un duelo complicado.
- **Visitar lugares que frecuentaba el fallecido:** esto es lo opuesto a la conducta de evitar los recuerdos de la persona, muchas veces destacar esta conducta refleja el miedo a olvidar al fallecido.
- **Hiper-hipo actividad:** algunas personas como expresión de su ansiedad mantienen una actitud inquieta permanente y un estado de atención a todo y a todos, lo que genera un agotamiento severo al poco tiempo.

Alteraciones Afectivas

Se refiere a los sentimientos, a lo emocional, el área donde con mayor frecuencia se encuentra el deudo en ese momento.

• **Tristeza:** Es el sentimiento más común y persistente en todo el proceso de duelo y el primero que reaparece cuando, tiempo después, se recuerda el hecho. Este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace así a menudo. Llorar es una señal que evoca una reacción de comprensión y protección por parte de los demás y establece una situación social en la que las leyes normales de conducta competitiva se suspenden (Parkes & Weiss, 1983). La tristeza suele presentarse junto con sentimientos de soledad, cansancio e indefensión.

• **Rabia:** La rabia y la agresividad son reacciones secundarias a la angustia y se soportan mucho mejor que ésta debido al sentimiento de actividad que producen. Pueden ser predominantes en una primera fase de duelo. Según Worden (1997) el enfado proviene de dos fuentes:

- 1) de una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte,
- 2) de una especie de experiencia regresiva que se produce después de la pérdida de alguien cercano.

En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enfado y frustración. El sentimiento más frecuente ante la frustración de una necesidad es la cólera, y con ella, el despertar de la agresividad.

Este es un impulso que una vez activado puede manifestarse en muchas formas, sean estas imaginarias, verbales o las más frecuentes, de agresividad física hacia objetos o sobre todo hacia otras personas. Es decir, que la hostilidad no siempre va dirigida hacia la causa de la frustración, sino que puede ser desplazada hacia otros sujetos o incluso puede revertir en uno mismo. La rabia y agresividad que siente el deudo es indiscriminada, y se vivencia hacia el exterior, hacia uno mismo y hacia el fallecido. Puede provocar secundariamente conflictos con los demás, favorecer los intentos de suicidio e intensos sentimientos de culpa cuando tiene conciencia de que el muerto u otras personas inocentes son objeto de su ira.

Los sentimientos de ira o cólera y su conducta derivada, la agresividad, pueden surgir de forma primaria, como consecuencia de la ansiedad ante el peligro y la frustración por la insatisfacción de las necesidades de reunión del deudo. Otros sentimientos posteriores como la culpa, la disminución de la autoestima, los deseos de muerte o intentos de suicidio aparecerán, si lo hacen, en una elaboración mental posterior, en ese intento de la persona por comprender lo que le está ocurriendo y que no puede controlar. Pasado un primer momento, difícil de precisar, el mantenimiento de sentimientos hostiles implicaría un esfuerzo permanente por no dejar al muerto. Es decir, que mientras exista rabia contra alguien, siempre queda la esperanza de poder hacer algo, o la posibilidad mágica de que lo ocurrido pueda cambiar. Por tanto, la persistencia de la rabia es incompatible con una aceptación de la muerte.

- **Culpa:** Después de la tristeza, el sentimiento que más dolor produce es la culpa, que se puede acompañar de autorreproche. La culpa se debe a lo que se hizo y a lo que no se hizo y suele ser la causante de que se cometan muchos actos desesperados en el duelo y de que se sufra de forma exagerada. Ante la culpa, el doliente necesita sentir el perdón del otro pero, por la ausencia de éste, la situación se vuelve más compleja (Rojas Posada, 2005). Como apunta Worden (1997), la culpa se manifiesta normalmente respecto a algo que ocurrió o algo que se descuidó alrededor del momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.

- **Ansiedad:** La ansiedad en el superviviente puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico y cuanto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológica. La ansiedad proviene normalmente de dos fuentes. La primera es que los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos. La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal: la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido.

También puede aparecer ansiedad, como consecuencia de los miedos producidos al plantearse ahora, no sólo su propia salud y bienestar sino también la de los otros seres queridos. El miedo existe porque se ve la dualidad de los hechos; por un lado se desea seguir viviendo pero al mismo tiempo, el pensamiento dice que le puede pasar lo mismo que al que acaba de morir. En esa dualidad, encuentra su asidero el temor.

- **Apego:** Sin apego, no hay dolor. El apego a un ser humano es el que genera gran parte del dolor posterior ante su pérdida. Desapegarse es la búsqueda esencial para minimizar el dolor en las relaciones de todo tipo. Se logra en la medida en que se disfruta el presente, de tal manera y tan intensamente, que uno se ocupa de la acción. En el duelo, el apego hacia el ser querido ausente se puede desplazar a sus objetos, a sus “huellas”, y aunque parezca extraño, al dolor que produce su recuerdo porque así se siente al fallecido vivo y cercano. Es muy común que se vuelva necesario mantenerse triste, persistir en negar el placer, mantener una expresión y actitud de víctima y sufriente, pues así se tiene “presente” al fallecido a cada momento, a la vez que se obtienen ganancias secundarias en el entorno. El dolor y el sufrimiento de la pérdida pueden ser, en algunas personas, de naturaleza aditiva y por lo intenso de los síntomas, a dichas personas les generan tal dependencia que no pueden abandonarlos. Esta dependencia grande por el ser fallecido en vida hace que el deudo genere fácilmente nuevos apegos hacia otras personas o hacia su propio dolor. Esto puede llevar a duelos prolongados o patológicos.

- **Ausencia de sentimientos:** Después de una pérdida, algunas personas se sienten insensibles. La anestesia emocional o el embotamiento sensorial suelen ocurrir inmediatamente después de conocer la noticia de la muerte del ser querido. Suele durar desde unos instantes hasta unos días y es vivida como una extrañeza por no poder experimentar las emociones de dolor que naturalmente deberían sentirse. La persona permanece confusa, distraída y embotada sin tener claridad de lo que pasa. A menudo, es vivido con sentimiento de culpa por el deudo, al no estar sintiendo, en apariencia, un severo dolor, o por los cercanos que lo notan extraño y

distante, no involucrado en las circunstancias del presente, funcionando de forma automática. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar y permitir que se hagan todos conscientes sería muy desbordante; así la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.

Alteraciones Cognitivas

Se refiere a los cambios a nivel de creencias y conceptos, compromete la lucidez y la claridad mental, pudiendo generar malestar al no tener claro que está ocurriendo

- **Trastornos de memoria, atención y concentración:** Son comunes los trastornos en la atención porque el deudo se encuentra embebido en un río incesante de pensamientos y sentimientos que no puede controlar. Esto le dificulta la concentración. Además se pueden presentar pequeñas “lagunas” en la memoria, que suelen manifestarse como mecanismo de defensa ante hechos dolorosos; es frecuente que la capacidad de memorizar actos del presente –que no tengan alto impacto- disminuyan.

- **Incredulidad, confusión:** La incredulidad, es el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente si la muerte es súbita. Ya no se confía en lo que antes inspiraba confianza, todas las teorías que tenían influencia en nosotros pueden pasar por una dura prueba de credibilidad antes de ser de nuevo aceptadas como válidas. Todo ello, sumado al cansancio mental y físico, suele producir confusión, con pérdida de la lucidez previa al duelo.

- **Preocupación, pensamientos repetitivos:** Se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida. A veces la preocupación toma la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo. A veces, se quedan durante horas y días rumiando una misma idea, sobre todo un “supuesto si” -qué hubiera podido pasar si..., si yo hubiera llegado antes..., si hubiéramos estado en otro lugar..., etc.- que no les deja descansar.

• **Sentido de presencia:** La persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos. Esto puede ocurrir durante los momentos posteriores a la muerte. A lo largo de los días, la sensación de presencia del ser querido va disminuyendo.

• **Alucinaciones:** Tanto las alucinaciones visuales como las auditivas se incluyen en esta lista de conductas normales porque son una experiencia normal de las personas en duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras, muchas veces se producen en las semanas siguientes a la pérdida, y generalmente no presagian una experiencia de duelo más difícil o complicada. Aunque desconciertan a algunos, muchos otros las consideran útiles. Con todo el interés que despierta últimamente el misticismo y la espiritualidad, estamos de acuerdo con Worden (1997) en que resulta interesante especular si son realmente alucinaciones o posiblemente algún otro tipo de fenómeno metafísico.

Modelos de duelo

Modelos de duelo como enfermedad

Erich Lindemann en 1944, fue el primero en describir la sintomatología física y mental del duelo agudo, y en demostrar con datos de seguimiento que las formas de reacción de la gente eran bastante similares. Consideraba el duelo como un síndrome o conjunto de síntomas, cuya evolución podría variar en función del tipo de pérdida y de las experiencias previas del duelo. Describió las características del duelo normal como:

- Algún tipo de malestar somático o corporal
- Preocupación por la imagen del fallecido
- Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte
- Reacciones hostiles
- Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida
- Parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta

George Engel, un psiquiatra inglés (1964) estableció un paralelismo entre el duelo y la fisiología de una herida física. Es decir, que al igual que en ésta, podemos observar que algunos individuos curarían por completo de su duelo; en otros quedarían secuelas leves y en otros una alteración permanente de sus funciones.

En realidad, muy poca gente consideraría a priori el duelo como una enfermedad, aunque sí es cierto que muchas veces se asocia al comienzo de una o varias enfermedades, sean estas físicas o psíquicas. Como además, para la mayoría de los profesionales y de la gente de la calle el duelo es un estado transitorio normal, muy pocos se han preocupado de conocerlo en profundidad, por lo que realmente no hay consenso acerca de la evolución, duración ni complicaciones.

El duelo suele interpretarse como una reacción o trastorno menor de carácter adaptativo, o a la sumo de depresión reactiva, sin entender que es una entidad con características propias, que la independizan con claridad de otras reacciones afectivas, y que el riesgo reside en una evolución patológica hacia otras entidades morbosas (Guillem, Romero & Oliete, 2007).

Modelos biológicos de duelo

Se incluyen aquí a todos aquellos autores influidos por las teorías del estrés o bien por teorías evolucionistas. Así, el duelo se considera una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se preparará para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación.

De esta forma, la respuesta de estrés dependerá no solo de la situación, esto es, de las demandas objetivas, sino de la percepción que se tenga de las mismas, y de los resultados o habilidades con que se cuente para enfrentarse a ellas. Es decir, que la respuesta de estrés supondrá la activación fisiológica y cognitiva así como la preparación del organismo para una intensa actividad motora.

Engel (1962) entendía el duelo como una situación de máximo estrés biológico que activaría dos sistemas de respuesta contrapuestos.

El primero sería el de ataque-huída, es decir, el paradigma del modelo biológico de la ansiedad. Su activación llevaría a sufrir sentimientos de ansiedad, intranquilidad psicomotriz y rabia irracional. El segundo sistema activado sería el de autoconservación-abandono que podría verse como el modelo biológico de la depresión. Su activación generaría apatía, dificultad de concentración y aislamiento social. El duelo produciría una activación simultánea de ambos, con un cúmulo de sentimientos y reacciones contradictorios según cual predominase.

Modelos psicodinámicos

Tanto Melanie Klein, como C.G. Jung, L. Grimberg, y J. Bowlby entre otros tratan el duelo tomando como partida el famoso ensayo de S. Freud sobre Duelo y Melancolía (1917). La principal característica de este modelo es casi su exclusivo hincapié en el mundo intrapsíquico de la persona en duelo, y sobre todo, por su percepción subjetiva de un mundo que se siente en peligro de colapsar, ya que, según todos ellos, el proceso del duelo dependerá de estas interpretaciones personales que de la realidad exterior. En opinión de Freud, el origen del duelo sería la ruptura de relación con algo o alguien con quien se mantuvieron vínculos (pérdida del objeto), por lo que se trataría de un proceso doloroso, cuya finalidad sería romper la unión que existiera entre el sujeto (deudo) y el fallecido (objeto). El proceso de identificación con el objeto perdido, constituía para la mayoría de los autores psicoanalistas, la base del duelo. La identificación era la forma original del vínculo emocional con un objeto, que de forma regresiva se constituiría en sustituto de la energía libidinosa.

