

3
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA
ELABORACIÓN DEL DUELO*

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
SALVADOR OTHON ACEVEDO MARTINEZ

ASESOR: MTRA. DIANA OSTROVSKY VINOGRAD

MEXICO, D. F.,

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

**A mi madre, quien me enseñó esta búsqueda constante y este
no conformarme nunca.**

A Q. y su familia, por su calidez constante.

**A Val, por que se puede disfrutar un atardecer aún con todo
ese inconsciente dentro.**

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO UNO. QUE ES EL DUELO	5
1.1 Modelos Psicoanalíticos	6
1.2 Modelos Cognitivo Conductuales	10
1.3 Modelos Humanistas	15
1.4 Modelos Existenciales	18
CAPITULO DOS. EL PROCESO DEL DUELO	21
2.1 Negación	21
2.2 Manifestaciones Normales del Duelo	25
2.3 Expresiones Físicas	25
2.4 Expresiones Emocionales	27
2.5 Expresiones Cognoscitivas	29
2.6 Expresiones Conductuales	31
CAPITULO TRES. DUELO PATOLOGICO	34
3.1 Factores en la Infancia que pueden probabilizar un duelo patológico	34
3.2 Factores asociados con el momento de la pérdida que pueden dificultar la elaboración del duelo	43

CAPITULO CUATRO. EL DUELO COMO FACTOR DE CRECIMIENTO HUMANO	49
CAPITULO CINCO. MODELOS DE INTERVENCION EN DUELO	
5.1 Un modelo educativo	59
5.2 Un modelo filosófico	61
5.3 Modelos psicoterapéuticos	62
CONCLUSIONES	73
C.1. Integración de los distintos enfoques del duelo	73
C.2. Duelo con apoyo psicoterapéutico	76
C.3. El duelo como promoción humana	80
C.4. Educación para el duelo	81
C.5. Aportaciones y Limitaciones	82
BIBLIOGRAFIA	86

INTRODUCCION

En una tierra lejana habitaba un rey que estaba un tanto cansado de los distintos regalos que le hacían las personas de su séquito. Ellos trataban de halagarlo con todo tipo de presentes: tapetes traídos de distintos lugares, joyas preciosas ricamente adornadas, animales exóticos, objetos de rareza inaudita. Sin embargo el rey comenzaba a estar un poco harto de tantos halagos pero que ninguno de ellos realmente lo sorprendía.

Un día se los dijo a todos ellos, quería obtener un regalo que lo pudiera llevar a la alegría más alta y completa, y que pudiera llevarlo también a la más apabullante tristeza.

Se fueron todos en busca del regalo que satisficiera a su soberano. Pasó el tiempo, no podríaa saberse cuanto en los términos comunes.

Un día regresaron y cuando tuvieron al rey enfrente, uno de ellos se adelantó y entregó al rey una pequeña caja ricamente adornada. El rey la tomó entre sus manos y cuando la abrió, tuvo frente a sus ojos un anillo bellamente adornado con distintas piedras preciosas en un trabajo exquisito. Sin embargo no fué eso lo que sorprendió al rey, sino una inscripción que llevaba este anillo en su interior. Dentro estaban labradas las siguientes palabras: "También esto pasará". El rey la observó y no pudo más que pensar que sus hombres habían acertado.

Cuento Sufi.

Este es un cuento sufi que he querido incluir como principio de este trabajo que pretende ser una reflexión acerca de lo que la muerte y el duelo nos puede enseñar como personas en búsqueda de ser más concientes de nosotros mismos. Cotidianamente tendemos a ver las pérdidas, y específicamente la muerte, como algo

indeseable, y al duelo, el periodo que sigue a una pérdida, como un proceso que más valdría no tener que enfrentar y algo que definitivamente no puede aportar nada a nuestra experiencia. Este es un punto de vista que en gran medida es aprendido y transmitido culturalmente. La forma como entendemos la muerte y la forma como nos enfrentamos al duelo, tiene mucho que ver con la forma como nuestra sociedad entiende la muerte y como nos enseñan a enfrentarla. Y si la nuestra es una sociedad que tiende a ignorar las pérdidas, a atribuirles un valor exclusivamente negativo y a ver el duelo como una ardua tarea que hay que completar para regresar al nivel de funcionamiento anterior, no es de extrañar que existan tantos tabúes al respecto y al mismo tiempo que comiencen a existir tantas patologías alrededor de ella.

Sin embargo la muerte es el único hecho en nuestras vidas del cual podemos estar absolutamente seguros (tanto de la nuestra como la de los seres que nos rodean).

El objetivo del presente trabajo es investigar cual es el papel que puede jugar el psicólogo, y específicamente el psicoterapeuta, con el fin de enfrentar esta realidad que resulta limitante para el ser humano, en el sentido de que un duelo no elaborado es una situación que puede tener repercusiones a todos niveles y a largo plazo.

Se investiga en primer término cuales son los distintos enfoques teóricos acerca del duelo con el fin de determinar cuales son los comunes denominadores que nos pueden ayudar a entender este fenómeno de una manera más integral.

Se investiga si el duelo puede ser elaborado de una manera más eficaz y rápida con el adecuado apoyo psicoterapéutico, o si por el contrario, es conveniente dejar que siga su curso normal, sin intervenir en él, como plantea Freud (1915).

Se investiga también si el hecho de que exista una intervención de tipo psicoterapéutico puede provocar que el duelo se resuelva de manera que funcione como un factor de crecimiento humano, entendiéndose por tal, un aumento en la conciencia de sí mismo del individuo, el empleo de mecanismos de defensa más maduros y acordes a la realidad, y un aumento en la capacidad de enfrentarse a la angustia que la muerte genera.

Para resolver lo anterior se realiza una investigación de tipo bibliográfico en la cual se revisan los distintos enfoques teóricos que, por una parte, pretenden explicar lo que el duelo es y como se desarrolla, y por otra parte aquellos modelos psicoterapéuticos de intervención en el proceso de duelo que sirvan al efecto de dar una respuesta a la presente investigación.

El hecho de que el hombre, bajo una dimensión social, se encuentre influido por distintos factores que afectan su personalidad, provoca que existan condiciones educativas específicas al enfrentamiento de las pérdidas, y por lo tanto se revisan también cuales son estas condiciones que entran en relación con el tema de investigación.

Paradójicamente la sociedad occidental del siglo XX vive la muerte como un tabú, a diferencia del tabú del sexo en el siglo XIX (Gorer, 1975, citado por Lichszjant, 1979) y esto ha provocado que se haya eliminado a la muerte de nuestro lenguaje cotidiano, se le vea como algo que hay que despachar rápidamente, y alebamos y admiremos a aquellas personas que aparentan haberla superado "rápidamente". No permitimos la libre expresión de los sentimientos del doliente, escuchamos su plática sólo durante los primeros días, brindamos el apoyo necesario en situaciones sociales muy específicas, y cuando pasa un periodo "razonable" de tiempo dejamos a

las personas solas con su dolor, no porque haya sido suficiente el tiempo para resolver la pérdida, sino porque a nosotros nos resulta "incómodo" seguir escuchando sus lamentos. Esta actitud surge en gran medida porque el sufrimiento del otro nos enfrenta directamente con la posibilidad de estar en su lugar o de nuestra propia muerte, y eso es algo en lo que preferimos no pensar. Por lo tanto se plantean modelos de intervención a distintos niveles (educativo, filosófico y psicoterapéutico) con el fin de poder proveer al profesional de las herramientas necesarias para responder a las necesidades de una persona que atraviesa este proceso (incluyendo al psicoterapeuta mismo).

Es este un trabajo que pretende rescatar la vida que hay en la muerte, siendo que no son conceptos que se excluyan sino procesos que se complementan.

"CUANDO SUPE QUE IBA A MORIR, COMENCE A VIVIR"

RENE (Seropositivo)

CAPITULO UNO QUE ES EL DUELO?

Es una espesa fatiga
un ansia de trasponer
estas lindes enemigas
este morir incesante
-tanaz-
esta muerte viva.
MUERTE SIN FIN
JOSE GOROSTIZA

Una consecuencia de nuestra sociedad cada vez más tecnificada y comunicada es, paradójicamente, el aislamiento tan fuerte que vive el ser humano. Este aislamiento hace que muchos procesos psicológicos que antes progresaban naturalmente (gracias a la comunicación interpersonal que existía), ahora sea conveniente, e incluso necesario, apoyar profesionalmente. El psicólogo y el psicoterapeuta han venido a substituir al médico y al sacerdote en muchos aspectos de la vida moderna. Aunado a esto se encuentra el constante estrés en el que vive cualquier habitante de una ciudad moderna como las nuestras, estrés que hace más difícil de sobrellevar las presiones y los dolores a los que todos y en todos los tiempos nos hemos tenido que enfrentar, uno de ellos la muerte.

La muerte de un ser querido es uno de los momentos más difíciles al

cual se enfrenta cualquier ser humano en el transcurso de su vida. El interés por entender su origen, sus manifestaciones y su resolución ha ido en aumento en los últimos años.

1.1. MODELOS PSICOANALITICOS

Uno de los primeros autores que empezó a tratar de dar una explicación a este fenómeno fué Sigmund Freud, creador del psicoanálisis. En 1915 publica dos ensayos: "Consideraciones sobre la muerte y la guerra" y "Duelo y Melancolía", en los cuales trata de explicar cuál es la actitud del hombre ante la muerte y ante la pérdida. En el primero de ellos Freud habla de que el hombre moderno no es capaz de imaginar su propia muerte, y en el caso de intentarlo lo hace como mero observador; "mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida" (Freud, 1915). Esta actitud, según él, empobrece nuestra propia conducta porque evitamos una serie de actividades por el peligro que entrañan.

Freud recurre al hombre primitivo para explicarse el porqué de esta actitud ante la muerte. Dice que el hombre mataba a extraños y enemigos como algo natural, que le murieron, todo su ser se rebeló ante ello pues fué como experimentar la muerte de una parte de sí mismo. De esta manera estaba experimentando su propia muerte, pero como esto no es posible, llegó a una transacción: admitir su muerte pero negándole el significado de aniquilación. Así fué como se inventaron los espíritus. Sin embargo, ante la muerte de sus seres queridos no únicamente experimentó dolor, sino también satisfacción pues finalmente cada uno de ellos era también un extraño para sí mismo, con lo cual aparece la culpa como un elemento importante dentro de la actitud ante la muerte. Esta culpa por

sentir satisfacción ante la muerte de otros, hace que los espíritus que había inventado se conviertan en demonios que temer. El recuerdo de los muertos dió la suposición de otras existencias después de la muerte. Más tarde las religiones presentaron esta existencia póstuma como la más valiosa.

Por otra parte Freud nos explica la actitud ante la muerte en el inconsciente, diciendo que este se conduce casi exactamente igual que el hombre primitivo.

El inconsciente no cree en la propia muerte, ya que no conoce nada negativo y por lo tanto nada instintivo favorece la creencia en ella. El miedo a la muerte procede casi siempre del sentimiento de culpabilidad (por la satisfacción ante la muerte de otros).

En "Duelo y Melancolía" (1915) Freud nos explica nuestra reacción ante la pérdida de un ser querido. Dice que el duelo es "la reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc." No considera que éste sea un estado patológico, aunque implique considerables desviaciones de la conducta y confía en que pasado algún tiempo éste desaparecerá, e incluso juzga inconveniente perturbarlo.

Las características del duelo según Freud son:

- Estado de ánimo doloroso.
- Cese del interés por el mundo exterior (mientras este no recuerde a la persona fallecida).
- Pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso (lo que equivaldría a sustituir al desaparecido).

- Apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido (esta inhibición y restricción del yo se debe a que está entregado por completo a la labor del duelo).

El duelo se explica de la siguiente forma:

El juicio de realidad revela que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido se separe de él. Sin embargo el hombre se niega a deslibidinizar al objeto aunque haya encontrado ya un sustituto. Esta oposición puede ser tal que surja un apartamiento de la realidad, conservando al objeto por medio de una "psicosis alucinatoria desiderativa"(Freud, 1915). Normalmente la realidad es conservada, pero después de pasado un tiempo, y con un gran gasto de energía, en el cual continua la existencia psíquica del objeto.

Al final de la labor del duelo el yo queda libre y exento de toda inhibición.

Melanie Klein (1948), autora psicoanalítica, habla de la relación entre el duelo y los procesos de la temprana infancia, mencionando que el niño pasa por estados comparables al duelo del adulto, y considera a la negación y la idealización del objeto perdido como los factores defensivos más importantes. Para ella el dolor experimentado en el lento proceso del juicio de realidad, durante la labor del duelo, parece deberse no solo a la necesidad de renovar los vínculos con el mundo externo, sino al mismo tiempo, a la reconstrucción proporcionaba placer; pero cuando sus propios seres queridos fueron los que ansiosa del mundo interno que se siente en peligro de desastre.

Solo obteniendo gradualmente la confianza necesaria en los objetos externos y en múltiples valores, es capaz el sujeto en duelo de fortalecer su confianza en la persona amada y perdida; de esta manera se puede aceptar que el objeto no sea perfecto, únicamente así se puede perder la confianza y la fé en él, sin buscar venganza. Cuando se logra esto, se ha dado un paso importante en la labor de duelo y se ha vencido. El penar por el objeto amado y perdido implica también una dependencia que se transforma en un incentivo para lograr la reparación y la conservación (Melanie Klein, 1940).

León Grinberg (1983) en relación a lo planteado por M. Klein, opina que tal vez el dolor no se relacione con la amenaza de deterioro o desastre, es decir, con algo que está por ocurrir, sino mas bien con algo que ya ha ocurrido. La diferencia entre angustia y duelo estriba en que la primera es la reacción ante el peligro de la pérdida, mientras que el segundo es la respuesta consecutiva a la pérdida.

Para Grinberg (1983) el concepto de duelo supone todo un proceso dinámico que involucra a la personalidad total del individuo y que abarca de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas, y, en particular, las relaciones con los demás.

Etimológicamente el término duelo significa "dolor" y también "desafío o combate entre dos". Ambas acepciones pueden muy bien aplicarse tanto al dolor o sufrimiento provocado por la pérdida, como al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado para desligarse de los aspectos dolorosos provocados por la pérdida y finalmente por asimilar los aspectos positivos y bondadosos de la misma (Grinberg, 1983).

1.2. MODELOS COGNITIVO CONDUCTUALES

En 1944 Erich Lindemann publica un artículo que se ha convertido en un clásico en la literatura sobre el duelo: "Sintomatología y Manejo del Duelo Agudo". En este artículo define al duelo como un síndrome específico, describe sus manifestaciones y habla de este fenómeno como un "proceso". Entiende al duelo como la emancipación de los lazos existentes con la persona fallecida, la readaptación al medio ambiente en el cual se perdió a la persona y la formación de nuevas relaciones.

Los puntos que desarrolla son:

- El duelo agudo es un síndrome definido con sintomatología psicológica y somática.
- Este síndrome puede aparecer inmediatamente después de la crisis, puede ser postpuesto, exagerado o permanecer ausente.
- En lugar del síndrome tónico pueden aparecer cuadros distorsionados, cada uno de los cuales representa un aspecto especial del síndrome del duelo.
- Mediante técnicas apropiadas estos cuadros distorsionados pueden ser exitosamente transformados en la reacción normal al duelo, llegándose a su resolución.

La sintomatología del duelo normal según Lindemann (1944) se agrupa en 5 categorías distintas:

- a) Alteraciones Somáticas.
- b) Preocupación por la imagen del muerto.
- c) Culpa.

- d) Reacciones Hostiles.
- e) Pérdida de patrones de conducta.

Lindemann es uno de los primeros autores que diferencian el duelo normal del duelo patológico y describe las reacciones específicas de este último.

James Worden (1982), habla de un proceso de cuatro tareas que se deben completar para dar por terminado el proceso del duelo. Su enfoque es muy parecido al de Kübler-Ross. Mantiene que la intervención es en muchos casos necesaria para que se pueda completar el proceso del duelo. Sostiene que de no completarse estas cuatro tareas se presentara un duelo patológico.

PRIMERA TAREA: ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PERDIDA

La persona que sufre la pérdida debe aceptar que esta es irreversible. Necesita pasar primero por una etapa de rechazo. Los servicios funerarios generalmente ayudan a que la pérdida se convierta en algo real para la persona. Generalmente ayuda que la persona hable de la muerte porque esto hace que se enfrente a su realidad.

