



---

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Psicología**

**Sistema de Universidad Abierta**

**El duelo patológico, una propuesta explicativa**

**Tesis**

**Que para obtener el título de Licenciado en Psicología**

**PRESENTA:**

**Gerardo Rojas Vite**

**Director del trabajo: Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado**

**Revisores: Mtra. Gabriela Romero García**

**Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez**

**Sinodales: Margarita María Molina Avilés**

**Inda Guadalupe Saenz Romero**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Mayo del 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
<b>Capítulo 1:</b>	
El duelo normal	6
Fases del duelo normal	7
Duelo a lo largo de la vida	9
Factores de riesgo y afrontamiento	16
El duelo patológico	18
<b>Capítulo 2</b>	
La teoría del apego	21
<b>Capítulo 3</b>	
La teoría psicoanalítica sobre el duelo	28
Duelo y patología	31
<b>Capítulo 4</b>	
Método	34
Justificación	35
Planteamiento del problema	36
Objetivos	38
Procedimiento	38
<b>Capítulo 5</b>	
Análisis teórico	42
<b>Capítulo 6</b>	
Discusión	51
Conclusiones	58
Limitaciones	60
Referencias	61

## **Resumen**

El presente documento tiene como fin contribuir a la comprensión del duelo patológico. En específico, se documenta la presencia de al menos tres variedades patológicas del duelo, y se establecen 8 proposiciones que las relacionan con los tipos de apego y algunos mecanismos defensivos.

Hasta el momento se han descrito varios modelos que explican las fases por las que una persona pasa al momento de sufrir una pérdida, o las tareas que tiene que completar para superarla; estos desarrollos corresponden al duelo normal. Sin embargo aún faltan investigaciones contundentes que, dentro del marco de estas fases evolutivas, expliquen el desarrollo del duelo patológico.

Se presta atención a los siguientes constructos para entender la patología en el duelo: Los tipos de duelo patológico, la exclusión defensiva y los mecanismos defensivos, el tipo de apego, el tipo de relación que la persona fallecida guardaba con el sujeto en duelo, tipo de fallecimiento, factores que predisponen al duelo patológico, factores de enfrentamiento, y etapa de la vida en la que se encuentra la persona que vive el duelo.

Por último, se analiza la relación de todas los constructos mencionados, estableciéndose un conjunto de proposiciones que explican el duelo patológico y la aparición de tres de sus subtipos: inhibido, crónico y eufórico. Estas relaciones no se prueban empíricamente, pero se incita a los investigadores interesados en el tema a que colaboren en su posterior contrastación.

## **Introducción:**

La vida es perecedera. La muerte es una profecía inevitable para todo ser. La inquietud por la muerte ha estado presente en nuestra especie desde épocas remotas. Gilgamesh, un personaje babilonio cuyas hazañas están relatadas en la epopeya del mismo nombre, es capaz de darse cuenta y preocuparse sobre su propia muerte (Yalom, 2009). Y por supuesto, el poder percibir de nuestra finitud se fundamenta en nuestra capacidad para notar el cambio y la muerte de los objetos y seres que nos rodean. La conciencia de nuestro inevitable fin y la de los demás son ambos temas de la trama de nuestra existencia.

Se da por hecho que en la existencia social se forman vínculos con las personas. Con algunas, se convive desde el nacimiento, constituyéndose así la base de nuestra forma de relacionarnos. Estableciéndose un tipo de apego entre el cuidador y un niño. Una de los principales desarrollos en la evolución teórica sobre éste tema fue llevado a cabo por Bowlby (1993) y Ainsworth (1969, 1970). Pero es la ley de la vida que lo que nace, ha de morir; siendo esto también cierto para los vínculos que formamos con nuestros seres amados.

En las primeras décadas del siglo pasado los temas que la psicología podía abordar eran bastante reducidos, sobre todo por el predominio metodológico de lo experimental y observable. Se pretendía reducir el estudio de la psicología a todo aquello que fuera plenamente conductual (Boring, 2003)

No fue sino hasta la década de los sesentas del siglo pasado que el interés por el estudio científico de la muerte empezó a ser defendido, siendo Herman Feifel uno de los principales promotores de éste movimiento (Advameg , 2002)

Ante la pérdida, el sentido común nos dice que los humanos reaccionamos con una serie de respuestas caracterizadas por la angustia, se crea una herida que sólo el tiempo puede curar. Es función de la ciencia aclarar lo que el sentido común nos sugiere. De ésta manera, nos acercamos un poco más a la comprensión de un tema de suyo misterioso y evadido: la muerte del vínculo.

## **Prevalencia:**

En el año 2013 el INEGI registró 611,829 defunciones por causas diversas. Esto quiere decir que al menos la misma cantidad de familias (sin tomar en cuenta que a menudo la pérdida de un familiar es sufrida por más de una familia) tienen que enfrentarse al proceso de aceptación de la muerte.

De acuerdo a una investigación realizada por Echeburua (2007) entre el 10 y el 20 por ciento de las personas que sufren un duelo desarrollan una forma patológica del mismo y necesitan atención profesional.

Brown y Harris (1978; citado en Tizón, 2004) realizaron un estudio con mujeres sobre la depresión, aquellas con depresiones graves también eran el grupo en el que la frecuencia de pérdidas por muerte de un familiar era mayor, estando correlacionada con la gravedad del trastorno.

En un estudio realizado con niños españoles que acudían a consulta por la pérdida de algún familiar se encontraron trastornos de conducta (31%), fracaso escolar (20%) y síntomas depresivos, ansiedad, y problemas corporales (15%). En total un 28% de los niños presentaban duelo patológico. En la muestra total no se encontraron cuadros psicóticos. En una revisión aparte, enfocada en investigar las antecedentes de la patología psicótica, se encontró que de entre los pacientes psicóticos que habían sufrido un duelo (14 de 207 casos), 64% habían enfrentado pérdidas múltiples (Gamo & Pazos, 2009).

Algunos hallazgos indican que el duelo por la muerte del cónyuge es más frecuente entre las personas que sufren un duelo complicado, así lo mostró el estudio de 103 personas en duelo, de las cuales se incluyeron solo a aquellas con duelo complicado, en donde un 36,9% de la muestra reportaba duelo por el cónyuge, en 31,1% por un hijo, y en 20,4% duelo por su padre o madre (Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias, & Serrano, 2012).

## **CAPÍTULO 1**

### **El duelo normal**

En éste apartado se comienza el estudio del desarrollo normal del duelo, esto es necesario puesto que la patología solo puede ser explicada a partir de la normalidad. Comienzo con una definición del duelo y prosigo con la descripción de las etapas en el mismo.

### **El duelo normal o no complicado**

De acuerdo con Harvey y Wever (1998) podemos definir el duelo como cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que se ha establecido un vínculo emocional. Esta definición hace del duelo un proceso que sucede a menudo en la vida de las personas, desde la pérdida que una persona sufre al romper una relación amorosa, hasta dejar el hogar. Esta conceptualización, a pesar de ser tan amplia, hace mención a un elemento crucial en el duelo: el vínculo afectivo. Podemos atrevernos a decir que sin la existencia de este vínculo, la muerte de una persona pasaría sin más en la vida. Más adelante, se desarrolla este aspecto crucial que se encuentra en la definición de Harvey y Wever.

Sin embargo, para el propósito de esta investigación, se complementa la definición anterior con la de Echeburúa (2007), en la que el duelo se entiende como el conjunto de reacciones físicas, emocionales y sociales que se producen tras la muerte de una persona próxima y “que puede oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarró y desolación completa, que en los casos más graves puede durar toda la vida”.

El duelo así conceptualizado permite enfocarse únicamente en las reacciones producidas por fallecimientos y en donde existe un vínculo afectivo.

Siguiendo al DSM V el duelo no complicado puede ser utilizado como una categoría que agrupa aquellos casos asociados a una pérdida de un ser querido, en la cual se pueden presentar rasgos parecidos al trastorno depresivo como lo son angustia, falta de apetito, e insomnio (APA, 2013).

## Las fases o etapas del duelo normal

Se han desarrollado varios modelos para describir el proceso de duelo. Algunos de ellos varían en relación con la postura teórica tomada, algunos otros con el objeto del duelo (es decir, si es causado por la muerte de un familiar o por el proceso propio de morir).

A continuación mostraremos una tabla que hace explícitas las etapas del duelo consideradas por algunos autores.

Tabla 1:

Lindermann	Parkes y Bowlby	Engel	Kubler-Ross x	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelo y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Tomado de Gil Juliá, Bellver, & Ballester, 2008.

En un primer análisis general de las etapas propuestas por cada autor podemos notar algo: todas comienzan en una etapa de negación o evitación y todas culminan en la resolución o aceptación del duelo. Por lo tanto, todas estas propuestas tratan sobre el desarrollo normal del duelo y no dan cuenta sobre aquellos duelos nunca resueltos. Sin embargo, se desarrolla una descripción más profunda y un análisis más detallado en los últimos apartados de ésta tesis.



## **Las etapas del duelo normal**

En este apartado se estudia cada una de las fases propuestas por la investigación de Parkes y Bowlby (Bowlby, 1993). Se ha elegido el modelo por fases propuesto por Parkes y Bowlby puesto que coincide con las revisiones más recientes sobre el duelo, en donde se acepta de forma más o menos consensuada las primeras cuatro etapas que aquí se describen (Yoffe, 2000).

### **Primera fase del duelo**

La primera fase del duelo es la de aturdimiento o embotamiento de la sensibilidad, en donde las personas normalmente reaccionan con incredulidad, negando la situación, y en donde las respuestas emocionales pueden estar paralizadas (Bowlby, 1993).

### **Segunda fase del duelo**

La siguiente etapa es la de anhelo y búsqueda, en ella la persona en duelo sufre la realidad de la pérdida a la vez que tiene un intenso deseo por reunirse con el familiar perdido. La persona puede tener sueños en los que se reúne con el fallecido. También, puede surgir el sentimiento de ira, ya sea dirigido hacia la situación, el familiar perdido o hacia sí mismo. Si el encono dura más de unas semanas puede ser un rasgo patológico. En ésta etapa hay una necesidad por restablecer el vínculo que se ha roto (Bowlby, 1993).

En ésta fase, para Parkes (citado en Bowlby, 1993) la persistencia del impulso de búsqueda y el deseo de recuperar a la persona perdida, de forma consciente o no, da lugar a formas patológicas del duelo.

### **Tercera y cuarta fases del duelo**

Bowlby (1993) da a esta etapa el nombre de fase de desorganización y desesperanza. En esta instancia el sujeto ha de resolver los problemas ambivalentes de la anterior. Ha de tolerar el anhelo, la búsqueda, dejar de hacer los análisis incansables sobre las causas de la muerte y superar el encono.

También en esta etapa del duelo, el sujeto tiene la tarea de ubicar a la persona fallecida en relación consigo misma y con el mundo. La manera en que un sujeto realiza ésta ubicación es un factor distintivo entre el duelo normal y el patológico (Bowlby, 1993). Por ejemplo, identificar al familiar muerto en un animal, o encarnado en un ser querido vivo, es una forma patológica de enfrentar la tarea de ubicación.

### **Factores que modulan el desarrollo del duelo**

Es importante considerar algunos de los factores que modulan la intensidad con la que se puede vivir un duelo. Se empieza con la revisión de la etapa de desarrollo en la que una persona se encuentra al momento de enfrentar el duelo. En el siguiente apartado se analiza el tipo de relación parental que se guarda con el fallecido y su impacto en la persona. Posteriormente, se consideran los factores de enfrentamiento y de riesgo.

### **Duelo en las diferentes etapas de la vida**

Es evidente que el ser humano cambia a lo largo de su vida. Se han identificado varios hitos biológicos y psicológicos que marcan la diferencia entre cada etapa vital del humano. Se utiliza la clasificación más usada sobre este tema por la psicología y biología del desarrollo humano. Dándose por hecho que en cada periodo hay cambios físicos e intelectuales lo suficientemente prominentes como para considerarlos entidades aparte (Santrock, 2006). Revisaremos por lo tanto el duelo en la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

#### **El duelo en la infancia**

En un estudio realizado con niños españoles que acudían a consulta por la pérdida de algún familiar se encontraron trastornos de conducta (31%), fracaso escolar (20%) y síntomas depresivos, ansiedad, y problemas corporales (15%). En total un 28% de los niños presentaban duelo patológico. En la muestra total no se encontraron cuadros psicóticos. En una revisión aparte, enfocada en investigar las antecedentes de la patología psicótica, se encontró que de entre los pacientes psicóticos que habían sufrido un duelo (14 de 207 casos), 64% habían enfrentado pérdidas múltiples (Gamo & Pazos, 2009).

Siguiendo a Gamo y Pazos (2009), los síntomas en los infantes ante el duelo provienen de lo que pasa antes y después del evento; en específico, son importantes los factores posteriores como las relaciones familiares, el entorno y el medio educativo. De acuerdo a Mhaler (1984, citado en Gamo y Pazos, 2009) los niños pequeños no pueden reaccionar con un proceso depresivo ante la muerte de un ser querido, pero utilizan mecanismos de defensa como la negación, la sustitución y la represión.

En los niños hay situaciones que pueden suponer un riesgo y dificultar el proceso de duelo, entre ellas se encuentra: un ambiente inestable con el cuidador, un modelo de cuidador no adecuado en la elaboración de la pérdida, la falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o al adolescente. Algunas veces es difícil detectar la tristeza de manera visible en un niño, esta se puede expresar mediante cambios en el carácter y humor, bajo rendimiento escolar, alteraciones en la alimentación y el sueño (Alameda & Barbero, 2009).

### **Duelo en la adolescencia**

La adolescencia constituye una etapa de cambio en donde la persona adquiere en buena parte las bases de su personalidad adulta. Durante el proceso de duelo, por una parte, se debe aceptar la muerte del fallecido y, por otra, se le retiene en el interior, como parte de uno mismo. Por lo tanto el duelo en la adolescencia reviste un problema en específico que afecta el proceso de identificación. Dentro de esta problemática podemos encontrar cambios forzados en las etapas de la vida, como el pasar de niño a adolescente, o de joven a adulto, de forma repentina. Por otra parte, también pueden suceder pausas en el desarrollo de la identidad o tendencias regresivas. En otros casos la tendencia ascendente de la adolescencia favorece el proceso de resolución del duelo y el individuo es capaz de ver el futuro de manera optimista (Gamo & Pazos, 2009).