Freud describiría el duelo como un doloroso estado de ánimo, en el que cesaba el interés por el mundo exterior, en cuanto no recordaba a la persona fallecida. Como consecuencia, surge la incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, porque ello equivaldría a sustituir al desaparecido, y llevaría al alejamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido. El dolor del duelo

sería la consecuencia del deseo de reunión con el fallecido, y la ansiedad inicial se debería a una ausencia de la persona amada. Aunque esta inhibición y restricción del Yo era la expresión de la entrega total al duelo, olvidándose de otros propósitos e intereses, Freud creía que era necesario dejar pasar un cierto tiempo, antes de poder volver a sentir el mandato de la realidad. Esta, devolvería al Yo la libertad de su libido, que podría así desligarse del objeto perdido y dirigirse a otro objeto. Afirmaba, que aunque todo este proceso llevaba cierto tiempo, la desaparición de los síntomas no dejaría tras de sí grandes modificaciones en el sujeto, hecho éste, que hoy en día nadie estaría dispuesto a admitir, y que un gran número de estudios experimentales han desmentido sin lugar a dudas.

Otra aportación interesante es, que este autor no creía que fuera la pérdida en sí lo que produjera todos los síntomas del duelo, sino que la intensidad de éste dependería de que el objeto perdido tuviera una especial importancia para el sujeto.

Modelos Cognitivos

Se basan en la teoría de los constructos personales las cuáles afirman que las personas desarrollan una forma de estar en el mundo, esto es, que se crean una idea personal de cómo es y de cómo funciona ese mundo en el que viven; tienen sus propias expectativas acerca de lo que va a pasar en una situación dada, es decir, que hacen hipótesis subjetivas de probabilidades; y lo someten a experimentación, mediante su conducta en interacción continua con esa realidad. La pérdida de alguien significativo, llevaría se quiera o no, a la modificación de todos esos constructos personales y ello, tendría consecuencias futuras en otras relaciones.

Para este modelo, lo que se pone en tela de juicio en el duelo, no son las creencias sobre la realidad sino las hipótesis cognitivas sobre la propia persona, es decir, la valoración que cada uno haga de sí mismo y que a su vez se forma durante las relaciones tempranas de la infancia.

Modelos de duelo como crisis vital

Tienen su punto de partida en las teorías de G. Caplan sobre las crisis y la salud mental. En este sentido, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesitará continuos aportes a nivel físico, psicosocial y sociocultural. La aportación psicosocial (es decir, el desarrollo intelectual y afectivo del individuo) proviene de la interacción personal con miembros significativos de su grupo, que deberán satisfacer sus necesidades de intercambio de amor y afecto, de afirmación y de apoyo. Un aporte psicosocial inadecuado tendría lugar, cuando una relación satisfactoria que cumpliera las funciones anteriores se interrumpiera por la muerte de esa persona.

Los aportes socioculturales (costumbres y valores de la cultura y estructura social) también influirán de modo significativo en el estatus y roles de la persona y en su forma de percibir la realidad. Para Caplan, aquellas culturas muy tradicionales y estables proporcionarán habilidades y valores orientativos para poder afrontar con éxito las dificultades de la vida, mientras que las sociedades en transición o muy cambiantes (como la occidental) dejarían al individuo solo, con sus recursos personales, lo cual le colocaría en riesgo de no poder superar los conflictos.

El duelo sería entendido como una crisis accidental (Erikson, 1959; citado por Olmedo, 1998) durante la cual se produciría una alteración psicológica aguda, que más que un trastorno mental debería entenederse como una lucha por lograr ajuste y adaptación frente a un problema insoluble, como es que el fallecido vuelva a la vida para que pueda recuperar los aportes que le proporcionaba. Toda crisis se desencadenaría por una pérdida, amenaza de no satisfacción de una necesidad o de un aumento de las exigencias, o por los tres factores simultáneamente, complicando la situación.

Para Caplan, si la persona encara la crisis de forma inadaptada, podrá salir de ella con una pérdida de salud, lo que le predispondrá al padecimiento de la enfermedad mental. Sin embargo, una crisis bien manejada llevará hacia una salud personal y una madurez mayor.

Según este autor, la crisis dejaría a la persona en un estado de indefensión, donde las estrategias habituales de afrontamiento no tendrán éxito, donde las defensas personales se debilitarán y donde la persona necesitará de la ayuda de los demás, siendo particularmente susceptible a sus respuestas. Además las crisis actuales despertarán experiencias pasadas de crisis similares.

De acuerdo a este modelo, el curso de la crisis dependerá de factores personales, como las experiencias previas; de la percepción de la situación como problemática o penosa; del estado biológico de la persona; y de factores fortuitos de la realidad exterior. Pero la buena o mala superación del duelo, dependerá básicamente de la existencia o no, de una adecuada y eficaz red social de apoyo.

Modelos fenomenológicos y existencialistas

Los modelos fenomenológicos consideran incompletas las explicaciones de los paradigmas anteriores, ya que solo tienen en cuenta aspectos intrapsíquicos y culturales hacia la muerte y los moribundos. Para estos modelos, el duelo llevará a profundos cambios sociales, incluyendo posición social, estatus y roles.

Para corrientes existencialistas, el hecho de existir tiene que ser permanentemente enfrentado a la certeza de que se va a morir. La posibilidad de no existir o de no ser, sería la ansiedad central de la condición humana. Se podría considerar el duelo como el primer contacto de la persona con el abismo de la nada, la primera experiencia de la posibilidad de no ser. La consecuencia de la vivencia de la ansiedad existencial. Decía Yalom (citado por Olmeda), psiquiatra americano creador de la Psicoterapia existencial, que el duelo es tan devastador y aterrador, porque confronta a la persona con los cuatro conflictos básicos de la existencia: la muerte, la libertad, la soledad y la falta de significado. Por decirlo al contrario, normalmente vivimos parte de nuestra vida sumergidos en cuatro grandes mitos que no nos cuestionamos, a saber, el mito de la inmortalidad; el mito de la libertad; el mito de la compañía; y el mito de que nuestra vida tiene un significado trascendente. En el duelo, vivimos la muerte en toda su crudeza y no nos es posible seguirla negando ni en nosotros mismos ni en nuestros seres queridos. Con ello,

comenzamos a intuir que no somos tan libres como creíamos, puesto que no podemos influir apenas en el discurrir de los fenómenos; además el duelo es fundamentalmente una crisis que aunque necesita de un apoyo de los demás, se vive en solitario, y nunca como en esa situación, el sentimiento real de soledad es tan profundo. Por último, la pérdida de nuestros seres queridos nos confronta con la incontestable pregunta de si hay vida después de la vida, y aunque finalmente aceptemos que sí existe, siempre nos quedará la duda de que no sea así, en cuyo caso, nos cuestionará el significado de nuestro esfuerzo y de nuestro estar en el mundo.

Tipos de duelo

En relación a los tipos de duelo, autores como Caterina (2008); Fonseca (2004); Kubler-Ross (1996) hacen referencia a tres tipos de duelo, siendo éstos los siguientes:

- 1) **Duelo normal:** ocurre después de la pérdida real y sigue las consideraciones ya hechas hasta el momento sobre sus manifestaciones y etapas.
- 2) **Duelo anticipado:** se refiere al duelo que ocurre antes de la pérdida real. Ocurre a partir del momento en que se recibe el diagnóstico de una enfermedad mortal, o potencialmente mortal, por las pérdidas concretas o simbólicas que ese diagnóstico Aparece semanas o meses después de la pérdida es un proceso donde la persona se ve superada por el dolor de la pérdida experimentada.
- 3) **Duelo complicado:** conocido también como duelo patológico, se deriva de la incapacidad de solucionar el duelo y se refiere a las situaciones en las que el doliente no consigue reorganizar su vida después de la pérdida, o sea, éste inicia el proceso de duelo, pero permanece en él sin conseguir superar sus reacciones por no aceptar la pérdida.

Asimismo, según Toledo (2015, citado en Parkes, 1998) divide el duelo complicado en cuatro subtipos, los cuales son:

- Duelo crónico: prolongación indefinida del duelo.
- Duelo inhibido: ausencia de los síntomas del duelo normal.
- Duelo postergado: sin reacciones inmediatas a la muerte y presenta más tarde, síntomas de duelo distorsionado.
- Duelo no reconocido: ídolos, amantes y aborto

Seguendo a García (2012) durante el proceso de duelo se puede desarrollar el duelo normal y/o el duelo patológico

Duelo normal

Este término abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. La mayoría de los autores e investigadores piensa que el duelo ante la muerte de un ser querido es una reacción humana normal, por extrañas que sean sus manifestaciones.

El duelo normal aparece a los pocos días del fallecimiento, lo cual vuelve incapacitante a la persona que lo padece por unos días, entre sus características encontramos:

- Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido.
- Identificarse con el fallecido.
- Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real.
- Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto.
- Desarrollar conductas con relación al muerto, que son culturalmente aceptables.

Duelo patológico

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (2004) se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”.

Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.

El duelo patológico aparece semanas o meses después lo cual vuelve incapacitante a la persona que lo padece durante días, entre sus características encontramos:

- Negar la muerte del fallecido, creer que vive.
- Creer que se es el fallecido.
- Alucinaciones complejas y estructuradas.
- Creer que se va a morir de la misma enfermedad. Acudir continuamente al médico por esa causa.
- Establecer conductas anormales: (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente, entre otras).

El duelo no resuelto, duelo disfuncional y aflicción complicada son términos utilizados para describir las reacciones de duelo patológico o ineficaz.

La relación con la persona fallecida, la forma de morir, la personalidad y antecedentes del doliente, la edad del fallecido y del doliente y los factores sociales pueden desencadenar un duelo patológico

Los criterios del duelo patológico son el tiempo prolongado que duran los procesos defensivos: la negación, los sentimientos de culpa muy intensos, la desesperanza irreversible y los síntomas de desapego con respecto a la vida, la relación social o el disfrute (Ceballos García, 2014).

Otros tipos

Existen diversas clasificaciones de tipos de duelo, algunas de ellas son (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez, 2008):

- **Duelo anticipado**

El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida

Se caracteriza por la aparición por ansiedad y depresión, este duelo se manifiesta en distintas formas pueda traer para la persona y su familia. Asimismo, se desencadena no por la muerte en sí, sino por lo inevitable de una separación en la que hay la amenaza de muerte. Es un duelo que ocurre antes de una pérdida y que es distinto del duelo que ocurre en la o después de ésta. Ese proceso, presenta las mismas características y sintomatología del proceso de duelo normal que se inicia después de la pérdida real.

- **Preduelo**

Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente en estado de salud. El que está ahora a nuestro lado ha

sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más

- **Duelo inhibido o negado**

Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.

- **Duelo crónico**

Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. Cobo Medina⁵ dice que existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia.

Duelo y depresión

Depresión y Duelo suelen compartir algunas características la más evidente es el sentimiento de tristeza. La tristeza es una respuesta previsible a la aparición de una enfermedad médica grave y a las consecuencias que de ella se derivan tanto en el plano personal como familiar y social. La pérdida de interés por el entorno es otro de los síntomas comunes. Sin embargo, afortunadamente, podemos encontrar suficientes diferencias para distinguirlos con cierta facilidad si nos atenemos a sus características psicopatológicas representadas en las Clasificaciones Internacionales como el CIE-10 o el DSM-IV.

Entre los síntomas utilizados como criterios para el diagnóstico de la depresión encontramos unas diferencias cualitativas que nos permiten establecer la diferencia entre el Duelo y la Depresión.

El ánimo deprimido, que es un síntoma clave, se presenta en la depresión como un sentimiento que suele ser genérico de tristeza y de vacío mientras que en el duelo la tristeza e incluso el vacío gira entorno a la pérdida (real o anticipada) de sí mismo o del ser querido.

El deprimido cuenta una disminución del sentimiento de interés por el entorno o de encontrar placer en las actividades, mientras que en el duelo se relata como un bloqueo ante la idea de muerte, como la necesidad de dedicación mental plena a la búsqueda de una salida que no se encuentra, pasando el interés y el placer a un segundo plano cuando no se vive como un conflicto con la propia aflicción.