SEGUNDA TAREA: VIVIENDO EL DOLOR DE LA PERDIDA

Esta tarea es difícil porque obliga al doliente a ponerse en contacto con sus emociones. Todos pasamos por un cierto nivel de dolor a la hora de sufrir una muerte. Esta tarea es difícil de completar también porque la sociedad nos obliga a guardarnos nuestros sentimientos y a que no hablemos de ellos. Es importante que las personas superen esta etapa porque generalmente involucra sentimientos

de culpabilidad y de ira.

TERCERA TAREA: ADAPTACION AL MEDIO AMBIENTE SIN EL DIFUNTO

Esta tarea es complicada porque muchas veces no nos damos cuenta de el número de roles que desempeñaba la persona que murió. Es importante evitar los sentimientos de desamparo porque estos dificultaran el desarrollo de la persona.

CUARTA TAREA: RETIRAR LA ENERGIA EMOCIONAL DEL DIFUNTO Y REINVERTIRLA EN UNA NUEVA RELACION

Esta es la tarea más difícil de las cuatro. Las personas tienen miedo de formar nuevas relaciones porque temen deshonrar al difunto. Para lograr esta tarea se deben dar cuenta que pueden amar a otra persona sin olvidar o dejar de amar al difunto.

Worden sugiere que la manera en que podemos comprobar si se ha logrado cumplir con las cuatro tareas es si el doliente puede hablar de su pérdida sin dolor. Siempre va a sentir tristeza porque ya no tiene a una persona querida, pero ya no es un dolor que no le permite vivir o amar a otros.

Con un enfoque distinto de la teoría psicoanalítica, John Bowlby, psicólogo inglés, formula sus propios conceptos acerca del duelo (1983). Perteneciente a la Teoría del Apego, Bowlby intenta esclarecer el proceso que lleva a cabo el doliente desde que se da la pérdida como tal, hasta el momento en que se puede decir que la persona se ha liberado de toda restricción a su yo. Este proceso ha sido dividido, bajo éste enfoque, en cuatro fases principales:

1.- FASE DE EMBOTAMIENTO

Su duración puede ser de unas cuantas horas hasta una semana. Puede ser interrumpida por descargas de aflicción o ansiedad extremadamente intensas. La reacción ante la noticia de la muerte del ser querido es de aturdimiento e incapacidad para aceptar la noticia. Generalmente se permanece sereno por unas semanas antes de una violenta descarga de extrema emoción.

2.- FASE DE ANHELO Y BUSQUEDA DE LA FIGURA PERDIDA

Su duración puede ser de varios meses y frecuentemente años. Gradualmente se comienza a tomar conciencia de la pérdida y entonces se inicia la búsqueda del ser perdido. Se tiene la sensación de que aún está presente y se interpretan distintos estímulos (ruidos, personas desconocidas, etc.) como provenientes del ser amado. Esta tendencia puede ser o no ser conciente, y en ocasiones se intenta rechazarla por absurda, pero la persona no deja de sentirse impelida a buscar y recuperar, si es posible, lo perdido.

Esta tendencia a la búsqueda puede poseer componentes ideativos y perceptivos, tales como:

- a) Movimiento incesante por el entorno y búsqueda con la mirada.
- b) Pensar intensamente en la persona perdida.
- c) Establecer un "conjunto perceptivo" correspondiente a dicha persona, es decir, una disposición a percibir y prestar atención a cualquier estímulo que sugiera su presencia e ignorar aquellos otros que no pueden referirse a esta finalidad.
- d) Dirigir la atención a aquellas partes del entorno en las que es probable que pueda estar la persona perdida.

e) Llamarla.

El llanto y la ira se interpretan como elementos de esta búsqueda compulsiva, aunque frecuentemente la ira es reprimida como algo vergonzoso. Es muy común su aparición, tanto dirigida al propio ser perdido, como desviada hacia otra persona (parientes, médico, sacerdote, etc.).

Frecuentemente los clínicos pretenden que se supere esta etapa con relativa rapidez y se ha demostrado que, incluso al término de un año, esto no es así.

3.- FASE DE DESORGANIZACION Y DESESPERACION

Para Bowlby (1983) resulta casi inevitable que quien ha sufrido una pérdida sienta que nada podrá salvarse y caiga en la depresión y la apatía. Esto debido fundamentalmente a que el papel desempeñado hasta el momento del deceso se ve modificado al asumir nuevas responsabilidades. Los patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción se ven rebasados por la realidad debiendo examinar la nueva situación en que se encuentra y considerar las posibles alternativas para enfrentarla, lo que implica una nueva definición de sí mismo y de su situación.

4.- FASE DE REORGANIZACION

Sólo si se tolera el anhelo, la búsqueda, el análisis incansable de la pérdida y el encono contra todo aquel que pudo haber sido responsable, se llega en forma gradual a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente y que debe dar lugar a una nueva forma de vida. Aunque muy oculta por la emoción, la redefinición de sí mismo y de la situación no implica una mera liberación de afecto sino un acto cognitivo alrededor del cual gira todo lo demás; hasta que no se logra esa

nueva definición no pueden trazarse planes para el futuro.

Bowlby (1986) plantea que es importante el papel que desempeñan los amigos y parientes como apoyo en la expresión de los sentimientos. Así mismo dice que los psiquiatras en general están de acuerdo que para una adecuada solución del duelo es necesario que se expresen los sentimientos de pena. El papel del terapeuta es el de escuchar y enfatizar aquellos puntos donde el mismo sujeto exprese una solución o una vuelta a la realidad, ya que resulta innecesario tratar de centrarlo en la realidad, por que esto lo hace el sujeto mismo ayudado por su entorno. Finalmente Bowlby (1986) plantea que tanto el niño como el adulto precisan de la ayuda de otra persona en la cual confien para recuperarse.

1.3. MODELOS HUMANISTAS

Elizabeth Kübler-Ross (1969), a quien se le considera la madre de la psicología de la pérdida y la muerte, tiene un enfoque humanista sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica. Propone que en nuestro inconsciente solo podemos ser asesinados. No podemos morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto la muerte está relacionada con un acto de maldad, un acontecimiento aterrador que exige una pena y un castigo. Esto, aunado a que el tema de la muerte es tabú en nuestra sociedad, impide, en muchas ocasiones que el duelo se resuelva satisfactoriamente.

Kübler-Ross señala que el proceso de dolor siempre va acompañado de un sentimiento de ira. Este, es difícil de aceptar porque, aunque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Por lo tanto, las personas optan por suprimir este sentimiento y por lo general termina manifestándose de otra manera complicando el duelo.

La actitud hacia la muerte más predominante es la del rechazo.

Cuando se le informa a un paciente que tiene una enfermedad terminal, su primera reacción es de negación. Esto se debe tanto a nuestro inconsciente como a la sociedad en la que vivimos. El tema de la muerte y el dolor es tan poco conocido por nosotros que cuando nos enfrentamos a él no nos queda más que rechazarlo.

Kübler-Ross aclara que una vez que los pacientes terminales son informados acerca de su situación, pasan por cinco fases o mecanismos de reacción de los cuales todos podemos aprender. (Cabe mencionar que las personas que sufren una pérdida pasan por estas mismas cinco fases con muy pocas diferencias).

PRIMERA FASE: NEGACION Y AISLAMIENTO

La primera reacción tanto de pacientes terminales como de personas que sufren una pérdida es de negación. No pueden aceptar que ésto les está ocurriendo a ellos. Por lo general piensan que la gente que les está informando de su situación está en un error.

Es importante no tratar de empujar al paciente o al doliente a que acepten su situación en ese momento. Es una fase por la cual se debe pasar y el paciente o doliente necesitan tiempo para salir de ésta.

SEGUNDA FASE: IRA

La fase de ira se distingue por una serie de sentimientos de rabia, envidia y resentimiento. El paciente o doliente se da cuenta de que en verdad le está ocurriendo esto a él y su siguiente pregunta es "porque yo?". Es importante no tomar este enojo como algo personal, es una etapa difícil por la cual se tiene que

pasar y el paciente o doliente necesitan comprensión.

TERCERA FASE: PACTO

Esta tercera fase es importante porque demuestra un interés por buscar otra salida. El pacto generalmente consiste en una promesa a Dios en la que se pide un poco más de tiempo. Generalmente el paciente pone como límite una fecha importante como el cumpleaños de un hijo o la boda de una hija. El paciente pretende tratar de ganar tiempo diciendo que si Dios le concede este deseo jamás pedirá otra cosa. Por lo general después de un pacto piensan en otro. Esta fase saca a relucir sentimientos de culpabilidad que van ocultos en las promesas. Por esto es importante escuchar al paciente o doliente durante esta fase para aminorar los sentimientos de culpabilidad.

CUARTA FASE: DEPRESION

En esta fase, la inestabilidad del paciente es substituida por una gran sensación de pérdida la cual provoca una gran depresión. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final. Cuando es el caso de un doliente, éste se da cuenta de todo lo que ha perdido a causa de su situación actual. Es necesario dejar que el paciente o doliente sufran para que puedan pasar a la fase final.

QUINTA FASE: ACEPTACION

El paciente o doliente llega a esta fase ya con cierta tranquilidad. Si se le ayuda a pasar por las otras cuatro fases llegará a la quinta fase con un sentimiento de paz. Enfrentará su muerte o su pérdida ya sin los sentimientos de culpa o de ira. Kübler-Ross describe claramente al hablar de estas cinco fases la importancia

que tiene la intervención de un profesional de la salud.

Stephen Tobin (1975), representante del punto de vista de la Psicología Gestalt, entiende el duelo como lo que él llama "la reacción de agarrarse". Esta reacción es el resultado del fracaso en despedirse o concluir con una relación que termina, ya sea por muerte, por divorcio o por separación. "La reacción a la pérdida de una persona amada es un periodo bastante largo de pena y dolor, seguido por un renacer del interés por las personas vivas y las cosas en general. Presumiblemente, la reacción adaptativa a la pérdida de una persona odiada sería una sensación de alivio. La reacción de agarrarse tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía".

Para Raphael (1983) el duelo es la reacción a la pérdida de una relación cercana y se compone de reacciones emotivas complejas e interrelacionadas entre sí, que incluyen tristeza, coraje, impotencia, culpa, etc. Entiende el duelo como un proceso en el cual el doliente gradualmente se separa de los lazos psicológicos que lo unen con la persona fallecida.

1.4. MODELOS EXISTENCIALES

Bajo un punto de vista existencial podemos ubicar a Irvin Yalom, (1984) quien nos define la importancia del tema de la muerte bajo dos proposiciones básicas:

1. Vida y Muerte son interdependientes, existen en forma simultanea y no consecutiva. Aunque el hecho físico de la muerte destruya al hombre, la idea le salva. Retoma las ideas de Heidegger (1926, citado por Yalom 1984) según el

cual, el hombre tiene dos formas fundamentales de existir: una de descuido de sí mismo, y uno de cuidado de sí mismo, bajo el cual, el hombre tiene plena conciencia de sí, se enfrenta a la libertad absoluta y a la nada, y experimenta angustia frente a las dos. Heidegger entendía que el hombre debía "actuar" para poder llevar a cabo este estado de autocuidado, no era por medio de la contemplación o la elucubración que se llegaba a él, sino por medio de la acción. Hay ciertas condiciones inalterables e irremediables, ciertas experiencias "urgentes" que nos conmueven y sacan de nuestro anterior estado de existencia cotidiana para llevarnos al superior. Entre estas experiencias (a las que Jaspers llamó posteriormente situaciones "límite") la muerte es incomparable: es la condición que nos permite vivir de manera auténtica (ambos citados por Quitman, 1989).

2. La muerte es una fuente de angustia, y como tal, de psicopatología. Esta última es la resultante de la angustia y de las defensas que el individuo desarrolla frente a ella. El miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía vital se consume en la tarea de negar la muerte. Uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascenderla: prácticamente todas las actividades humanas tienen esto como fin.

Según Lifton (1982, citado por Yalom 1984) el hombre ha desarrollado distintos modos de alcanzar simbólicamente la inmortalidad:

- a) El Modo Biológico- a través de la propia descendencia.
- b) El Modo Teológico- consiste en vivir en un plano más elevado de la existencia.
- c) El Modo Creativo- a través de las propias obras.
- d) El Modo de la Eterna Naturaleza- se sobrevive a través de una integración con

las fuerzas vitales de la naturaleza.

e) El Modo Trascendental de la Experiencia- perdiéndose en un estado tan intenso que el tiempo y la muerte desaparecen, y se vive en un "presente eterno".

Aunque la angustia ante la muerte se conforma de una serie de temores parciales, el vértice de todos ellos es el miedo a la "extinción del ser" (Kastenbaum, 1976). Sin embargo como éste es inlocalizable e incomprensible entonces se le desplaza hacia "algo" para poder así defenderse de ese algo. Rollo May lo ha expresado diciendo que "la angustia busca convertirse en miedo" (Quitman, 1984).

En general en los enfoques revisados, podemos notar que el duelo más que un estado es un PROCESO por el cual atraviesa la persona. Esto nos remite a un factor de temporalidad en el cual se presentan distintas etapas y reacciones complejas. Esto nos hace pensar que en el desarrollo de este proceso se van sucediendo una serie de cambios que es necesario tomar en cuenta para poder entender la naturaleza del duelo y saber como podemos enfrentarnos a él.

CAPITULO DOS.

EL PROCESO DEL DUELO.

"¡ Cómo pensar, un instante siquiera,
que el hombre mortal vive!
El hombre está muerto de miedo,
de miedo mortal a la muerte"

X. VILLAURRUTIA

El duelo se concibe como un proceso, una serie de pasos que se llevan a cabo, no necesariamente de una forma lineal ni en una secuencia ordenada y única, aunque al parecer cada una de sus etapas conlleva el logro o adquisición de ciertas pautas cognitivas, emotivas y conductuales particulares.

2.1. NEGACION

Sigmund Freud (1915) señala la negación como uno de los elementos importantes en el duelo. Explica que el inconsciente no favorece la creencia en la propia muerte, ya que este no conoce ninguna negación. Por lo tanto el hombre no cree en su propia muerte; cuando alguno de nuestros seres queridos es el que muere, es como si una parte de nuestro yo muriera y por lo tanto también se le niega. A partir de aquí es que se desarrolla la creencia en el más allá, según Freud (1915). Incluso él afirma que la oposición entre el yo y la realidad puede llegar al punto de ser ignorada la última y darse un apartamiento de esta con tal de conservar la existencia psíquica del

objeto perdido.

La negación como inicio del proceso del Duelo es uno de los elementos que la mayoría de los autores coinciden en señalar como importante (Melanie Klein, 1940; Kubler-Ross, 1969; Parkes, 1972; Grinberg, 1983; Worden, 1982; Kalish, 1985).

William Worden (1982) dice que cuando una persona muere, aun si la muerte es esperada, siempre existe la sensación de que ésta no ha ocurrido. Mucha gente que se enfrenta a una pérdida tiende a llamar a la persona muerta o a confundir a otras personas en la calle. La negación puede darse de distintas formas y a distintos niveles, pero lo mas frecuente es que se dá acerca del significado de la muerte, la irreversibilidad de la pérdida o el hecho de la muerte misma (Dorpat 1973, citado por Worden 1982).

Negar el hecho de la muerte en sí, puede variar de una leve distorsión de la realidad, a una total negación (Worden, 1982).

Una de las formas mas comunes de negación es lo que Geoffrey Gorer llama "momificación"; esta consiste en conservar posesiones del muerto de tal manera que este pueda volver a usarlos cuando regrese (1965, citado por Lichzsjant, 1979).

Otra forma en la cual la persona se protege de la realidad es negando el significado de la pérdida. Esta puede ser vista como menos significativa de lo que realmente es, minimizando la importancia de la persona perdida para el doliente. Worden piensa que otra forma más de negar la muerte es por medio del espiritismo. La esperanza de reunirse con el muerto en otra vida, es un sentimiento normal en los primeros días después de la muerte, pero la esperanza sostenida y crónica en esta "reunión" no es normal..

Raphael (1983) afirma que la primera reacción a la pérdida de un ser querido es una sensación de irrealidad, como si lo que ha sucedido no pudiera ser realidad. Existe la sensación de estar soñando o de estar en una pesadilla de la cual tarde o temprano se despertará. "Puede ser que el yo cierra sus fronteras y defensas en contra del trauma que se percibe como insoportable y peligroso para la supervivencia. Esos momentos de aturdimiento dan tiempo a que el yo movilice sus recursos para que la pérdida pueda ser manejada gradualmente y con mayor control por parte del yo" (Raphael, 1983).