### **El duelo en la edad adulta**

Este tipo de duelo puede vivirse de manera distinta dependiendo de las características peculiares del fallecimiento.

El fallecimiento por los padres en la edad adulta no es uno de los duelos con consecuencias más graves, no obstante, puede generar sentimientos de orfandad y soledad, además de provocar cambios importantes en la estructura familiar. Conforme al estudio hecho por Gamo y Pazos (2009), el duelo por el fallecimiento de los hijos tiene un impacto enorme en la vida de los padres, pudiendo causar desde unión con la pareja, hasta fricciones que llevan a la separación.

La muerte de un cónyuge es considerada como un estresante psicosocial extremo que da lugar a una crisis que cambia el rumbo de la vida, junto con la muerte de un hijo, es una de las más difíciles de asumir. Dentro de los casos que acuden a terapia, 50% de los sujetos presentan una patología depresiva (Gamo & Pazos, 2009).

### **El duelo en la vejez**

Hablar de duelo en la vejez es hablar del proceso que vive una persona de mayor edad tras la pérdida de un ser querido. A pesar de esto, incluiremos en este apartado la situación inversa, es decir, el impacto de la muerte de una persona de la tercera edad en la familia.

La vejez es una etapa en donde diversas problemáticas se acumulan. Por una parte es muy probable que la persona haya perdido a varios familiares a lo largo de la vida, lo que puede provocar sensaciones de soledad y desamparo. En algunos casos (20% en la muestra de Gamo y Pazos) los ancianos pueden sufrir depresión, la cual está relacionada con el estado de salud y el apoyo familiar, y también pueden aunarse cuadros de ansiedad, de desorientación y de falta de sentido (Gamo y Pazos, 2009; Blanco y Antequera, 2000). También, depender de alguien, ser segregado o rechazado pueden complicar el duelo en esta etapa. El fallecimiento de los hijos o de los nietos puede resultar especialmente doloroso pues cierra las esperanzas de futuro depositadas en ellos. A pesar de esto, Gamo y Pazos (2009) consideran que la mayoría de las veces el duelo en esta etapa no se convierte en patológico, quizás porque anteriormente han superado un duelo de forma sana, por un proceso de desensibilización o por que han alcanzado una resignación ante la inevitabilidad de la muerte.

Dos son las muertes más difíciles de aceptar en un anciano, la muerte de un hijo y la muerte del cónyuge. La muerte de un hijo rompe el orden natural de las cosas, es decir, la noción comúnmente arraigada de que los padres mueren antes que sus hijos. En la situación de la muerte del cónyuge en esta etapa, el anciano reacciona con un sentimiento de pérdida, se da cuenta de su propia vejez y cercanía a la muerte, aunque también puede surgir una mayor valoración de la vida (Blanco & Antequera, 2000).

Pasaremos ahora a estudiar las reacciones que se dan en la familia tras la muerte de una persona de la tercera edad. La muerte de un ser amado dentro de la familia es un evento inusual, que por lo regular discontinúa el flujo de lo cotidiano. Empero, dentro de los duelos, el duelo por la muerte de una persona de la tercera edad resulta más tolerable y aceptable que la muerte de miembros más jóvenes de la familia. Entre las causas que justifican esto se encuentra la dificultad de los más jóvenes para identificarse con él anciano, pues corresponden a generaciones temporales distintas, el anciano normalmente ocupa un papel periférico dentro de las actividades de la familia (Blanco & Antequera, 2000). Por supuesto, hay que tomar con tacto esta opinión, pues el impacto del fallecimiento de cualquier familiar depende en gran parte de las relaciones que guarda con las demás personas. Por ejemplo, la muerte de un cónyuge que se encuentra en la tercera edad sigue revistiendo los mismos componentes de gravedad para la persona que sufre un duelo de este tipo.

### **Tipo de relación que se tiene con el fallecido: la muerte del cónyuge o un hijo**

Algunos hallazgos indican que el duelo por la muerte del cónyuge es más frecuente entre las personas que sufren un duelo complicado, así lo mostró el estudio de 103 personas en duelo, de las cuales se incluyeron solo a aquellas con duelo complicado, en donde un 36,9% de la muestra reportaba duelo por el cónyuge, en 31,1% por un hijo, y en 20,4% duelo por su padre o madre (Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias, & Serrano, 2012).

En su investigación, García-García, Petralanda y Manzano (1996) encontraron algunas diferencias entre hombres y mujeres ante la muerte de un cónyuge.

Las mujeres expresaban con más frecuencia sorpresa e incredulidad ante la muerte, revelaban más abiertamente el deseo de morir y el *sin sentido* de su nueva vida, y percibían represión familiar en la expresión de sus emociones. Los hombres presentaban preocupaciones por las labores domésticas y miedo al futuro debido al desamparo y la soledad. En este grupo fue notoria la preocupación, durante el proceso de duelo, surgida debido a la pérdida del papel social de la pareja.

Por su parte, investigadores de la universidad Michoacana hallaron que, tras el fallecimiento, las mujeres hacen un mayor uso de sus redes sociales de apoyo, mientras que los hombres tienden a buscar pareja y mediante esta forma dejar la viudez (López, Cervantes, Obregón, & Villalón, 2009).

### **Duelo por la muerte de un hijo**

Hay descripciones sociales para la persona que pierde a sus padres o a su pareja (huérfano y viudo respectivamente), sin embargo no es así para la pérdida de un hijo. Este hecho es interpretado por varios autores como una negación ante el miedo que genera, pues si algo no se nombra entonces no existe (Echeburúa & Herrán, 2007). Además, el 20% de los padres que pierden a un hijo nunca llegan a superarlo (Ibíd.).

Dentro de la postura psicoanalítica hay algunos autores que consideran a la muerte de un hijo como algo particularmente doloroso, siendo un proceso difícil de elaborar debido a que interrumpe la idea de la inmortalidad del yo, una de las ambiciones narcisistas más relevantes señaladas por Freud, y de la continuidad generacional (Roitman, Armus, & Swarc, 2000).

La muerte de un hijo puede adquirir matices distintos dependiendo de las circunstancias en que sucede. A continuación se detallará el proceso vivido ante la muerte de un hijo con cáncer y la muerte perinatal.

### **La muerte de un hijo con cáncer**

Este tipo de muerte constituye un caso muy particular de duelo. Esto es así debido a que existe un periodo de anticipación en el cual los padres se enteran de la enfermedad, y en donde el sentimiento de pérdida inminente los

acompaña a lo largo de todo el proceso. Además, el curso de la enfermedad puede adquirir rasgos distintivos dependiendo de su duración, provocando en algunos casos una muerte súbita y en otros un lento decaimiento (Barreto, Yi, & Soler, 2008).

Alameda y Barbero (2009) enfocan su estudio en padres que pierden a un hijo de entre 5-15 años de edad, ellos notaron que cuando la familia pierde a un niño con cáncer se crea un enorme vacío pues dedicaban buena parte de su vida a cuidarlo, surgiendo una ruptura con el pasado y la pérdida de expectativas con el futuro.

Los padres que pierden a un hijo se enfrentan con varias tareas ante el duelo: aprender a vivir sin el niño, es decir, desprenderse de los planes a futuro y de lo que él significaba en sus vidas; asumir una nueva forma de interactuar con la sociedad, ya sea en los ámbitos escolares o en las reuniones familiares en donde otros padres conviven con sus hijos; interiorizar una representación interna que les sirva de consuelo (Alameda & Barbero, 2009).

Los padres ante el duelo pueden experimentar las siguientes emociones o reacciones: incredulidad; ira, pues buscan a alguien a quien culpar de lo ocurrido; culpa, pues a menudo se responsabilizan por no haber podido proteger a sus hijos o por no haber pasado suficiente tiempo con ellos; miedo, debido a que dudan de su propia habilidad para brindar seguridad y cuidado, también puede surgir el temor a “volverse locos”; problemas físicos; y aislamiento social, debido a que a menudo consideran que las personas que no han perdido a un hijo no pueden entender su dolor.

En el duelo por un hijo pueden surgir conflictos entre los de padres debido a que es posible que alguno de los dos asimile los hechos de forma diferente, causando problemas en la comunicación emocional, aislamiento, o competencia y reproches por quien sufre más.

Los hijos de los padres que pierden a un hijo también pueden verse afectados. Esto puede ser así porque, por una parte, los padres pueden buscar, como mecanismo de defensa que los ayude a combatir su dolor, que los hijos que quedan asuman el papel del niño perdido o bien niegan completamente la

situación (Alameda & Barbero, 2009). Además, los hijos pueden crecer en un ambiente sobreprotegido creado por sus padres temerosos, limitando el desarrollo de su individualidad. Los hijos que viven la muerte de su hermano pueden verse afectados y experimentar ansiedad de separación, miedo a que otro familiar muera, fantasías de muerte, dificultades de aprendizaje, culpa, regresiones, emociones explosivas, timidez extrema, desinterés por el grupo, dependencia excesiva y demanda de atención.

### **El duelo perinatal**

Se define al duelo perinatal como el conjunto de reacciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales que se desencadenan por la muerte de un bebé, este fallecimiento puede darse en un periodo anterior o posterior al nacimiento. La mayoría de los estudios revisados ponen su atención en el proceso de duelo vivido por la madre, esto por su puesto marca una laguna en el conocimiento de este tipo de duelo y abre una oportunidad para la investigación, puesto que también es necesario conocer la reacción del padre y su proceso de duelo.

Ewton (2010; citado en Oviedo, Uradante-Carruyo, Parra & Marquina, 2009) considera que el duelo perinatal puede ser experimentado con mayor intensidad que el duelo de una persona adulta. Los puntos más significativos en este proceso son: Incremento de la sensación de irrealidad, pues la relación con la persona que fallece se basa en lazos afectivos no físicos ni tangibles, en una relación basada en esperanzas y fantasías; y disminución de la autoestima de la madre, debido a que la mujer pierde la confianza en su cuerpo. De forma paralela, López (2011) considera que la mujer que sufre una pérdida perinatal puede llegar a sentirse traicionada por su cuerpo, siendo posible que experimente ira al tener que sufrir un duelo y envidia hacia las personas que han dado a luz sin contratiempos, todo esto aunado a la sensación de haberle fallado a su pareja.

López (2011) distingue varios tipos de duelo perinatal, cada uno con peculiaridades distintivas que afectan de forma específica a las mujeres que los viven, estos son: aborto voluntario, Interrupción voluntaria del embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna, reducción selectiva en



embarazos múltiples, la pérdida por feto muerto intraútero, pérdida en embarazos múltiples y la pérdida del neonato. Todos estos tipos de duelo perinatal comparten problemáticas comunes, en donde la relación de pareja puede verse afectada, principalmente debido a que la madre puede considerar que a su pareja no le importa lo sucedido o relacionado a la posible pérdida de interés de tener relaciones sexuales. También las relaciones sociales pueden verse perturbadas, por una parte, la pareja puede sentirse incomoda al comentar con otros la muerte de su hijo, por otra parte, es probable que exista presión social para que la pareja olvide lo sucedido de forma rápida. En el caso del duelo por aborto, las mujeres pueden experimentar culpa y vergüenza, ya sea debido al hecho de que han gestado a un feto defectuoso o por considerarse partícipes de su muerte. No podemos dejar de lado el poder que la cultura tiene en el duelo perinatal, pues influye en cómo vive la madre éste proceso, por ejemplo, en un estudio realizado en la India se observaron intensas reacciones de duelo en madres de clase media debido a que se les culpa por no poder producir un hijo sano (López, 2011).

Como se ha podido notar en los apartados anteriores, las etapas de la vida, pero también el parentesco que se tiene con el familiar, así como la forma del fallecimiento, influyen en la intensidad y la manera en la que una persona experimenta un duelo. Por otra parte, también se han encontrado factores que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle una patología, o de que pueda superarlos satisfactoriamente.

### **Factores que predisponen a experimentar un duelo patológico y factores de enfrentamiento**

Lazarus y Folkman (1984) señalan que el enfrentamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales que un individuo utiliza para manejar, reducir o tolerar las demandas externas o internas que evalúa podrían sobrepasar sus recursos. En el duelo se han identificado primordialmente dos tipos de estrategias de enfrentamiento, por una parte están aquellas enfocadas a modificar o actuar sobre el estresor, o lograr una revaloración y asignación de un nuevo significado cuando no es posible modificar el desencadenante; por otra parte se encuentran las estrategias en donde el sujeto evita modificar el

estresor y responde de forma emocional con angustia, enojo y desesperación. Siendo las primeras, más adaptativas que las segundas y ayudan al sujeto a resolver el duelo de forma eficaz.

Por otra parte encontramos aquellos factores de riesgo que dificultan la resolución del duelo. Un factor de riesgo es “un aspecto del estilo de vida o conducta personal, una situación ambiental o una característica innata que se sabe asociado a condiciones relativas a la salud y se considera importante en la prevención” (Barreto, Yi, & Soler, 2008).

Siguiendo a Barreto, Yi y Soler (2008) encontramos una clasificación de los factores de riesgo, la cual nos ayuda a comprender mejor las reacciones del duelo. Se han identificado factores de vulnerabilidad (que inciden directamente en la salud), factores de recuperación (que determinan la velocidad de recuperación) y factores de duelo generales (factores que modulan los efectos del duelo y factores con efectos específicos en el duelo).

Echeburúa (2007) lista tres factores que afectan al sujeto, aumentando el riesgo de que sufra un duelo complicado. Estos factores son:

Estabilidad emocional previa: las personas que han sufrido un trastorno depresivo o de ansiedad, o que tienen rasgos de personalidad problemáticos (dependientes, obsesivas, etc.) corren un mayor riesgo de tener un duelo patológico. Las personas con salud delicada tienden a caer enfermas más fácilmente durante el duelo.