Los sentimientos de culpa depresivos encontramos un sentimiento global de inutilidad, con reproches inapropiados o excesivos. Sin embargo en el duelo, el sentimiento de culpase basa en lo que el sujeto cree que pudo hacer y no hizo, o en lo que cree que no debió hacer y sin embargo lo hizo.

En los pensamientos de muerte del duelo, no aparecen como en la depresión ideas de suicidio ni deseos de muerte. La muerte, temida, se convierte en un pensamiento recurrente en tanto que es considerada como inmediata e irrevocable. Excepcionalmente, podremos escuchar del paciente con duelo anticipado un deseo de muerte, de que acabe el sufrimiento, cuando la situación se vive como agónica y sin ninguna esperanza.

Perspectiva de la muerte

A medida que transcurre la vida tenemos un contacto más directo y más frecuente con la muerte, cada vez más cercana. Cuando mueren familiares y amigos, sobre todo si son aproximadamente de nuestra edad, su pérdida nos enfrenta a nuestra propia realidad y futuro inexorable (Gómez, 2004)

El adulto mayor que de alguna u otra forma, ha alcanzado cierta madurez; se cuestiona varios aspectos de la vida: dolor, trabajo, amor y muerte, entre otros. Al sentir la muerte como algo cercano y real, se pregunta sobre lo que ha hecho en su vida y por lo que hará en el tiempo que le queda.

Al pensar en prepararse para la vejez es importante tener muy claro el sentido de la vida. El sentido de la vida, no puede concebirse sin el sentido de la muerte, porque éste es el límite de su futuro y sus posibilidades. Encontrar el sentido

de la muerte para el adulto, implica encontrar el sentido de su vida y por lo tanto el sentido de su vejez.

El ser humano es el único organismo vivo sobre el planeta que tiene conciencia de que un día morirá. El conocimiento de la vida humana lleva implícita la dimensión temporal, y, en ella, el tiempo biográfico nos conduce a la idea de fin, y, por tanto, a la idea de muerte. La vejez se encuentra asociada a la idea de deterioro y muerte, en general despierta miedo, por lo que se implementa un dispositivo tendiente a negar el proceso evolutivo natural.

La muerte debe ser integrada al ciclo de la vida como hecho natural, lo que no implica despojarse omnipotentemente de los miedos y las interrogantes que el hombre ha procurado responderse desde los inicios. Lo más angustiante para el viejo es la pérdida y la muerte. Esa pérdida supone un grado y características determinadas por el monto de pertenencias afectivas, tanto sociales como familiares, relacionadas con la repercusión que ella puede tener en la satisfacción de necesidades objetivas y subjetivas del anciano.

La interpretación de la muerte va a estar determinada por múltiples factores entre ellos se considera primordial la cultura, el entorno, los ritos y las expresiones de duelo, pena y tristeza (Cuello,2002)

Al perder a alguien cercano a nosotros todo nuestro sistema de creencias se viene abajo. Cuando alguien muere, no lloramos por el fallecido, en realidad, lloramos de miedo por nosotros mismos que nos sentimos solos y desvalidos, desamparados, abandonados en un mundo hostil. En nuestra cultura occidental se nos ha enseñado que todo puede ser analizado y entendido desde un razonamiento lógico. Así, la persona en duelo, sufre súbitamente algo para lo que no está preparado y que le resulta incomprensible. Es cuando echa mano de las herramientas que normalmente le han enseñado a usar para interpretar la realidad.

Como menciona Meza, et al. (2008) cuando una persona pierde al ser amado, se despierta en ella una intensa e incontrolada serie de emociones y sentimientos, desconocidos para ella hasta entonces. Ve amenazada su

supervivencia y el sistema racional de interpretación de su realidad. Es entonces cuando se activa el pensamiento mágico para alcanzar una explicación sobre la muerte y sobre su nueva realidad.

Duelo en la vejez

La esperanza de vida se ha alargado considerablemente en los últimos años, de manera que cada vez hay más personas mayores, por lo tanto, más cantidad de ancianos que pueden sufrir pérdidas de seres queridos, pero la información es particularmente escasa.

La vejez es una etapa en la cual se está más expuesta/o a pérdidas de manera más frecuente. Asimismo, la madurez para enfrentar y asumir la pérdida depende de cada persona, de su propia experiencia en la resolución de sus pérdidas en el pasado, su historia de vida, sus actitudes y visión del mundo, y, un aspecto importante, el crecimiento espiritual alcanzado. Estos recursos personales, más una red de apoyo familiar, vecinal y comunal adecuados contribuyen a que las personas mayores afronten las situaciones de pérdida de una mejor manera (Brenes, 2005)

La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad entendido como el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional (Ceballos García 2014).

De acuerdo con Carevic (2003) durante la etapa (de la vejez) las reacciones del duelo serán más sostenidas en el tiempo, esto debido a que el anciano tiene más dificultades para adaptarse a los cambios. La pérdida es el tema predominante en la vida emocional del anciano.

Worden (2010) menciona varias características del duelo en los ancianos:

A) Interdependencia.

- B) Pérdidas múltiples. Este número cada vez mayor de pérdidas en un período breve puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, otras que puede experimentar la persona con edad como la pérdida de ocupación, de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones y para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral.
- C) Conciencia de muerte personal. Puede llevar a una ansiedad existencial.
- D) Soledad.
- E) Ajuste a los roles. Para los hombres ancianos puede ser más desorganizador que para las mujeres.
- F) Grupos de apoyo. Son particularmente importantes para los ancianos, cuya red de apoyo social ha disminuido y cuyo aislamiento es pronunciado.
- G) Contacto físico.
- H) Evocar recuerdos. Como otra técnica de intervención. Se llama a veces revisión de vida. Es un proceso que ocurre de forma natural y lleva a la persona a un retorno progresivo a la conciencia de experiencias pasadas y en particular al resurgir de conflictos no resueltos.
- I) Discutir la recolocación. Ser capaz de permanecer en su casa da a los ancianos una sensación de control personal y ofrece un escenario en el que recordar el querido pasado.
- J) Desarrollo de habilidades. Es posible que algunos ancianos se vuelvan demasiado dependientes de sus hijos.

Capítulo 3 Herramientas para afrontar el duelo

Principios básicos de asesoramiento en el proceso de duelo

En todo proceso de duelo, existen principios básicos de asesoramiento necesarios para poder llevar de una forma más calmada el mismo. Según Malla (2005, citado en Worden, 2004) los principios básicos de asesoramiento en duelos son:

- Facilitar el afrontamiento de la pérdida.
- Ayudar a identificar y expresar sentimientos, especialmente los más difíciles de expresar, como son: culpa, ira, ansiedad y tristeza.
- Ayudar a vivir sin el fallecido.
- Facilitar la reubicación del objeto interno.
- Dar tiempo.
- Interpretar la conducta normal ya que algunas emociones y comportamientos pueden llevar a pensar a la persona doliente que se está volviendo loca o que son simplemente anormales.
- Permitir las diferencias interindividuales, ya que no existe una única forma de afrontar las pérdidas, sino tantas como personas y circunstancias.
- Ofrecer apoyo continuado, no puntual o incierto.
- Ayudar a explorar lo adecuado o lo inadecuado de las defensas.
- Derivar si el duelo es patológico o muy complicado.

Sea cual fuere la relación de los deudos con el difunto, sólo puede lograrse una recuperación si aquéllos llevan a cabo el trabajo de duelo. Esto exige que un deudo se desprenda de la relación e interacción con el difunto, con el fin de liberarse de ellas para desarrollar relaciones por otro lado. Los objetivos de la intervención con las personas en duelo pueden esquematizarse en cinco puntos:

- Mejorar la calidad de vida del sufriente
- Disminuir el aislamiento social
- Aumentar la autoestima
- Disminuir el estrés
- Mejorar la salud mental (prevención de enfermedades)

Existen dos signos que indican que la persona está recuperándose de una pérdida: la capacidad de recordar y de hablar de la persona amada sin llorar ni desconcertarse; y la capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida. Una forma de confirmar la recuperación es comprobar cuánto tiempo se ocupa en pensar en el ser perdido (O'Connor, 2007).

Según el Instituto Mexicano de Tanatología (2006) el objetivo global del asesoramiento en procesos de duelo es ayudar al sobreviviente a completar cualquier problemática, aumentar la realidad de la pérdida, ayudar a la persona asesorada a tratar las emociones expresadas y las latentes, ayudarle a superar los diferentes obstáculos para reajustarse luego de la pérdida, animarla a decir un adiós apropiado y a sentirse cómoda volviendo otra vez a la vida.

Los objetivos incluyen la realización completa de cada una de las tareas del duelo:

- Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida
- Facilitar la expresión de la pena.
- Evitar la represión de las emociones
- Promover la adaptación al entorno sin el difunto
- Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones

Existen algunos mitos que son comunes respecto al dolor en el duelo los cuales son los siguientes

- El duelo se acaba en pocos meses
- Las lágrimas son signo de debilidad
- Mencionar a la persona que falleció sólo aumentará el dolor

- La muerte y la pena son contagioso

Tareas y desafíos del duelo

Para Worden, W. el duelo no se trata únicamente de un estado en el que se sumerge una persona tras la pérdida, sino que implica un proceso activo. Se trata de un tiempo en el que la persona ha de realizar diferentes tareas a través de las cuales poder ir elaborando la pérdida. Para este autor pues, existen cuatro tareas básicas que la persona en duelo ha de realizar tras la pérdida.

Estas tareas, no necesariamente siguen un orden específico, aunque sí es cierto que se sugiere un cierto orden ya que hay determinadas tareas que resulta difícil incluso plantearlas si antes no se han llevado a cabo otras más elementales.

Las cuatro tareas propuestas son:

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida.

Esta primera tarea es básica para poder seguir haciendo el trabajo del duelo. Aunque parezca algo evidente, incluso si la muerte es esperada, como sucede en los casos de enfermedad terminal, en los primeros momentos casi siempre existe la sensación de que no es verdad, una sensación de incredulidad que generalmente se resuelve en poco tiempo.

Tarea 2: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Aquí Worden hace referencia tanto al dolor emocional como al dolor físico que muchas personas sienten tras una pérdida significativa. Es importante reconocer los sentimientos que ésta despierta y no intentar evitarlos, sentir el dolor plenamente y saber que algún día pasará.

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

La realización de esta tarea implica cosas muy diferentes en función del rol del fallecido y del doliente y de la relación que existiese entre ambos, pues no es lo mismo el que el fallecido sea el padre, la pareja o un hijo.

Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Básicamente se trata de poder continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros.

Neimeyer considera también el duelo como un proceso activo y aunque su planteamiento es muy similar al de Worden reformula las “tareas” de éste como “desafíos”, añadiendo algunos elementos que lo diferencian del anterior. Estos desafíos que la persona ha de superar, los superará de forma diferente en función de los recursos de que disponga y de la naturaleza de la pérdida. Según Neimeyer estos desafíos no se superan en un orden determinado ni se resuelven todos totalmente para el resto de la vida.

Los desafíos a los que ha de enfrentarse el deudo serían:

- **Reconocer la realidad de la pérdida.**

Además de lo comentado anteriormente al hablar de las tareas propuestas por Worden, Neimeyer añade una segunda dimensión ya que considera que la pérdida se sufre no sólo como individuos sino también como miembros de sistemas familiares, de forma que habría que reconocer y hablar de la pérdida con todos los afectados incluyendo niños, personas enfermas o mayores en un equivocado intento de “protegerlos”.

- **Abrirse al dolor.**

Hace referencia también, al igual que Worden, a la necesidad de reconocer y darse tiempo para sentir el dolor y la pena por la muerte; sin embargo añade también un nuevo matiz ya que Neimeyer se hace eco de las nuevas teorías acerca del duelo que hablan de la necesidad de alternar entre la atención a los sentimientos y la atención a tareas más prácticas.

- **Revisar nuestro mundo de significados.**

Tras una pérdida importante es probable que no sólo cambie nuestra vida a un nivel práctico, sino que este hecho nos haga replantearnos todo nuestro

sistema de creencias y valores que había sustentado hasta el momento nuestra vida.