Parkes (1972) coincide en que la primera reacción a la noticia de la pérdida es una sensación de "aturdimiento" o "embotamiento" en la cual no se puede creer en la veracidad de la noticia. No necesariamente se dá en el momento de la noticia, pero usualmente se presenta en los primeros minutos y puede durar algunas horas o algunos días. Durante el periodo de embotamiento pueden ocurrir episodios de extremo dolor o llanto, o la persona se siente "enferma". Parkes piensa que esta sensación de embotamiento permanece hasta que la persona está preparada para enfrentarse a la tensión de la pérdida.

En algunas ocasiones puede darse que la persona no crea en la noticia de la pérdida, pensando que se trata de un error y no es sino hasta que se ve el cadáver de la persona amada que se cree en la muerte (Parkes, 1972).

Otra de las manifestaciones de este embotamiento es el actuar de una manera automática y despersonalizada, durante la cual la persona vive una sensación de irrealidad "como si esto no le ocurriera" (Parkes, 1972).

Kübler-Ross (1969) piensa que la primera reacción ante la noticia de la pérdida es siempre la negación. Ella considera que es una manera sana de enfocar una situación incómoda y dolorosa en la que se tendrá que vivir por mucho tiempo. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite que el paciente se recobre y que, con el tiempo, movilice otras defensas menos radicales. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto es substituida por una aceptación parcial.

Kastenbaum (1976) en un marco teórico conductual, piensa que la actitud más generalizada hacia la muerte es el miedo. Habla de éste como la respuesta más común al estímulo de la muerte. Piensa que la actitud social prevaleciente es que este miedo es inaceptable. La no-aceptación del miedo a la muerte puede ser expresado en el hecho de que se piensa que una persona madura no debería temer a la muerte. No es adecuado tener miedo, y si se tiene, se califica a la persona como inmadura, infantil o débil. Dependiendo del marco de referencia, el miedo a la muerte es visto como una manifestación de psicopatología, poca voluntad o falta de fé (religiosa).

Kalish (1985) define la negación como el mecanismo de defensa o el proceso inconsciente que consiste en la negativa a admitir las impresiones reales y las percepciones como significativas emocionalmente. La negación es distinta de la evasión en el sentido de que la primera, por definición, es inconsciente. La causa de que se presente la negación, según Kalish, es que, para algunas personas bajo ciertas condiciones, la muerte es demasiado dolorosa para ser aceptada. Ya que no podemos borrar por completo el hecho de que la muerte es real, inconscientemente encontramos la forma de aislarnos del impacto emocional que trae consigo. Para esto puede ser necesario evitar estar en contacto con cualquier cosa que nos recuerde a la

muerte o incluso mencionarla en una conversación.

2.2. MANIFESTACIONES NORMALES DEL DUELO

Lindemann (1944) piensa que las personas que se enfrentan al duelo siguen un patrón uniforme. Describe el siguiente síndrome:

"Sensaciones de angustia física que se presentan en periodos de 20 minutos a una hora, sensación de opresión en el pecho, asfixia con dificultad para respirar, necesidad de suspirar y una sensación de vacío en el abdomen, falta de fuerza muscular y una intensa angustia subjetiva descrita como tensión o dolor psíquico". El paciente aprende pronto que estos episodios de angustia pueden precipitarse por las visitas, por mencionar al muerto y/o por recibir las condolencias de los demás. Hay una tendencia a evitar el síndrome a cualquier costo, rechazar las visitas (al menos aquellas que puedan precipitar la reacción) y a evitar deliberadamente cualquier referencia al muerto.

Lindemann (1944) fué el primero en definir un síndrome específico en el duelo; más tarde se han hecho múltiples investigaciones que nos dan una idea más completa acerca de las expresiones normales de una persona que se encuentra en el proceso del duelo.

2.3. EXPRESIONES FISICAS

Colin Murray Parkes (1972) se refiere a las reacciones descritas por Lindemann como normales e indica que esta es la respuesta más característica ante la pérdida. Añade el llanto y los sollozos a la descripción de Lindemann, y dice que comienza poco tiempo después de la muerte (de unas horas a unos días más tarde) y dura de algunos días a dos semanas. Con el tiempo este síndrome se presenta menos frecuentemente y se puede repetir en los aniversarios y/o fechas especiales. En los

casos en que no se presentan estas reacciones la persona frecuentemente se siente aturdida, es decir, se percibe a sí misma con sentimientos inadecuados o sin ninguna emoción (Parkes, 1972).

William Worden (1982) describe una serie de manifestaciones físicas basándose en Lindemann. Este autor habla de "sensaciones corporales":

1. Sensación de vacío en el estómago.
2. Opresión en el pecho.
3. Opresión en la garganta.
4. Sensibilidad aumentada al ruido.
5. Sensación de despersonalización.
6. Sensación de asfixia o falta de respiración.
7. Debilidad muscular.
8. Boca seca.

Kalish (1985) define una serie de problemas de salud física que se pueden presentar asociados al duelo: En un estudio de 4500 viudas mayores de 54 años se encontró un aumento en la tasa de mortalidad en los 6 meses siguientes a la pérdida del esposo; pasado este tiempo se vio que la tasa de mortalidad volvía a los niveles normales para su grupo de edad (Young, Benjamin y Wallis, 1963, citado por Kalish, 1985). En un análisis posterior se encontró que la mayor parte de las muertes eran debidas a afecciones cardíacas (Parkes, Benjamin y Fitzgerald, 1969, citado por Kalish, 1985). Jacobs & Ostfeld (1977) han encontrado aumentos significativos en enfermedades y muertes seguidas a una pérdida importante.

Según Kalish la reacción que presentan los niños a la separación puede darnos una explicación a este fenómeno. Está bien documentado que los niños que viven en

instituciones presentan un alto índice de enfermedades y siguen un patrón de depresión y apatía a los estímulos externos (Kalish, 1985).

Se cree que este síndrome es una respuesta a la separación y se le ha llamado "ansiedad de separación".

En un estudio comparando un grupo de viudas jóvenes con mujeres casadas de la misma edad se encontró que las viudas tenían más síntomas como depresión, miedo a la locura, miedos irracionales, pesadillas, insomnio, pérdida de la capacidad laboral, fatiga, y malestares físicos como dolores de cabeza, indigestión, vómitos, palpitaciones, dolores en el pecho y otros (Madisson y Viola 1968, citado por Kalish, 1985).

Para Schulz (1978) una explicación a este fenómeno es el hecho de que la depresión y la apatía que acompañan al duelo tengan un impacto directo sobre el metabolismo corporal que altera la resistencia del organismo a las enfermedades.

2.4. EXPRESIONES EMOCIONALES

Worden (1982) define las manifestaciones emocionales más comunes en el proceso del duelo. Estas son las siguientes:

- a) **TRISTEZA.** La cual va acompañada generalmente de accesos de llanto.
- b) **RABIA.** Esta es experimentada generalmente después de cualquier pérdida y puede ser una de las emociones que provoque más confusión en la persona, así como el origen de muchos problemas en el proceso de duelo. Según Lindemann (1944) existe una marcada tendencia a responder con irritabilidad y coraje, y a no ser molestado por los demás, al mismo tiempo que los amigos y parientes tratan de

hacer un esfuerzo por apoyar a la persona.

Para Worden esta rabia puede ser causada por:

1.- la frustración de no poder hacer nada para evitar la pérdida y 2.- una especie de experiencia regresiva que se presenta después de perder a alguien cercano (lo que para Bowlby sería la "ansiedad de separación"). La rabia que experimenta la persona necesita ser identificada y dirigida hacia la persona fallecida para poder ser resuelta adecuadamente. Algo que sucede frecuentemente es que esta rabia es desplazada hacia otras personas a las cuales se culpa por la muerte del ser querido, o incluso, que la rabia sea dirigida contra el propio yo, lo cual podría provocar una conducta suicida (Bowlby, 1986).

c) CULPA. Esta es una experiencia que es muy común ante la pérdida. Generalmente se manifiesta sobre algo que ocurrió o que no ocurrió en el momento de la pérdida. La mayoría de las veces la culpa es irracional y desaparece ante el juicio de realidad.

Lindemann (1944) dice que esta es una preocupación muy común en la persona que está en duelo, tratando de recordar lo que pudo haber hecho mal antes de la muerte y acusándose a sí mismo de negligencia o exagerando cualquier omisión menor.

d) ANSIEDAD. Worden (1976) afirma que la ansiedad surge de dos fuentes principales: 1) el doliente piensa que no será capaz de sobrevivir sin la persona fallecida y 2) la ansiedad se relaciona con la conciencia de la propia mortalidad. Para Raphael (1983) la ansiedad y la impotencia son afectos poderosos que provocan temor en la persona porque reavivan recuerdos preverbales de experiencias de separación en el primer año de vida, la época en la cual la ansiedad de separación es más intensa.

e) SOLEDAD. Esta se manifiesta más frecuentemente cuando se ha perdido a una persona con la cual existía una relación muy estrecha.

f) FATIGA. Lindemann (1944) reporta este síntoma como uno de los mas frecuentes

en su investigación. Puede ser experimentado como apatía o indiferencia.

g) **DESAMPARO.** Este síntoma está muy relacionado con la ansiedad y se presenta más frecuentemente en las primeras etapas del duelo.

h) **ANHELO.** Parkes (1972) piensa que este es uno de los *síntomas mas frecuentes* en el duelo y que puede ser un indicador de la progresión del duelo.

i) **EMANCIPACION.** Este puede ser un sentimiento positivo después de la muerte.

j) **ALIVIO.** Muchas gentes pueden sentirse aliviados después de la muerte de un ser querido, particularmente si *han tenido* una agonía lenta.

k) **EMBOTAMIENTO.** Muchas personas experimentan una ausencia total de emociones, principalmente en las primeras etapas del duelo.

Worden (1982) hace notar que todas las emociones enumeradas son reacciones normales a la pérdida.

Bowlby (1986) piensa que la primera reacción ante la noticia de la muerte siempre es de embotamiento, es decir, aturdimiento e incapacidad para aceptar la noticia. Generalmente la persona permanece serena por unas semanas antes de una violenta descarga de extrema emoción.

2.5. EXPRESIONES COGNOSCITIVAS

A) **INCREDELIDAD.** Frecuentemente este es el primer pensamiento que surge al enterarse de la muerte, especialmente si esta fué repentina.

B) **CONFUSION.** En las primeras etapas del duelo se presenta dificultad para concentrarse, para ordenar el pensamiento y el razonamiento es muy confuso.

C) **PREOCUPACION.** Existe un pensamiento obsesivo acerca de la persona muerta y específicamente acerca de cómo recuperar al ser perdido. Bowlby (1986) afirma

que existe una tendencia a pensar intensamente en la persona perdida e ignorar cualquier otro tipo de pensamientos.

D) SENSACION DE PRESENCIA. Esta es la contraparte cognitiva del anhelo. El doliente puede creer que el difunto todavía está presente en el lugar y tiempo presente. Esto es más intenso en los primeros días después del deceso. Bowlby (1986) piensa que en la etapa de anhelo y búsqueda de la persona perdida puede darse el que la persona en duelo establezca un conjunto perceptivo correspondiente a la persona fallecida, es decir, una disposición a percibir y prestar atención a cualquier estímulo que sugiera su presencia e ignorar aquellos otros que no pueden referirse a esta finalidad. Raphael (1983) dice que el doliente permanece en un estado de alerta, buscando en el entorno cualquier indicio de la presencia del fallecido, esperando por su regreso.

E) ALUCINACIONES. Pueden presentarse de tipo visual y/o auditivo. Generalmente son experiencias transitorias, y se presentan en las primeras semanas después de la pérdida. Raphael (1983) afirma que a pesar de que estas experiencias alucinatorias pueden ser muy confortantes, también provocan mucha angustia porque la persona puede tener la sensación de estar enloqueciendo.

F) NECESIDAD DE BUSCARLE SENTIDO A LA PERDIDA. Según Schwartzberg & Halgin (1991) una de las primeras preguntas que surgen en el momento de la muerte es ¿Por qué?. A pesar de que puede parecer una pregunta muy simple, trae consigo un gran dolor ya que la creencia que tiene el sujeto en la justicia y el control que puede tener sobre su medio ambiente se ven afectados.

G) CAMBIOS EN LAS CREENCIAS ACERCA DEL MUNDO Y DE SI MISMO. Según los mismos autores esta es una de las áreas cognitivas que pueden verse más afectadas ya que, dependiendo del rol que jugaba la persona fallecida, puede

cambiar la forma como la persona entiende y construye la realidad y su percepción de sí mismo.

H) **ESTRATEGIAS PARA MANTENER VIVO EL RECUERDO DE LA PERSONA FALLECIDA.** También según Schwartzberg & Halgin (1991) el doliente puede cambiar muchos de sus conceptos acerca de lo que la vida es, con tal de mantener la ilusión de que la persona no ha sido perdida por completo.

2.6. EXPRESIONES CONDUCTUALES

Existen un gran número de reacciones conductuales después de la pérdida, pero según Worden (1982) todas ellas son normales y con el tiempo se van modificando.

A) **ALTERACIONES EN EL SUEÑO.** Puede presentarse insomnio o su contraparte, la hipersomnia. El insomnio puede presentarse como dificultad para conciliar el sueño o despertar muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño. Las alteraciones en el sueño pueden simbolizar distintos temores, como el miedo a soñar con la persona fallecida, el miedo a dormir solo o el miedo a no despertar.

B) **ALTERACIONES EN EL APETITO.** Aunque puede presentarse un apetito exagerado, lo más frecuente es que este desaparezca, lo que puede provocar pérdidas importantes de peso; al mismo tiempo se ha observado un incremento hasta del 28% en el uso de tabaco y alcohol y un 26% en el uso de tranquilizantes hasta un año después de la pérdida (Glick, Weiss & Parkes, 1974, citado por Kalish, 1985).

C) **CONDUCTA INCONCIENTE.** Las personas que recientemente han sufrido una pérdida importante, frecuentemente reportan el realizar distintas actividades sin recordar en lo absoluto haberlas realizado. Incluso es frecuente que lleven a cabo conductas que son inconvenientes o incluso dañinas para ellos mismos.

D) **AISLAMIENTO SOCIAL.** Es una de las conductas mas frecuentes. La persona que ha experimentado una pérdida siente que las demás personas no comprenden su

dolor o que sienten lástima por ella, por lo cual evitan el contacto con los demás. Smith & Borgers (1989) al estudiar el proceso del duelo por un niño recién nacido encontraron que uno de los factores que influye en su resolución, es la percepción de que la pérdida no es entendida por los demás.

Raphael (1983) afirma que es a causa del dolor de la separación que el doliente busca la compañía de los demás. Sin embargo la gente no puede ofrecer un consuelo real ya que todos los deseos del doliente están dirigidos hacia la persona perdida. La única forma de aliviar el dolor sería que recuperara a la persona, algo que en un nivel el doliente desea, aunque a otro nivel reconoce totalmente la imposibilidad de este deseo. Cuando los demás tratan de consolarlo pueden sentirse rechazados ya que el doliente lo único que desea es que su ser amado regrese, y el hecho de recibir los consuelos de otras personas es un recordatorio permanente de que este ya no está (Raphael, 1983).

E) SUEÑOS DE LA PERSONA FALLECIDA. Pueden presentarse ya sea como sueños o pesadillas, y estos pueden dar una idea acerca de cómo se está llevando a cabo el proceso de duelo.

F) BUSQUEDA. Kalish (1985) dice que esta es una actividad incesante que se acompaña de pensamientos obsesivos acerca de la persona fallecida. Frecuentemente involucra una sensibilización perceptual por la cual otras personas se asemejan al difunto y distintas situaciones constantemente recuerdan momentos específicos con esa persona. Bowlby (1986) postula la búsqueda de la persona perdida como una etapa dentro del proceso de duelo y piensa que, aunque la persona lo vive como algo absurdo, no puede evitar el buscar y tratar de recuperarla en lo posible. Dice que esta tendencia a la búsqueda puede poseer componentes ideativos y perceptivos, cuyos componentes serían: el movimiento incesante por el entorno y búsqueda con la mirada, dirigir la atención a aquellas partes del entorno en las que sea probable que pudiera estar la persona perdida, e incluso, llamarla.

G) HIPERACTIVIDAD. Según Lindemann (1944) se presenta una aceleración en el discurso, especialmente cuando se habla del difunto, una actividad acelerada en la cual constantemente se busca qué hacer, aunque al mismo tiempo existe una falta de iniciativa.

H) LLANTO. El estrés causa un desequilibrio químico en el organismo, y algunos investigadores piensan que las lágrimas eliminan las sustancias tóxicas y ayudan a reestablecer el equilibrio. Se cree que los contenidos químicos de las lágrimas causadas por el estrés emocional es diferente al contenido de las lágrimas secretadas para lubricar el ojo (Frey, 1980, citado por Worden, 1982).