Experiencia negativa de pérdidas anteriores: la probabilidad de sufrir un duelo patológico aumenta cuando una persona ha experimentado muchas pérdidas recientes y cuando la reacción a ellas ha sido intensa o duradera.

Variables psicosociales: vivir en la pobreza, cuidar a niños pequeños, estar imposibilitado para rehacer la vida, contar con una familia reducida, la falta de apoyo social, etc., son factores importantes que exponen a una persona a sufrir un duelo patológico.

Estos tres factores pueden resultar útiles al momento de prevenir la complicación de un duelo. El mismo autor cita también un conjunto de

características de personalidad y estilos de vida que funcionan como elementos “protectores” ante el duelo patológico, entre ellas se encuentra la capacidad de controlar las emociones, el apoyo social, un estilo de vida equilibrado, aficiones gratificantes, sentido del humor, actitud positiva ante la vida, aceptación de las limitaciones personales y vida espiritual.

### **La patología en el duelo**

Hasta este momento se han revisado temas que sugieren que el duelo normal en algunos casos puede adquirir una forma patológica. En el siguiente apartado se define el duelo patológico y se redactan algunas clasificaciones al respecto.

### **El duelo patológico**

Hoy en día se reconoce que el duelo puede adquirir formas patológicas. Tras la muerte de un ser querido la persona en duelo comúnmente experimenta añoranza, para más tarde llegar a la aceptación (una forma normal de duelo). No obstante, en algunos casos el dolor puede resultar insufrible y prolongarse por periodos demasiado largos (para Echeburúa el proceso normal de duelo suele disminuir después de los 6 meses), y si la persona no cuenta con las estrategias de afrontamiento necesarias, o si son erróneas, puede suceder el duelo patológico (Echeburúa & Herrán, 2007). De forma similar, Corredor (2002) considera que en algunos casos la resolución del duelo no siempre se logra, pues el sujeto en duelo no puede alcanzar la acomodación necesaria para aceptar el fallecimiento del familiar, y su vivencia de duelo se caracteriza por intensidad o duración exageradas, o demasiado leves, más que por la presencia o ausencia de síntomas. A este tipo de duelo Corredor (2002) lo denomina como complicado o patológico.

El DSM V considera a la reacción persistente de dolor y pérdida que se prolonga por más de un año como un trastorno del duelo, constituyendo así el trastorno por duelo complejo y persistente (APA, 2013).

Es menester considerar las propuestas de algunos autores que han identificado tres subtipos de duelo patológico. En específico, se considera por una parte a aquellos procesos de resolución de la pérdida demasiado largos y dolorosos, en los que se presenta una desorganización de las actividades cotidianas,

accesos de cólera, ansiedad, etc.; a este tipo Linderman (1949) lo llamó duelo deformado y Anderson (1949), crónico (Citado en Bowlby, 1993). El segundo tipo es conocido como duelo inhibido y se caracteriza, al principio, por una falta de aflicción consciente, un manejo organizado de las actividades diarias, para más tarde devenir en un duelo agudo con dolencias psicológicas o fisiológicas. Por último se ha encontrado un tercer tipo de duelo caracterizado por la euforia, presentado en algunos casos como episodio maníaco (Bowlby, 1993).

J. Rubio (Rubio Espíndola, 2005) distingue varias modalidades, algunas veces superpuestas, de duelo complicado; son las siguientes (se transcribiera en las palabras de Rubio para no perder exactitud):

“Duelo ausente o retardado: Se produce una negación de fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.

Duelo inhibido: Se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.

- Duelo prolongado o crónico: Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.

Duelo no resuelto: Similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado”, en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.

Duelo intensificado: Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.

Duelo enmascarado: Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.

Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas: Más allá del primer año, se presupone que las reacciones de aniversario, no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones” .

Se incluye también en éste apartado la compilación propuesta por Navar (2007):

Duelo anticipatorio: Se empieza a resolver de forma previa la muerte; sucede en los familiares de pacientes terminales.

Duelo crónico: El deudo sufre durante varios años y no es capaz de rehacer su vida, la cual gira alrededor del difunto; los intentos por restablecer la normalidad se consideran ofensas.

Duelo retardado: El deudo no reacciona ante la perdida y no muestra afectación, presenta dificultad en la expresión emocional.

Duelo exagerado: Hay tres subtipos, uno en donde hay una intensa reacción de duelo; otro en donde se niega la muerte y se afirma la sensación de que el difunto vive, y finalmente un duelo exagerado en el que se tiene la idea de que la muerte del ser querido fue en beneficio del deudo.

Duelo ambiguo: con dos subtipos, en el primero hay presencia psicológica del difunto pero ausencia física y se da en las situaciones de catástrofe o raptó, etc. El segundo tipo corresponde a la presencia física pero combinada con ausencia psicológica, y surge en aquellos casos en los que la persona a fallecer está en estado de coma o vegetativo.

Más adelante se discutirá la postura que se adoptará en relación a la tipología sobre el duelo.

## **CAPÍTULO 2**

En la primera parte se ha hecho una descripción sobre el duelo normal y el duelo patológico, así como también la manera en la que se vive el duelo a lo largo del desarrollo vital. El duelo normal implica la pérdida del vínculo. El presente trabajo habla particularmente de aquellos duelos que involucran la muerte de una persona y la reacción que se desencadena. Es por esto que se procede a estudiar la teoría del apego, que es de suyo una explicación sobre el vínculo y que permite comprender por qué no todas las personas, a pesar de tener el mismo lazo parental (digamos una relación de padre e hijo por ejemplo), tienen diferentes reacciones, tanto emocionales como de aproximación, ante la ausencia de la figura de apego.

### **La teoría del apego**

Uno de los desarrollos teóricos más importantes sobre el tema del apego fue llevado a cabo por Bowlby (1969; 1993). Éste investigador considera que los infantes tienen un conjunto de comportamientos innatos cuya finalidad es buscar la cercanía con personas protectoras, las cuales se consolidan como figuras de apego. Ésta búsqueda de proximidad es un mecanismo de regulación afectiva y constituye una estrategia primaria de apego. Las estrategias secundarias, por otra parte, tienen la finalidad de disminuir las conductas que no han funcionado y sustituirlas por otras más eficientes.

Para Main (1995, citado en Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2007) el rechazo y la resistencia-ambivalencia forman parte de las estrategias secundarias de apego. En los niños ambivalentes la estrategia sirve como un medio para alejarse de amenazas potenciales que se alterna con una hipervigilancia sobre el acceso que puede tener a la figura de apego, esto contrasta con los niños de apego seguro cuya atención a una figura de apego es fluida.

Cuando las estrategias primarias logran su finalidad el infante obtiene una sensación de seguridad, aprende a confiar en los otros y en el mundo (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2007). El apego constituye así un sistema conductual de base biológica que regula la proximidad, activándose en distintas situaciones, tal es el caso de una condición peligrosa o la ausencia o rechazo

de la figura de apego (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011).

De manera global, el modelo propuesto por Bolwby se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños (o sistema de huida) y el sistema afiliativo. El sistema de conductas de apego se refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, llantos, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad. El sistema de exploración está en estrecha relación con el anterior, ya que muestra una cierta incompatibilidad con él: cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. El sistema de miedo a los extraños (o de huida) muestra también su relación con los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. Por último, y en cierta contradicción con el miedo a los extraños, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos, no sólo de la especie humana, por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos (Oliva Delgado, 2004).

En relación a Cassidy (2008, citado en Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011) un vínculo de apego se caracteriza por la persistencia, significado emocional, el deseo de mantenimiento de proximidad, estrés por la separación y búsqueda de seguridad y confort. Además, el niño se apegará a una persona si ésta responde de manera consistente a sus demandas de proximidad. Cuando el apego se establece, el niño utiliza a la figura de apego como base segura para la exploración. De ésta manera el sistema de apego está inactivo mientras se da la exploración, pero es determinante para que se inicie. Como es posible notar, el sistema de apego interactúa con otros sistemas conductuales como es el caso de la exploración, pero también de aquellos que controlan la sociabilización, el miedo, o los cuidados dados a una persona (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011).

Conforme el niño va creciendo e interactuando con sus cuidadores también va creando un conjunto de expectativas sobre la forma en que esas figuras de apego satisfacen sus demandas y sobre sí mismo, sobre su capacidad para influir en otros. A estas expectativas y conocimientos se les conoce como modelos dinámicos de apego. Estos modelos tienen la función de ayudar a predecir la conducta de apego de los otros, lo que permite planificar la propia respuesta. Con el paso del tiempo, los modelos de apego se van automatizando y son cada vez menos accesibles a la consciencia. Es de suma importancia mencionar que, para Bowlby, las experiencias tempranas son cruciales en el desarrollo del apego y constituyen un patrón para el desarrollo de las relaciones cercanas (Bowlby, 1969).

En relación con lo dicho anteriormente, Bowlby considera que las relaciones de apego entre el niño y la figura principal cambian en una secuencia de cuatro fases que a continuación se detallará:

Fase de orientación y señalización social indiscriminadas (hasta la duodécima semana): En este estadio el bebé no identifica ni discrimina visualmente a las personas de manera global.

Fase de sociabilidad discriminante (desde los 3 hasta los 6 o 9 meses): El bebé reconoce a la figura de apego, aunque no lo considera como alguien independiente de su experiencia por lo que al marcharse no protesta por él, ni tampoco rechaza a los desconocidos.

Fase de mantenimiento de proximidad con una figura discriminada (desde los 6-9 meses hasta los 3 años): En ésta fase el apego se consolida, poniéndose de manifiesto a través de una aproximación diferencial, seguimiento cuando la madre se marcha, empleo de la figura de apego como base para explorar y búsqueda de la madre en situación de peligro. Aproximadamente a los ocho meses el bebé se aflige y protesta cuando el cuidador se marcha.

Fase de implicación recíproca en la organización conductual del apego: El preescolar desarrolla la capacidad de inhibir la conducta de apego y operar sobre sus propios planes y objetivos del yo, pero también sobre los de otros. Hacia los cuatro años el niño es capaz, gracias a la capacidad de operar desde



distintas perspectivas, de tener una relación que no se base tanto en la proximidad y el contacto. Ante una separación breve de la figura de apego, el niño de cuatro años es capaz de aceptarlo y negociar sobre ello. De esta forma, el sistema de apego, para los niños mayores y los adultos, tiene el objetivo de hacer disponible a la figura de apego más que su proximidad física.

Se revisarán las fases por las cuales atraviesa un niño tras la separación con la figura de apego, siguiendo una investigación llevada a cabo en la década de los cincuenta por Bowlby y Robertson (1954, citado en Garelli & Montuori, 1997). En tal estudio se observaron los comportamientos de niños (cuyas edades iban de los 15 a los 30 meses y que habían sido criados únicamente por sus madres) que eran dejados por primera vez y de forma temporal en una institución de cuidados. Del análisis de los resultados se encontraron las siguientes fases:

1.- De protesta: Se da poco tiempo después que la madre se marcha. El niño responde con reacciones de ansiedad y tristeza, busca a su madre y pregunta por ella, rechazando a otra mujer que no lo sea. Entre mejor fuera el vínculo previo, mayores son los arrebatos de protesta.

2.- De desesperación: El niño deja de llorar tanto y surge en él una conducta de desesperanza. Como si su madre ya no fuera a regresar. Se le observa muy deprimido y sin interés por las actividades.

3.- De desapego: El niño deja de llorar por completo y se muestra interesado en el medio. Acepta los cuidados de las enfermeras y llega a sonreír. Ante el regreso de la madre el niño se muestra indiferente y distante, como si no la reconociera. Si el niño pasa más tiempo sin ver a su madre, su interés se enfoca hacia los objetos más que hacia el mundo social.

La siguiente aportación en la teoría del apego fue realizada por Mary Ainsworth. A través de una investigación empírica llevada a cabo en Uganda sobre las conductas de aproximación entre el bebé y su cuidador, (Ainsworth, 1953; citado en Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011) observó tres patrones de relaciones: seguras, en donde el niño casi no lloraba, y exploraba en presencia de la madre; inseguras, los niños con éste patrón

lloraban mucho y casi no exploraban; no apegadas, el niño no mostraba una conducta diferencial.

En investigaciones posteriores y empleando el procedimiento de la situación extraña, Mary Ainsworth identificó tres tipos de apego (Ainsworth & Bell, 1970):

Apego seguro (tipo B): El bebé utiliza a la madre como base segura de exploración y es capaz de interactuar con extraños de forma paulatina. Ante la ausencia de la madre el bebé opta por la inhibición conductual pero no llora y se deja consolar por un extraño. El reencuentro con la figura de apego es reconfortante.

Apego de evitación (tipo A): El bebé no parece vinculado con su figura de apego, explora el ambiente y tiene interés por los objetos. Ante la ausencia de la madre no parece afectado. Interactúa con la figura extraña en presencia o ausencia de la madre. Al regresar la figura de apego, el bebé parece ignorarla.

Apego ambivalente o de resistencia (tipo C): El bebé tiene poca interacción con la figura de apego, oscilando entre la aproximación y el rechazo. Ante la separación responde con angustia y llora. No interactúa con la persona extraña, ni se deja consolar. Rechaza a la figura de apego cuando ésta regresa y no se consuela.

Años después, un cuarto tipo de apego fue identificado por Main y Solomon (1990, citado en Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011). Es conocido como apego desorganizado (tipo D) y se caracteriza por los siguientes patrones dentro del procedimiento de la situación extraña: expresión contradictoria de conductas, movimientos y expresiones sin sentido, mal dirigidos, incompletos o interrumpidos; movimientos asimétricos, estereotipias y posturas anómalas; rigidez, inmovilidad y lentitud de expresiones y movimiento; índices directos de temor al progenitor cuando regresa o lo llama; índices de desorganización y desorientación.

Se menciona ahora la forma en la que se identifican los modelos internos en las relaciones tempranas de apego en adultos. Esto se ha logrado a través de la Adult Attachment Interview, la cual es una entrevista basada en dos escalas, una sobre la conducta parental, y otra sobre el estado mental y emocional. Los

resultados de la entrevista derivan en cuatro tipos de transcripciones (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011):

Autónomas/seguras (apego tipo F): son personas que demuestran objetividad, equilibrio y valoración al describir sus relaciones parentales, sin importar que fueran o no satisfactorias.