- **Reconstruir la relación con lo que se ha perdido.**

Para el autor la muerte no acaba con las relaciones sino que las transforma, de manera que hay que reconvertir la relación, la cual pasa a estar basada en una conexión simbólica en lugar de en la presencia física.

- **Reinventarnos a nosotros mismos.**

Tras una muerte importante podemos recuperarnos y llevar una vida totalmente satisfactoria, pero es seguro que no volvemos a ser igual que antes, es pues una ardua labor el encontrar una nueva identidad que encaje con el nuevo rol. Este último desafío está ligado a la concepción de la identidad como algo no únicamente personal sino también social.

Acompañamiento, asesoramiento y terapia

Existen diferencias a la hora de abordar el tratamiento de la persona en duelo, tanto respecto al cómo hacerlo, ya que no existe un tratamiento validado y consensuado, como respecto al cuándo es aconsejable iniciar un tratamiento. Algunos autores opinan que lo mejor es comenzar haciendo prevención, en los casos en que esto sea posible, antes de que la muerte ocurra argumentando que introducir a alguien desconocido tras la pérdida puede ser visto como un intruso, mientras que si la familia ya le conoce resulta más aceptable. Por el contrario otros opinan que es mejor no intervenir antes de la muerte porque creen que es mejor que sea una persona nueva ya que una de las cosas que harán los dolientes es contar cómo sucedió todo de forma que esta rememoración no sólo proporciona información al acompañante, sino que también clarifica en sus mentes la realidad de la pérdida. Parece que sí existe cierto consenso, entre los que opinan que es mejor esperar a que la pérdida ocurra, en que el tiempo de inicio del asesoramiento se sitúa entre las tres y ocho semanas tras la pérdida (Perkes, 1993).

Respecto a quién ofrecer la ayuda también existen diferentes posturas. Por una parte están los que opinan que debería ofrecerse el asesoramiento a todas las personas en duelo; una segunda opción sería la que defiende que es mejor esperar a que la persona en duelo o la familia tenga dificultades o bien desarrolle un duelo patológico y por último una tercera postura sería la que defiende un modelo preventivo que intente predecir el riesgo de duelo complicado o patológico y así poner en marcha estrategias preventivas, de manera que pudieran beneficiarse del asesoramiento o la terapia aquellos que realmente lo necesiten lo antes posible

Siguiendo a Worden podemos hacer una distinción entre asesoramiento psicológico y terapia en el duelo, definiendo el asesoramiento como una ayuda a la hora de resolver el duelo normal o no complicado, mientras que reservan la llamada terapia en el duelo para las técnicas específicas utilizadas en la ayuda a las personas con un duelo anormal o complicado. Tizón (2003) añade al asesoramiento y la terapia, el acompañamiento que define como la ayuda no profesional proporcionada por amigos y familiares, allegados, voluntarios o grupos de una población.

Por tanto podemos mencionar que el acompañamiento por parte de las redes de apoyo sociales más próximas a la persona en duelo son fundamentales durante todo el proceso, asesorarlos sobre los sentimientos y emociones que se presentan durante todo el proceso y tratarlos como algo normal que se presenta tras la pérdida del ser querido. A fin de promover la asistencia a una terapia en caso de ser necesario por un duelo patológico.

Acompañamiento

De acuerdo con Tizón (2003), lo más adecuado para la persona en duelo es poder recibir un acompañamiento, de forma que el proceso de duelo ocurra de una manera natural, dejando el tratamiento para aquellas personas que presenten un duelo muy complicado o patológico. Este acompañamiento es mucho mejor que pueda realizarlo alguna persona querida, familiares o allegados, ya que en los duelos se necesita sobre todo al inicio sentirse apoyado, querido, comprendido. En

los primeros momentos tras la pérdida la tarea más básica es la contención y fundamentalmente la autocontención; se trata de poder acompañar interviniendo lo menos posible. Conforme va pasando el tiempo, cuando la persona en duelo ha de readaptarse al mundo, es cuando las intervenciones prácticas adquieren mayor peso.

Una de las características básicas para poder hacer de acompañante, asesor o clínico es poder tolerar los afectos como la tristeza o la nostalgia cada vez menos tolerados y más medicalizados en nuestra sociedad. Una de las principales quejas de las personas en duelo es la dificultad para compartir, pasado un tiempo mínimo, estos afectos, sintiendo muy intensamente la presión de los que están alrededor para que recupere lo antes posible su estado de ánimo previo y retome su actividad habitual.

Como principios generales para realizar un buen acompañamiento Tizón propone entre otros:

- Ser prudentes y evitar el sentimiento de que sus soluciones, normas o perspectivas son las que mejor le van a la persona en duelo.
- Recomendar que no se tomen decisiones irreversibles o que impliquen grandes cambios en el estilo de vida o el lugar de residencia ya que hay que tener en cuenta que la distancia casi nunca resuelve los duelos sino más bien al contrario puede empeorarlos
- Disponibilidad del acompañante. Es importante poder proporcionar un apoyo lo más continuado posible, prestando especial atención en las fechas señaladas, crisis de aniversario u otras crisis

Asesoramiento

El asesoramiento ha de ser realizado por una persona con conocimientos específicos sobre el tema. Uno de los aspectos básicos del asesoramiento es hacer saber a las personas que el duelo es un proceso largo y que su culminación no será un estado como el que tenían antes. Así como también que, durante ese tiempo,

habrá malos momentos aunque el proceso sea bueno ya que no se trata de un proceso lineal.

A pesar de las limitaciones tanto teóricas como metodológicas, algunos estudios han identificado diferentes variables predictivas del estado psicológico a corto plazo, tras la muerte de un familiar enfermo de cáncer, que pueden ayudar a la hora de concretar objetivos para un soporte temprano del cuidador. Se han encontrado un conjunto de factores relacionados con el entorno social, factores individuales y de la propia enfermedad. De los factores estudiados, los más significativos fueron: un número elevado de sucesos vitales estresantes, la relación entre el cuidador y el paciente, el grado de severidad de la enfermedad, pérdidas pasadas incluyendo la experiencia de separación de los padres o el estilo de afrontamiento (Kelly, Edwards, Synott, Neil, Baillie, 1999)

Técnicas útiles en el asesoramiento

Existen diferentes técnicas que pueden resultar útiles a la hora de realizar el asesoramiento del duelo, como son:

- ✓ Escuchar y contener
- ✓ El lenguaje evocador
- ✓ El uso de símbolos
- ✓ El libro de recuerdos
- ✓ Escribir
- ✓ Dibujar
- ✓ Role-playing
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ El libro de recuerdos
- ✓ Imaginación guiada

La utilización de estas técnicas tiene como objetivo la expresión de sentimientos de todo tipo, tanto los considerados adecuados a la situación de pérdida como aquellos que a la persona le resulta difícil aceptar, como pueden ser la rabia o la culpa.

Terapia

Según Gibson la terapia hace referencia al uso de técnicas específicas que ayudan en la resolución del duelo complicado o patológico. Ambos términos han sido utilizados indistintamente en la literatura para hacer referencia a la dificultad o imposibilidad de resolución de forma adaptativa de un proceso de duelo, aunque en la mayor parte de los estudios se utiliza el término duelo complicado.

Para el tratamiento del duelo complicado se han propuesto diferentes procedimientos terapéuticos y una amplia gama de técnicas psicológicas específicas a utilizar en función del objetivo propuesto para cada persona en cada uno de los momentos por los que ésta va pasando o se ha detenido en su proceso de duelo; sin embargo existen pocos estudios dirigidos al tratamiento del duelo complicado ya que la gran mayoría se han centrado en validar la eficacia del tratamiento en el duelo normal. Basándonos en algunos estudios de revisión se ha comprobado que los resultados e duelo normal son bastante pobres, no viéndose mejoras significativas en los pacientes, al menos en las variables medidas (aunque sí posibilitan un mayor bienestar a la persona, no logran moderar el impacto psicológico ni tampoco aceleran el pro-ceso de duelo). La explicación a esto se repite: el duelo no es en sí una patología, y es imposible tomar un “atajo” para evitar el malestar, el sufrimiento y el impacto emocional que produce la pérdida.

- Tratamiento del duelo complicado. (CGT) Propuesta de Catherine Shear, MD; EllenFrank, PhD

Este modelo, inicialmente desarrollado para entender el afrontamiento tras la muerte de la pareja, es potencialmente aplicable a otras pérdidas, aunque todavía no ha sido sistemáticamente investigado. Resumidamente puede decirse que en este modelo se incluyen los estresores asociados a la pérdida, como pueden ser el tener que realizar las tareas que hasta entonces hacía la persona fallecida (p.ej. aprender a cocinar o dirigir una empresa familiar), realizar cambios importantes por necesidad (p.ej. vender la propia casa, empezar o volver a trabajar) o el desarrollo de una nueva identidad (como el tener que pasar desde esposa/o a viuda/o o de

padre/madre con hijo/a a padre/madre sin hijo/a), además de una multitud de sentimientos asociados con el afrontamiento de estas tareas, junto con las estrategias cognitivas involucradas en la aceptación de este evento vital como pueden ser rumiaciones acerca de las circunstancias de la muerte, mirar fotos del fallecido o imaginar cómo reaccionaría ante determinadas situaciones y, lo que claramente lo distingue de otros modelos, que es el proceso dinámico de oscilación entre ambos.

En el modelo de tratamiento propuesto se han incluido técnicas de la terapia interpersonal que han demostrado ser de utilidad en el tratamiento de la depresión, ya que ambos trastornos comparten síntomas como la tristeza, reducción de la actividad social o la culpa. También se han incluido técnicas de la terapia cognitivo-conductual para la elaboración del trauma dada la existencia de síntomas similares a los aparecidos en el trastorno por estrés postraumático como la incredulidad, imágenes intrusivas y conductas de evitación, así como diferentes estrategias cognitivas para trabajar el estrés específico producido por la pérdida.

En un primer estudio y para valorar la eficacia del tratamiento, los autores se proponen los siguientes objetivos:

- Reducir la intensidad del duelo, es decir, del sufrimiento asociado a la pérdida.
- Facilitar y promover la capacidad de disfrutar de los buenos recuerdos del fallecido.
- Promover la recuperación y/o instauración de las relaciones con los otros.
- Apoyo para la reincorporación a la vida diaria.

El tratamiento propuesto para el duelo complicado se realiza en aproximadamente 16 sesiones que se reparten entre 16 y 20 semanas y está estructurado en tres fases

- Una primera fase de introducción en la cual el terapeuta proporciona información acerca del duelo "normal" y el complicado y

describe el modelo del procesamiento dual de afrontamiento de la pérdida que como se ha visto implica ambos procesos, el restablecimiento de una vida satisfactoria y la adaptación a la pérdida. Además de esto esta primera fase se centra también en las metas u objetivos vitales del paciente.

- Una fase intermedia en la que el terapeuta incide en los procesos explicados en la primera fase.
- Una fase de terminación que se centra en la revisión del progreso experimentado, planes de futuro y los sentimientos que despierta la finalización del tratamiento

Las técnicas utilizadas para el cumplimiento de los objetivos en las diferentes fases fueron:

- Exposición en imaginación y en vivo.

En imaginación esta técnica permite reexperimentar el momento de la muerte, cómo sucedió todo, ayudando a afrontar pensamientos o vivencias que el paciente evita. La relación de los acontecimientos alrededor de la muerte se pedía que fuese narrado en presente, con los ojos cerrados y prestando atención a los sentimientos que ello evocaba, durante la narración el terapeuta ayuda al paciente a identificar los momentos de mayor impacto emocional. Este relato fue grabado, e incluía la escucha del mismo como forma de exposición en imaginación en el trabajo para casa. La exposición en vivo hace referencia a situaciones o conductas que también está evitando y que previamente a la exposición han sido también jerarquizadas en función de la ansiedad que producen en el paciente.

- Conversación imaginaria con el fallecido.

Se pedía a las personas que hablaran con el fallecido imaginando también la respuesta que este daría a sus palabras.

- Completar unos cuestionarios de recuerdos.

Primero focalizados en los recuerdos positivos y más tarde ir incluyendo también los negativos.

- Definición de metas personales.

