



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Análisis sobre el duelo sano y duelo patológico.

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

AMAIRANI YATZIRI CALDERON ELOISA

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

CD. MX. 2023



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Análisis sobre el duelo sano y duelo patológico.

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

AMAIRANI YATZIRI CALDERON ELOISA

DIRIGIDO:

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

SINODALES

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON _____

PRESIDENTE

LIC. IRMA ELIZABETH ALCOGER ARRIAGA _____

SECRETARIO

DRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA _____

VOCAL

Taxco, Guerrero; a marzo de 2023.

DEDICATORIA

A los que ya no están:

Ojilvia, Herlindo, Carlos y al Profesor Ricardo, aunque ya no están viven en mí, el escribirles a ustedes es la parte más difícil, pues esta dedicatoria es por y para ustedes en el cielo, quienes siempre creyeron en mí, se que ya no lo verán de forma física pero de manera espiritual están aquí, mi tema es en honor a ustedes. Los amo y extraño cada día de mi vida pero han hecho ver que siempre están conmigo de una u otra forma

Mi querido profesor gracias por impulsarme siempre, aquí hace mucha falta, siempre recordare el excelente maestro que fue, la primera vez que me ayudo hacer una solicitud de empleo y los incontables mensajes para decirme que yo lograría esto.

MIS ANGELES DEL CIELO, quienes tuvieron que emprender un viaje al cielo antes de culminar esto. Esto es por y para ustedes quienes me hicieron vivir mi duelo de diferentes formas, enseñándome a ser una persona resiliente. Hasta vernos otra vez.

Y, finalmente, a los que no creyeron en mí, con su actitud lograron que tomará más impulso.

Terminando con una frase que me ha marcado durante mi carrera universitaria.

“Uno busca a alguien que le ayude a dar luz a sus pensamientos, otro, a alguien a quien poder ayudar y es ahí en donde se da una buena comunicación”.

-Friedrich Nietzsche.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios:

Por dejarme llegar hasta este punto de mi vida, estoy haciendo lo que siempre quise, estoy logrando mi sueño y cumpliendo una parte fundamental de mi, llena de amor, paz y felicidad.

A mis padres:

Lourdes y Carlos por apoyarme en este arduo camino de la vida, por hacer siempre hasta lo imposible por hacerme feliz y darme lo mejor aun estando a distancia, me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño los Amo.

A mis personas favoritas:

A mis hermanos Jairo y Emmanuel por ser un factor importante en todo esto, por su amor, su cariño y principalmente por que ellos son la razón de estar aquí, deseando ser para ellos un ejemplo a seguir. Tia Chepy, Mamá Petra y Mamá Genara por ser mis madres a lo largo de mi vida, por enseñarme a luchar y a ser fuertes y por ser mi mayor ejemplo de superación.

A mis amigos:

Dahena y Victor, siendo estos mis dos mosqueteros las personas que han estado conmigo siempre, en días buenos y días malos. Si están en mi camino es por una razón.

A José, Melissa, Daniela, Angelika, Nesly, Natali, Adriana, Valeria por hacer mi vida

universitaria una diversión inigualable. A Jimena por sus consejos y ser una maravillosa amiga siempre, a todos por enseñarme a reír de los problemas, a valorar la vida y también por dejarme ser parte y aprender de ustedes también. A Sharon por ser parte de mi vida desde que estaba en la secundaria, quien ha aplaudido mis logros desde entonces.

A mi asesora:

Psic. Claudia Lizardi como de cariño le decimos, por tantos regaños pero al igual por tantos motivos para seguir, por sus palabras de “ya llegara tu momento” que no lo entendía en ese momento pero ahora ya lo se. Por comprender mi vida a lo largo de este tiempo, por animarme y nunca soltar mi mano, por escucharme cuando el mundo se me estaba terminando, mil gracias por ser esa luz en mi camino, al igual que su pequeña hija Isabella quien estuvo en su pancita durante este tiempo. Gracias por la paciencia, el amor y ser mi fuerza. Te quiero Lizardi.

RESÚMEN

La presente tesina que lleva por nombre **“análisis sobre el duelo sano y duelo patológico”**. Para obtener el título de licenciada en psicología, está constituida por tres capítulos de abordaje teórico los cuales son:

En el primer capítulo se abordará el duelo, el cual se entiende como la reacción natural ante la pérdida. Esta experiencia es universal y, a la vez, personal. Las experiencias particulares de duelo varían y están influenciadas por la naturaleza de la pérdida. Algunos ejemplos de pérdida incluyen la muerte de un ser querido, el final de una relación importante, la pérdida del empleo, la pérdida por un robo o la pérdida de la independencia debido a una discapacidad.

Posteriormente se explicara lo que es el duelo normal y duelo patológico. El duelo normal, también llamado duelo no complicado, abarca un amplio abanico de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida.” (Worden, 2013); estas reacciones son mantenidas por un período breve de tiempo, de 6 a 12 meses aproximadamente. El duelo patológico es la intensificación del duelo hasta un punto en el que la persona se siente abrumada, recurre a conductas inadaptadas o se queda estancada en este estado sin que el proceso del duelo avance hacia su resolución. (...) Supone unos procesos que, en lugar de avanzar progresivamente hacia una asimilación o acomodación, conducen a repeticiones estereotipadas o interrupciones prolongadas del proceso de curación” (Horowitz y otros, 1980, pág. 1157. Citado en Worden, 2013)

Finalmente se abordaran los modelos y técnicas terapéuticas para afrontar el duelo, desde el abordaje de los diferentes modelos terapéuticos de la psicología, así como su eficacia y si existe algún tratamiento farmacológico.