Devaluadoras (apego tipo Ds): corresponden a personas que minimizan la importancia de sus relaciones parentales, o bien las idealizan, a menudo se sienten incómodas hablando de sus relaciones infantiles.

Preocupadas (tipo E): Son propias a personas que maximizan la repercusión de sus relaciones parentales, reaccionando de forma colérica o emotiva al recordarlas, dando la impresión de seguir estando afectadas por sus experiencias pasadas.

Sin resolver (tipo U): Se utiliza para clasificar a aquellas personas que tuvieron una experiencia traumática o no resuelta con las figuras de apego.

Como podemos notar, existe una relación directa entre ésta clasificación para adultos y los tipos de apego en niños.

De forma análoga, también se han llevado a cabo investigaciones sobre las conductas de apego que los cuidadores tienen hacia sus hijos. Para entenderlo hay que regresar al concepto propuesto por Bowlby (1995) de modelos internos operativos, que consisten en la representación mental del *sí mismo* interactuando con la figura de apego, objeto o entorno cargado emocionalmente. Con base en esto, Main y Hesse (1990) derivaron cuatro estilos de paternidad que se corresponden con los cuatro estilos de apego. Son los siguientes: estilo autónomo (corresponde a padres accesibles y sensibles a las demandas del niño, promueven que tome decisiones por su cuenta); preocupado (son padres imprevisibles en lo que corresponde a qué tan accesibles se muestran con el niño; son ambivalentes en su expresión de afecto); rechazante (padres inaccesibles que impiden el contacto con sus hijos); y el estilo no resuelto (que identifica a aquellos padres que interactúan con su niño de forma confusa y desorganizada).

Finalmente, es importante abordar en este apartado la validez intercultural de la teoría del apego. Los resultados de las investigaciones realizadas en Japón, Alemania, Israel y Estados Unidos difieren en cuanto a la frecuencia de los tipos de apego encontrados en las muestras. En Japón e Israel es frecuente el tipo de apego inseguro-ambivalente; ausentándose de manera completa el tipo evitativo en Japón. Mientras que en Alemania sobresale el tipo de apego de evitación. Además también se han encontrado diferencias en las muestras Estadounidenses que varían en relación a los grupos étnicos, siendo el apego inseguro más frecuente entre afroamericanos (Oliva Delgado, 2004). Esto lleva a considerar la presencia de uno o más factores culturales implicados en la expresión del apego.

### CAPÍTULO 3

A parte de la teoría del apego, existen otras teorías que explican el desarrollo del vínculo afectivo, así como también proponen respuestas sobre lo que sucede tras la pérdida de éste. En particular se procede a describir las aportaciones de la teoría psicoanalítica sobre el duelo.

#### La teoría psicoanalítica sobre el duelo

Iniciaremos con una revisión sobre el desarrollo del vínculo afectivo. Para la teoría psicoanalítica de Freud el ser humano desde una temprana edad establece un vínculo con los objetos de su realidad; definido en los términos de éste autor, la libido queda enlazada a un objeto (Freud, 1915). Para Freud, el vínculo está formado por la pulsión libidinal que puede ser removida de un objeto y desplazarse a otro. Es interesante que en su artículo, *Duelo y melancolía* (1917), Freud define al duelo como un proceso normal, como un sufrimiento socialmente aceptable y no patológico. El sujeto se tiene que enfrentar en primera instancia a la prueba de la realidad, o lo que es lo mismo, al inevitable hecho de que el ser amado ha muerto. Durante el duelo, la persona puede intentar mantener el objeto mediante un proceso que Freud define como “psicosis alucinatoria de deseo”. Cuando se pierde el vínculo, la energía libidinal puede ser desplazada hacia el propio yo, y en vez de perder a un objeto, se puede dar la pérdida del propio yo. Además las emociones de la persona pueden ser ambivalentes, oscilando entre el amor y el odio; en tales ocasiones, menciona Freud, el duelo puede adquirir una conformación patológica y devenir en culpa. En este artículo, Freud ve la forma patológica del duelo en la melancolía, pero de base, el duelo es un proceso normal (Freud, 1917).

Dentro de la tradición psicoanalítica hay una propuesta interesante hecha por Melanie Klein y que desarrolla en su artículo: “El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos” (1948). Para ella, un adulto ya ha sufrido muchos duelos que se han ido desarrollando desde etapas tempranas de su vida. El duelo en la edad adulta, por lo tanto, revive esos conflictos tempranos. Es sumamente interesante que esta autora coincida en que es el **juicio de la realidad** el método que ayuda a vencer estos estados de duelo. Es más, Klein

afirma que el grado en que el juicio de la realidad es capaz de “refutar ansiedades y penas” sirve como criterio para evaluar la normalidad de una persona. La teoría de Klein tiene como centro los vínculos que el niño establece con las personas de su medio. Conforme el niño sortea diferentes etapas de su vida va interiorizando objetos buenos, pero también desarrollando temores. El tipo de contacto y las experiencias que el niño tiene con sus cuidadores determinan su ambivalencia (es decir la dualidad amor-odio) y afectan sus ansiedades sobre la aniquilación de su mundo interno y la persecución externa. En posición depresiva el niño reconoce a su madre como objeto total, dándose cuenta de lo mucho que depende de ella. El bebé es capaz de recordar las gratificaciones y frustraciones procedentes de su objeto total, lo que genera conflictos de ambivalencia por la preocupación de que sus impulsos destructivos lleguen a destruir a tal objeto. A causa de la depresión experimentada el bebé es forzado a utilizar defensas que bien pueden dirigirse a la reparación del objeto o bien al establecimiento de una relación maníaca con los objetos, es decir, se establece una relación de control, triunfo y desprecio. Esto se logra partir del empleo de las siguientes defensas maníacas: omnipotencia, negación e idealización. La primera tiene como fin controlar a los objetos malos y a su vez restaurar y proteger al objeto bueno. La negación tiene como fin olvidar momentáneamente la realidad psíquica, y poder, de esta forma, soportar el caos interno y las amenazas. La idealización sirve para mantener a los objetos buenos como entidades perfectas y protegerlos. Sin embargo, en el centro de esta trama se encuentra la ambivalencia, que puede llevar a un niño a amar y proteger a sus objetos buenos (sobreadmirándolos), o a odiarlos y a destruirlos (mediante el desprecio o la negación de cuanto se valora el objeto).

Lo interesante de la teoría de Klein (1948) es que aborda al duelo real por la muerte de un ser querido como una forma de ésta fase temprana maniaca-depresiva, en la que surgen fantasías inconscientes de haber perdido a los objetos buenos. Los mecanismos utilizados antaño son empleados nuevamente para afrontar la situación real de una pérdida. Y surge un aspecto importante: la ambivalencia y la desconfianza, provocadas por el odio y su proyección, obstaculizan las relaciones interpersonales de la persona en duelo.

Por lo tanto, Melanie Klein afirma que el sujeto pasa por un “estado maníaco-depresivo modificado y transitorio”.

Klein (1948) también da pistas importantes sobre el proceso patológico en el duelo por la muerte real de un familiar, pues menciona que ante el sufrimiento la persona puede huir hacia los objetos buenos internos, tomándolos como un refugio, lo cual puede devenir en una psicosis grave; o huir hacia los objetos buenos externos, acción que posibilita la resolución del duelo. Pero la resolución completa, cuando se alcanza armonía y paz, se logra, de acuerdo a Klein, mediante la reinstalación de los padres buenos y los seres perdidos dentro de sí mismo, reconstruyéndose así el mundo interno.

Como se puede notar, en las teorías de Freud y Klein la prueba o juicio de la realidad tienen un papel muy importante en todo el proceso de duelo. Para ambos, el juicio de la realidad es crucial en la resolución del mismo, para Freud permite que la libido se desencadene del objeto, para Klein es un proceso importante en la organización del mundo interno y permite la normalidad. En el presente trabajo se considera al juicio o prueba de la realidad como un axioma de la psicología, definido de la siguiente forma: una persona enfrenta y compara desde etapas tempranas la realidad externa con su mundo interno. Este axioma implica otro postulado previo: hay una realidad externa que la persona observa y de la cual se crea un mapa interno de las relaciones entre personas y objetos. Los procesos mentales y emocionales, así como la experiencia cotidiana con la realidad, determinan la configuración del mundo interno.

Es notorio que, para Melanie Klein (1948), el duelo reactiva posiciones que el sujeto ya había superado, tal es el caso de la posición depresiva. El hecho de ver al duelo como una reactivación quiere decir también que estas etapas habían sido completadas y que el duelo por la muerte de un familiar es una situación tal que es capaz de reabrir el problema antes resuelto.

Finalmente se destacará la importancia que los mecanismos defensivos tienen en la teoría analítica. Para explicar estos procesos defensivos recurriremos al trabajo de Anna Freud titulado *“el yo y los mecanismos de defensa”* (Freud A. , 2003). De acuerdo al análisis hecho por Anna Freud, de la obra de S. Freud,

los mecanismos defensivos son una tarea que establece el yo, funcionando de manera inconsciente, y que tienen como fin luchar contra el instinto y la liberación de afectos. Una vez que el yo usa determinados mecanismos defensivos, estos se hacen habituales, por lo que el yo es consecuente en su empleo. La fijación de los mecanismos defensivos conduce a la aparición de síntomas neuróticos. En sus primeros trabajos sobre los mecanismos defensivos, S. Freud empleaba el término represión para describir “las luchas del yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables”, tiempo más tarde consideró que los mecanismos defensivos eran “una designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis” (Freud A. , 2003).

Anna Freud enlista los siguientes nueve mecanismos defensivo: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo y transformación en lo contrario; añadiendo por último a la sublimación o desplazamiento como una defensa propia al estado normal (Ibíd.).

### **Duelo y patología**

Anteriormente se ha dado una breve descripción de duelo patológico que se basaba principalmente en la intensidad o duración del duelo. En éste apartado estableceremos una explicación sobre la aparición de la patología en el duelo y una mejor tipificación sobre las variantes que han sido observadas en la práctica clínica.

### **La desorganización del apego y la exclusión defensiva**

Para George y Solomon (1999, citado en George, West y Pettem, 1999) cuando una intensa activación emocional inunda el sistema de apego (ya sea de forma directa o por el desgaste ocasionado por los esfuerzos de bloquearla) el individuo se desajusta, lo que ocasiona la desorientación y desorganización del pensamiento y la conducta. Se completa esta postura con una cita directa: “Así, de acuerdo con el modelo de desorganización del apego, la sintomatología clínica surge cuando el desajuste del sistema de apego deja



inmerso al individuo en sentimientos de desesperanza, vulnerabilidad, miedo al abandono o pérdida de control” (George, West y Pettem, 1999).

Varios aspectos del duelo patológico pueden ser explicados por el modelo de desorganización del apego. Experimentar una pérdida provoca que el sistema de apego colapse y que sus funciones se encuentren bloqueadas o perturbadas, tal es el caso de conflictos de aproximación en las relaciones personales, pero también de los procesos psicológicos implicados.

Es importante notar que el modelo de desorganización del apego, también es respaldado por el proceso de exclusión defensiva propuesto primero por Peterfreund (1976) y más tarde retomado por Bowlby (1993). La exclusión defensiva es un fenómeno que tiene sus raíces en la percepción y postula que en algunos casos cierta información puede ser omitida o excluida para el procesamiento posterior, imposibilitando que se haga consciente, pero también evitando que colabore en la activación de algunos sistemas que requieren de esa información para entrar en marcha. Esto es así porque un sistema de conducta requiere de entradas externas, internas o depósitos de recuerdos para su activación. Sin ellas, el sistema queda inmovilizado. De esta forma se postula a la exclusión defensiva como el núcleo de la psicopatología (Bowlby, 1993).

Se pone atención al hecho de que la exclusión defensiva cumple con las mismas funciones que la represión en la teoría psicoanalítica. La exclusión defensiva es el término empleado por los psicólogos cognitivos para introducir un fenómeno tan importante como es el caso de la represión. De esta forma tenemos un puente más entre la teoría psicoanalítica y los desarrollos de la investigación psicológica sobre el apego y los procesos que lo regulan.

En los apartados anteriores se ha descrito el duelo normal y patológico, la teoría del apego y la teoría psicoanalítica, entre otras. Basándose en esta información y la descripción ya hecha de las teorías sobre el vínculo se puede concluir lo siguiente: la muerte de un familiar querido provoca la desactivación o desorganización del sistema de apego. El proceso de duelo normal restablece ese sistema. Los síntomas patológicos surgen cuando la desactivación o desorganización del sistema persiste. El proceso por el cual sucede esto es

modulado por la exclusión defensiva. En el núcleo de todo el proceso del duelo, normal o patológico, encontramos al vínculo afectivo (o apego). Si recordamos, una persona desarrolla estrategias de apego que consolida en los primeros años de su vida, algunas de las cuales se activan ante la ausencia del cuidador. Estas estrategias tienen como fin procurarse seguridad pero también estabilidad emocional. Hay principalmente tres tipos de estrategias, las que procuran la aproximación, las que lo evitan e ignoran y las ambivalentes. La teoría psicoanalítica de Freud relaciona al duelo con la angustia, o con lo que ahora llamaríamos depresión. Melanie Klein explica al duelo como la reapertura de la posición depresiva en la que se temía la destrucción del objeto bueno. El modelo de desorganización del apego, puede ayudarnos a explicar lo que sucede cuando el vínculo desaparece.

En el siguiente apartado se establece el método y la propuesta de esta tesis, así como el análisis y la discusión.

## **CAPÍTULO 4**

### **Método**

#### **Justificación:**

En el año 2013 el INEGI registró 611,829 defunciones por causas diversas. Esto quiere decir que al menos la misma cantidad de familias (sin tomar en cuenta que a menudo la pérdida de un familiar es sufrida por más de una familia) tienen que enfrentarse al proceso de aceptación de la muerte.