Esta técnica, derivada de la terapia motivacional, consiste en animar al paciente a relatar cómo se vería o que haría si la pena y el dolor no fuesen tan intensos. Ayudar a identificar metas personales y discusión de planes concretos para conseguirlas

- Procedimientos de la terapia interpersonal

Utilizados básicamente para potenciar el establecimiento de una buena relación y proporcionar asistencia en la restauración de un funcionamiento interpersonal efectivo. Para ello la terapia interpersonal utiliza técnicas de resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales fundamentalmente.

Técnicas para tratamiento del duelo

Herramientas útiles para cualquier ayuda psicológica aplicables también al duelo complicado

- ✓ Actitud no verbal (la mirada, los gestos).
- ✓ Facilitaciones como pueden ser el silencio empático, preguntas facilitadoras, parafrasear
- ✓ Preguntas abiertas, cerradas, menú de sugerencias
- ✓ Señalamientos de cogniciones, de esquemas cognitivos, de sentimientos
- ✓ Resúmenes o síntesis
- ✓ Interpretaciones de los sentimientos e ideas del consultante, de la relación
- ✓ Trabajo para casa

Técnicas específicas dirigidas a objetivos más concretos en el tratamiento del duelo complicado.

- Técnicas de reestructuración cognitiva. Estas técnicas son de gran en el tratamiento de diversas distorsiones cognitivas relativamente frecuentes

en algunos tipos de duelos complicados como son: el principio del todo o nada, la generalización excesiva, la abstracción selectiva o la personalización entre otros.

- La técnica guesáltica de “la silla vacía” (contraindicada en pacientes esquizofrénicos o con trastorno límite de la personalidad). Es útil para explorar los sentimientos hacia el fallecido y la relación mantenida con el mismo.
- Psicodrama. El paciente es estimulado a representar su rol y el del fallecido.
- Técnicas de resolución de problemas. Especialmente útiles cuando la persona en tratamiento no está acostumbrado a tomar decisiones en solitario.
- Conversación con fotos. Generalmente se utilizan las fotografías para estimular recuerdos y emociones. Inicialmente conviene estimular los recuerdos positivos, para más adelante poder ir introduciendo los más ambivalentes o directamente negativos.
- Conversación dirigida. Es el terapeuta el que propone los aspectos a introducir en la conversación con el fallecido, de forma que puedan explorarse aspectos importantes a juicio del terapeuta y que el paciente no afronta de manera más espontánea.
- Cartas dirigidas al fallecido. La persona en duelo se dirige al fallecido con el fin de poder resolver temas que quedaron pendientes.
- Exposición en imaginación y en vivo. Esta técnica resulta útil para afrontar determinados sentimientos o situaciones que se han estado evitando, lo cual dificulta o impiden la elaboración del duelo
- Técnicas de autocontrol como la realización de programas de actividades agradables o la planificación de la reintegración a las actividades de la vida diaria.

Afrontamiento del duelo

Uno de los pilares más fundamentales para sobrellevar el proceso de duelo es el afrontamiento. Siguiendo a Lazarus y Folkman (1991, citado en González y Araujo, 2010) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos sociales; mencionan que para que éste sea efectivo, debe haber concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y que condicionan la posición del individuo.

Por otro lado, de acuerdo con Krzermien (2005, citado en Lazarus y Folkman, 2010), la mayoría de los teóricos del afrontamiento hacen referencia a tres modalidades de afrontamiento, según esté dirigido a:

- La valoración-afrontamiento cognitivo: intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- El problema-afrontamiento conductual: conducta que es dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- La emoción-afrontamiento afectiva: regulación de los aspectos emocionantes e intento de mantener el equilibrio afectivo.

Por lo anterior, es de gran importancia que el individuo establezca estrategias eficaces de afrontamiento para luchar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, ya que la forma en que las personas mayores afronten la situación dependerá también de los recursos que dispongan (González & Araujo, 2010).

En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2015)

Afrontamiento del duelo en personas mayores

Durante la etapa de la vejez, las reacciones del duelo serán más mantenidas en el tiempo, esto es debido a que el/la anciano/a tiene más dificultades para poder adaptarse a los cambios. La pérdida es el tema predominante en la vida emocional de/la anciano/a (Carevic 2003, citado en Brenes, 2005).

La vejez ciertamente es una etapa en la cual se está más expuesta/o a pérdidas de manera más frecuente. Asimismo, la madurez para enfrentar y asumir la pérdida depende de cada persona, de su propia experiencia en la resolución de sus pérdidas en el pasado, su historia de vida, sus actitudes y visión del mundo, y, un aspecto importante, el crecimiento espiritual alcanzado. Estos recursos personales, más una red de apoyo familiar, vecinal y comunal adecuados contribuyen a que las personas mayores afronten las situaciones de pérdida de una mejor manera (Brenes, 2005).

La vida de los adultos mayores cambia drásticamente cuando pierden a su cónyuge, por lo que empiezan la lucha para averiguar quiénes son y cómo navegar la vida sin su compañero/a de toda la vida. Nada puede quitar el dolor del duelo, pero hay maneras de ayudar a un individuo a manejar su dolor y restaurar la esperanza. Es importante trabajar con el dolor de la pérdida hablando de ello y obteniendo apoyo de otros que entienden cómo se siente.

Por otro lado, saber que hacer o que decir para ayudar a una persona mayor en situación de duelo puede ser un reto, pero existen algunas formas de ofrecer apoyo durante el duelo en el adulto mayor, como, por ejemplo, reconocer la pérdida, escuchar atentamente, ya que hablar es una manera de expresar dolor, dado que es posible que los adultos mayores en duelo tengan que contar su historia una y otra vez y eso les ayuda a procesar y aceptar la muerte. Otro punto importante por destacar es ofrecer tiempo para sanar, a veces las personas mayores necesitan más tiempo para tomar conciencia de sus sentimientos y expresarlos.

Por otra parte, el observar si hay signos de duelo prolongado o depresión a tiempo es importante para que así este colectivo pueda contar con la ayuda precisa de un/a profesional.

En cuanto a la finalidad del apoyo en el duelo, es preciso resaltar que no se trata de que la persona mayor olvide el fallecimiento del cónyuge, sino intentar ayudar a que puedan vivir con la memoria del ser querido sin que cause dolor. Destacar que no hay acuerdo a la hora de admitir la existencia de posibles fases de adaptación del duelo en personas mayores; parece más ajustado describir el proceso de duelo como una “montaña rusa” que asciende por mejoría, pero que tiene muchas subidas y bajadas, con mejoría progresiva con el paso del tiempo. Es decir, que el proceso de mejoría no es lineal, ya que aparecen crisis, las denominadas punzadas de dolor, que se pronuncian con más distancia, que se reagudizan en fechas señaladas, como aniversarios, cumpleaños, entre otras. Destacar, que ello no indica un retroceso global, sino que forma parte del proceso de adaptación (Hansson, 1993 citado en Barbero, 2006).

Ajuste de roles

El ajuste de roles durante el proceso de duelo no es el mismo para ambos sexos. Para los hombres ancianos, la pérdida de la esposa y el efecto que esto tiene en su vida diaria puede ser más desorganizador que para las mujeres. Muchos hombres han de afrontar roles nuevos, particularmente los asociados a los trabajos de la casa y que en numerosas ocasiones necesitan ayuda para adaptarse a ellos. Cuando una mujer pierde a su marido, no hay el mismo nivel de desorganización respecto a su capacidad para llevar la casa y a su autoconfianza. Hay ciertas intervenciones como el desarrollo de habilidades, que pueden ser útiles cuando se trabaja con ancianos en duelo, sobre todo si son varones (Worder, 2012).

Grupos de apoyo en personas mayores

Un grupo de apoyo está constituido por personas que han experimentado una misma pérdida, y se que se encuentran de forma regular y formal para poder compartir vivencias e intercambiar recursos a fin de poder aliviar el sufrimiento y adaptarse mejor a los cambios y retos de la nueva situación. En el grupo, los participantes construyen vínculos de amistad, comparten sentimientos difíciles,

normalizan su experiencia, identifican otras formas de vivir y afrontar la pérdida, y juntos descubren nuevos significados y esperanzas. Todo ello hace que el grupo de apoyo sea un espacio óptimo para reducir el aislamiento, mitigar los sentimientos difíciles, aumentar la autoestima y ganar confianza en uno mismo recuperando el sentido y control de la propia vida

Los grupos de apoyo constituyen un papel de soporte emocional básico para las personas mayores, ya que permiten que los/las mayores expresen sus sentimientos, inquietudes, entre otros aspectos. Lo principal en los grupos de apoyo es que proporcionan la sensación de que una persona no está sola.

George (1994, citado en Worder, 2012), afirma que los grupos de apoyo son de gran relevancia para afrontar el proceso de duelo, por ello son útiles a cualquier edad, pero son particularmente importantes para los ancianos, cuya red de apoyo social ha disminuido y cuyo aislamiento es pronunciado. Asimismo, pueden ofrecer un contacto humano importante a aquellos/as que están experimentando niveles altos de soledad. En un estudio que llevó a cabo George (1994) descubrió que tanto los ancianos como las ancianas querían participar en grupos de apoyo. Lo más deseosos de participar eran aquellos/as cuyos confidentes estaban menos disponibles que antes, aquellos/as con más depresión y menos satisfacción vital, y los/las que percibían que no lo estaban afrontando bien. También había más deseo por parte de las personas entre 50 y 69 años que en las edades más avanzadas. Se debe tener presente que la percepción de apoyo tanto antes como después del fallecimiento puede ser más importante al evaluar la satisfacción ante el apoyo que las características de la red social medías objetivamente.

El grupo de apoyo ofrece un espacio de apoyo emocional donde cada persona puede expresar sus sentimientos libre-mente sin que por ello se minimice o juzgue la intensidad. Este alivio emocional también repercute en una mejora a nivel físico. Las personas en duelo a menudo expresan el hecho de sentir que la gente les evita. Compartir experiencias similares reduce la sensación de aislamiento ya la vez normaliza y valida la vivencia de duelo sea cual sea. Las personas se arriesgan a expresar sentimientos, cogniciones, percepciones, creencias, que a

pesar de ser reacciones naturales de duelo se viven como algo inadecuado: al expresarlas en grupo, las personas afectadas descubren que son respuestas universales, que no se están volviendo locos y que esta sintomatología forma parte natural de proceso. Descubren juntos que, no sólo el expresar dolor abiertamente no les destruye sino que al compartirlo se abren a la posibilidad de recuperación.

El grupo tiene además una función educativa: las personas aprenden que el duelo requiere tiempo, que es un proceso dinámico, es decir que se desenvuelve en el tiempo de forma característica, que hay unas etapas y tareas, y que deben tener una actitud activa y de compromiso. No son responsables de lo sucedido pero si del proceso de recuperación. La observación de cambios positivos en algún miembro del grupo es un signo de esperanza para el resto que puede anticipar mejoras en su propio proceso. En el grupo intercambian información sobre estrategias de ayuda, recursos específicos sobre aspectos prácticos como el acompañamiento

Diseño de sesiones: objetivos terapéuticos y estrategias

La facilitación de un grupo de duelo puede realizarse en forma de sesiones abiertas o cerradas. En las sesiones de grupo abiertas, los miembros contribuyen individualmente según su momento de vivencia distinta. El terapeuta facilita la sesión, ofreciendo un espacio abierto de compartir y de descarga donde cada persona tiene su tiempo para poder expresar pensamientos y sentimientos, y ser escuchado y validado por el grupo. Este tipo de sesiones no requiere de preparación previa, y el facilitador acompaña a los participantes mediante técnicas de indagación y exploración según el tema presentado, y controlando el tiempo para poder garantizar la participación de todos

En las sesiones cerradas, que se diseñan de antemano, se plantea una tarea específica de duelo propuesta por el facilitador o líder o por el propio grupo. Tienen una función terapéutica y a la vez educativa, que se lleva a cabo mediante estrategias concretas que pueden incluir desde exposiciones teóricas, ejercicios prácticos de auto-concienciación, reflexión de grupo, escritura creativa,

visualización u otras técnicas de psicoterapia adecuadas según el objetivo propuesto.