I) VISITAR LUGARES O CARGAR OBJETOS QUE RECUERDEN AL SER PERDIDO.

J) GUARDAR OBJETOS QUE PERTENECIERON AL DIFUNTO. Lindemann (1944) piensa que existen 5 síntomas patognomónicos del duelo, que son: (1) alteraciones físicas, (2) preocupación por la imagen del muerto, (3) culpa, (4) reacciones hostiles y (5) pérdida de hábitos conductuales (agrega un sexto síntoma que, según él, es indicador de un duelo mal elaborado, que es la adquisición de conductas características del difunto o, incluso, de enfermedades que tuvo antes de morir).

CAPITULO TRES.

DUELO PATOLOGICO.

**"...sabemos lo que perdemos, no lo que ganaremos.
Tenemos una imagen muy precisa, a veces desgarrada de lo que hemos perdido, pero ignoramos qué lo puede reemplazar, o suceder."**

J. L. BORGES

Para poder entender más ampliamente cuales son los factores que probabilizan que un proceso de duelo se altere y presente complicaciones en su resolución, dividiré este capítulo en dos secciones: una en la que se revisarán aquellos aspectos del desarrollo del individuo que provocan dificultades para enfrentarse a la pérdida y otra en la que se abordarán aspectos del presente, es decir, al momento de la pérdida.

3.1.- FACTORES EN LA INFANCIA QUE PUEDEN PROBABILIZAR UN DUELO PATOLOGICO

Melanie Klein es una de las primeras autoras que se interesan por investigar como se lleva a cabo el proceso de pérdida y qué efectos tiene este en el desarrollo de la personalidad. Para entender su posición respecto a la pérdida, debemos entender antes qué piensa ella acerca de sus conceptos de posición esquizo-paranoide y posición depresiva.

Según Melanie Klein (1948, citada por Segal 1992) el bebé al nacer tiene la capacidad de sentir ansiedad y utilizar ciertos mecanismos de defensa que le permitan enfrentarse a ésta. Desde el nacimiento el bebé se enfrenta a la polaridad causada por los instintos de vida y muerte, lo que le provoca ansiedad, además de también tener que enfrentarse a las distintas situaciones que le plantea la realidad.

Cuando el bebé se ve enfrentado a la ansiedad que le provoca el instinto de muerte, el yo se escinde y proyecta fuera la parte de sí mismo que lo contiene, depositándolo en el objeto externo original, el pecho. De esta forma el pecho llega a experimentarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento persecutorio. Es así como el miedo al instinto de muerte se convierte en miedo a un objeto persecutorio (externo). Parte del instinto de muerte queda en el yo, convirtiéndose en agresión contra el perseguidor. Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal, ya que también se ha proyectado la libido. Es así que el yo del bebé tiene una relación con dos objetos: el pecho ideal y el persecutorio.

El bebé tiene un objetivo: tratar de guardar dentro de sí e identificarse con el objeto ideal (que es quien le dá vida y lo protege) y mantener fuera de sí al objeto malo y a las partes del yo identificadas con él (y con el instinto de muerte).

Ante esta situación de ansiedad el yo desarrolla como mecanismos de defensa la introyección y la proyección.

La escisión se vincula con la creciente idealización del objeto ideal cuyo propósito es mantenerlo alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable. Esta idealización extrema se vincula también con la negación mágica omnipotente. Cuando la persecución se hace intolerable, se le niega totalmente incluso al grado de

fantasear con la total aniquilación del objeto persecutorio.

Es así que el bebé se encuentra relacionándose con un objeto ideal y con un objeto malo. En la medida que el yo se fortalece, el bebé tolera más el instinto de muerte dentro de sí y disminuyen sus temores paranoides; disminuye también la escisión y la proyección; al disminuir la proyección de los impulsos malos disminuye también el poder atribuido al objeto malo. Gradualmente puede predominar el impulso a la integración del yo y del objeto, dando lugar a una nueva posición: la depresiva.

Según Melanie Klein la característica principal de la posición depresiva es que el bebé reconoce a un objeto total y se relaciona con él (a diferencia de las relaciones de objeto parcial o relaciones de objeto disociado que existían anteriormente). Al relacionarse con la madre como objeto total se está relacionando con una persona que a veces puede ser buena, a veces mala, y que tiene una vida propia y relaciones con otras personas (generalmente es esta etapa ya reconoce al padre). Un cambio importante es que el yo del bebé se va integrando a medida que la madre se convierte en un objeto total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos. La integración del yo y del objeto prosiguen simultáneamente.

A medida que se va dando este proceso de integración, el bebé puede recordar momentos de gratificación y de frustración por parte de la madre (a la que ahora ya reconoce como un individuo), con lo cual puede reconocer que ama y odia a una misma persona, su madre. De esta forma surge la ambivalencia, que es la fuente principal de la ansiedad en la posición depresiva (a diferencia de las fantasías destructivas de la posición esquizoparanoide). La ansiedad se refiere específicamente a que los impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente. Esto aumenta su necesidad de poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí, y si es posible, de protegerlo de su propia

destruictividad.

El bebé que ha logrado una buena integración se expone ahora al duelo y la nostalgia por el objeto bueno que siente perdido y destruido, y la culpa, una experiencia depresiva típica provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad.

En este momento puede sobrevenir la desesperación depresiva como manifestación de la ambivalencia. El bebé recuerda su relación con el objeto bueno, tanto el externo (la madre), como el que ha sido introyectado, y siente que ha sido destruido por sus propios impulsos, lo cual le provoca intensos sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia, sin la esperanza de poder recuperarlo.

La depresión provoca el deseo de reparar al objeto destruido, ya que al creer que la destrucción del objeto fué debida a sus propios impulsos, cree también que su propio amor y cuidados podrán deshacer los efectos de su agresión. El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios.

Con la progresiva elaboración de la posición depresiva, el bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados, diferenciados, y de reconocer como propios sus impulsos, responsabilizarse por ellos y tolerar la culpa.

El dolor del duelo vivenciado durante la posición depresiva, y los impulsos reparatorios que se desarrollan para restaurar los objetos internos y externos amados, constituyen las bases de la creatividad y la sublimación.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar o recuperar objetos buenos y su creencia en su propio amor y posibilidades.

La posición depresiva nunca se elabora completamente. Siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia, la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Los objetos externos buenos de la vida adulta siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno, y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva. Sin embargo, el que la posición depresiva no sea resuelta adecuadamente puede tener como consecuencia que el enfrentarse a la pérdida desate una serie de fantasías narcisistas y mecanismos de defensa primitivos que impidan que se pueda elaborar el duelo eficientemente.

Furman (1974, citado por Lazard, 1981) también describe ampliamente sus puntos de vista acerca del duelo en la infancia.

Según él, el niño puede elaborar el duelo únicamente cuando es capaz de comprender la irreversibilidad de la muerte, que para él se da entre los 2 y los 3 años. Además son necesarias las siguientes condiciones:

- 1.- Que exista una diferenciación del self y las representaciones objetales del mundo interno, de tal forma que el self pueda aceptar la pérdida de un objeto amado.

- 2.- Que exista suficiente dominio del yo sobre el ello para que el concepto de muerte pueda ser relativamente integrado en el yo, mas que ser utilizado para la descarga instintiva del ello.
- 3.- La necesidad y la habilidad de poder distinguir entre lo que está vivo y muerto o animado e inanimado.
- 4.- Habilidad y cierta comprensión del tiempo en términos de pasado, presente y futuro.
- 5.- La necesidad de que exista, hasta cierto punto, un pensamiento de tipo causal para comprender la causa y el efecto de la muerte.
- 6.- La necesidad de que exista un proceso secundario de pensamiento.

El problema del duelo en la infancia se basa en que este pueda comprender el concepto de muerte, además de que haya podido llegar a la etapa fálica, en donde el niño ha alcanzado y manejado las relaciones ambivalentes del periodo sádico-anal. Así mismo aunque el periodo fálico se llegase a alcanzar sin dificultades serias, el temor y la ansiedad por los mismos componentes destructivos, pueden llevar al niño a que exista una negación de la percepción externa del objeto perdido. Si la representación del objeto no puede mantenerse en ausencia del objeto, su descatectización es imposible.

Según Furman un niño puede elaborar un duelo cuando puede comprender el concepto de la irreversibilidad de la muerte y ha alcanzado el periodo fálico (ya que los conflictos de éste y su manejo apropiado, harán que se fusionen los instintos para así poder mantener la representación del objeto), al tiempo que, con la ayuda del principio de realidad, disminuya el pensamiento mágico omnipotente, factores cruciales para aceptar la pérdida y poder descatectizar al objeto perdido.

Existen dos condiciones básicas según las cuales un niño no podrá elaborar el duelo adecuadamente:

1. Factores orgánicos y constitucionales que impidan que se puedan desarrollar adecuadamente los factores descritos anteriormente.

2. Las situaciones ambientales:

a) Cómo sucedió la muerte. Obviamente si el impacto fué repentino, el trauma será más intenso.

b) Cómo era la relación previa con el difunto.

c) Qué tipo de sustitución se le ofrece al niño.

M. Wolfenstein (1966, 1969, citada por Lazard, 1981) explica su punto de vista acerca del duelo y sus circunstancias. Ella explica que el duelo en términos ortodoxos no se puede presentar en la infancia sino que es hasta la adolescencia, en la cual se pasa por un proceso de duelo, que el individuo es apto para poder elaborar la pérdida.

Wolfenstein habla acerca del desarrollo del llanto y sus características. El llanto para el bebé es la expresión de una frustración y la búsqueda inmediata de su gratificación. En la latencia existe una inhibición marcada para poder llorar. En el adolescente el poder llorar y el sufrir un pesar también es frecuentemente inhibido, ya que los factores socioculturales delimitan su expresión.

Las condiciones para que el duelo se exprese son las siguientes:

En la adolescencia hay una descatectización normal de las primeras figuras y

objetos de amor, los padres. El individuo que ha pasado por esta experiencia decisiva en la vida y para el crecimiento emocional y afectivo, habrá aprendido cómo desprenderse de un objeto de amor. Después de haber tenido un duelo en la adolescencia, podrá, cuando la situación externa le manifieste la existencia de otro, manejarlo debido a que ya tuvo una experiencia primaria.

No es sino hasta la adolescencia que se hará posible que el individuo pueda descatectizar la imagen de amor de sus padres; así mismo dentro de su propia maduración sexual puede ahora relibidinizar la imagen de los padres, pero como se opone la barrera del incesto, lo confronta con la necesidad de buscar en otro objeto la gratificación y el amor.

Esto, según Wolfenstein, se asemeja a un proceso de duelo cuando a un individuo se le muere un objeto querido, ya que a través de los recuerdos del mismo y bajo el principio de realidad, tendrá que descatectizar al objeto perdido, de tal manera que en el proceso del duelo, pueda identificarse con él y catectizar nuevamente a otro objeto.

El adolescente en la búsqueda de separarse de sus padres y lograr su propia identificación, tiene un sentimiento de pérdida, intenta regresar e idealizar aspectos de su infancia y de ésta manera buscar protección por el temor de esta vez encontrarse solos ante la disyuntiva de crecer o seguir siendo niños.

De aquí que los niños no puedan tener un proceso de duelo sin haber pasado por el penoso proceso de la adolescencia que, según Wolfenstein, tiene puntos similares al duelo del adulto.

Bowlby (1983) explica cómo se lleva a cabo el duelo basándose para ello en la conducta de vinculación. Según él esta conducta es entendida como cualquier tipo de conducta que se manifieste como resultado de poder mantener y cuidar la proximidad de una persona con otra, con la diferenciación y predilección individual.

Bowlby ha descrito las fases por las que un niño pasa cuando es separado de su madre (basándose en que este niño mantenía una vinculación con ella) y propone que estas fases se asemejan al proceso del duelo que un adulto tiene al perder a un ser querido.

Cuando un niño de 6 meses es retirado de su madre, se presentan gradualmente 3 tipos de conducta:

- a) La Protesta, en donde el niño llora y trata continuamente de buscar a su madre manifestando tristeza.
- b) Desesperanza; el niño aquí continúa llorando amargamente y poco a poco se observará que deja de llorar, deseando aún que su madre regrese, aunque se espera por reencontrarla disminuye.
- c) Desvinculación; poco a poco si la madre no regresa, se producirá un cambio en el niño, dejará de reconocerla; este desconocimiento es directamente proporcional al tiempo que se ausentó la madre.

Estas conductas se equiparan con las que un adulto manifiesta cuando pierde a un objeto querido, en donde se experimenta un dolor intenso y se expresa con llanto. Posteriormente el afecto fluctúa entre el deseo de reencontrar a la persona querida y la esperanza de no volverla a ver, hasta que empieza a surgir un proceso de desvinculación del objeto perdido, aceptando su pérdida de tal manera que se pueda formar una nueva vinculación con un objeto nuevo.

El proceso de duelo según Bowlby, básicamente está fundado en la urgencia y el deseo de recuperar el objeto perdido, no lo considero patológico, sino que este ayudará al individuo, ya que después de los esfuerzos realizados por recuperar al objeto, se podrá admitir que este ya no regresará.

La inhabilidad para poder expresar los reproches y el enojo al objeto que ha abandonado, así como el desear su retorno, será una de las características importantes para que el niño como el adulto manifiesten un duelo patológico. Pero no solamente son estos los elementos que crean un proceso enfermo sino que existen 3 factores característicos de la etapa infantil que pueden ayudar a que se pase el duelo normalmente:

- 1.- Es de suma importancia la verbalización que se le haga al niño respecto a la muerte de un ser cercano, cual fue la causa real y como sucedió,
- 2.- Cómo era la relación familiar antes de la pérdida, las relaciones de los padres entre sí y la relación del niño con la persona fallecida.
- 3.- Cómo es la relación familiar después de la pérdida y como se recuerda al difunto, así como cuales han sido los patrones de conducta que cambiaron después de la muerte.

3.2.- FACTORES ASOCIADOS CON EL MOMENTO DE LA PERDIDA QUE PUEDEN DIFICULTAR LA ELABORACION DEL DUELO.

En esta parte se revisarán aquellos aspectos del presente que dificultan el trabajo de duelo; sin embargo hay que tener presente que estos factores siempre estarán asociados a una estructura de carácter específica a cada persona en especial y que, dependiendo de esta, las circunstancias de la muerte pueden sumarse o restarse a la

personalidad previa.

Lindemann (1944) al realizar una descripción del síndrome de duelo define los 5 síntomas específicos que se revisaron en el capítulo anterior. Además de estos 5 síntomas él agrega un 6o. que, sumado a los anteriores, puede ser un indicador de que el paciente presenta un duelo patológico: el hecho de adoptar características de conducta del fallecido, especialmente aquellos síntomas que presentó antes de morir o conductas exhibidas en el momento de la crisis. Lindemann piensa que esto se debe a que la preocupación por la imagen del difunto (síntoma normal) es transformada en una preocupación por los síntomas o rasgos de conducta del muerto desplazados hacia el propio cuerpo y la propia conducta, por identificación.

Para Lindemann las reacciones del duelo patológico representan distorsiones del duelo normal y se caracterizan principalmente por demoras a la reacción del duelo. Consiste en posponer aquellas reacciones conductuales, emocionales y cognitivas asociadas con la pérdida, y se manifiestan generalmente en pacientes que deben actuar como apoyo moral para otros.

Otras reacciones pueden ser:

- + Hiperactividad.
- + Adquisición de síntomas de la última enfermedad del muerto.
- + Alteración en la relación con amigos y parientes.
- + Hostilidad intensa hacia ciertas personas.
- + Pérdida prolongada de patrones de interacción social.
- + Actividades que vayan en detrimento de su propia existencia social y económica.
- + Depresión intensa (tensión, agitación, insomnio crónico,

autoculpabilización y necesidad de castigo).

Un punto en el que varios autores coinciden, es señalar como importante para que se altere el curso del duelo, la presencia de la ambivalencia (Melanie Klein, 1940; Fenichel, 1979 citado por Arellano, 1989; Bowlby, 1983; Parkes, 1972; Worden, 1982; etc).

Bowlby (1983) señala que aquellos adultos cuyo duelo asume un giro patológico suelen haber sido propensos antes de sufrir la pérdida al establecimiento de relaciones afectivas en donde imperaba un alto grado de apego ansioso, matizado de una ambivalencia manifiesta o encubierta.

Al parecer las experiencias que predisponen a un vínculo ansioso y ambivalente tienen como elemento subyacente el haber experimentado una discontinuidad en el maternaje, o pueden haberse visto rechazados por los padres o figuras significativas, siendo muy probable que tal rechazo haya sido intermitente y parcial (Bowlby 1983, citado por Arellano 1989).