El duelo patológico constituye una especificación diagnóstica mencionada en el DSM V dentro de los trastornos ocasionados por trauma o estrés. Aunque su demarcación está dada en el apartado “condiciones para estudio posterior”. El DSM V, en tal apartado, exhorta a la investigación de la delimitación de los criterios diagnósticos para el duelo complejo y persistente. Sin embargo, se enlista un conjunto de criterios basados principalmente en síntomas de exacerbación de las respuestas del duelo normal, como lo son un sentimiento agudo de angustia, añoranza, la evitación excesiva de los lugares o cosas que recuerdan al fallecido, etc. El DSM V aproxima una prevalencia del duelo complejo en la población de 2.4 a 4.8 %, siendo más frecuente entre las mujeres (APA, 2013).

De acuerdo a una investigación realizada por Echeburua (2007) entre el 10 y el 20 por ciento de las personas que sufren un duelo desarrollan una forma patológica del mismo y necesitan atención profesional.

Además, en la infancia el duelo por la muerte de un familiar puede relacionarse con trastornos depresivos, trastornos somatomorfos, problemas de salud, problemas escolares, etc. (Gamo & Pazos, 2009), situaciones que sin lugar a dudas son de interés para el psicólogo clínico y para el profesional de la salud.

En la práctica clínica las problemáticas relacionadas con la muerte surgen a menudo. Y frecuentemente la capacitación al respecto es escasa o nula. A modo de ejemplo podemos citar que las materias dentro del plan de estudios de la licenciatura de Médico cirujano en la facultad de medicina, Zaragoza e Iztacala de la UNAM no incluyen ninguna materia relativa al duelo, ni a la

tanatología. Resulta aún más preocupante que lo mismo suceda en la licenciatura de Psicología (UNAM, 2014).

La investigación sobre el duelo patológico es necesaria; la principal aportación de ésta tesis será establecer un conjunto de relaciones que expliquen el desarrollo patológico del duelo y tres de sus subtipos. De ésta manera se avanzará en la comprensión teórica del duelo, se promoverá la investigación y la discusión en torno al tema.

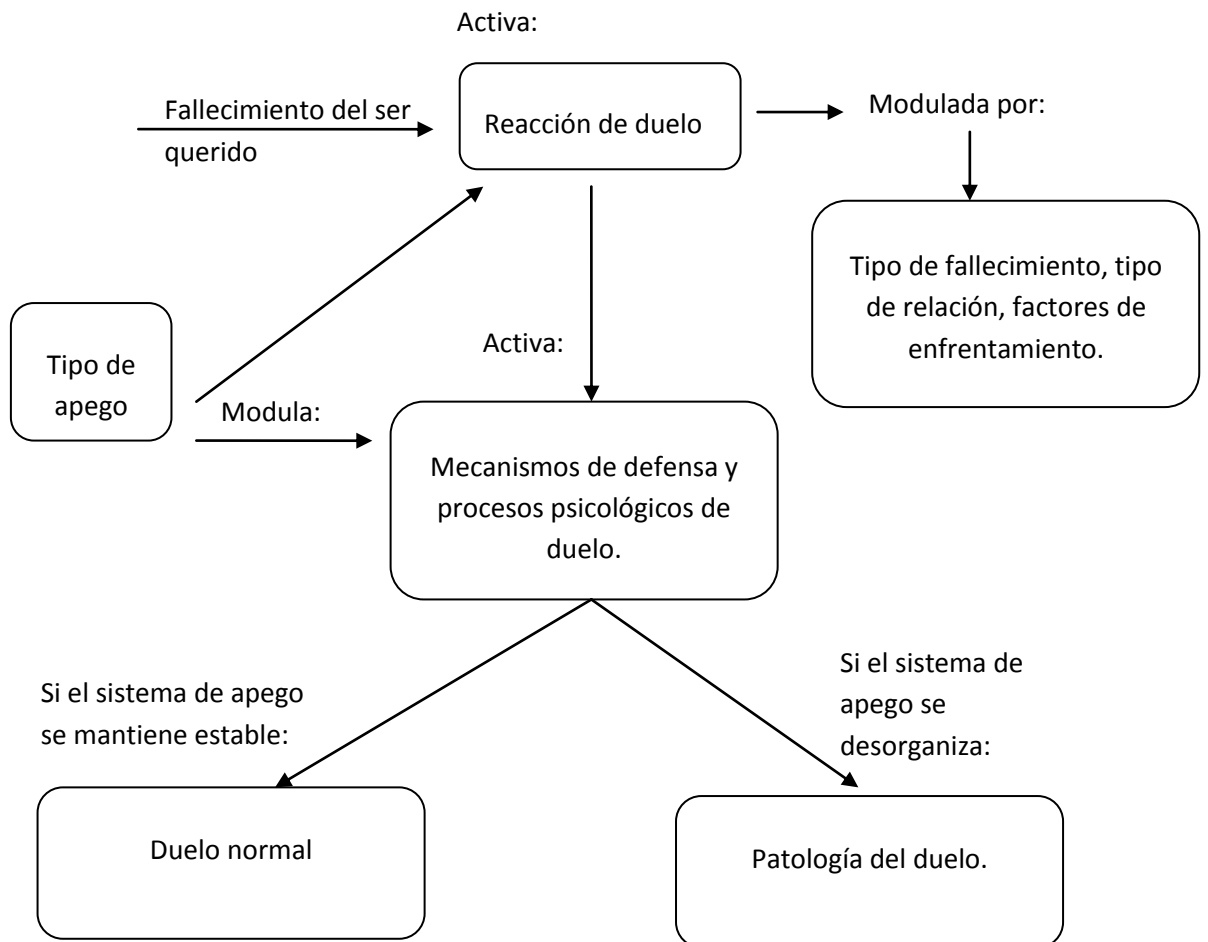
### **Planteamiento del problema:**

Estudios recientes critican los modelos de múltiples fases del duelo (principalmente se ha debatido la teoría de Kubler Ross) debido a que consideran que no todas las personas pasan por etapas definidas y que las respuestas del duelo son amplias y variables (Cohen & Wortman, 2007). Esta crítica, sin embargo, no afecta el núcleo del proyecto que se propone en este escrito, puesto que se están considerando los procesos y mecanismos defensivos de las etapas de duelo. Es decir, es debatible que toda la población presente un duelo en etapas, pero aún así existe una diferencia entre los mecanismos defensivos que se ponen en marcha en el duelo normal y su exacerbación en el duelo patológico, y es esta diferencia la que nos interesa.

Por otra parte, los postulados de la teoría del apego, si bien fue creada por autores del siglo pasado como Bowlby (1993) y Ainsworth (1969) son respaldados por investigaciones recientes y en algunos casos han surgido nuevas tipificaciones que no niegan los trabajos pioneros (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011). Sin embargo, no hay hasta el momento una propuesta que relacione directamente la tipología del apego con los tipos de duelo patológico.

Existe poca información sobre la relación entre los tipos de apego y el desarrollo del duelo patológico, tomando en cuenta tres de sus subtipos: duelo crónico, inhibido y eufórico. Esta tesis tiene como fin proponer un conjunto de relaciones teóricas que expliquen la aparición del duelo patológico y sus variedades, para lo cual se recurrirá a la teoría del apego y a la identificación de los mecanismos defensivos que se ponen en marcha en el proceso de

duelo, pues opino que son estos mecanismos, usados de forma patológica, junto a algunos factores sociales (como el tipo de fallecimiento, el tipo de relación parental que se guarda con el fallecido y los factores de enfrentamiento) los que determinan el tipo de duelo patológico que una persona puede experimentar.



Como podemos observar en el esquema anterior, las relaciones que proponemos parten de la experiencia que una persona tiene tras el fallecimiento del ser querido, la cual genera una reacción de duelo que es modulada por los factores de enfrentamiento, el tipo de relación y el tipo de fallecimiento. La reacción de duelo activa mecanismos defensivos y procesos psicológicos para enfrentar el proceso de duelo. Las variaciones que se observan en los individuos en la reacción de duelo, pero también los mecanismos defensivos, están determinadas por el tipo de apego de cada

persona. Estos factores definen la resolución del duelo, al igual que su tipología; es decir, las distintas variedades de duelo patológico.

**Objetivo general:**

Establecer un conjunto de relaciones teóricas que expliquen la aparición del duelo patológico y su tipología (es decir, las variedades del duelo patológico). Para lograrlo se utilizará la teoría del apego, las fases del duelo normal, los mecanismos defensivos implicados, así como algunos factores sociales (tipo de relación que se tenía con el fallecido, tipo de fallecimiento y algunos factores de enfrentamiento).

**Objetivos específicos:**

Establecer la relación teórica entre los tipos de apego y el desarrollo del duelo patológico tomando en cuenta tres de sus subtipos: duelo crónico, inhibido y eufórico.

Mostrar la relación teórica entre las fases del duelo normal y tres subtipos del duelo patológico: crónico, inhibido y eufórico.

Señalar algunos de los mecanismos defensivos que se ponen en marcha tanto en el duelo normal como en el patológico (por ejemplo negación, represión, reparación, etc.).

Especificar el impacto que tiene el tipo de relación parental que se guarda con el fallecido, el tipo de fallecimiento y los factores de enfrentamiento sobre el desarrollo del duelo patológico.

**Procedimiento:** Se realizó un análisis de contenido de la teoría del apego (tomando en cuenta investigaciones recientes sobre el tema), de las fases del duelo propuestas por Parkes y Bowlby, de la teoría psicoanalítica sobre el duelo, y del marco teórico en general, con el fin de identificar los constructos implicados en el desarrollo patológico. Posteriormente se establece un conjunto de proposiciones que relacionan esos constructos entre sí y se emplean para definir un conjunto de relaciones sobre el desarrollo del duelo patológico. Dichas relaciones no fueron probadas empíricamente.

## **El análisis de contenido:**

Se realiza un análisis de contenido del marco teórico propuesto. Se entiende como análisis de contenido “al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos” que, a través de técnicas cuantitativas (estadísticas) o cualitativas (lógicas y de categorías), logran procesar y elaborar datos, obteniendo así un nuevo conocimiento del continente (o muestra de textos, etc.) registrado (Piñuel Raigada, 2002).

De acuerdo con Piñuel Raigada (2002) un análisis de contenido incluye una selección de: la comunicación a estudiar; las categorías que se emplearán, las unidades de análisis y elección del sistema de recuento (si es el caso). De acuerdo a la comunicación estudiada los análisis de contenido pueden ser exploratorios, descriptivos o explicativos. Los primeros tienen como fin aproximarse al diseño definitivo de una investigación, sirven, por lo tanto, como una prueba anterior a la investigación (pre-test). Los análisis descriptivos permiten definir categorías a partir de la catalogación de la muestra empírica tomada en los textos. Por último, en los análisis verificativos y explicativos se realizan inferencias sobre el origen, el cómo y los efectos de las categorías (o productos de comunicación) estudiadas, lo que a su vez permite realizar predicciones (inducción), comprobar contenidos, estudiar productos, o antecedentes (inferencias deductivas).

En este texto en específico, se realizará un análisis documental verificativo explicativo, en el cual, como lo menciona Piñuel Raigada (Ibíd.), se realizan inferencias sobre el contenido de los textos, estudiando efectos, realizando predicciones a base de inducción, etc.

Berelson (1952) comenta que todo análisis de contenido se sostiene a través de sus categorías, y son estas las que construyen la mirada al objeto de estudio, permitiendo su representación. La vigencia, nos dice Piñuel Raigada (Ibíd.), de ésta representación reside en su capacidad de sobrevivir a la refutación. La investigación básica genera una colección de representaciones de las cuales se desprenden una posibilidad de prácticas, es decir, de investigación aplicada, siendo esto una medida, también, de la refutabilidad de la primera.

Es más, éste autor comenta algo que es crucial para el presente documento, pues menciona que “en la investigación básica la refutabilidad concierne a las teorías, mientras que en la investigación aplicada, la refutabilidad concierne sólo a las prácticas” (Piñuel Raigada, 2002). De esto se deriva que la contrastabilidad de las unidades de análisis empleadas en la presente investigación depende de las teorías de las cuales son parte.

Por lo tanto, la refutabilidad del presente documento, depende de las teorías elegidas y, posteriormente, de la investigación aplicada que pueda desprenderse de las proposiciones aquí enunciadas.

### **Definición de los conceptos principales (constructos):**

#### *Nivel de análisis psicológico conductual:*

Duelo normal: conjunto de reacciones físicas, emocionales y sociales que se producen tras la muerte de una persona próxima con la cual se había establecido un vínculo emocional. Estas reacciones no se prolongan por más de un año (Echeburúa & Herrán, 2007) .

Duelo crónico: proceso de resolución de la pérdida demasiado largo y doloroso que se extiende por más de un año (Bowlby, 1993).

Duelo inhibido: Tras el fallecimiento del familiar hay una falta prolongada de aflicción consciente y un funcionamiento normal en la vida diaria. Más tarde la persona sufre un duelo agudo con dolencias psicológicas o fisiológicas (Bowlby, 1993).

Duelo eufórico: Hay una reacción eufórica tras la muerte del familiar que se puede presentar como un episodio maníaco (Bowlby, 1993).

Tipo de apego en niños: tipo de relación de proximidad con la figura de apego, la exploración y la conducta hacia extraños que un niño manifiesta en el procedimiento de la situación extraña. Se han identificado cuatro tipos (Ainsworth M. , 1969).



Tipo de apego en adultos: modelos internos sobre las relaciones tempranas con los cuidadores. Se han establecido cuatro tipos de transcripciones o apegos (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011).

*Nivel de análisis psicosocial:*

Tipo de relación que se tiene con la persona fallecida: Relación parental que se tiene con el difunto. Analizamos sólo dos: duelo por la muerte de un hijo (con sus subtipos) y duelo por la muerte del cónyuge (García-García, Petralanda, & Manzano, 1996; Yoffe, 2000). Esto es así por que son las pérdidas de mayor impacto emocional y de las cuales hay mayor documentación al respecto.

Etapas de la vida: Periodos de desarrollo físico y mental de una persona. Se analizan cuatro periodos: infancia, adolescencia, etapa adulta y vejez (Santrock, 2006).