Las intervenciones terapéuticas cerradas se dirigen a objetivos concretos que van a depender de la fase o momento de duelo. A pesar de que el duelo es una experiencia individual y cada persona lo vive de una manera única, existen unos aspectos comunes en el proceso que se identifican como diferentes fases. Las fases se describen como Choque, Rechazo o evitación, Entrega al dolor y Transformación

En las primeras sesiones es importante crear una atmósfera de seguridad y validación donde cada persona pueda sobreponerse a los sentimientos de inadecuación y vergüenza que dificultan el compartir la propia historia. Es posible que algunos miembros sientan que lo suyo no es importante y se comparen

La participación social de la persona mayor viuda

La importancia de la participación de las personas mayores contribuye a la calidad de vida de estas, alargando en numerosas ocasiones la vida y haciéndola más útil y placentera. Asimismo, la capacidad de las personas mayores para relacionarse con el entorno, el apoyo social y la integración son aspectos fundamentales para vivir el proceso de envejecimiento y duelo de una forma positiva.

Los familiares y amigos pueden ayudar dedicando tiempo a la persona que está en duelo. No se necesitan demasiadas palabras de consuelo sino más bien la voluntad de estar con ellos durante el período de tiempo de su dolor y pena. Un brazo amable sobre los hombros expresará atención y apoyo cuando las palabras no son suficientes. Es importante que, si lo desean, las personas en duelo puedan llorar ante alguien con quien puedan hablar sobre sus sentimientos de dolor y pena sin que se les diga que se sobrepongan.

Con el tiempo, ellos podrán superarlo, pero primero necesitan hablar y llorar. A algunas personas les puede resultar difícil el comprender por qué el que está en duelo persiste en hablar sobre lo mismo una y otra vez, pero esto forma parte del

proceso normal de resolución del duelo y debe ser estimulado. Si usted no sabe que decir, o incluso no sabe si hablar sobre ello o no, sea honesto y dígalos. Esto dará a la persona en duelo una oportunidad para expresarle su deseo, qué es lo que quiere. Con frecuencia los demás evitan el mencionar el nombre de la persona fallecida por miedo al trastorno que esto pueda causar. Sin embargo, la persona en duelo puede interpretar este hecho como que los demás han olvidado su pérdida, añadiendo una sensación de soledad a sus sentimientos de dolor

Una práctica bastante habitual es el recogimiento de las personas mayores en sus respectivas viviendas en los momentos inmediatos a la muerte del cónyuge, circunstancia que representa la decisión de abandonar durante un cierto periodo de tiempo todas las actividades sociales que se llevaban a cabo. Se ha observado que se trata de una medida puesta en práctica mucho más por la mujer que por el hombre, dado que el sexo femenino tiende a centrarse más en el ámbito doméstico y en el entorno vecinal, a diferencia de los hombres que no interrumpen en la misma magnitud sus relaciones sociales (IMSERSO, 2001).

En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre que se realizaban junto al cónyuge, como el disfrute compartido con otros matrimonios, las vacaciones, la presencia a actos públicos y sociales se ven interrumpidos/as. Por otro lado, otro aspecto importante a destacar es el gran abandono que sufren los/las mayores en relación con las actividades extradomésticas que solían llevar a cabo junto a la pareja y que es un síntoma muy evidente de la desvinculación social de la persona mayor debido a su condición de viudedad (IMSERSO, 2001).

Aspectos relevantes en el proceso del duelo en la persona mayor

Como norma general se acepta que el duelo normal se desarrolle durante entre 6 y 12 meses. Algunos síntomas perduran durante más de 2 años y ciertos sentimientos y conductas pueden persistir toda la vida. La fase más aguda debe resolverse entre el primer y segundo mes. Para entonces, debe haberse recuperado el apetito, el sueño y la capacidad de trabajar.

Según Bender (1996, citado en Malla, 2005) la pérdida de un ser querido y, en general, todas las pérdidas afectivas, despiertan toda una serie de reacciones afectivas, cognitivas y conductuales que llamamos duelo. Las personas mayores, por el hecho de haber vivido durante muchos años, han debido enfrentarse a numerosas pérdidas: de personas queridas, de poder y de representación social, de salud e independencia, etc., lo cual, en muchos casos les ha permitido desarrollar estrategias de afrontamiento exitosas; pero cada muerte supone una pérdida mayor, el efecto de numerosas pérdidas es acumulativo y pueden llegar a tener la sensación de quedarse abandonados/as.

También por su edad, y sobre todo las mujeres, es más probable que deban afrontar la pérdida del cónyuge, con lo que ésta implica de soledad y pérdida de identidad; no olvidemos que para los/las mayores el rol de esposa de o esposo de, como elemento importante de la propia identidad, puede haberse mantenido estable durante 40 o 50 años.

Para las mujeres y los hombres mayores, la pérdida de la pareja significa el final de una larga vida en común y la desaparición de un futuro también común; la pérdida irrecuperable del compañero/a de sus vidas, de la persona a quien más quería y que más les quería, de alguien a quien cuidar y por quien ser cuidados/as; muchas veces también supone la pérdida de la independencia y-o del acostumbrado nivel de vida. Todo esto, en un momento vital en que se es más vulnerable y se está más necesitado de compañía y efecto, como fruto del propio proceso de envejecimiento y de las heridas narcisistas que supone el ir aceptando las pérdidas y limitaciones físicas o cognitivas. No se trata de plantear que el duelo sea exclusivo de la vejez, sino que es más probable que se deba afrontar en esta época de la vida y que también es muy frecuente que los/las mayores deban hacer frente a situaciones de duelo acumuladas (Malla, 2005).

Asimismo, Tizón (1996, citado en Malla, 2005) hace hincapié acerca de que el duelo no es un momento ni un estado, sino un proceso que puede durar entre 2 y 5 años, y a través del cual las personas aceptan la pérdida y pueden volver a reorganizar sus vidas. Los sentimientos, reacciones y vivencias de las personas en

duelo, van variando a lo largo del tiempo, desde el estupor y la desorganización emocional, hasta la reorganización afectiva y la recuperación de los intereses y proyectos vitales.

Intervención en el duelo

Los factores que intervienen en el proceso de duelo son de tal magnitud y cuantía que su interacción ocasiona que algunas veces sea necesaria una intervención específica psicológica y/o médica para la persona en duelo, mientras que en otras, las más numerosas, sólo es necesario informar, acompañar o asesorar puntualmente al doliente.

En cualquier caso, duelo normal o patológico, el profesional va a prestar una atención especial a la persona que ha sufrido la pérdida y vigilará o supervisará dicho proceso con el objetivo de detectar alguna posible anomalía en el transcurso del mismo, para hacer el seguimiento o la intervención que el doliente necesite.

El objetivo general de la intervención en el duelo es ayudar al superviviente a completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y ser capaz de decir un adiós final. En este sentido, los objetivos específicos que se persiguen con la atención en el duelo son;

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Ayudar al doliente a expresar sus emociones (tanto las exteriorizadas como las latentes).
- Ayudar a vencer los obstáculos que evitan el reajuste después de la pérdida.
- Alentar para decir “adiós” al fallecido y sentirse comfortable en la nueva situación de vuelta otra vez a la vida

Estas tareas no siguen necesariamente un orden concreto pero su naturaleza sí sugiere un criterio de lógica. Así, no es posible trabajar el impacto emocional de la pérdida si no se ha aceptado la realidad de dicha pérdida. Otra

cuestión es el hecho de que el duelo no es un estado sino un proceso por lo que el doliente no puede esperar que vayan pasando los días y se elabore el duelo solo, sin trabajo, sino que tendrá que esforzarse para realizar cada tarea y así superar la aflicción. Por eso es por lo que si no se completan todas y cada una de las tareas, aunque el doliente no lo crea, no se habrá resuelto el duelo y desembocará en un duelo incompleto o complicado. Las tareas son:

- Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida

La negación de la pérdida es un mecanismo de protección que se pone en evidencia, bien negando la realidad de la pérdida, bien, su significado o su irreversibilidad. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esta tarea que no es sólo intelectual sino, sobre todo, emocional. La persona que atiende al doliente para facilitar el proceso puede preguntar sobre la forma en que sucedió la muerte, qué pensó, cómo se sintió, qué hizo, si estuvo en ese momento, etc...También sobre si participó en los ritos funerarios, o si continúa visitando la tumba de la persona fallecida, etc.

- Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

La pérdida del ser querido despierta sentimientos de dolor, pena, sufrimiento, rabia, culpa e indefensión que el doliente puede querer posponer para más adelante con la intención de protegerse. Pero aunque en un principio pueda parecer inofensiva esta estrategia de protección, el hecho de evitar o ignorar ciertas emociones puede perjudicar en un futuro a la persona afligida, prolongando el curso del duelo

Por tanto, se trata de sentir, identificar y aceptar las reacciones emocionales ante la pérdida para poder afrontarla. Pero algunas personas que experimentan duelos se encuentran aisladas. Los allegados a menudo no están a gusto frente a las emociones del doliente (sobre todo la tristeza y la rabia), se sienten impotentes y prefieren evitar encontrarse a la persona y hablar sobre lo que está viviendo. Sin embargo, las personas que están pasando por un duelo tienen necesidad de hablar

y tener personas a su alrededor que les den apoyo y consuelo. Por ello es necesario que el profesional favorezca la expresión de los afectos del duelo.

- Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Esta tarea supone aprender a desenvolverse en una nueva vida, donde se renuncia a los vínculos que unían a doliente y fallecido para construir un nuevo mundo sin olvidar el antiguo, en el que se desarrollen nuevas habilidades y asuman nuevas tareas que conduzcan al superviviente a tener una vida plena.

Con esta tarea se ayuda a la persona afligida a enfrentarse a los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin el fallecido; en definitiva, a asumir las exigencias del medio. El esfuerzo que esta tarea va a requerir es muy variable en función de la relación del doliente con la persona fallecida y los papeles que ésta desempeñaba. Así, cuando la persona fallecida es la principal fuente de apoyo emocional, consejo, compañía, ingresos o responsable de la organización del hogar y el doliente lo considera imprescindible para “vivir y ser feliz”, sobrevivir le supone niveles de ansiedad, dolor y desesperanza muy grandes, ya que los recursos del superviviente se ven reducidos mientras que sus necesidades siguen siendo las mismas pudiendo sentirse frustrado para satisfacer incluso las más básicas

Cuando esto ocurre, la persona se cuestiona la eficacia de sus conductas, el control que tiene sobre su vida y aumenta la sensación de baja autoestima. En otras ocasiones el doliente siente la necesidad de hacer grandes cambios en su vida para poder reajustarse (cambiar de vivienda, ciudad o pareja); bajo estas circunstancias es aconsejable ser precavidos y no anticipar decisiones irreversibles o de difícil resolución

- Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

El objetivo de esta tarea es amar de nuevo, retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otras relaciones para sentir afecto pleno por los demás y ser capaz de preocuparse por ellos. Esta última tarea supone situar al ser querido en un lugar especial dentro del mundo interior del doliente de forma que el recuerdo de la persona perdida se pueda activar sin exceso de emocionabilidad, de manera que

facilite al doliente sentir interés por otras personas o cosas. Por tanto, no significa olvidar ni sustituir al fallecido; de hecho plantearse esa alternativa puede suponer un rechazo total del doliente a finalizar el duelo, ya que puede dar lugar a despertar sentimientos de traición o desengaño por creer que el vínculo que existía entre el deudo y el fallecido no era lo suficientemente fuerte.

Esta recolocación tampoco debe confundirse con el ansia de algunos deudos de ocupar rápidamente el vacío que ha dejado el fallecido ya que esto no es más que un intento de evitar el dolor que genera la pérdida y sería una defensa que impediría completar la tarea

Psicología

La intervención psicológica va encaminada mayoritariamente a explorar los factores de la situación presente del doliente que puedan estar interfiriendo en la adaptación y aceptación de la muerte de la persona querida, a disipar los sentimientos de culpa y potenciar los sentimientos de autorrealización; a reestructurar los pensamientos distorsionados que causan las emociones excesivas en intensidad o duración; a ayudar al deudo a desarrollar una actitud de nuevo entendimiento de sí mismo, de los otros y del mundo y a explorar perspectivas nuevas tras el cambio por el fallecimiento de la persona y a incorporar la situación presente dentro del continuum de experiencias de la vida.