Horowitz define al duelo patológico como la intensificación del duelo al grado de que la persona se siente abatida y teniendo como resultado conductas inadaptativas, o permaneciendo en un estado de duelo interminable sin progresión en el proceso (1980).

Horowitz piensa que la patología en el duelo está relacionada con la intensidad en la reacción o su duración, mas que a la ausencia o presencia de ciertas conductas.

Worden retoma la definición de Horowitz de duelo patológico y describe 4 categorías de reacciones complicadas:

1.- Reacciones Crónicas. Aquellas que son prolongadas en su duración y en las

cuales no se percibe que progresen hacia su resolución. Cabe aclarar que varios autores consideran que la duración del proceso de duelo varía considerablemente de persona a persona, y que las expectativas de los demás acerca del tiempo puede ser un factor que altere el proceso (Parkes 1972; Worden, 1982; Bowlby, 1983; Raphael, 1983). Sin embargo, Worden se refiere a aquellas reacciones en las cuales no se presenta una progresión hacia su resolución.

2.- **Reacciones Retrasadas.** En esta categoría se incluyen reacciones inhibidas, suprimidas o pospuestas. La persona puede reaccionar en el momento de la pérdida, pero éstas no son proporcionales a la situación y tiempo después, ante algún estímulo no muy intenso, se reacciona de una forma que a la persona y a los demás les parece exagerada.

3.- **Reacciones Exageradas.** En esta categoría es el mismo individuo quien percibe su reacción como exagerada para la pérdida que sufrió. La ansiedad puede ser tan intensa que la persona desarrolle una fobia acerca de la muerte. Generalmente debajo de esta fobia se encuentra un sentimiento inconsciente de culpa extrema e irracional en la cual existe el pensamiento "yo debería morir también" y que frecuentemente procede de una reacción ambivalente con el muerto.

4.- **Reacciones Enmascaradas.** Se presentan de 2 formas: a) síntomas físicos, o b) conductas inadaptadas. Las personas que no se permiten expresar directamente las reacciones del duelo pueden desplazar estas hacia otro tipo de síntomas. Aquí se incluyen los casos en los cuales hay una ausencia total de todo tipo de reacciones de duelo.

Worden (1982) piensa que hay una serie de variables que hay que tomar en cuenta para evaluar la probabilidad de que el duelo se complique:

1) Qué relación tenía el doliente con el difunto.

2) La Naturaleza de la Relación:

a) La Fuerza del Apego. Es sintomático que la intensidad del duelo está determinada por la intensidad del amor.

b) La seguridad que proporcionaba el difunto.

c) La Ambivalencia en la relación. En toda relación cercana siempre hay cierto grado de ambivalencia, pero en el caso en donde hay sentimientos negativos en la misma proporción es más probable una reacción más difícil.

3) La Forma de la Muerte. Tradicionalmente la muerte se clasifica en Natural, Accidental, Suicidio y Homicidio (NASH). El duelo se dificulta especialmente cuando la muerte es por suicidio, ya que las reacciones de ira y culpa se intensifican (Raphael, 1983). Otro factor importante es si la muerte fué repentina (como en el caso de accidentes, homicidios y suicidios) o si era esperada (enfermedades crónicas y vejez).

4) Antecedentes Previos. Cómo se han resuelto pérdidas anteriores puede ser un buen indicador de cómo se enfrentará la persona a la pérdida actual (lo cual está relacionado con los factores mencionados al principio del capítulo).

5) Variables de Personalidad. Edad, sexo, represión en la manifestación de las emociones, el manejo de la ansiedad, y principalmente, antecedentes psiquiátricos.

6) Variables Sociales y Culturales. Es importante evaluar qué tanto permite la comunidad la expresión del dolor del duelo, los ritos alrededor de la muerte, la percepción del rol social del doliente, etc.

Acerca de este punto es importante hacer notar que existen influencias culturales importantes en la forma como nos enfrentamos al duelo. Despelder & Strickland (1987) afirman que la sociedad en general nos enseña a enfrentarnos a las pérdidas bajo cuatro puntos importantes:

1.- No está bien expresar los sentimientos.

2.- Hay que reemplazar lo más pronto posible a la persona (u objeto) perdida.

- 3.- El duelo se vive a solas, no hay que "molestar" a los demás.
- 4.- Resolver el duelo solo es cuestión de dejar pasar el tiempo.

Grinberg (1983 citado por Arellano 1989) también piensa que los criterios que definen la patología son el tiempo que dure, así como también los procesos defensivos que influyen en el funcionamiento mental. Piensa que cuando se presentan dificultades en la elaboración del primer duelo es muy posible que los duelos posteriores adquieran manifestaciones patológicas. Otro factor que influye es el predominio de la culpa en relación a la pérdida ya que ésta puede dar lugar a defensas de tipo destructivo.

CAPITULO CUATRO

EL DUELO COMO FACTOR DE CRECIMIENTO HUMANO

"All wounds heals in the weak"

Edward MacLean Test

Varios han sido los autores que proponen que el duelo puede ser visto también como un factor positivo para el desarrollo de la persona que lo experimenta. En este capítulo se revisarán lo que estos autores proponen.

Parkes (1972) piensa que a través de la pérdida de un ser querido pueden darse cambios importantes en el concepto de sí mismo.

El ser que cada uno de nosotros infiere de observar nuestro organismo y nuestra conducta, y que comparamos con el organismo y la conducta de otros, es lo que llamamos Ego (Self). Nuestra identidad proviene en gran medida de los roles que jugamos, de nuestras características corporales, de nuestra conducta y de atribuciones del grupo social al que pertenecemos. Cada una de estas características define similitudes y diferencias respecto a otros hombres. Estas nos permiten ser identificado e indican el estatus, los derechos y responsabilidades que son esenciales a cada persona. Casi todos estos roles, características, derechos y

posiciones pueden ser afectados por una pérdida mayor como el duelo.

Al mismo tiempo que se adquiere una nueva identidad (nuevos roles, características, derechos, atribuciones, etc.) es necesario dejar a un lado la antigua, y esto puede ser un largo y penoso proceso. La emoción característica es la depresión. Una vez que se ha habituado y se han abandonado las viejas suposiciones y formas de pensar, el individuo está preparado para empezar de nuevo. Empezar de nuevo significa aprender nuevas soluciones y encontrar nuevas formas de predecir y controlar los hechos dentro de su espacio vital. Esto también significa buscar una nueva posición en la jerarquía social, retomar sus derechos y obligaciones, darse cuenta como uno es visto por el resto del mundo.

Aún cuando la extensión, profundidad y duración de los cambios subjetivos en la visión de sí mismo del individuo varían mucho de acuerdo a sus circunstancias de vida y a sus experiencias previas, la poderosa influencia de las presiones sociales no puede ser negada. Esto nos lleva a encontrar que los cambios en la visión social de mí mismo están probablemente asociados con cambios en mi visión de mí mismo. Esto es particularmente probable cuando los cambios se llevan a cabo en aquellas cosas que yo veo como más íntimamente mías.

Si las posesiones y los roles por los cuales nosotros controlamos, ordenamos y efecto sobre mi visión del mundo y de mí mismo, como si hubiera perdido una parte de mí.

Desde este punto de vista podemos empezar a explicarnos porque las viudas hablan como si hubieran perdido una parte de ellas mismas. En otros términos frecuentemente la pérdida es descrita como un vacío. Estas palabras ilustran como las personas que amamos forman parte de nosotros mismos, una visión muy utilizada por los poetas, pero que algunos encuentran difícil de aceptar, probablemente porque esto los hace sentir mucho más vulnerables. Es más fácil pensar en uno mismo como separado, independiente y por lo tanto seguro, en lugar de aceptar que "la muerte de cada hombre me disminuye a mí" (John Donne, 1648).

Le lleva mucho tiempo al individuo darse cuenta y aceptar los cambios que siguen a una pérdida importante.

Cassem (1975) afirma que el duelo puede ser un buen maestro para algunos, pero pocos son los que buscan sus enseñanzas. Existe acuerdo en que la habilidad para sostener, integrar y recuperarse de una pérdida es aceptado como un índice de madurez personal. La fuerza del apego determina la intensidad del trauma cuando el lazo es roto. Se entiende a la pérdida como un dolor narcisista en el sentido de que toda pérdida es personal y el self es siempre el primer objeto amoroso.

Según el mismo autor existen 5 condiciones bajo las cuales la pérdida puede ser vista como indispensable para el crecimiento personal:

1.- Condiciones en las cuales la pérdida y el crecimiento son idénticos. En esta condición pone como ejemplo el apego a la madre. El desarrollo de la autonomía del niño depende del éxito de que él y su madre rompan los lazos del apego. Si esto no se logra el crecimiento emocional del niño se retrasa. En tal instancia la pérdida narcisista es tan solo la imagen de la ganancia en la madurez personal.

2.- La Pérdida como una confrontación decisiva del desarrollo. La habilidad para integrar la pérdida y restaurar el equilibrio es un índice de madurez. La madurez anterior probablemente es el mejor predictor de quien puede manejar el duelo como un factor para crecer. Al enfrentar la pérdida de ciertos mecanismos que nos auxiliaban a mantener cierta imagen y a relacionarnos de determinada forma con los demás (mecanismos no maduros) podemos empezar a desarrollar mecanismos más maduros y conscientes.

3.- La Empatía como un agravio narcisista. Kohut (1966, citado por Cassem, 1975) piensa que la comprensión empática de los otros es resultado de la empatía primaria que el niño establece con la madre. En esta experiencia el niño está preparado para descubrir que las experiencias internas de otros son similares a las suyas. Kohut afirma que el entendimiento de los otros se dá a través de la percepción de "identidades experienciales", y esta es una de las formas como el narcisismo puede ser dirigido hacia el crecimiento personal.

Cassem considera que esta empatía también se presenta cuando tratamos de entender la pérdida de otros que están sufriendo una pérdida, teniendo como consecuencia que algunas de nuestras fantasías de grandeza, poder e invulnerabilidad tengan que ser sacrificadas como requisito para poder establecer la

relación empática. Al establecerse perdemos, en cierto grado, nuestras predecimos el mundo pueden ser cambiados, compartidos o disueltos, entonces puede ser que el Self, que depende tanto de estas herramientas y tareas para proveerse una imagen de sí mismo, también sea capaz de experimentar un cambio. Si pierdo mi habilidad para predecir y controlar apropiadamente, mi mundo empieza a derrumbarse, y si mi visión de mí mismo está íntimamente unida a mi visión del mundo, esta también empieza a derrumbarse. Si yo cuento con otra persona para predecir y actuar como una extensión de mí mismo, entonces al perder a esa persona se puede esperar que tenga el mismo fantasías narcisistas y nuestros grandiosos deseos.

4.- El Duelo de Envejecer. Casi todos percibimos un límite muy definido en el grado de deterioro físico y mental que estamos dispuestos a tolerar. Al parecer conforme vamos envejeciendo este límite se va ampliando, expandiendo nuestros propios límites. Los ancianos que pueden integrar estos cambios (pérdidas) tienen ventaja sobre los que no pueden. Cassem piensa que el crecimiento se detiene cuando ya no se pueden aceptar más pérdidas.

5.- Enfrentar la Muerte. Reflexionar acerca de la muerte frecuentemente puede servir para revalorar el valor del tiempo y la vida misma.

En todos los casos anteriores la pérdida inflige un daño al narcisismo de mayor o menor magnitud. Pretender que este daño puede ser sostenido sin peligro para la función del ego sería olvidar que el daño narcisista es el mecanismo básico de la depresión, como Bibring ha señalado (1953, citado por Cassem, 1975).

Cassem dice que para crecer como personas debemos renunciar a una parte de nuestras grandiosas e infantiles fantasías de omnipotencia. La realidad garantiza un daño a estas fantasías. Qué tanto pueden ser alteradas sin la pérdida de la autoestima probablemente determina el grado de éxito en el desarrollo del ego.

Yalom (1984) piensa que el enfrentarse a la muerte puede traer como consecuencia importantes cambios en la persona. Esta no es una idea nueva, ha estado presente en muchas de las tradiciones de los pueblos antiguos; el pictograma chino que significa "crisis" es una combinación de dos símbolos: "peligro" y "oportunidad".

Este mismo autor reporta que algunos de los cambios internos que se presentan son:

- *Reestructuración de las prioridades de la vida: trivialización de lo trivial.
- *Sentido de liberación: la capacidad de elegir solo lo que se desea hacer.
- *Sentido realzado de la vida en el presente inmediato, en lugar de posponerla para cuando uno se retire o para algún otro momento en el futuro.
- *Profundo aprecio por los hechos elementales de la existencia.
- *Comunicación con las personas amadas más profunda que la mantenida antes de la crisis.
- *Menos temores interpersonales, menos miedo al rechazo, mayor predisposición a arriesgarse que antes de la crisis.

Según el mismo Yalom los mecanismos de acción por medio de los cuales el enfrentamiento con la muerte trae el cambio personal, son los siguientes:

*Cuando la persona puede enfrentar su miedo a la propia muerte provocado por la experiencia de una muerte cercana, experimenta un fuerte sentido de dominio sobre su propia vida.

*Valorar las capacidades y la posibilidad de tener experiencias. Generalmente lo que tenemos y lo que podemos hacer pasa inadvertido pensando en lo que no tenemos y lo que no podemos.

*Desidentificación. La posibilidad de trascender ciertos roles rígidos que mantienen una precaria seguridad en la persona, desatendiendo muchas otras partes de sí mismo.

Una posible interpretación acerca del porque para algunas personas resulta tan difícil enfrentarse a experiencias relacionadas con la muerte es que la angustia que provoca es inversamente proporcional a la satisfacción de la vida. Para afirmar esto se apoya en múltiples casos clínicos. Algunos ejemplos al respecto demuestran que el autoritarismo y la devoción religiosa guardan una correlación inversa con la angustia ante la muerte, es decir, aquellas personas que se someten a la dirección de otro y/o aquellos que siguen con mayor fervor los ritos religiosos (o tienen un sentido de fé divina mas acentuado) le temen menos a enfrentarse a la muerte, ya sea en sí mismos o en sus seres amados (Livingston y Zimet, 1965; Swenson, 1961; Martin y Wrightsman, 1965; Templer, 1972; citados por Yalom, 1984. Además Kübler-Ross, 1975, 1989; Raphael, 1983).

Jaffé (1985) presenta un modelo del proceso de renovación personal, una reestructuración creativa de sí mismo, que puede surgir después de una intensa crisis personal como el duelo por un ser amado. Según este autor este cambio puede ser facilitado y apoyado a través de un complejo proceso que incluye la autodefinition

como una persona afirmada en un rol activo, una profunda relación empática con los demás y el ser reconocido por su fortaleza para salir adelante. Este proceso tiene importante implicaciones sociales además de personales.

Parkes (1988) propone visualizar la muerte de una persona cercana como un proceso de adaptación al cambio que llama "transición psicosocial". Esta transición psicosocial se refiere a los cambios psicológicos que se llevan a cabo siempre que una persona se enfrenta a la necesidad de revisar o reevaluar sus conceptos acerca del mundo, y la muerte es uno de los más intensos.

Toda situación conlleva en sí misma ganancias y pérdidas en distinta proporción. La muerte se percibe con más pérdidas que ganancias.

Una transición psicosocial provoca cambios en nuestra visión del mundo, la cual está formada por un esquema organizado que contiene todo aquello que asumimos como verdadero es base a la experiencia previa (este esquema ayuda a que la conducta se dé en base a hábitos). Un esquema organizado provoca que buena parte de la conducta sea virtualmente automática en base a hábitos de conducta y de pensamiento. Cuando se presenta una situación que requiere de cambios, este esquema se ve invalidado ya que en buena medida afecta a la forma como se había venido interpretando el medio. Este cambio puede provocar que se adquieran nuevos hábitos de conducta en base a una interpretación más objetiva de la realidad.

Schwartzberg & Halgin (1991) basándose en resultados experimentales y experiencias clínicas describen 3 tipos generales de cambios cognitivos que aparecen como consecuencia de la muerte de un ser querido:

- A) La necesidad de buscarle sentido o significado a la pérdida.
- B) Cambios en las creencias acerca del mundo y de sí mismo.
- C) Estrategias para mantener vivo el recuerdo de la persona fallecida.

En lo que se refiere al punto B que es el que nos interesa en este momento, estos autores piensan que una pérdida importante puede traer consigo cambios considerables acerca de nuestra visión del mundo y de nosotros mismos.