*Nivel de análisis psicológico:*

Exclusión defensiva: fenómeno perceptual por el cual cierta información puede ser omitida o excluida para el procesamiento posterior, imposibilitando que se haga consiente, pero también evitando que colabore en la activación de algunos sistemas que requieren de esa información para entrar en marcha (Peterfreund & Schwartz, 1976; Bowlby, 1993).

Mecanismos de defensa: Esfuerzos defensivos inconscientes que tienen como fin reducir la ansiedad originada por impulsos e ideas no aceptadas o dañinas (Freud, 1915).

**Tipo de estudio:**

Documental: se realizó un análisis de las propuestas teóricas sobre el duelo y una identificación de los constructos implicados en el desarrollo del duelo patológico.

Inductivo y propositivo: Mediante el estudio de categorías derivadas de investigaciones previas se establecen relaciones. Estas relaciones son estructuradas en forma de proposiciones que pretenden explicar el desarrollo del duelo patológico.

## **CAPÍTULO 5**

### **Análisis teórico**

En el marco teórico se ha descrito al modelo de Bowlby y se ha utilizado para explicar el duelo normal, en este apartado se analizan los modelos enlistados en la tabla 1, lo que permite entender el por qué de la elección de dicho modelo.

El modelo de Kübler Ross, si bien goza de amplia popularidad, aunque también de críticas, está dirigido a los casos en los que se vive un duelo anticipado por la propia muerte, es decir, no es un modelo del duelo normal por la muerte de un familiar (Tizón, 2004). En su libro, *on death and dying*, Kübler Ross (1994) describe cinco fases por las que pasa una persona moribunda; sus investigaciones fueron llevadas a cabo mediante entrevistas en un hospital con pacientes terminales. Dado que el propósito de la presente tesis es establecer un conjunto de relaciones explicativas sobre el duelo patológico ocasionado por la muerte de un ser querido (un familiar), y puesto que es necesario utilizar un modelo del desarrollo normal del duelo, podemos concluir que el modelo de Kübler Ross no puede ser utilizado, ya que está enfocado al proceso de duelo sobre la propia muerte.

El modelo de Linderman (1944, citado en Tizón 2004), propone “seis características de la aflicción aguda” derivados de su investigación con familiares y amigos después de la pérdida: molestias somáticas, preocupación por pensamientos e imágenes acerca del desaparecido, culpa relacionada con el muerto, reacciones violentas, pérdida de funciones y capacidades, y una tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta. Esto se condensó más tarde en su modelo de tres partes: conmoción o incredulidad, duelo agudo, resolución (Gil Juliá, Bellver, & Ballester, 2008). Las seis características de la aflicción son fácilmente identificables en las cuatro etapas del modelo de Bowlby.

El modelo de Rando (1993, citado en Tizón,2004), es un modelo de tres fases: negación-evitación, confrontación y acomodación. Además propone seis tareas en el proceso de duelo (de ahí el nombre de seis Rs del proceso de duelo):

Reconocimiento de la pérdida a nivel cognitivo, afectivo; reacción (que incluye experiencias de pena, de dolor y duelos simbólicos o secundarios); reviviscencia de la relación; renuncia a los vínculos y al mundo que significan; readaptación al nuevo mundo; reinvestimento de los afectos. En su componente de fases, el modelo de Rando es equivalente al de Linderman, cambiando únicamente en el nombre de la segunda fase: confrontación y duelo agudo respectivamente. El motivo de esta diferencia es claro: el modelo de Rando tiene fines prácticos y está enfocado a ayudar a las personas a resolver el duelo, de ahí que la segunda fase sea confrontación. Sin embargo, el objetivo de ésta tesis no es identificar las tareas que ayudan a la elaboración del duelo, sino identificar en primera instancia el curso normal del mismo.

Engel (1962; citado en Guillermina Porta, Romero Retes, & Oliete Ramírez, 2006) entendía el duelo como una situación de máximo estrés biológico que activaría dos sistemas de respuesta contrapuestos. El primero sería el de ataque-huída, es decir, el paradigma del modelo biológico de la ansiedad. Su activación llevaría a sufrir sentimientos de ansiedad, intranquilidad psicomotriz y rabia irracional. El segundo sistema activado sería el de autoconservación-abandono que podría verse como el modelo biológico de la depresión. Su activación generaría apatía, dificultad de concentración y aislamiento social. El duelo produciría una activación simultánea de ambos, con un cúmulo de sentimientos y reacciones contradictorios según cual predominase. Como es posible notar, el modelo de Engel no toma en cuenta al vínculo, ni al sistema implicado en el apego, aspectos fundamentales en la definición del duelo normal por la muerte de un familiar.

El modelo de Neimeyer (2012) está basado en el constructivismo e incluye una crítica a los modelos lineales y por fases del duelo, considerando que el sentido de la reconstrucción puede ser más científicamente válido y útil en la práctica. Sin embargo, la misma propuesta de Neimeyer, derivada del constructivismo, implica etapas en el duelo: evitación, asimilación y acomodación. Incluyendo a su propio modelo dentro de su crítica. Es inevitable que un modelo explicativo sobre el duelo tenga que recurrir a categorizar los acontecimientos en el mismo, siendo necesaria la primera y la última fase de todos los modelos antes vistos, para poderse llamar modelos de duelo normal: pues la primera fase

tiene que ver con la reacción natural de tristeza e incredulidad, y la última con la superación del duelo, lo que le da su carácter de normalidad.

De este análisis se desprende que el modelo de Linderman, Bowlby y Rando son muy similares, pudiéndose usar cualquiera de ellos para describir el proceso normal de duelo por la pérdida de un ser querido. El modelo de Neimeyer se descarta debido a que no se toma una postura constructivista en éste estudio, lo cual no quiera decir que no sea posible hacerlo así, sino únicamente se enfatiza que no se tomará ese corte teórico. Por otra parte, comparto la opinión de Tizón (2004), quien considera que los modelos son aproximaciones teóricas, no verdades inmutables, a una realidad compleja y variable. Esto por supuesto dificulta la delimitación exacta de los fenómenos estudiados y pronostica las problemáticas aún mayores para definir el duelo patológico.

El mismo concepto de duelo patológico es motivo de controversia. Algunos de los criterios principales para identificar la patología en el duelo han sido su duración y su intensidad. Por ejemplo, el criterio E, de los incluidos en el DSM IV sobre el episodio depresivo mayor estipula que “los síntomas (hablando de la depresión) no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor”. Por otra parte, el DSM IV no incluía un trastorno específico del duelo, siendo diagnosticado como episodio depresivo mayor o como trastorno por estrés postraumático (APA, 2012). En el DSM V, el criterio E ha sido modificado, añadiéndose una nota que recomienda el diagnóstico de depresión en los casos de duelo que lo requieran. Sin embargo, se ha incluido un apartado para investigación posterior que incluye un trastorno por duelo complejo y persistente, definiéndolo como una reacción persistente de dolor y pérdida que se prolonga por más de un año (APA, 2014). En mi juicio, la intensidad y duración del duelo solo podrían diagnosticar parcialmente el duelo crónico, pero no los demás tipos. Por otra parte, la igualdad del duelo patológico con la depresión puede ser errónea, en tanto que un diagnóstico de

depresión en un duelo con rasgos patológicos, puede ocasionar la medicación del mismo y dificultar su elaboración (Tizón, 2004).

Con fines de evitar la sobremedicación y la psiquiatrización del duelo, Tizón (2004) adopta una postura cautelosa sobre el duelo patológico. En primer lugar, distingue entre duelo normal, duelo complicado y duelo patológico. El duelo complicado lo define como aquel en el que se pronostica alta probabilidad de complicaciones y comprende al duelo crónico, al duelo retrasado, al duelo exagerado (que es principalmente un duelo intenso que puede cursar con síntomas depresivos o reacciones de ansiedad) y el duelo patológico. En efecto, el duelo patológico es una de las formas en las que, de acuerdo a éste investigador, puede complicarse el duelo. Tizón (2004) define al duelo patológico como aquel que “pone en marcha o hace aparecer un cuadro psicopatológico de los descritos como tales en las clasificaciones al uso”; considerando además que el duelo normal, la depresión y el trastorno por estrés postraumático no son equivalentes. En mi opinión, ésta definición del duelo patológico lo iguala con los trastornos ya identificados, provocando su anulación como patología y considerándolo como una “complicación”. Esto es, claro, una evasión: a lo que Tizón llama duelo complicado, también se le puede llamar duelo patológico.

En el libro *abnormal psychology* de Hansell y Damour (2008) se mencionan cuatro criterios en orden de importancia que ayudan a entender la patología y el continuo entre ésta y la normalidad: desviación (o lo atípico de la conducta), irracionalidad, problemas emocionales acusados, y deterioro significativo (Hansell & Damour, 2008). Estos criterios definen la patología de forma gradual (esto es, las formas más moderadas de estos criterios pueden pasar inadvertidas, en tanto que su exacerbación es fácilmente identificable) y son visibles a lo largo del DSM, pudiendo ayudar a comprender la patología en el duelo. Una investigación que intente probar las relaciones que se establecen en ésta tesis, también deberá considerar la comprobación de que en el duelo crónico, eufórico y el inhibido hay presencia de alguno de estos criterios, siendo los dos últimos, los más importantes.

Tizón (2004) es una referencia importante para ésta tesis, pues él mismo establece un modelo sobre el duelo patológico, y comenta que:

“La posibilidad de que el duelo desemboque en un proceso cerrado, cortacircuitado, que lleva a la psicopatología, más que en un proceso abierto, mucho más largo e incluso tal vez más doloroso, pero que puede llevar a la elaboración e incluso al aumento de la creatividad, depende sobre todo de los niveles para la contención de la tendencia al desequilibrio mental que posea el individuo o el grupo en duelo”

Además Tizón (Ibíd.) establece seis niveles principales para la contención de las presiones hacia el desequilibrio mental: el mundo interno (objetos internos, vivencia de la madre, del padre, los vínculos, la familia, el sí mismo, otras relaciones íntimas); las capacidades yoicas para conducir los impulsos; el cuerpo y su representación mental: la familia real; las red social; las redes profesionales (pedagógica, sanitaria, de asistencia social).

Las diferencias que existen entre la propuesta de Tizón y la de la presente tesis es fundamental y consiste en la manera en la que se entiende el desarrollo de la patología. En mi opinión, la contención juega por su puesto un papel crucial en el duelo y con nombres diferentes se han incluido variables de afrontamiento y funciones yoicas (como es el caso de los mecanismos de defensa); sin embargo, en mi propuesta, el tipo de apego de las personas es el que primariamente organiza un conjunto de reacciones ante la pérdida del vínculo (éste apego, experimentado como vínculo, no solo es parte del mundo interno del sujeto, sino que establece un patrón de respuestas específicas) y modula la manera en la que los mecanismos de defensa se activan para contener las amenazas hacia el yo. Siendo así, el tipo de apego puede funcionar como un factor de contención, en el caso del apego seguro, pero también como un factor que encamina a una persona hacia la patología en el duelo (apego ambivalente, inhibido o desorganizado). Por otra parte, en la presente tesis se pone atención al tipo de fallecimiento y al tipo de relación, por que suponemos que regula la intensidad de la reacción de duelo.

Como se ha escrito, en la presente tesis se considera al tipo de apego como un constructo de gran importancia en el duelo, sin embargo, también se reconocen

las limitaciones de esta postura. En específico, la clasificación de los tipos de apego fue descrita gracias al procedimiento de la situación extraña, como ya se apuntó en un apartado anterior. Sin embargo, algunos investigadores como Takahashi (citado en Oliva Delgado, 2004), consideran que las diferencias observadas en tal procedimiento podrían estar relacionadas más con la capacidad del bebé para afrontar el estrés que con los distintos tipos de apego. Tal objeción, por supuesto, se puede aplicar al duelo. Queda entonces preguntarse: ¿los distintos tipos de duelo patológico aparecen debido a las variaciones en la capacidad de manejar el estrés o debido a la tipología del apego? En mi opinión el nivel de estrés que se experimenta no podría, como única variable, explicar los tres tipos de duelo patológico propuestos por Bowlby, ni los cinco descritos por Navar. El estrés y la habilidad que tiene una persona para hacerle frente ayudarían a explicar las dimensiones sobre la intensidad y duración de las respuestas de duelo, pero el que se tengan reacciones ambivalentes o de indiferencia necesitan de otras variables que tienen que ver con la relación personal del deudo y del contexto del fallecimiento.

Por otra parte, en relación al afrontamiento, existen dos posturas que un sujeto puede tomar de acuerdo al modelo de Lazarus y Folkman (1984): afrontamiento dirigido a la situación o problema y el que es dirigido a las emociones. En el duelo, la aceptación de que el problema no tiene solución y, por lo tanto, la dirección de las habilidades de afrontamiento hacia las emociones es algo sano (Casado, 2002).

## **Categorías del duelo patológico**

El duelo es un proceso que se desarrolla paulatinamente; siendo así, existen diversos constructos implicados en cada una de sus fases. Estos constructos no solo determinan el curso del duelo normal, sino que marcan la distinción entre el duelo normal y el patológico. Esta clasificación dual tiene matices que dificultan el estudio del duelo. Como ya se ha revisado, hay distintas propuestas sobre los tipos de duelo patológico. La pertinencia de una categoría se mide por su capacidad para delimitar el objeto, pero también por su capacidad para crear un concepto distintivo. Una clasificación sobre la patología del duelo debe, por lo tanto, abarcar todo el corpus que comprende la definición y, a su vez, distinguir de forma clara entre los rasgos característicos de cada variante, sin confundirlos.

En la compilación de Bowlby (1993) se distinguen 3 tipos: duelo crónico, inhibido, eufórico. Las tres categorías en este caso son claramente diferentes entre sí, aunque, como se verá posteriormente, no cubren toda la gama de duelos patológicos observados.