De esta manera, el psicólogo le permitirá asegurar una recuperación plena de la persona a través de diferentes sesiones en las que se aplicarán métodos donde el análisis de las emociones y del vínculo con la persona fallecida será la clave. Estos profesionales ayudan a los dolientes a enfrentar sus emociones manejando mejor el miedo, la culpa, la tristeza o la ansiedad que se hallan vinculadas con la muerte de un ser querido así como le permitirán adquirir nuevas herramientas y estrategias para hacer frente al dolor que ha originado esta pérdida pudiendo llegar a la fase de aceptación

Dicha intervención requiere además una exploración psicológica previa que permita no sólo describir el proceso de duelo del doliente sino también conocerlo en cuanto a las conductas problemáticas que presenta, el mantenimiento de las mismas y los recursos que posee. Para ello, además de la entrevista clínica donde se recoge la información básica del deudo, en la actualidad existen instrumentos de medida específicos y adaptados al español como el Inventario Texas Revisado de Duelo de Faschinbager y cols. (1977, 1981) o el Inventario de experiencias en duelo de Sanders y cols. (1977) que van a completar la información clínica.

Según el Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba (2009) durante el proceso de duelo pueden aparecer otros trastornos y conductas concomitantes, como depresión, estrés postraumático, ansiedad, conductas suicidas y somatización. Siendo la depresión con la que más síntomas y criterios diagnósticos se ha asociado. Por lo tanto para detectar algún trastorno asociado, además de la entrevista, se deben utilizar pruebas específicas.

Las técnicas y estrategias de intervención psicológica que se utilizan para lograr los objetivos del duelo son numerosas y variadas y dependen de las metas que deseemos conseguir y del marco donde se encuadre la terapia. Algunas de ellas son (Worden, 2010):

- Expresión de las emociones positivas y negativas: a través del uso de símbolos asociados al fallecido, como fotos, videos, cartas, dibujos, etc., o dibujando las propias emociones y experiencias vividas con él.
- El lenguaje evocador: el psicólogo puede usar palabras duras que evoquen sentimientos, como por ejemplo, “tu hijo murió”. Este lenguaje ayuda a la gente aceptar la realidad que rodea a la pérdida y puede estimular algunos de sus sentimientos dolorosos. También puede ser útil hablar del fallecido en pasado: “su marido era...”
- Cambiar los pensamientos negativos o distorsionados por otros más adaptativos y ajustados a la realidad, utilizando la reestructuración cognitiva.

- Escribir. Hacer que el doliente escriba una o varias cartas al fallecido expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto le puede ayudar a arreglar los asuntos pendientes y a expresar las cosas que necesite decirle. Llevar un diario explicando la experiencia del duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.
- Libro de recuerdos. Una actividad que puede realizar la familia conjuntamente es hacer un libro de recuerdos sobre el fallecido. Este libro puede incluir historias sobre los acontecimientos familiares, cosas memorables como instantáneas y otras fotografías y poemas y dibujos realizados por diferentes
- Enfrentarse a las situaciones que temen o sobre las que se sienten molestos desarrollando habilidades específicas a través de la técnica de role playing
- Imaginación guiada. Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que siente necesidad de decirle, es una técnica muy poderosa. El poder viene, no de la imaginación sino de estar en el presente, y de nuevo, hablar con la persona en vez de hablar de la persona.

Deben tomarse en cuenta algunas consideraciones por parte de los psicólogos durante el proceso de manejo del duelo:

- La importancia de completar el trabajo del duelo de manera que el paciente no esté peor que antes de venir a terapia.
- El desbordamiento de las emociones reprimidas.
- Ayudar a los pacientes a afrontar la dificultad que experimentan durante la terapia. Se puede hacer muy difícil en situaciones sociales. A veces, con el permiso del paciente, informamos a los miembros de la familia con los que vive, de que se está haciendo una terapia a causa del duelo y que el paciente puede experimentar una tristeza

intensa. De esta manera se alerta a la familia de los posibles cambios de conducta.

La medicación se debería usar con moderación y simplemente para aliviar la ansiedad o el insomnio no para aliviar los síntomas depresivos. Es desaconsejable dar medicación antidepresiva a personas en fase aguda del duelo. Estos antidepresivos tardan mucho tiempo en hacer efecto cabe decir que se tiende a abusar de ellos cuando se emplean en el tratamiento del duelo. Es un error pensar que como en el duelo se sufre una tremenda tristeza y dolor, se debe tomar alguna medicación para eliminar estos síntomas.

El duelo es un proceso normal y adaptativo y que tiene unos objetivos concretos y bien definidos en cuanto a la superación de la pérdida se refiere, por lo que la persona tiene que experimentarlo para poder llegar a superarla. Por ello, sólo deben prescribirse cuando hay una indicación clínica clara.

Tanatología

La Tanatología es acompañar al enfermo, antes, durante y en el momento de su muerte, es ayudar a bien morir y tiene como misión: curar el dolor de la muerte y curar el dolor de la desesperanza, curar a quien está sufriendo (dolor y sufrimiento) (Behar, 2003).

También se trata de acompañar al doliente cuando tiene una pérdida irreparable y darle un consuelo a su corazón. La Tanatología es transcultural e interdisciplinaria, presta atención a los aspectos: físico, emocional, mental, espiritual y comunitario. Su propósito es lograr una comprensión vivencial, ya que ésta viene a través de la experiencia directa; acerca a ese punto en el que se está realmente dispuesto a enfrentar la muerte, la soledad y el sentido de existencia en el mundo. Con frecuencia contactar con estas prácticas es el inicio de un despertar transpersonal que puede guiar a través de la crisis existencial de la desesperanza (Polo, 2004).

La disciplina encargada del estudio sobre la muerte es la tanatología que, al relacionarla con la psicología cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano ha resultado funcional, puesto que algunos de los conflictos psicológicos presentados en los individuos parten del no haber superado un proceso de duelo cuando se tuvo una pérdida, ya sea física, psicológica o emocional (Rodríguez, 2013).

La relación entre la tanatología y la psicología pretende dar sentido a la muerte y crear consciencia de que, para que una persona resuelva los conflictos que le causó alguna pérdida tiene que pasar por un proceso de duelo y sobre todo hacer conciencia de las emociones que le causó tal situación de tal manera que pueda vivir un proceso adecuado y saludable, física, emocional y mentalmente hablando (Márquez, 2009).

El tanatólogo debe tener, entre otras cualidades: sensibilidad, competencia profesional, paciencia, honestidad, flexibilidad y madurez, pero sobre todo tiene que haber explorado su propia espiritualidad. Tiene tres lugares específicos para realizar su trabajo: El hospital, La casa del paciente, El consultorio (en los casos en que el tanatólogo sea médico, psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta).

Logoterapia.

El creador de la logoterapia fue el neurólogo y psiquiatra Viktor Frankl (1905-1997). Con descendencia judía vivió la pérdida de sus padres en los campos de concentración nazi, en los que Frank sobrevivió. Se pone a reflexionar y escribir sobre sus experiencias y publica libros con la motivación e interés por ayudar al hombre doliente.

Viene de "Logos" palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito" y es la búsqueda del significado de la existencia humana, por lo que utiliza la fuerza motivante del hombre para encontrar el sentido de su propia vida. La logoterapia, es una terapia que utiliza la dimensión espiritual de la existencia humana, intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades;

y le da la opción de decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable (Allport, 1991).

El hombre es un ser a la búsqueda del significado de la propia vida, y mientras no responda a la misión que le ha estado confiada por la vida misma no podrá recibir el don de la realización de sí mismo. (Molla M. 2002)

La vida siempre tiene un significado y a pesar de los aspectos trágicos o negativos del destino humano, este puede ser transformado en maduración y crecimiento cuando frente a ese destino se logra establecer la actitud adecuada. La persona busca primeramente un sentido para su vida y el resultado será haber encontrado una misión por la cual vivir. (Molla M. 2002)

Es un hecho que la logoterapia al interpretar al hombre como un ser en la búsqueda del sentido, hace vibrar una cuerda en el ser humano de hoy, que conecta con necesidades de nuestra época. La posibilidad de que la vida tenga sentido es un interrogante religioso, no porque tenga que ver con la fe ni con la concurrencia al templo, sino porque se refiere a valores fundamentales. Es una cuestión religiosa, porque plantea, qué queda por hacer cuando uno ya ha aprendido todo lo que hay por aprender, y resuelto todos los problemas que se puedan resolver. La religión centra su mirada, en la diferencia que hay entre el ser humano y las demás especies, y en la búsqueda de un objetivo, lo suficientemente importante, como para que la vida adquiera sentido, por el mero hecho de que se apegue a dicho propósito

Podemos afirmar, que la logoterapia forma, un profundo sentido al ser humano, sobre el sufrimiento; cuando es inevitable, lo importante es la actitud, y en estas situaciones se puede actualizar el máximo potencial humano: el convertir una tragedia personal en un triunfo. (Allport, 1991).

Por esto mismo se retoma la logoterapia como una estrategia para tratar tanto el duelo como en la depresión no solamente en el adulto mayor sino también para todas las personas, ya que nos enseña a darle un significado a nuestra existencia y no que nuestra existencia tenga significado por algo o alguien.

Resiliencia

La resiliencia, representa la adaptación positiva de la persona a pesar de la adversidad y ante situaciones de amenaza. En la etapa de la vejez cobra especial importancia por ser un periodo en el que se suelen presentar diversos eventos críticos y altamente estresantes y, cabe notar que, a pesar de ello, algunas personas mayores se adaptan a tales condiciones sin mostrar un decremento en el bienestar o en la satisfacción con la vida (Grau, 2012).

Hasta la actualidad no se ha determinado las causas que llevan a una persona a ser resiliente o no, se habla de factores que pueden predecir esta capacidad, por ejemplo, una creencia religiosa, el nivel de educación, haber tenido padres afectivos, amistades o ciertas ventajas económicas.

- 1) La resiliencia, por lo tanto, debe reunir dos condiciones y características:
- 2) La exposición a un daño significativo o una adversidad severa.
- 3) La adaptación positiva a pesar de un “riesgo significativo” en el proceso de desarrollo (Grau, 2012).

Existe la impresión de que la resiliencia no es un atributo de la personalidad, más bien se considera como un conjunto de recursos y fortalezas que son capaces de potenciarla y proveerla cuando la situación lo requiera. Entre los componentes esenciales de la resiliencia destacan las estrategias de afrontamiento. Se ha observado que en la vejez puede dirigirse a ajustar o replantear los objetivos y lo que da sentido a la vida, así como a aceptar los cambios y sucesos que no se pueden controlar de manera directa (Kléver, 2015).

Existen actividades que pueden contribuir a la resiliencia, como practicar alguna actividad física. La caminata, por ejemplo, beneficia la salud emocional y eleva los niveles de bienestar. Los recursos sociales como el apoyo de la familia y amigos, así como los servicios de salud y asistencia comunitaria, de igual manera, son fundamentales para que los adultos mayores compensen pérdidas y recuperen

sus niveles de funcionalidad. Y, paralelamente, enfrenten mejor las adversidades (Kléver, 2015).

Conclusiones

La vejez es una etapa la cual está expuesta a pérdidas de manera más frecuente y estas no son únicamente de tipo afectivo, sino, además, pueden estar asociadas a una serie de situaciones como: la aparición de enfermedades crónicas, el deterioro físico, la pérdida de roles sociales jubilación, modificación del rol parental y/o patriarcal, la disminución de recursos económicos, disminución o pérdida de capacidades sensoriales, entre otras.

Al respecto, la madurez para enfrentar y asumir la pérdida depende de cada persona, de su propia experiencia en la resolución de sus pérdidas en el pasado, su historia de vida, sus actitudes y visión de mundo, y, un aspecto muy importante, el crecimiento espiritual alcanzado. Estos recursos personales más una red de apoyo familiar, vecinal y comunal adecuados contribuyen a que las personas adultas mayores afronten las situaciones de pérdida de una mejor manera. De ahí que la definición de espacios permanentes de atención grupal dirigido a la atención de personas de 60 años y más que afrontan situaciones de duelo desde los diferentes niveles de atención en salud, constituye un recurso de intervención necesario para el fortalecimiento de la atención integral que requiere la población adulta mayor.