En base a los reportes del grupo experimental los cambios más frecuentes son:

- 1.- Volver a establecer prioridades en los valores. Después de sufrir una pérdida importante frecuentemente se evalúan los valores personales, las prioridades y las metas.
- 2.- Ganar Madurez. Varias personas reportaron sentirse más maduros a consecuencia de la pérdida, que la muerte los había forzado a crecer más rápidamente de lo que lo hubieran hecho de no haberse enfrentado a la muerte.
- 3.- Debilitarse la ilusión de la Inmortalidad. Al tener que enfrentarse con el hecho de que sus seres queridos no regresarían se enfrentaron con el hecho de su propio fin; experimentando un hecho concreto se pierde la idea de la muerte como una abstracción.
- 4.- Cambios en las creencias religiosas y espirituales. El duelo puede provocar que

la gente adopte conductas religiosas y fortalecer las creencias de aquellos que anteriormente las tenían.

Las personas también experimentaron cambios significativos en las creencias de sí mismos en lo referente a dependencia, confianza, autonomía y fuerza personal.

Edmonds & Hooker (1992) encontraron que la muerte de un ser querido se encuentra asociada con cambios positivos en las metas en la vida y en la percepción acerca del significado y el sentido de la propia existencia. Así mismo la ausencia de una correlación positiva entre el duelo parece indicar que este proceso no necesariamente es lineal, es decir, que puede presentarse por períodos.

Ellos concluyen que los resultados de su investigación apoyan la perspectiva humanista y existencial de que la muerte de un ser cercano puede traer como resultado el crecimiento personal.

Yalom (1984) considera que la investigación acerca de la muerte y el duelo es escasa dada la importancia que tiene para el individuo en general, es por lo mismo que las investigaciones que apoyan el punto de vista positivo acerca del duelo no son numerosas; es necesario investigar más al respecto.

CAPITULO CINCO

MODELOS DE INTERVENCION EN DUELO

"... all with a little help of my friends".

Lennon & McCartney

5.1 UN MODELO EDUCATIVO

Los autores más sobresalientes en teorías de la personalidad no han dejado de señalar la importancia que tiene la presencia de la muerte en la vida del hombre, así como la necesidad de percibirla en una forma más natural y sana. En nuestra sociedad los niños suelen crecer con grandes confusiones alrededor del tema de la muerte, y no es raro que experimenten desconfianza ante los mensajes contradictorios que provienen del mundo de los adultos.

Según Quezadas (1992) en nuestro entorno la muerte sigue siendo un tabú, y se considera un tema demasiado morboso para abrirlo ante los niños, se prefiere inventar cuentos sobre el cielo, o del regreso de los muertos, o de la inmortalidad de los niños, variando incansablemente las historias. No es difícil, entonces, que se crezca con ideas equivocadas acerca del sentido de la muerte.

En nuestra cultura existen lineamientos educativos para ciertos temas como el desarrollo físico y social, pero cuando se trata de la educación sobre la muerte los padres se encuentran solos, por lo que con frecuencia los niños reciben una

educación oscura y cargada de angustia (Kübler-Ross, 1975; Yalom, 1984).

Es por esto que en algunos países desarrollados se empiezan a ofrecer cursos relacionados con la muerte a diferentes niveles: tanto para niños pequeños como para adolescentes y adultos, además para profesionales que trabajan con personas moribundas; sin embargo, la orientación sigue resultando insuficiente (Papalia y Wendkos, 1986).

Kavanaugh (1983) enfatiza que la educación hacia la muerte se facilitaría si el adulto fuera capaz de entrar al mundo infantil, ya que a diferencia de lo que el adulto suele pensar, los pequeños están girando alrededor de la muerte todo el tiempo, por ejemplo: cuando muere su mascota, cuando matan a algún animal, e incluso dentro de su programa de televisión favorito siempre encontrarán alguna manifestación de ella.

Si recordamos la incertidumbre y el dolor en el que nos encontrábamos cuando no se nos explicaba lo que sucedía cuando alguien perecía, entenderemos la importancia de permitir que los niños expresen sus ideas asociadas con la muerte. Esto sin duda les ayuda a ver la muerte como parte de la vida y es una experiencia que les ayuda a crecer y a madurar, dándoles la oportunidad de vivir en forma más libre (Kavanaugh, 1983; Kübler-Ross, 1985).

En la discusión que se tenga frente a un niño sobre el tema de la muerte, se pueden dar diversas respuestas; en realidad se ha encontrado que lo que tiene mayor relevancia no es en sí la respuesta que se dé, sino la actitud y la manera de proceder frente a ellos. Si el pequeño siente que el adulto actúa con sinceridad, encuentra en él confianza y seguridad, y su angustia disminuirá. Es importante resaltar la

importancia que tiene este apoyo, ya que sus temores hacia la muerte, muchas veces provienen del exterior y pueden así encontrar en sus padres a alguien con quien compartirlos. Si el niño ha crecido así, experimentará menor ansiedad en relación con la muerte, desarrollará un sistema personal de opinión acerca de la vida y de la muerte, percibirá este hecho como el fin natural de la vida, y aprenderá a tratar en una forma humana a las personas cercanas a su finitud (Kavanaugh, 1983; Leviton, citado por Papalia y Wendkos, 1986).

5.2 UN MODELO FILOSOFICO

Quitman (1989) nos habla de que para Heidegger, en relación al enfrentamiento con la muerte, es importante el concepto de "solicitud" en el trato con otros seres humanos. Distingue la solicitud que "está al quite" de la "previsora". Mientras que en la primera se ayuda al otro quitándole la responsabilidad, la segunda está más pensada como ayuda para la autoayuda. Esta forma de solicitud quiere precisamente no quitar al otro la preocupación, sino "restituirla primariamente como tal" en el convencimiento de que el otro encontrará por sí mismo un camino. La ayuda consiste en que se ayuda al otro a "hacerse transparente y libre en su preocupación". Este aspecto se encuentra en los conceptos de terapia de Rogers y de la Gestalt de Perls.

En este sentido Yalom (1984) apoya la idea de que un trabajo psicoterapéutico acerca o en relación al duelo debe mantener como línea fundamental no el tratar de aliviar la angustia que existe, sino por el contrario, buscar aumentarla para poder trabajar así en los aspectos relacionados con la conciencia de la angustia por la propia muerte, que puede ser de gran beneficio para el individuo.

Frankl (1962) al respecto nos aporta que aún cuando uno no pueda controlar la presencia de la muerte en nuestra vida, siempre estará en nuestra mano la decisión de adoptar una determinada actitud personal hacia la propia suerte, es decir, fortalecer aquello que no se puede negar.

5.3 MODELOS PSICOTERAPEUTICOS

Una de las primeras personas que propuso la intervención en el proceso fue Elizabeth Kübler-Ross. En "Death and Dying" (1969) habla específicamente de cómo ayudar al paciente terminal a elaborar el duelo por su propia muerte. Ella afirma que el duelo sigue 5 pasos: negación, ira, regateo, depresión y aceptación, y propone que la escucha y el reflejar las emociones que va experimentando el paciente es el arma más útil para ayudarlo a completar el proceso.

Más tarde ella habla de que este proceso de 5 fases se presenta también en otro tipo de pérdidas como podría ser el duelo por un ser querido que fallece. Afirma que este proceso no necesariamente se presenta en ese orden y que puede regresarse a etapas anteriores aunque ya se esté en una etapa más avanzada. Lo importante es permitir que la persona manifieste libremente todas las emociones y pensamientos que se vayan presentando con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida. Todas las personas en duelo tienen necesidades concretas que es importante que se puedan cubrir para facilitar su proceso.

Kübler-Ross habla de los "asuntos inconclusos" que es importante que se concluyan para que el doliente pueda retirar la energía depositada en el ausente. Si estos asuntos inconclusos no se terminan, la persona estará permanentemente tratando de satisfacerlos en la fantasía sin avanzar en el proceso de aceptación.

Es importante que la persona se sienta comprendida y apoyada, que sepa que su reacción es normal y que "está bien", y que no trate de encubrir sus emociones. Esto puede llegar a dificultarse debido a la reacción de las personas cercanas a él. La comprensión empática y el hacer sentir al paciente que puede manifestar sus emociones es el medio para lograr esto. Sin embargo es importante que la persona que está apoyando (el psicólogo por ejemplo) esté consciente de cual es su propia actitud ante la muerte y la pérdida, y como vive él su propio duelo.

Esto último es particularmente importante ya que, como afirma Cassem (1975) la empatía con una persona en duelo, nos enfrenta con la pérdida de nuestras fantasías de invulnerabilidad.

Después de Kübler-Ross se han desarrollado diferentes propuestas de intervención bajo distintos enfoques y es importante señalar que actualmente existen numerosos grupos de autoayuda para personas en duelo, principalmente en E.U. Existen grupos para pacientes terminales (especialmente en casos de SIDA), para personas que han perdido a un niño pequeño, para viudas, para personas que han sufrido el suicidio o asesinato de un ser querido, etc.

Otros enfoques de intervención desarrollados por distintos autores generalmente toman como referencia un marco conceptual acerca de lo que el duelo es y cómo se lleva a cabo. Este es el caso del modelo de Intervención propuesto por James Worden (1982). El propone su propio esquema de como se da este proceso diciendo que se trata de "tareas" que la persona debe completar antes de pasar a la siguiente (estas tareas se revisaron en el capítulo 1).

El duelo, según el mismo Worden, tiene acciones concretas que el psicólogo debe llevar a cabo con el fin de ayudar a la persona a facilitar su proceso (estas acciones se refieren exclusivamente al duelo normal):

- 1.- Ayudar al doliente a actualizar la pérdida.
- 2.- Ayudar al doliente a identificar y expresar sus emociones.
- 3.- Facilitar la habilidad del paciente para vivir sin el difunto y tomar decisiones independientes en casos concretos.
- 4.- Facilitar la separación emocional del difunto.
- 5.- Proporcionar el tiempo necesario para el duelo.
- 6.- Interpretar conductas normales.
- 7.- Permitir y evaluar las diferencias individuales.
- 8.- Proveer apoyo continuo.
- 9.- Examinar las defensas (resistencias) y la forma de enfrentarse al duelo.
- 10.- Identificar patología y , en caso necesario, referirlo.

Raphael (1983) define también distintas aproximaciones psicoterapéuticas en caso

de duelo patológico. Revisa 4 diferentes modelos de intervención:

1.- PSICOTERAPIA FOCAL. En esta categoría entrarían los modelos propuestos por Lindemann y Parkes, consistentes en transformar la respuesta mal adaptada a una respuesta más adaptativa en la cual el paciente sea capaz de llevar a cabo el proceso de duelo. Este tipo de intervención se utiliza específicamente en casos de duelo inhibido o ausente, y en duelo enmascarado (definido por Worden, capítulo 3), durante el momento de la crisis o después de ella. La intervención se centra específicamente en el trabajo de duelo, sin tocar otros aspectos o conflictos de la personalidad.

2.- PSICOTERAPIA DE REVIVIR EL DUELO. Este modelo se utiliza en los casos en los cuales, durante el tiempo de la crisis, no hubo reacción de duelo o esta fué muy pobre, y tiempo después de la crisis se presentan reacciones patológicas. El objetivo de este modelo se divide en dos: que el paciente comprenda porqué no fué capaz en su momento de enfrentar el dolor del duelo, y ayudarlo a completarlo en el presente y a experimentar y expresar sus emociones.

3.- PSICOTERAPIA CONDUCTUAL. Este modelo ve al duelo patológico como una reacción fóbica. La intervención consiste en una confrontación forzada con el hecho de la muerte y lo que ésta implica. El objetivo es romper la negación y permitir que la depresión, la culpa, la ira y la ansiedad se expresen en su totalidad hasta que ya no haya reacciones a la pérdida.

4.- OTROS ENFOQUES. Aquí se incluyen intervenciones que retoman elementos de los enfoques anteriores y utilizan técnicas de la psicoterapia Gestalt y aproximaciones existenciales.

Una de estas aproximaciones es la desarrollada por Melges & DeMaso (1980) quienes sugieren que existen 3 fases interrelacionadas en la terapia de resolución del duelo: a) Estructuración cognoscitiva para la decisión de enfrentar la pérdida y la clarificación de los procedimientos, b) Visualizaciones Guiadas con el objetivo de revivir, revisar y visitar escenas relacionadas con la pérdida y c) Reconstrucción de la Identidad.

El trabajo se concentra en las visualizaciones guiadas con el objetivo de ayudar a la persona a revivir en la imaginación secuencias del momento de la pérdida, revisar esas escenas para eliminar las barreras que impiden el desarrollo del duelo y visitar la escena como si tuviera lugar en el aquí y el ahora.

Ellos consideran que el objetivo central de la terapia es modificar la forma como el paciente construye la realidad.

Stephen Tobin (1975) representante del enfoque Gestalt propone técnicas específicas para ayudar al doliente. En primer lugar explica su punto de vista acerca de las dificultades que presenta una persona que está viviendo el duelo o lo que él llama "reacción de agarrarse" (definida en el cap. 1). Afirma que una de las causas por las que el duelo se dificulta es a causa de los asuntos incompletos que existen entre las dos personas (entendiendo por asunto incompleto una emoción vivenciada una o más veces durante la relación pero que por diversas razones no fué expresada).

Una de las cosas que hace un individuo para no concluir algún asunto es suprimir sus emociones dolorosas mediante la contracción crónica de la musculatura lisa y

esquelética, y la inhibición de la respiración.

Otra de las cosas que se utilizan consiste en otorgar un gran valor a alguna de las ganancias secundarias que se obtienen de "agarrarse".

El que una persona evite concluir sus asuntos inconclusos se debe a que de esta manera también se evita concluir con la relación, se evita sentir el dolor de la pérdida, en ocasiones se obtienen determinados beneficios (evitar nuevas relaciones, obtener reconocimiento, etc.) o porque sienten que el "olvidar" al difunto es una manera de deshonrarlo.

Las consecuencias de la reacción de "agarrarse" son los síntomas físicos, como problemas de salud con un correlato psíquico, y síntomas emocionales dentro de los cuales se incluye la incapacidad de establecer relaciones estrechas con otras personas.

El primer paso para ayudar a despedirse a un paciente en duelo es hacerlo tomar conciencia de su dificultad para decir adiós y de como hace esto. Generalmente se trabaja alrededor de los asuntos inconclusos y se le pregunta al paciente si existe alguno y si desea despedirse.

Como segundo paso se utiliza la técnica de silla Gestalt en la cual se expresan las emociones o los pensamientos que surgen mientras que el paciente imagina que la persona fallecida está sentada frente a él. El objetivo es permitir la expresión emocional de aquellos asuntos que no se ventilaron mientras la persona estaba viva (generalmente sentimientos de coraje o culpa) y que no permiten el desarrollo del

proceso de duelo.

Yalom (1984) considera que existen distintas técnicas que, al enfrentar a la persona con la conciencia de su propia finitud y su angustia ante la muerte, tienen éxito en el objetivo de facilitar el proceso del duelo. Describe distintos ejercicios de "terapia de choque existencial" e incluso ha demostrado experimentalmente que la interacción con paciente moribundos tiene efectos benéficos en los asistentes a grupos de terapia de grupo (por ejemplo profundización en el nivel de su propio análisis).

El mismo Yalom considera que enfrentar el tema de la muerte en terapia, proporciona al psicoterapeuta dos tipos principales de ayuda:

1. El hecho de que la muerte tenga una importancia inmediata tan enorme que, si se enfrenta adecuadamente, puede alterar la perspectiva vital de la persona y promover su dedicación más auténtica a la vida.
2. El miedo a la muerte constituye una fuente primaria de angustia que se presenta desde las primeras etapas de la vida, que configura la estructura caracterológica, que continua generando angustia a lo largo de toda la vida, que causa trastornos manifiestos y que conduce a la formación de defensas psicológicas.

En este sentido existe la posibilidad y el riesgo de que tanto el paciente como el psicoterapeuta estén negando la angustia por la muerte por medio de mecanismos de represión y desplazamiento, máxime que esta negación se da en todos los niveles de

la conciencia.

Algunas técnicas que propone Yalom para enfrentarse a la negación es la desensibilización (el individuo se aproxima a su temor, hasta que va disminuyendo gradualmente por un procedimiento simple de familiarización con él. Kaller, 1975). Sabatini (1989) evalúa un programa de intervención que consiste en 14 sesiones semanales para personas que han envidado recientemente. Las sesiones siguen un patrón de terapia de grupo y son dirigidas por un profesional de la salud mental y por una persona que haya vivido el duelo de quedar viudo (a). Las primeras sesiones son estructuradas y conforme pasa el tiempo se van haciendo cada vez mas semiestructuradas con el fin de permitir que el grupo maneje las necesidades específicas de sus miembros. El objetivo es que los participantes recuperen su nivel de funcionamiento físico, psicológico y emocional anterior a la pérdida.