Rubio (2005) distingue al menos siete tipos de patología en el duelo: duelo retardado, inhibido, crónico, no resuelto, intensificado, enmascarado y reacciones de aniversario anormalmente dolorosas. Las categorías de este autor no satisfacen el criterio de ser distintivas entre sí ya que el duelo retardado, inhibido y enmascarado dan la impresión de compartir un origen común así como una definición similar: la negación de la realidad emocional o de la muerte. A su vez el duelo crónico y el duelo intensificado comparten una larga duración y Rubio no escribe realmente qué los distingue. Por otra parte una reacción anormalmente dolorosa de duelo puede ser la manifestación inmediata de la persistencia de alguna de las modalidades del duelo patológico, o su expresión agudizada por la cercanía de la fecha. Además la clasificación de Rubio es incompleta al olvidar incluir el duelo eufórico. Se descarta entonces el empleo de la clasificación de éste autor.

La última clasificación del duelo patológico que se analiza en este apartado es la de Navar (2007); distingue cinco tipos: duelo anticipatorio, crónico, retardado, exagerado y ambiguo. La primera categoría es importante porque cubre un



aspecto del duelo hasta el momento no considerado por las otras clasificaciones al incluir aquellos casos en los que el duelo se sabe próximo y sus síntomas se empiezan a sufrir con antelación al fallecimiento. El duelo crónico, retardado y exagerado, corresponden a los tres tipos propuestos por Bowlby. Finalmente el duelo ambiguo apunta a un aspecto tampoco incluido: aquellos casos en los que el duelo se encuentra confundido entre la ausencia o presencia psicológica combinada con ausencia o presencia física. Así pues, las categorías de Navar proporcionan una cobertura más extensa sobre el duelo patológico, cumpliendo a su vez con el criterio de diferenciación.

Haciendo un análisis sobre los criterios que definen las categorías del duelo patológico, se encuentra que éste puede variar en intensidad, duración, anticipación, certeza de fallecimiento, mecanismos defensivos empleados, contenido del discurso psicológico y respuesta emocional. Se pone ahora a prueba las categorías de cada autor o compilador bajo la luz de éstos criterios.

Tipo de duelo de acuerdo a Bowlby (1995).	Intensidad	Duración	Anticipación	Certeza de fallecimiento	Mecanismos defensivos	Contenido del discurso	Respuesta emocional
crónico	Alta	Larga	No especificada, no presente	No especificada	No especificado	Lamentaciones	Angustia, cólera, ansiedad
inhibido	Nula, sin expresarse	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Sin expresión
eufórico	Alta	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Expresiones de satisfacción sobre la pérdida	Estados de felicidad, alternados con estados depresivos

En relación a la propuesta de Navar (2007), el análisis da los siguientes resultados:

Tipo de duelo de acuerdo a Navar (2007).	Intensidad	Duración	Anticipación	Certeza de fallecimiento	Mecanismos defensivos	Contenido del discurso	Respuesta emocional
Anticipado	Baja	Normal	Presente	Presente	No especificado	No especificado	Correspondiente al duelo normal
crónico	Alta	Larga	No especificada, no presente	No especificada	No especificado	Lamentaciones	Angustia, cólera, ansiedad
Retardado	Nula, sin expresarse	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Sin expresión
Exagerado	Alta	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Expresiones de satisfacción sobre la pérdida	Intensa reacción de duelo
Ambiguo	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Ausente	No se especifica	Dudas sobre si el ser querido realmente está muerto	Angustia, cólera, ansiedad

Como se puede notar en éste análisis de categorías, el duelo anticipado no es un duelo patológico, o al menos así se propone, puesto que la reacción que se produce es aquella propia al duelo normal. Por otra parte el duelo ambiguo es causado por una condición específica, ya sea la desaparición del familiar o bien su presencia física (como en los estados de coma) pero ausente de forma mental. La categoría de duelo ambiguo enriquece al concepto de duelo en general, aunque consideramos que puede ser o no patológico, pues no se especifica, por lo que tendría la misma condición que el duelo anticipado: un tipo de duelo normal que en determinadas condiciones puede devenir en enfermedad mental.

Las tres categorías restantes en ambos autores son prácticamente iguales, por lo que sirven de forma indistinguible para englobar un mismo fenómeno de patología en el duelo.

## **CAPÍTULO 6**

### **Discusión y conclusiones**

#### **Tipos de apego y duelo patológico**

Considero que el tipo de apego que tiene una persona adulta en sus relaciones es una variable importante para entender la manera en la que desarrollará el proceso de duelo. Esto lo creo así pues, como ya se describió, el sistema de apego tiene como fin regular la proximidad con las personas y buscar seguridad, pero a lo largo del desarrollo y desde etapas muy tempranas, estos patrones se consolidan en cuatro tipos principales. Es de esperar que al ser el duelo una reacción ante la pérdida de un vínculo, el sistema que regula el apego se vea implicado y que los tipos de apego de cada persona se pongan de manifiesto como reacciones particulares. Por otra parte, es claro que la capacidad para afrontar el estrés por la muerte de un familiar determinará al igual el desarrollo del duelo. Es más, no sería sorprendente suponer que ambos sistemas, el de mantenimiento de la proximidad y el de afrontamiento, estén activados de forma simultánea o alterna en el duelo y que su presencia ayude a explicar el comportamiento variable en una persona en tal situación.

La relación entre el estrés, los tipos de apego y la patología, se puede comprender mejor si se recuerda el modelo de desorganización del apego, el cual estipula que: cuando una intensa activación emocional inunda el sistema de apego (ya sea de forma directa o por el desgaste ocasionado por los esfuerzos de bloquearla) el individuo se desajusta, lo que ocasiona la desorientación y desorganización del pensamiento y la conducta (George y Solomon; citado en George, West y Pettem, 1999). Tomando en cuenta este modelo podemos considerarlo para explicar la primera parte del proceso de duelo: la muerte de un familiar querido (con el cual se ha establecido un vínculo) genera una reacción de estrés y de intensa activación emocional que compromete las funciones del sistema de apego, desorganizándolo. En específico el apego involucra los siguientes sistemas: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños (o sistema de huida) y el sistema afiliativo. Las conductas de búsqueda de proximidad y los sistemas involucrados están determinados por el tipo de

apego de cada persona. Al desorganizarse el sistema de apego, sus funciones se ven afectadas, “dejando inmerso al individuo en sentimientos de desesperanza, vulnerabilidad, miedo al abandono o pérdida de control” (George, West y Pettem, 1999).

Mi postura queda aclarada en la siguiente proposición:

0.- El estrés y la intensa actividad emocional sufridas ante la pérdida de un ser querido, pueden desorganizar el sistema de apego, comprometiendo sus funciones, lo que explica el por qué los tipos de apego se verían implicados en la formación de la patología.

También, es de esperar que, así como los niños con apego seguro (tipo B) reaccionan de una forma más equilibrada ante la ausencia de su madre, así también los adultos (pero también los niños) podrán reaccionar de forma análoga ante la pérdida definitiva del vínculo. Esto se resume en la siguiente proposición:

1.- Sin considerar otro constructo, el apego seguro (tipo B) está relacionado con el desarrollo normal del duelo.

El apego de evitación (tipo A) corresponde a un conjunto de comportamientos que guardan una similitud muy grande con el duelo inhibido que ya se describió. Si se recuerda, este tipo de duelo está marcado por un periodo de nula reacción ante la muerte del familiar, seguido por síntomas de somatización o psicológicos, algunas veces no asociados conscientemente con el duelo.

Es menester volver a mencionar que el tipo de apego A enmarca a aquellos niños, dentro de la situación extraña, que, tras ausentarse su cuidador, reaccionaron de forma indiferente, evitándolo. De acuerdo a la teoría analítica, tal hecho podría ser interpretado como la negación del amor de la madre al sentirse traicionado o abandonado; es decir, la evitación en este caso es una expresión de un mecanismo de defensa que niega o desprecia el amor que se tiene hacia la madre. Supongo que, en efecto, el mismo mecanismo defensivo surge en los adultos que pierden de forma definitiva al ser querido; estos sujetos han usado esta forma de defensa de manera repetida y se ha convertido en un hábito en las situaciones en las que se sienten abandonados.

La siguiente proposición aclarara lo dicho:

2.- Sin considerar otro constructo, el apego de evitación (tipo A) se relaciona con la aparición de un duelo inhibido.

El duelo agudo o crónico, caracterizado por una intensa reacción de angustia ante el fallecimiento del ser querido, puede corresponder con el apego ambivalente (tipo C). Esto lo creemos así puesto que la falta de regulación emocional presente en el apego tipo C, así como también la ambivalencia emocional, predispondría a una persona a sufrir el duelo de forma intensa y prolongada, dificultando su resolución. La proposición correspondiente es la siguiente:

3.- Sin considerar otro constructo, el apego ambivalente (tipo C) predispone a que una persona (que ha experimentado la muerte de un ser querido) sufra un duelo agudo o persistente (el prototipo de duelo patológico).

Ubicar la relación que guarda el apego desorganizado (tipo D) y el duelo es más complejo. El apego desorganizado es considerado como la primera manifestación observable de psicopatología infantil, también es un predictor fiable del desajuste emocional y social posterior, y predispone a desarrollar síntomas por estrés postraumático (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, & Cantón Cortés, 2011). Recuérdese que el apego tipo D se caracteriza por un conjunto de reacciones contradictorias; el duelo que se muestra como euforia incluye una respuesta emocional contradictoria. Es posible, por lo tanto que haya un relación entre ambos. Sin embargo, se considera que la relación entre el apego desorganizado y la patología es mayor y variada. La proposición siguiente aclara mi postura:

4.- Sin considerar otro constructo, el apego desorganizado (tipo D) predispone a una persona a sufrir un duelo patológico en cualquiera de sus formas: inhibida, aguda o eufórica, además puede relacionarse positivamente con el trastorno por estrés postraumático y con otros trastornos del estado del ánimo o de la personalidad.

Las siguientes variables que se encuentran implicadas en el desarrollo del duelo patológico se irán identificando en el desarrollo del duelo normal.

## **Análisis del desarrollo normal y el duelo patológico**

Las propuestas sobre el desarrollo del duelo, incluida la de Parkes y Bowlby, intentan explicar el desarrollo y resolución de un duelo, y por lo mismo, van de la mano con el proceso normal. A pesar de que hagan mención de cuando en cuando de las situaciones que pueden causar patología, no son de suyo modelos que tengan como fin comprender el desarrollo del duelo patológico. Además son principalmente estudios descriptivos y que tienen como objetivo la categorización, pero carecen de un análisis más a detalle de los procesos psicológicos implicados en el duelo. Es por esto que se emprenderá la tarea de señalar los indicios del duelo patológico en las etapas del duelo normal, así como también se pondrán al descubierto los procesos psicológicos implicados.

### **La primera fase y el duelo inhibido**

Si recordamos, la primera fase del duelo en relación al modelo de Parkes y Bowlby es la del *embotamiento de la sensibilidad*. En esta fase, la negación es uno de los primeros mecanismos que se ponen en marcha.

Propongo que en esta primera etapa del duelo entra en juego el proceso de exclusión defensiva, es decir, hay una tendencia a omitir o bloquear la información que confirme la muerte del ser querido. Sin embargo, ésta proposición carece de una prueba empírica más allá del hecho confirmado que, ante la muerte de un ser querido, una de las primeras reacciones es la incredulidad (Bowlby, 1993). Se hipotetiza que el tipo de fallecimiento regula, en parte, el mecanismo de exclusión defensiva. Por otra parte, es de esperarse que la habilidad de una persona para manejar el estrés determine, al menos en parte, la medida en la que se niega la realidad, así como también las redes sociales de apoyo sean importantes para la contención y manejo emocional.

La vivencia psicológica del duelo es afectada por la manera en la que el familiar muere. Por supuesto, existe un gran número de formas en las que una persona puede perder la vida, desde un hecho simple, como ahogarse al tomar agua, hasta el lento camino en picada que algunas veces observamos en los que sufren enfermedades como el cáncer o diabetes. A pesar de esto, podemos aislar y etiquetar los elementos que determinan el impacto que los tipos de

muerte tienen para los familiares. Estos elementos contestan a las siguientes preguntas: ¿El fallecimiento de la persona era esperable? ¿La persona falleció con violencia o de forma trágica? ¿La muerte se podía evitar?

Un tipo particular de fallecimiento esperable, inevitable y por lo general no violento lo constituye el llamado **duelo anticipado**. En este duelo uno de los miembros de la familia se encuentra desahuciado debido a que padece una enfermedad terminal, por lo que las reacciones de la familia se adelantan al fallecimiento del ser querido, surgen sentimientos de culpa del tipo “si hubiera hecho...”, “me debería haber portado diferente con él”. También, dependiendo del lugar que ocupa el enfermo y el tipo de enfermedad, surge una reestructuración de los roles de la familia, preocupaciones por la situación económica, aunado al desgaste físico y emocional que implica el cuidado del enfermo terminal. En algunos miembros de la familia puede surgir el deseo que el enfermo muera con tal de no verle sufrir. Mientras que el cuidado del enfermo obligará a los familiares a buscar momentos de respiro (Espina, 2000).

El duelo que sigue al fallecimiento de un familiar por homicidio es un evento que se juzga como inesperable, inevitable (en algunos casos) y violento, dando lugar a un conjunto de reacciones postraumáticas que en su totalidad constituyen al duelo traumático. Para algunos autores las reacciones postraumáticas son la respuesta inicial ante una muerte violenta, y si este estrés no se supera, el proceso de duelo se interrumpe. Para otros, la victimización por homicidio puede generar secuelas cognitivas de trauma que persisten a lo largo de la vida (Corredor, 2002). El DSM V (2013) recopila las perturbaciones causadas por la exposición a eventos traumáticos (incluido aquí la muerte de un familiar), dándoles el nombre de trastorno de estrés postraumático (TEP) y trastorno por estrés agudo (TEA). Estos trastornos comparten tres componentes principales: reexperiencia intrusiva, insensibilidad psicológica y evitación de situaciones asociadas al trauma, hiperactivación o ansiedad (APA, 2013).