De la misma forma destacar la importancia de llevar a cabo un envejecimiento saludable, es decir, prepararse desde etapas previas a la vejez en adquirir estrategias que permiten afrontar situaciones que remitan hacia situaciones que tengan que ver con pérdidas, materiales, físicas, etc. Y de esta forma estar preparados para poder llevar una vejez digna en donde los eventos inesperados e irreparables sean tomados con ciertas estrategias que reduzcan hasta cierto punto la carga emocional de la o las personas que estén sufriendo la pérdida en ese momento.

El sentido que se le da durante las etapas de la vida a la viudez depende del momento en que se experimentan pérdidas en el transcurso de la misma. (Montes de Oca, 2011) Irremediablemente, la viudez en la vejez es un evento que se vincula con la aparición de sentimientos de soledad que pueden incluso propiciar

la enfermedad o la muerte de quien los experimenta. Sin embargo, la ausencia de una pareja pone en evidencia la importancia de su compañía en la vejez, la viudez representa ausencia de amor, sexualidad y placer que los otros familiares no pueden compensar. A pesar de que para la cultura mexicana y su sistema de valores no son permisibles las nuevas nupcias después de la viudez o el divorcio, estas son un evento que, como dicen Sánchez y Bote (2007), es necesario y deseable para mantener la calidad de vida psíquica y física de las mujeres y hombres que llegan a la vejez.

Por lo tanto además de las estrategias antes mencionadas, es imperante mencionar que el tener cubiertas las necesidades afectivas y de pertenencia durante la vejez y en la viudez, permiten en las personas envejecidas desarrollar estrategias y herramientas suficientes que, apoyadas por las estrategias que se hayan llevado a cabo durante la vida, deriven en procesos asertivos y empáticos para tener una perspectiva diferente ante la pérdida.

Estar acompañado en el proceso del duelo por un profesional de la psicología supone un apoyo muy importante para lograr lo antes posible una adecuada resolución del duelo, el trabajo conjunto entre terapeuta y paciente es el camino más seguro hacia una adecuada aceptación y comprensión.

El objetivo final de la terapia del duelo aplicada por el psicólogo es que el adulto mayor integre la pérdida de manera saludable, pudiendo recordar a la persona fallecida sin experimentar dolor y centrándose en las experiencias positivas que compartieron. Al mismo tiempo, es natural que existan fechas o recuerdos que puedan provocar tristeza se trata de que se asuma con naturalidad las emociones sin quedarse estancado en ellas.

Referencias

Agulló, M. S. (2001). Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación. Madrid: IMSERSO

Arias, C. J. & Polizzi, L. (2011). La relación de pareja, Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(10), 49-71.

Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2004). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado. DSM IV-TR. Barcelona: Masson.

Carlson JC and Riley JCM. (1998) A consideration of some notable aging theories. *Exp Gerontol* 33(1/2): 127-134.

Ceballos García G. (2014) La muerte en el anciano (Tesina de diplomado) Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México.

Cedeño, T., Cortés, P. & Vergara A. (2006). Sexualidad y afectividad en el adulto mayor. *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. La Serena, Chile: Universidad Austral de Chile.

Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2009) Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*. 61, 383-409.

Chávez López, A.M. (2011). Duelo y depresión en el adulto mayor. (Tesina para obtener diplomado) Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México.

Chong Daniel, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 28(2). 79-86

Corevic J., M. (2003). Proceso de Duelo en el Anciano: *Revista Electrónica: El Portal del Mundo de la Psicología*. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art36002.

Cortés, J. (2010). *El ciclo de vida: nacimiento, juventud, adultez, vejez*. Copesa, 9, 5 - 8.

Frankl. V. (1946) El hombre en busca de sentido. México: Herder

Corujo E, De Guzman Pérez Hernández D. (2007) Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Tratado de Geriatria para residentes. IM&G. Madrid, cap 3: 47-58

Cuello, C. (2002) "La vejez y la muerte". Número 4, Fernández, R. (2009) *Gerontología Social*. Pirámide pp. 229 - 239

De Miguel A. & Castellano C. (2012). *Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV)*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, (1) 69-83.

Erikson E.E. El ciclo vital completado (Edición revisada y ampliada). Barcelona: Paidós, 2000

Gamo, M., E. & Pazos, P., P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. Revista de la Asociación Española de Neuropsicología 29(104), 455-469.

García, J. (2012). Manejo del duelo en atención primaria. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2-7

García-Pelayo GR. (1993). Pequeño Larousse en color. México: Ediciones Larousse, pp. 333.

Gibson, L.E. Complicated Grief: a review of current issues. Research Education DisasterMental Health. Disponible en <http://www.redmh.org/research/specialized/grief.html>

Gómez-Sancho M. (2004) La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones.

González, A. L., & Araujo, A. V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte. Kairós Gerontología.

Gonzales, R. (2005). *Cuando la tercera edad nos alcanza*. Crisis o Retos. Trillas pp.21 – 101.

Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617-1628.

Grau, H. (Abril 2012). Resiliencia en el adulto mayor. *Recreadultos*

Guillem, P. V., Romero R. R., & Oliete, R. E. (2007). Manifestaciones del duelo. En Antón T. A. Calderero, A. V & Puértolas, H. T. (2007). *Duelo en oncología*. España: Sociedad Española de Oncología Médica. 63-83.

Havighurst. R.J. (1961) Successful aging. *Gerontologist*. 1, pp. 8-13

Henríquez, A., y Núñez, M. (2005). Psicomotricidad con personas mayores sordas. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5(3), 117-136.

Hernández-Eloisa, M. A., Oñate-Ramírez, D., Rodríguez-Ramírez, D. J., Sánchez-León, L., Bezanilla, J. M., & Campos, J. E. (2011). El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México. *Revista de Psicología GEPU*, 2 (1), 64 - 78.

Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonano, G.A., Milbrath, C., Stinson, C.H. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*; 154: 904-10

Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Iacub, R. (2009). Las nuevas parejas en la vejez. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 137-146

IMSERSO. (2014). *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Instituto Mexicano de Tanatología. (2006) *¿Cómo enfrentar la muerte?* México: Trillas.

Instituto Nacional de Geriátría. (2013) Foro: Envejecimiento y salud: Investigación para un plan de acción. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/noticia>.

Instituto Nacional de Salud Pública (2020). Adultos mayores. Gobierno de México consultado el 07 de Junio 2021 en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>

Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba. Área de igualdad y desarrollo social (2009). Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo. Universidad de Córdoba

James JW, Friedman R. (2001) Superar las pérdidas emocionales. Los libros del comienzo. 2001

Jauregui Balenciaga I. (2008) Vejez y depresión: una visión sociocultural. Gobierno Vasco: Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales *Zerbitzuan 43*, 133-142.

Kato, P.M & Mann, T. (1999) A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*; 19 (8): 275-96

Kelly, B., Edwards, P., Synott, R., Neil, C., Baillie, R., Battistutta, D. (1999) Predictors of bereavement outcome for family carers of cancer patients. *Psycho-oncology*, 8: 237-49

Lopata, H.Z. (1993). The support systems of American urban widows. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson, *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, 381-396.

López Sánchez, F. (2005). Experiencia amorosa en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(3), 135-137.

Lund, D.A. (1989). Conclusions about bereavement in later life and implications for interventions and future research. In D.A. Lund (Ed.), *Older bereaved spouses: Research with practical applications*, 215-231

Luoma, J.B. y Pearson, J.L. (2002). Suicide and marital status in the United States, is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*, 92(9): 15-22.

Malla, R. (2005). La muerte y el proceso de morir. Pérdida y duelo. En A. Alfageme, M. Aymerich, J. Botella, S. Cabedo, F. Casas, F. Caro, & F. Villar, Gerontología actualización, innovación y propuesta. Madrid: Pearson Educación, S.A.

Martínez, M. (2007). *Definición de Tercera Edad*. Noviembre 8, 2016, de ABC

Mendes, F. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review* 22(2) 174.185.

Meza, D.E., García, S., Torres, G.A. Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.

Molla, M. (2002) a Logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: Una visión existencial

Montes de Oca Zavala, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairos Gerontología*.14 (5). 73-107

Montes, B. (2008). *Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio*. Universidad de Jaén, 3, 3 - 19

Moreno Toledo A. (2010) Viejismo (Ageism) Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista: Poiésis*.

Mucci R. (2006) La Logoterapia de Viktor Frankl. Recuperado el 12 de noviembre 2017

Ocampo, C. J & Lodoño, A. I. (2007). Ciclo vital individual: vejez. *Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatría* 21(3) 1072-1084

O' Connor N. (2007). Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo. México: Trillas.

Ollar J. (1997) Envejecimiento y función cognitiva. De la declinación al deterioro. En: Mangone CA; Allegri RF y cols. Demencia: enfoque multidisciplinario. Sagitario editores. Buenos Aires.

Olmeda MS. (1998). El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Women's mental health: an evidence-based review*. Ginebra: OMS

Papalia, D. E. (2006). *Desarrollo Humano*. México: Mac Graw Hill

Parkes, C.M. Bereavement. En: Doyle, D., Hanks, G.W.C., Macdonald, N., Eds. OxfordTextbook of Palliative Medicine, Oxford: Oxford University Press, 1993.

Partida, V. (1999). Perspectiva demográfica del envejecimiento en México, en Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas, CONAPO, México, 27-39.

Rojas Posada S. (2005). El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Granica.

Rodríguez Cano, M. (2013) Perdidas en la vejez (Tesina de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología A.C: México.

Rodríguez Daza, K. (2011) Vejez y Envejecimiento. Universidad del Rosario. Colombia.

Rojas Osuna L. E y Rodríguez Díaz C. E.(2015). Pérdida, duelo y muerte del Adulto Mayor en dos escenarios diferentes (Tesis para obtener un diplomado) Asociación Mexicana de Tanatología A. C. México.

Sánchez P. y Bote A. (2007). Los mayores y el amor. Una perspectiva sociológica. Madrid: Nau Libres.

Sánchez G., Isis Y., & Pérez M. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2)

Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., Reynolds, C. F (2005) Treatment of complicated Grief: a randomized controlled trial. *JAMA*; 293 (21), 2601-8

Secretaría de Salud. (2015). Por un envejecimiento activo y saludable. Noviembre 8, 2016, de Gobierno de México

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

Solís, P. y Puga, I. (2009). Los nuevos senderos de la nupcialidad: cambios en los patrones de formación y disolución de las primeras uniones en México. En: Rabell, C. (Coord.). (2009). *Tramas Familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*: 179-98. UNAM y El Colegio de México.

Soler MC, Jordá E. (1996). El duelo: manejo y prevención de complicaciones. *Medicina Paliativa* 3(2) 66-75.

Stemberg, R. (1989). *El Triángulo del Amor*. Barcelona, España: Paidós

Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M.S. (2005) Grief work, disclosure and counselling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychological Review*; 25: 395-414

Sweeney, M. M., & Replogle, E. M. (2002). Marital relationships. *Encyclopedia of Aging*. Recuperado en mayo 14, 2011

Tizón, J.L. (2003). Pérdida, pena y duelo. *Vivencias, investigación y asistencia*. Ediciones Paidós, 3-Maddocks, I. *Grief and Bereavement*. M.J.A.; 179.

Torres, I. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Ciencias Médicas* 21, 11 - 21.

Tovar, P. (1999). Más allá del matrimonio. Un territorio llamado viudez. *Nómadas*, 11:178-84. Colombia: Universidad Central.

Tuirán, R. (1996). Las trayectorias de vida familiar en México: una perspectiva histórica. Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales: 7-14. México: El colegio de México.

Uhlenberg, P. (2013) Demography is not destiny the challenge and opportunities of global populatin aging. *Journal of the American Society on Aging* 37(1), 12-18.

Usel J. (2001). La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. IMSERSO. 14-25.

Wang, T. F., Lu, C. H., Chen, I. J., & Yu, S. (2008). Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 443-450

Worden JW. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.

Worder, J. W. (2012). Sistemas familiares y duelos. En J. W. Worder, El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Páidos

Yalom M, Carstensen LL, (2002) Marriage in old age. Editors. Inside the American Couple: new insights, new challenges. Berkeley: University of California

Zúñiga, E. & García, J., E. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características”, en La situación demográfica de México 2008, CONAPO, México.