Existen 5 tareas específicas sobre las cuales se trabaja:

1. Enfrentar la aceptación de la muerte.
2. Ayudar a los participantes a adquirir una identidad individualizada de su pareja fallecida.
3. Aprender a manejar los cambios de animo y los sentimientos.
4. Evitar la deificación del difunto.
5. Comenzar una nueva vida.

Sabatini encontró que las circunstancias de la muerte, especialmente si esta fue repentina, tienen una influencia importante en el proceso de recuperación. Esto puede deberse al hecho de que cuando se espera la muerte, la persona tiene la oportunidad de empezar a prepararse para enfrentarla (duelo anticipado).

Otro de los puntos que se discuten es el hecho de que los hombres y las mujeres se enfrentan de una forma diferente al duelo. Estadísticamente se ha visto que los hombres tienden a reemplazar a su esposa en tiempo relativamente corto a diferencia de las mujeres. Esto puede deberse a diferencias en la forma de educar a cada sexo, y principalmente al hecho de que, culturalmente, se enseña a los varones a no manifestar sus emociones tan abiertamente como las mujeres. Esto puede crear ciertas dificultades en la elaboración del duelo para los varones.

El último punto que discute Sabatini es que, de acuerdo a sus resultados, el tiempo es una variable importante para la elaboración de la pérdida. A pesar de que no únicamente es necesario dejar pasar el tiempo para recuperarse ("con el tiempo se te pasará") sí es importante señalar que se requiere de cierto tiempo para ir sanando el dolor que provoca la pérdida. El tiempo necesario varía de acuerdo a cada persona y cada circunstancia, pero Parkes (1972) afirma que en el caso de perder a la pareja, un tiempo de aproximadamente 2 años es necesario para terminar el proceso.

Flatt (1988) encontró que la psicoterapia de grupo centrada en la recuperación de la pérdida de la pareja ayuda a la elaboración del duelo en los siguientes aspectos: número de relaciones sociales, grado de depresión percibido por el doliente, habilidad para manejar los recuerdos, sentimientos acerca del futuro y la percepción

del proceso de duelo. El grupo estudiado, compuesto de 500 viudas y viudos, mantuvo los logros obtenidos durante la terapia en los 6 meses siguientes a la intervención y continuaron incrementándose levemente.

En un enfoque mucho más específico Rosen (1989) describe el método de intervención para casos de familias en duelo patológico por la pérdida de un niño pequeño, ya que es un caso que presenta dificultades especiales.

La muerte de un niño es especialmente difícil de aceptar ya que rompe con todas las expectativas de la vida. Rosen describe los síntomas del Duelo Interminable, aquel en el cual no parece haber progresión en el proceso. Una parte importante de este tratamiento es el hecho de que, a pesar de que al parecer los problemas se localizan en un miembro de la familia, en realidad es un problema del sistema completo y por lo tanto se incluye a toda la familia dentro de la terapia. Es importante hacer énfasis en la historia de la familia ya que al parecer generalmente existe el caso de una muerte anterior que no ha sido resuelta.

Un aspecto importante que ha sido reconocido por un gran número de autores, es que el terapeuta debe estar consciente de su propia actitud y sus propios temores hacia la muerte, cómo se ha enfrentado a los duelos que haya vivido y en qué situaciones le han sido útiles para ser más consciente de sí mismo y en qué condiciones le han sido limitantes (Kübler-Ross, 1975; Worden, 1982; Raphael, 1983; Yalom, 1984).

Al respecto Bessudo (1993) demostró en un grupo de psicoterapeutas mexicanos de distintas edades, sexo y orientación teórica, que no existen diferencias estadísticamente significativas dependiendo del sexo y la edad de los sujetos experimentales: todos mantenían una actitud favorable hacia la muerte. Sin embargo se encontraron diferencias significativas dependiendo de la orientación psicoterapéutica; siendo que los junguianos, gestaltistas, frommianos y de terapia racional emotiva tuvieron una actitud favorable, en comparación de los psicoanalistas ortodoxos, los cuales tuvieron una actitud desfavorable. Concluyen con esto que al tener un pobre manejo de la angustia de la muerte, se dificulta afrontarlo con el paciente.

En México se han hecho esfuerzos en este sentido en los últimos años. Por una parte recientemente se creó la Asociación Mexicana de Tanatología que, como parte de sus actividades, organiza periódicamente Talleres de Transición Vida-Muerte siguiendo el enfoque de Kübler-Ross y que es dirigido a pacientes terminales, sus familiares y personas en duelo en general.

Con el avance del SIDA se han multiplicado esfuerzos de distintos grupos gubernamentales y asociaciones civiles en el sentido de formar grupos de apoyo para personas seropositivas, con SIDA y las personas cercanas a ellos. Una de estas asociaciones civiles es "La Casa de la Sal, A.C." que tiene como objetivo el apoyo psicológico y espiritual a personas seropositivas. La función de estos grupos es buscar el sentido que tiene la enfermedad y la probable muerte en la vida concreta de cada persona, buscando obtener un mayor provecho de esta experiencia.

CONCLUSIONES

Morir es una de las pocas certezas que tenemos en la vida. Sin embargo, a pesar de esto, es uno de los eventos que más angustia nos generan. ¿Porqué?. Esta es una de las preguntas que el ser humano ha tratado de responder a través de los siglos: en el arte, en la filosofía, en la relación con los demás, en el amor tal vez. Han sido innumerables los pensadores que han tratado de darle alguna explicación a este hecho aparentemente tan sencillo, pero que ha ocupado y ocupa gran parte de la energía de que disponemos. Yalom asegura que ésta es la fuente primaria de angustia para el ser humano: morir (1984).

1.- INTEGRACION DE LOS DISTINTOS ENFOQUES DEL DUELO

Son numerosos los autores que nos dicen que el duelo es, ante todo, un proceso, una serie de pasos que hay que llevar a cabo para pasar de un estado psicológico a otro estado cualitativamente distinto. Estos estados implican características psicológicas definidas: emocionales, cognitivas y conductuales, además de sociales. Desde los inicios de la investigación psicológica del duelo con Freud hasta los más recientes enfoques, se ha intentado hacer una descripción de la transformación que se lleva a cabo para poder comprender cual es el proceso que subyace a esta manifestación. Después de estudiar a fondo distintos enfoques teóricos me parece que son más las similitudes entre los distintos enfoques acerca del duelo que las diferencias, lo cual nos acerca a la posibilidad de comprender más íntimamente este fenómeno. El hecho de que en la época moderna el papel de la psicoterapia sea cada vez más importante y tenga un impacto cada vez mayor en la población general, nos remite a

la necesidad de conocer el duelo para poder ejercer una labor en verdad clínica.

Uno de los eventos que más nos acercan a la conciencia de nuestra propia aniquilación es la muerte de uno de nuestros seres queridos, ya que, como dice Freud, es como si entonces muriera una parte de nuestro apreciado yo, una parte de nosotros mismos, por la carga emocional que hemos depositado en esa persona (1915). De hecho, Kohut afirma que el duelo es siempre una herida narcisista en el sentido de que es como si murieramos nosotros mismos: es un ensayo de nuestra propia destrucción (1966, citado por Cassem, 1975). Todo duelo es una repetición de la separación de nuestra propia madre, cuando sentíamos que estábamos perdiendo una parte de nosotros mismos y esto nos generaba una angustia enorme y la aparición de ciertos mecanismos de defensa, todos ellos infantiles, que nos ayudaban a sobrellevar esta carga (Melanie Klein, 1948).

Sin importar la orientación teórica que sigan son muchos los autores que coinciden en que el duelo se inicia por un periodo de negación que abarca distintos niveles de la conciencia: desde la negación conciente que se manifiesta como la imposibilidad para creer en la verdad de la noticia de la muerte en un primer momento (y que generalmente cede al poder ver el cuerpo del fallecido) hasta mecanismos inconcientes mucho más sofisticados que igualmente tienen como función el mantener la ficción de que las cosas siguen siendo iguales que antes (Freud, 1915; Klein, 1948; Kübler-Ross, 1969; Worden, 1982; Bowlby, 1983; etc.).

Una de las funciones primordiales de esta primera reacción es proveer al individuo del tiempo necesario para poder desarrollar las herramientas suficientes para enfrentarse al dolor psicológico que tiene por delante (Parkes, 1988).

Una vez superado este primer momento se inicia un periodo de desorganización en el cual los mecanismos de defensa utilizados normalmente no tienen efectividad, lo cual conlleva una serie de alteraciones en el funcionamiento habitual de la persona, con el consiguiente desajuste psicológico y social. Este es uno de los periodos más difíciles de resolver, ya que el apoyo social ha desaparecido en su gran mayoría y la persona tiene que enfrentarse con una serie de transformaciones y ajustes, que van desde cuestiones superficiales como el aspecto económico hasta verdaderas modificaciones a la imagen de sí mismo (Bowlby, 1983; Parkes, 1984).

El aspecto del apoyo social para el doliente es uno de los más difíciles de mantener, ya que por una parte, normalmente tendemos a suponer que una pérdida de esta magnitud puede resolverse en un tiempo relativamente corto, con lo cual dejamos de prestar atención y apoyo cuando la persona aún lo necesita, y por otra parte el hecho de estar en contacto con una persona que se encuentra sufriendo las consecuencias de la muerte de un ser querido nos enfrenta con la posibilidad de sufrir nosotros mismos una pérdida semejante, y más aún, con la conciencia de nuestra propia muerte (Bowlby, 1983; Yalom, 1984). Es por esto que la persona deja de recibir el consuelo y la atención necesarias que ayudarían a que pudiera resolver más fácilmente su duelo. Es fundamental reconocer la importancia de proveer al doliente del apoyo moral más allá del tiempo que nosotros juzgamos suficiente, sino el que sea necesario según él mismo.

Aunado a lo anterior tenemos que la muerte de un ser querido implica un momento de transición psicosocial, en el cual la persona tiene que hacer ajustes, no únicamente a su manera de percibirse a sí mismo, sino también a la visión que los demás tienen de él. Esto implica una serie de modificaciones que van desde los roles y las expectativas de los demás hacia la persona, hasta la autoimagen y la

autoestima, que en buena medida está depositada en lo que los demás piensan de uno (Cassem, 1975; Parkes, 1984). Esto sucede especialmente cuando la persona que muere es quien, de alguna manera, era proveedor de la imagen social (cuando una mujer es "la esposa de...", o un niño "el hijo de...", o un profesionalista "el socio de..." por ejemplo).

El duelo se resuelve cuando la energía psíquica que la persona ha estado invirtiendo en mantener viva la "relación" con la persona desaparecida, puede ser empleada en otra relación. Esto no implica que se olvide a la persona, lo cual no es posible, pero ya no es vivido como algo que restrinja psicológicamente al individuo.

2.- DUELO CON APOYO PSICOTERAPEUTICO

Tomando en cuenta que es la sociedad, matizada por nuestra historia personal, quien modela en gran medida las conductas que son pertinentes en un momento de dolor, tenemos que existen infinidad de mensajes directos e indirectos que dificultan la resolución del duelo (Despelder & Strickland, 1987):

Uno de estos mensajes es el de que el dolor pasará con el tiempo, que sanar de una pérdida importante es algo que únicamente requiere de tiempo (Kübler-Ross, 1985, 1989; Despelder & Strickland, 1987). Este tipo de mensajes dificultan especialmente la resolución del duelo, ya que crean la ficción de que la persona únicamente tiene que esperar pasivamente a que las cosas se "solucionen" como por arte de magia, cuando es todo lo contrario. En este sentido el enfoque de Worden (1984) es sumamente valioso ya que plantea el trabajo del duelo como una serie de "tareas" que la persona tiene que llevar a cabo, es decir, devuelve al individuo la capacidad de hacer algo para mejorar, le devuelve a la persona el poder sobre sí

mismo.

Otro de los mensajes sociales alrededor de una pérdida, es que no es adecuado manifestar los sentimientos. Normalmente estamos dispuestos a tolerar las manifestaciones de tristeza y desconsuelo durante cierto tiempo, muy corto, cercano al momento de la muerte. Una vez transcurrido un lapso razonable abandonamos al doliente y empezamos a ser intolerantes con las manifestaciones normales del duelo. Esto provoca que la persona tenga que inhibir sus sentimientos si no quiere ser rechazada por los demás, lo cual acarrearía aún más problemas a su ya de por sí difícil situación. Esto lo podemos constatar en las situaciones en las cuales admiramos y reconocemos a aquellas personas que se comportan con mucha "entereza" en los momentos del velorio y el funeral: tal parece que estas personas que son capaces de dominar sus sentimientos son dignas de nuestra admiración. La explicación a esto, como se mencionó anteriormente, es que la muerte de los demás nos enfrenta a nuestra angustia; el duelo de los demás nos enfrenta con la conciencia de nuestra propia muerte.

Es aquí donde el enfoque de la Dra. Kübler-Ross nos muestra que el duelo es una serie de etapas, eminentemente emocionales, que se tienen que cumplir para que la persona pueda volver a un estado de funcionamiento similar al anterior a la pérdida y ella hace énfasis en que la manera más eficaz de apoyar y ayudar al doliente es, por una parte, permitiendo todas las manifestaciones que la persona necesite llevar a cabo, y por otra parte, actuando como un testigo empático del proceso y escuchando activamente lo que el otro desee manifestar en cada momento del proceso: respetándolo.

Otro de los elementos que varios autores mencionan como importantes para facilitar la labor del duelo, es poder terminar con los "asuntos inconclusos" con la persona

fallecida. Normalmente dentro de la relación con una persona existen ciertas cosas que deseamos decir pero que por alguna razón no nos atrevemos: ya sean mensajes de resentimiento, coraje, tristeza o también de amor, gratitud, etc. El hecho de que la persona desaparezca de nuestra vida y nosotros no hayamos podido verbalizar estos mensajes, se convierten en un conflicto y en un pretexto para no dar por terminada la relación y mantenerla en la ficción indefinidamente. Cuando la persona puede ser conciente de esto, y es capaz de terminar con esos asuntos inconclusos, el trabajo de rompimiento de la relación ficticia puede acelerarse, con el consiguiente mejoramiento. Al respecto varios autores proponen técnicas psicoterapéuticas especiales y variadas para propiciar este terminar (Tobin, 1975; Melges y DeMaso, 1980; Worden, 1982; Raphael, 1983; Kübler-Ross, 1989)

La reestructuración a nivel social es uno de los factores más importantes en la recuperación. Como mencioné anteriormente, el duelo implica una transición psicosocial, lo cual implica una transformación a nivel de los roles sociales que la persona juega. Este es un elemento muy importante que implica que la persona sea capaz de abandonar aquellos roles que ya no le corresponden y sea capaz de asumir y llevar a cabo otros distintos. Esto implica una gran carga de ansiedad por que finalmente buena parte de nuestra estima está depositada en lo que hacemos y como aparecemos ante los demás. Sin embargo es importantísimo que la persona sea capaz de llevar a cabo esta transición para poder elaborar adecuadamente su pérdida. Esto puede lograrse a través del apoyo y la conciencia que pueda desarrollarse en un trabajo psicoterapéutico, ya que como dice Parkes (1988), de este trabajo depende en buena medida la adecuada resolución del duelo.

Un elemento que puede servir de apoyo para esta transición psicosocial de la que habla Parkes, es el enfoque de trabajo de duelo de Jaffé (1985) ya que él apoya la

idea de que el concepto de--sí-mismo que tiene la persona se encuentre apoyado principalmente en factores internos al él o ella, más que en su relación con el mundo externo. Propiciar esto en un momento de duelo puede ser de mucho provecho ya que la fuente de estima de una persona se encontraría asegurada.

Relacionado con lo anterior tenemos que Schwartzberg y Halgin (1991) apoyan la idea de que el momento de la muerte de alguien cercano propicia cambios cognitivos importantes, que son una buena base para la transición psicosocial, ya que dependiendo de como entendemos e interpretamos el mundo que nos rodea, vamos a comportarnos en él.

Un factor que no hay que dejar de lado es la forma de enfrentarse al duelo del mismo psicoterapeuta, ya que de esto depende en gran parte que el apoyo que se brinda a una persona pueda ser adecuado. Bessudo (1993) demostró que dependiendo de la orientación teórica del terapeuta se puede dar un buen o mal manejo de la angustia de muerte, y otros autores hablan de la importancia de que haya un interés por parte del profesional de revisar cual ha sido su actitud ante la muerte, ante los distintos duelos que haya tenido que enfrentar y ante las pérdidas en general (Kübler- Ross, 1969; Worden, 1982; Bowlby, 1983, 1986). Es muy normal que problemas como los relacionados al duelo se identifiquen o se diagnostiquen como otro síndrome, en parte por aspectos contratransferenciales de negación de la angustia de muerte mencionados, y en parte por el desconocimiento de los síntomas asociados al duelo. Worden desarrolla un trabajo terapéutico dirigido hacia las personas que estén en contacto con dolientes con el fin de que puedan revisar las actitudes anteriormente mencionadas (1982).