Se supone, basándose en los párrafos anteriores, que la medida en que la exclusión defensiva se utiliza, es decir, el grado en que se niega la muerte del familiar depende de lo esperable del fallecimiento. Para muertes violentas o

inesperadas (que constituyen el duelo traumático) teorizamos una reacción de negación más fuerte que el que sucede en fallecimientos esperados (duelo anticipado). Es más, en el caso del duelo anticipado, la familia del enfermo terminal ha tenido forzosamente que enfrentarse con la muerte antes de que suceda (y enfrentar a la reestructuración de la vida de forma previa), y en algunos casos es posible que la desee para su familiar con tal de no verle sufrir. Tales actos son muestras de aceptación y no de exclusión defensiva. Hay indicios, por lo tanto, de que la exclusión defensiva es afectada por el tipo de fallecimiento. Y de esta forma, el tipo de fallecimiento es la segunda variable que se considera, a parte del tipo de apego, regula el desarrollo del duelo.

Es evidente que después de una reacción de aturdimiento ante la vivencia de la muerte, el sujeto tiene que enfrentarse al proceso dictado por la prueba de la realidad. Las creencias y sistemas de comportamientos tienen que adaptarse ante esa nueva realidad que muestra una ausencia. Ésta ausencia representa una ruptura del vínculo afectivo. Se acepta la afirmación, ya citada, de Melanie Klein en la que se considera al juicio de la realidad como una medida de la normalidad. En el caso del duelo, es crucial pues determina la manera en que una persona acepta la situación y su disposición a superarla. Y por lo mismo constituye un punto importante que define el curso patológico del duelo. Recuérdese que la huida hacia el mundo interno, que tanto para Freud como para Klein es una evasión de la realidad, puede tomar aspectos psicóticos.

Para Bowlby (1993) “la falta de aflicción consciente puede considerarse como una extensión patológicamente prolongada de la fase de embotamiento”. En el presente trabajo se considera que la exclusión defensiva (o negación) es empleada de forma patológica, dando como resultado la represión de la emoción o la negación de la realidad de la pérdida. La represión de la emoción corresponde al duelo inhibido que describimos en un apartado anterior. La negación de la realidad se correspondería al escape hacia el mundo interno teorizado por Freud, es decir, correspondería a una patología psicótica (Freud, 1917).

De estas relaciones se obtienen las siguientes proposiciones:



Proposición 5: El tipo de fallecimiento (duelo anticipado o duelo traumático) determina la medida en la que una persona en duelo utiliza mecanismos defensivos de negación de la realidad o de las emociones. El duelo anticipado facilita la aceptación, en tanto que el duelo traumático se relaciona positivamente con el uso de la negación.

Proposición 6: El nivel de estrés experimentado por el tipo de fallecimiento es modulado por las habilidades de afrontamiento de una persona y por las redes sociales de apoyo.

Proposición 7: La exclusión defensiva excesiva (o negación) **de las emociones** ocasionadas por la pérdida pueden prolongar la primera fase del duelo y provocar un duelo inhibido.

Proposición 8: La exclusión defensiva (o negación) **de la realidad** sobre la muerte de un familiar puede prolongar la primera fase del duelo y provocar un duelo patológico con tendencias psicóticas.

### **La segunda fase**

En ésta fase, para Parkes (citado en Bowlby, 1995) la persistencia del impulso de búsqueda y el deseo de recuperar a la persona perdida, de forma consciente o no, da lugar a formas patológicas del duelo. Se interpreta esa búsqueda como las estrategias primarias y secundarias de apego que aún siguen activas.

La forma en la que una persona responde ante la prueba de la realidad depende de la manera en que se manejó previamente la exclusión defensiva, del vínculo o apego que se tenía con el fallecido y de los mecanismos defensivos empleados. Debe recordarse que para Main (1995, citado en Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2007) la ambivalencia es una de las formas de respuestas que se da en el caso de existir un apego inseguro. La ambivalencia en la teoría de Melanie Klein está constituida por la diada amor-odio y puede llevar una persona a efectuar mecanismos defensivos, tanto de destrucción del objeto o de triunfo sobre él, tal es el caso de la escisión o desvalorización del objeto; como de restitución del objeto, tal es el caso de la reparación y la introyección del objeto bueno (Klein, 1948).

De la descripción hecha por Bowlby, sobre la segunda fase del duelo, se encuentra que en la persona puede surgir una respuesta emocional de ira, pero también una tendencia a la reparación. Éstos extremos pueden ser señal de la diada ambivalente y suponemos que los mecanismos defensivos anteriormente citados entran en juego en esta fase. Por lo mismo, se concluye que la ambivalencia es una característica de la segunda fase del duelo.

Hay una laguna importante en la descripción de Bowlby, pues no se toman en cuenta los resultados de la ambivalencia. Es decir, el amor genera deseos de recuperar al objeto perdido, de atesorar los recuerdos, mientras que el odio tiene un efecto contrario. De estas fricciones ambivalentes surge la culpa, emoción muy importante dentro de la patología (Klein, Amor, culpa y reparación, 1994) y que es olvidada por Bowlby. Klein (1994) considera que la culpa tiene el efecto de inhibir las actividades e intereses productivos. Dependiendo del caso de duelo en particular, parte de la inhibición observada podría deberse a la culpa experimentada.

Si se retoma el concepto de duelo crónico, se recordará que tiene como característica la prolongación de las respuestas de angustia propias al duelo. Hipotetizo que en éste tipo de duelo los sentimientos ambivalentes no pueden ser resueltos, por lo que los impulsos de búsqueda, pero también de ira y aflicción propios a ésta fase, se mantiene activos de manera patológicamente larga.

Proposición 9: La ambivalencia emocional puede provocar una prolongación excesiva de la segunda fase del duelo (sin inhibición de la respuesta), lo que puede ocasionar la aparición del duelo crónico.

### **Tercera y cuarta fase**

En estas fases Bowlby indica que una de las tareas a resolver es la de ubicar al fallecido, siendo una forma patológica el identificarlo con personas o animales vivos. En mi opinión la patología del duelo se empieza a desarrollar desde las dos fases tempranas (y desde la interacción con los cuidadores, es decir, desde el establecimiento del apego) por lo que los resultados observados en ésta fase son la consecuencia del conflicto entre las habilidades de

afrontamiento, el manejo del estrés y las condiciones ambientales y sociales por una parte, y los mecanismos defensivos y procesos emocionales por otra parte; conflicto que se desarrolla en la primera y segunda fase del duelo.

## **Conclusiones**

Del análisis teórico y la discusión, se concluye que:

Proposición 0.- El estrés y la intensa actividad emocional sufridas ante la pérdida de un ser querido, pueden desorganizar el sistema de apego, comprometiendo sus funciones, lo que explica el por qué los tipos de apego se verían implicados en la formación de la patología.

Proposición 1.- Sin considerar otro constructo, el apego seguro (tipo B) está relacionado con el desarrollo normal del duelo.

Proposición 2.- Sin considerar otro constructo, el apego de evitación (tipo A) se relaciona con la aparición de un duelo inhibido.

Proposición 3.- Sin considerar otro constructo, el apego ambivalente (tipo C) predispone a que una persona (que ha experimentado la muerte de un ser querido) sufra un duelo agudo o persistente (el prototipo de duelo patológico).

Proposición 4.- Sin considerar otro constructo, el apego desorganizado (tipo D) predispone a una persona a sufrir un duelo patológico en cualquiera de sus formas: inhibida, aguda o eufórica, además puede relacionarse positivamente con el trastorno por estrés postraumático y con otros trastornos del estado del ánimo o de la personalidad.

Proposición 5: El tipo de fallecimiento (duelo anticipado o duelo traumático) determina la medida en la que una persona en duelo utiliza mecanismos defensivos de negación de la realidad o de las emociones. El duelo anticipado facilita la aceptación, en tanto que el duelo traumático se relaciona positivamente con el uso de la negación.

Proposición 6: El nivel de estrés experimentado por el tipo de fallecimiento es modulado por las habilidades de afrontamiento de una persona y por las redes sociales de apoyo.

Proposición 7: La exclusión defensiva excesiva (o negación) **de las emociones** ocasionadas por la pérdida pueden prolongar la primera fase del duelo y provocar un duelo inhibido.

Proposición 8: La exclusión defensiva (o negación) **de la realidad** sobre la muerte de un familiar puede prolongar la primera fase del duelo y provocar un duelo patológico con tendencias psicóticas.

Proposición 9: La ambivalencia emocional puede provocar una prolongación excesiva de la segunda fase del duelo (sin inhibición de la respuesta), lo que puede ocasionar la aparición del duelo crónico.

En la siguiente tabla se resumen las relaciones que son la base de las proposiciones de ésta investigación. Dado que no es posible incluir todas las proposiciones, se han omitido los factores sociales en ésta tabla (enfrentamiento, tipo de relación, etc.), pero sí serán considerados, tal y como se mostró anteriormente. No se realizó alguna contrastación empírica, pero se exhorta a la prueba de estas relaciones.

Tipo de apego	Tipo de duelo relacionado	Fases en el modelo de Parkes y Bowlby	Mecanismos defensivos o procesos patológicos
Apego seguro Tipo B	Duelo normal	4 fases	
Apego de evitación Tipo A	Duelo inhibido	Prolongación de la primera fase	Negación y represión (Exclusión defensiva)
Apego ambivalente Tipo C	Duelo crónico	Prolongación de la segunda fase	Ambivalencia: reparación y destrucción del objeto
Apego desorganizado Tipo D	Trastorno por estrés postraumático Duelo patológico		Desorganización del sistema de apego

## **Limitaciones**

Los documentos revisados en la presente investigación son primordialmente de origen europeo y anglosajón. A pesar de que la teoría del apego se considere una propuesta internacional, es claro que tiene limitaciones debido a las variaciones culturales de cada nación (como ya se hizo notorio en un apartado anterior). Es necesaria mayor investigación teórica y aplicada con muestras mexicanas y, por supuesto, un acceso fácil a esa información.

Por otra parte, las categorías están en constante refinamiento y cambio. No sería sorprendente que la tipología sobre el duelo patológico cambie en el futuro. Sin embargo, se han establecido criterios fundamentales para la comprensión de la patología en el duelo y que pueden continuar vigentes a pesar de los cambios que sufran las categorías.

## Referencias

- Advameg . (2002). *Encyclopedia of death and dying*. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://www.deathreference.com/En-Gh/Feifel-Herman.html>
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment. *Child development* .
- Ainsworth, M. S., & Bell, S. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development* , 49-67.
- Alameda, A., & Barbero, J. (2009). El duelo en padres del oncológico. *Psicooncología* , 485-498.
- APA. (2012). *PSICOMED.NET*. Recuperado el 25 de enero de 2016, de <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html>
- APA. (2013). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM 5*. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* , 383-400.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Nueva York: The Free Press
- Biebel, D. (2004). Epistemología y psicoanálisis. En G. Klimovsky, *Epistemología y psicoanálisis*. Buenos Aires.
- Blanco, A., & Antequera, R. (2000). *La muerte y el morir en el anciano* .
- Boring, E. (2003). *Historia de la psicología experimental*. México: Trillas.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. España: Paidós.
- Cantón Duarte, J., Cortés Arboleda, M. d., & Cantón Cortés, D. (2011). *Desarrollo socioafectivo y de la personalidad*.
- Casado, D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Servicio andaluz de salud* .
- Cohen, R., & Wortman, C. (2007). The stage theory of grief . *JAMA* , 92-94.
- Corredor, A. M. (2002). Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista colombiana de psicología* , 35-55.
- Echeburúa, E., & Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? . *Análisis y modificación de conducta* , 31-50.

- Espina, A. (2000). El enfermo terminal: asistencia a la familia y el proceso de duelo. *Cuadernos de terapia familiar* , 53-64.
- Freud, A. (2003). *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. España.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destino de pulsión. En *Trabajos sobre metapsicología*. Amorrortu.
- Gamo, E., & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista española de neuropsicología* , 455-469.
- García-García, Petralanda, L., & Manzano. (1996). El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Atención primaria* , 475-479.
- Garelli, J. C., & Montuori, E. (1997). Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. *Pediatría práctica* .
- George, C.; West, M.; Pettem, O. (1999). Attachment disorganization. , (pp. 318-346). New York, NY, US: Guilford Press
- Gil Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología* , 103-116.
- Guillerm Porta, V., Romero Retes, R., & Oliete Ramírez, E. (2006). *Manifestaciones del duelo*. Valencia: Unidad de psicooncología.
- Hansell, J., & Damour, L. (2008). *Abnormal psychology*. Wiley and sons.
- Klein, M. (1994). Amor, culpa y reparación.
- Klein, M. (1948). El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- López, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio . *Asociación española de neuropsiquiatría* , 53-70.
- López, J., Cervantes, E., Obregón, N., & Villalón, S. (2009). Adaptación familiar frente a la viudez. *Revista UARICHA de psicología* , 93-106.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant deorganized attachment status. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2007). Attachment theory and affect regulation. *Motivation and emotion* , 77-102.

Navar. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anuario del sistema sanitario* , 163-176.

Neimeyer, Robert A. (14 – 17 Noviembre 2012). Duelo Adaptativo y Complicado. Conferencia y Memorias en pdf. México D.F.: IX Congreso Nacional de Tanatología. AMTAC.

Oliva Delgado, A. (2004). *Estado actual de la teoría del apego*. Sevilla : Universidad de Sevilla .

Peterfreund, E., & Schwartz, J. (1976). *Información, sistemas y psicoanálisis*.

Piñuel Raigada, J. L. (2002). *Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido*. Madrid: Universidad complutense de Madrid.

Popper, K. (1983). *Conjeturas y refutaciones*. Paidós

Roitman, A., Armus, M., & Swarc, N. (2000). *Aperturas psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2014, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=216&a=El-duelo-por-la-muerte-de-un-hijo>

Rubio Espíndola, J. (2005). *Duelo normal y patológico*. Concepción: Universidad de concepción.

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo el ciclo vital*. México: Mc Graw Hill.

Popper, K. (1983). *Conjeturas y refutaciones*. Paidós

UNAM. (2014). *Oferta educativa licenciaturas UNAM*. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <https://www.dgae.unam.mx/planes/licenciatura.html>

Villacieros, M., Magaña, M., Bermejo, J. C., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina paliativa* , 91-97.

Yalom, I. D. (2009). *Mirar al sol La superación del miedo a la muerte*. México : Emecé.

Yoffe, L. (2000). El duelo por la muerte de un ser querido. Buenos Aires , Argentina .