3.- EL DUELO COMO PROMOCION HUMANA

La idea de que el duelo puede servir a la persona como un elemento de crecimiento personal no se comparte a nivel social, ya que normalmente se le ve como algo totalmente negativo. Sin embargo son muchos los autores que piensan que el duelo puede aprovecharse para una modificación a nivel cognoscitivo (Cassem, 1975; Parkes, 1988; Kübler-Ross, 1989), emotivo (Worden, 1982; Slakieu, 1984; Kübler-Ross, 1989), social (Parkes, 1972, 1988; Bowlby, 1983; Yalom, 1984) y conductual (Worden, 1982; Raphael, 1983; Yalom, 1984).

Ya que todo duelo implica un momento de crisis en el sentido de que las defensas que utilizamos normalmente para enfrentarnos a la angustia, dejan de tener efectividad y, por lo tanto, la ansiedad se eleva, trayendo como consecuencia la desorganización de la conducta y una sensación subjetiva de dolor. Si una pérdida no se encuentra simbolizada como tal, es decir, si la pérdida real no es vivida como significativa para la persona porque no haya una relación catectizada, entonces no podríamos hablar de duelo en el sentido estricto de la palabra. Es por esto que el duelo es vivido generalmente como un estado de crisis, por el dolor que implica y las transformaciones que trae consigo (Slakieu, 1984).

El hecho de que el duelo, como un estado de crisis, implique la desorganización de la conducta, nos enfrenta a la posibilidad de que la manera como esta se resuelva pueda ser de mayor provecho para el individuo, es decir, que al buscar la reorganización ésta se lleve a cabo bajo mecanismos de defensa mucho más maduros y adaptativos para la persona que los que se manejaban anteriormente. El pictograma chino que significa "crisis" está compuesto de dos símbolos: peligro y oportunidad. Esto es significativo en el sentido de que, aún cuando el momento puede ser, y de hecho lo es, muy doloroso, también nos brinda la oportunidad de

modificar una serie de estructuras cognoscitivas y emocionales con las cuales nos enfrentamos al mundo, con los consiguientes beneficios para el individuo. Es aquí donde el papel del psicoterapeuta puede ser de gran importancia, ya que puede ayudar a encontrar formas más adaptativas de enfrentarse con la angustia. El duelo, por todas las transformaciones que trae consigo, se presenta como una oportunidad de reestructuración y cambio verdaderamente inigualable.

4.- EDUCACION PARA EL DUELO

El aspecto que parece ser el más importante, es que si de la sociedad depende la forma como nos enfrentamos a las pérdidas ya que es básicamente aprendido, entonces resulta que el aspecto educativo es primordial para encontrar una mejor forma de llevar a cabo el duelo. Es por esto importante que estemos conscientes de enseñar a los niños a ver a la muerte como un hecho natural en la vida, ya que de todos modos están en contacto con ella, que la muerte no necesariamente es un hecho catastrófico del cual hay que tratar de huir a toda costa. Enseñarles que la vida y la muerte son partes inseparables de la existencia y que no es necesario huir de ella sino que es mejor enfrentarla y tratar de entender y ser conscientes de como ésta nos transforma. Sin embargo esto es algo que depende no únicamente de individuos, sino de la sociedad en sí y son transformaciones que se van dando paulatinamente. Es por esto importante que, así como nos enfrentamos al tabú del sexo, nos enfrentemos también el tabú de la muerte. Una forma de llevar a cabo esto podría ser que, así como se han incluido cursos de sexualidad en las escuelas, se abrieran también espacios en los que los niños puedan expresar y explorar sus inquietudes acerca de las pérdidas y la muerte. Aunado a esto, así como se les brinda a los padres apoyo en lo que se refiere a la educación sexual, se les podría también brindar apoyo en la educación para la muerte y la pérdida (máxime

tomando en cuenta que el número de divorcios va en aumento y esto significa una pérdida par el niño, por ejemplo). Sin embargo, para que esto pueda realizarse, es necesario contar con la preparación suficiente, cosa que no sucede en la actualidad.

5.- APORTACIONES Y LIMITACIONES

El hecho de contar con una investigación como esta permite a los profesionales revisar un enfoque variado acerca de un problema de salud física y mental que es recurrente en la población general. No únicamente plantea distintos enfoques teóricos que permiten la reflexión acerca de lo que sucede durante el duelo, sino que también provee de herramientas concretas de trabajo psicoterapéutico. En este sentido la aportación más importante de este trabajo es la de revisar, reflexionar e integrar las aportaciones de un gran número de autores al respecto del trabajo del duelo, con el fin de proporcionar un marco de referencia conceptual que permita entender a profundidad lo que una persona puede estar experimentando, y por lo tanto, desarrollar las actitudes propicias para acompañarlo (a) en este proceso. Al mismo tiempo poder entender cuales son las condiciones sociales que limitan la resolución del duelo y, en consecuencia, desarrollar los mecanismos necesarios para ir modificando estas a través de la educación.

Las investigaciones revisadas hasta el momento indican que el duelo es un fenómeno complejo, variado, que se manifiesta de distintas maneras y conlleva numerosas transformaciones en la persona a nivel social, conductual, cognoscitivo, afectivo, visceral, etc. Es por esto importante que el psicólogo y especialmente el psicoterapeuta esté capacitado para entender cual es el proceso que subyace a estas manifestaciones, para poder auxiliar y ser de utilidad en un momento dado. Como mencioné anteriormente, para ser capaz de llevar a cabo una labor realmente clínica,

que es la de acompañar al doliente en el proceso de sanar o de recuperar su capacidad de enfrentarse al mundo. Poder entender de qué es lo que está hablando el paciente sin necesidad de distorsionar sus palabras por nuestros propios miedos, por nuestra propia angustia, por nuestra propia negación. La pérdida es algo que todos estamos en posibilidad de enfrentar, por lo tanto es un tema recurrente en el consultorio, de aquí la necesidad de que se cuente con una preparación suficiente para entenderla en toda su complejidad. Se han revisado investigaciones y enfoques teóricos referentes especialmente a la pérdida de un ser querido por la muerte, sin embargo estas manifestaciones también pueden presentarse de manera muy similar en otro tipo de pérdidas como pueden ser separaciones, divorcios, alejamientos por alguna u otra razón. Sin embargo es importante que se tome en consideración las particularidades que puede tener cada caso específico.

Por otra parte, me parece de suma importancia que no únicamente se pueda atender este tipo de conflictos a nivel de la psicoterapia individual y privada, sino que también las instituciones de salud mental se encuentren capacitadas. La pandemia del SIDA y la enfermedad del cáncer ha traído como consecuencia que despierte el interés por prepararse en este aspecto, lo cual ha sido un gran avance; sin embargo no todas las pérdidas y las muertes están relacionadas con una enfermedad como estas. Si los profesionales de la salud se encontraran informados y capacitados para atender problemas relacionados con el síndrome del duelo, se podrían prevenir innumerables problemas de salud física y mental, con importantes beneficios a nivel de recursos humanos y materiales. A veces es más necesario cinco minutos de escucha empática que un tratamiento médico muy costoso.

Al respecto me parece importante, como una aportación de este trabajo, el que se incluyera una cátedra relacionada con la muerte y el duelo en las facultades de psicología en México, ya que este es un problema de salud mental que se presenta

cotidianamente en la población general y es fundamental que el psicólogo esté capacitado para entenderlo y afrontarlo. Es escasa la información que existe al respecto en español, prácticamente toda la bibliografía actualizada se encuentra en otros idiomas, lo que nos remite a la necesidad de enfrentar esto como un reto. El psicólogo mexicano puede ser reconocido a nivel internacional y puede estar funcionando como una parte importante del quehacer nacional, únicamente si está en posibilidad de responder a las necesidades del individuo, y la muerte y la pérdida es una de ellas.

Como una investigación documental, el presente trabajo tiene la limitación de no contar con datos tomados de experiencias experimentales de primera mano, por lo tanto es importante aclarar también que sus conclusiones deben ser tomadas en cuenta en base a esto. En este mismo sentido considero una limitación que la mayor parte de la información surge de modelos extranjeros, lo cual implica que debe tomarse en cuenta las particularidades culturales pertinentes, máxime en una cultura como la mexicana que tiene características especiales al respecto. Es necesaria más investigación al respecto, ya que como dice Yalom (1984), no se cuenta con un número suficiente de investigaciones ni con la calidad necesaria. Esto puede ser ocasionado por el hecho de que nuestra misma negación hacia la muerte se manifiesta también en los objetivos de la investigación. Esta negación debe ser enfrentada para poder entender mejor al ser humano.

Es por ésto que el duelo aparece cada vez más como un fenómeno que es importante estudiar y tratar de comprender ya que nos muestra caminos de conciencia enormes: de conciencia de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Cuando podemos entender lo que más dolor nos produce, estamos en camino de entender algo que nos es esencial.

Por último, la pérdida de un ser amado puede también ser *enfrentada* como un reto para crecer como personas, para ser más conscientes de uno mismo, para enfrentarnos a la vida con armas más maduras y más eficientes. En general tendemos a calificar o a nombrar las cosas de una manera especial y no nos damos cuenta las posibilidades que encierra el poder verlas y nombrarlas de una manera distinta. Los eventos de la vida son de cierta manera y no podemos modificarlos, pero lo que sí podemos elegir es cual es el nombre que le ponemos a esos eventos, lo que sí podemos decidir libremente es cual es nuestra actitud ante tal evento. Y en este proceso de nominación podemos acompañarnos unos a otros. No puedo recuperar lo que he perdido, pero lo que sí puedo recuperar es mi nombre.

BIBLIOGRAFIA

- Arellano Zavala, E. (1989) Entorno Psicosocial que dificulta la elaboración del Duelo en el Aborto. Tesis de Licenciatura en Psicología Fac. de Psicología, UNAM.
- Bessudo, B. R. (1993) Actitud hacia la muerte en la práctica de terapeutas mexicanos. Tesis licenciatura en Psicología. U.I.A.
- Borges, J.L. (1956) Ficciones. Edit. Alianza, Madrid.
- Bowlby, J. (1983) La Pérdida Afectiva: Tristeza y Depresión. Editorial Paidós, Argentina.
- (1986) Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Editorial Paidós, Madrid.
- Cassem, N.H. (1975) Bereavement as Indispensable for Growth, en Schoenberg, B. (1975) Bereavement, Its Psychosocial Aspects. Columbia University Press, New York.
- Despelder, L. A. & Strickland, A. (1987) The Last Dance. Mayfield Publishing Company, California.
- Donne, J. (1648) en White, Wallerstein, Quintana, Chambers. Seventeenth Century Verse & Prose. Volume One 1600-1660. Second Edition. MacMillan Cia. N.Y.
- Edmonds, S. & Hooker, K. (1992) Perceived Changes in Life Meaning following Bereavement. OMEGA, 25 (4), 307-318.

Flatt, B. (1988) Some effects of Grief Therapy Groups. JOURNAL OF PSYCHOLOGY & CHRISTIANITY, Vol 7 (3), 43-49.

Frankl, V. (1962) El hombre en busca de sentido. Ed. Herder, Barcelona, España.

Freud, S. (1915) Consideraciones sobre la Muerte y la Guerra. Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.

(1915) Duelo y Melancolía. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.

Fromm, E. (1972) El Arte de Amar. Biblioteca del Hombre Contemporáneo. Editorial Paidós, Argentina.

Gorostiza, J. (1957) Muerte sin fin. Lecturas Mexicanas, F.C.E. México.

Grinberg, L. (1983) Culpa y Depresión. Editorial Alianza, Madrid.

Heidegger, M. (1962) Being and the time. Harper & Row, N.Y.

Horowitz, M. et al (1980) Pathological Grief and the Activation of Latent Self Images. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 137 (10), 1157-1162.

Jaffé, D. T. (1985) Self Renewal: Personal Transformation Following Extreme Trauma. JOURNAL OF HUMANISTIC PSYCHOLOGY 25 (4), 99-124.

Kaller, R. L. (1975) An evaluation of a self instructional program designed to reduce anxiety and fear about death and of the relation of that program to sixteen personal history variables. "DISSERTATION ABSTRACTS" 35 (may 1975) 7125-A

Kalish, R. A. (1985) Death, Grief and Caring Relationships, Second Edition. Brooks/Cole Publishing Company, California.

Kastenbaum, R. (1976) Psychology of Death. Springer publishing, E.U.A.

Kavanaugh, R.E. (1983). Facing Death. Pennsylvania, Penguin Books N.Y., E.U.A.

Klein, M. (1940) Mourning and its relationship to manic-depressive states. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS 21, 125-153.

(1948) A contribution to the Theory on Anxiety and Guilty. International Journal of Psychoanalysis. Vol 29. 114-123.

Kübler-Ross, E. (1969) On Death and Dying. McMillan Publishing Company, New York

(1975) Death: The final stage of growth. Prentice Hall, New Jersey.

(1985) On Children and Death. Collier Books, N.Y

(1989) AIDS; the ultimate challenge. Collier Books, N.Y.

Lazard Saltiel, P. (1981) El proceso de Duelo en la Infancia. Tesis de Maestría en Psicología, Fac. de Psic. UNAM.

- Lichszjant, J.L. (1979) Correlatos clínicos y socio culturales de la actitud hacia la muerte en un grupo de adolescentes mexicanos. México. Tesis Doctoral. U.N.A.M. Fac. de Psicología.
- Lindemann, E. (1944) Symptomatology and Management of Acute Grief. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY 101, 141-148.
- Melges, F. T. & DeMaso, D. R. (1980) Grief Resolution Therapy: Reliving, Revising and Revisiting. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY, XXXIV (1), 51-61.
- Papalia y Wendkos, Olds. (1986) Desarrollo Humano. McGraw Hill. México.
- Parkes, C. M. (1972) Bereavement, Studies of Grief in Adult Life. International Universities Press, Inc. New York.
- (1988) Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of Adaptation to Change. JOURNAL OF SOCIAL ISSUES, 44 (3), 53-65.
- Quezadas, J. (1992) El proceso de morir Tesis licenciatura en psicología. Universidad Anahuac.
- Quitman, R. (1989) Psicología Humanística. Biblioteca de Psicología 158. Ed. Herder, Barcelona, España.
- Raphael, B. (1983) The Anatomy of Bereavement. Basic Books Inc. Publishers, New York.
- Rosen, E.J. (1989) Family Therapy in cases of Interminable Grief for the Loss of a Child. OMEGA 19 (3), 187-201.

- Sabatini, L. (1989) Evaluating a treatment program for newly widowed people. OMEGA 19 (3), 229-236.
- Schwartzberg, S. & Halgin, R. (1991) Treating Grieving Clients: The Importance of Cognitive Change. PROFESSIONAL PSYCHOLOGY: RESEARCH AND PRACTICE. 22 (3), 240-246.
- Segal, H. (1992) Introduccion a la Obra de Melanie Klein. Biblioteca de Psicología Profunda. Editorial Paidós, México.
- Slakieu, R. (1984) Intervención en crisis. Edit. Manual Moderno, México.
- Smith, A. C. & Borgers, S. B. (1989) Parental Grief Response to Perinatal Death, OMEGA 19 (3), 203- 214.
- Tobin, S. (1975) El Proceso de Despedirse, en Stevens, J. Esto es Gestalt. Editorial Cuatro Vientos, Chile.
- Villaurrutia, X. (1953) Nostalgia de la Muerte. Lecturas Mexicanas, F.C.E. México.
- Worden, J. (1982) Grief Counseling and Grief Therapy. Springer Publishing Company, New York.
- Yalom, I. (1984) Psicoterapia Existencial. Edit. Herder, Barcelona.

FE DE ERRATAS.

Pag. 6 último párrafo.

Dice:

...el hombre mataba a extraños y enemigos como algo natural, que le murieron, todo su ser...

Debe decir:

...el hombre mataba a extraños y enemigos como algo natural, que le proporcionaba placer, pero cuando sus propios seres queridos fueron los que murieron, - todo su ser...

Pag 8 último párrafo.

Dice:

... a la reconstrucción proporcionaba -- placer...

Debe decir:

... a la reconstrucción ansiosa del mundo interno...