ÍNDICE



ÍNDICE

Dedicatorias	
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	10
Marco Teórico.....	12
Capítulo I: El duelo.....	13
1.1 Antecedentes históricos del duelo.....	15
1.1.1 Estudio del duelo desde diferentes autores.....	15
1.1.2 Erich Lindemann (1944).....	17
1.1.3 Bowlby, (1970).....	17
1.1.4 Kübler-Ross.....	18
1.2 El duelo: una revisión.....	25
1.2.1 Teóricos del duelo y etapas que asignan al mismo.....	27
1.2.2 Concepto de duelo.....	30
1.2.3 Biología del duelo.....	32
1.2.4 Tipos de duelo.....	34
1.2.5 Mitos y realidades del duelo.....	35



1.2.6	Mitos respecto al duelo en niños y niñas: (Ferrufino, 2020).....	37
1.3.1	La Duración del duelo.....	38
1.3.2	Perspectiva psicológica del duelo.....	38
1.3.3	Perspectiva psicosocial del duelo.....	39
1.3.4	Perspectiva social del duelo	39
1.4	El proceso de duelo.....	40
1.4.1	Duelo y pérdidas	40
1.4.2	Proceso de duelo según William Worden	41
1.4.3	El proceso de duelo y la cultura.....	42
1.4.4	Espiritualidad y duelo	43
1.5.1	Las sensaciones en el duelo	45
1.5.2	¿Como afectan las pérdidas?.....	46
1.5.3	Tipos de pérdidas según Tizón (2004).....	47
	Capítulo 2. Duelo normal y duelo patológico	49
2.1	Características patognomónicas de un duelo normal o agudo.....	49
2.1.1	Duelo Normal	50
2.1.2	La tristeza y la ansiedad en el duelo normal	51
2.1.3	Estrategias de afrontamiento positivas en el duelo normal de 6 meses a un año....	52
2.1.4	Valoración y diagnóstico del duelo	53
2.1.5	Etapas del duelo normal	55
2.2	Duelo patológico	55
2.2.1	Estrategias de afrontamiento negativas en el duelo patológico.....	57



2.2.2	Duelo complicado o patológico en las clasificaciones psiquiátricas.....	58
2.2.3	Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico	59
2.2.4	Factores de vulnerabilidad para el duelo Patológico	60
2.2.5	Predictores de duelo patológico	61
Capítulo 3. Modelos y técnicas terapéuticas para afrontar el duelo.....		65
3.1.	Modelo de Elisabeth Kübler-Ross.....	65
3.1.2.	Modelo de J. William Worden	66
3.1.3.	Modelo de Luto de Desliele-Lapierre	68
3.1.4.	Modelo de Robert Neimeyer	68
3.1.5.	Modelos en torno al proceso de duelo.....	69
3.2.	Técnicas terapéuticas desde diferentes corrientes psicológicas para afrontar el duelo	72
3.2.1	Gestáltico-Humanista.....	72
3.2.2	Corriente sistémica	74
3.2.3	Corriente Psicoanalítica.....	78
3.2.4	Aplicación de la Terapia Interpersonal (TIP).....	83
3.2.5	Corriente Cognitivo-Conductual.....	84
3.3	Intervención y apoyo a las personas en duelo	91
3.3.1.	Cuándo es necesario el tratamiento	92
3.3.2	Criterios para la búsqueda de ayuda profesional	92
3.3.3	Estrategias terapéuticas	93
3.3.4.	Objetivos terapéuticos.....	94



3.3.5. Vías de Intervención	95
3.3.6 Indicadores de recuperación.....	97
3.3.7 Tratamiento psicofarmacológico.....	98

índice de tablas

Tabla 1. <i>Etapas del duelo según Elisabeth Kübler-Ross</i>	23
Tabla 2. Teóricos del duelo y etapas que asignan al mismo.....	27
Tabla 3. Proceso de duelo según William Worden.....	41
Tabla 4. Tipos de pérdida según Tizón (2004).....	47
Tabla 5. Características patognomónicas de un duelo normal o agudo.....	49
Tabla 6. Estrategias de afrontamiento positivas en el duelo normal.....	52
Tabla 7. <i>Manifestaciones del duelo en adultos</i>	53
Tabla 8. <i>Estrategias de afrontamiento negativas en el duelo patológico</i>	57
Tabla 9. <i>Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico</i>	59
Tabla 10. <i>Modelos en torno al proceso de duelo</i>	69
Tabla 11. <i>Criterios para la búsqueda de ayuda profesional</i>	92
Conclusión.....	99
Esquema.....	101
Bibliografía	102



INTRODUCCIÓN

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Introducción

*Haced lo que de verdad os importa...
Solo así podréis bendecir la vida cuando
la muerte Este cerca.*

–Elisabeth Kubler Ross–

El presente estudio se centrará en el análisis del duelo sano y duelo patológico, pues el profundo y duradero impacto que puede ocasionar la pérdida en las vidas de los individuos y grupos sociales es señal de la importancia del tema que nos trae y del protagonismo que ha de cobrar: su estudio, la investigación e intervención desde las distintas disciplinas sociales y médicas en lo relativo a los discursos en torno a la pérdida, el duelo y la muerte. En palabras de Christine Valentine (2006:57-78) en la actualidad se ha producido una fractura conceptual y disciplinaria en el modo de entender la pérdida en el mundo moderno, al ser psicologizada y medicalizada, mientras que el luto y el duelo, a modo de ritual de comportamiento ha sido romantizado y abordado como algo exótico (Hockey, 1996, 2001; Walter, 1999).

El interés del tema, rebasa ampliamente el campo de la Salud Mental y afecta a todo el ámbito sociocultural. El duelo, como experiencia humana, es en parte natural y en parte construido, ya que las características centrales de nuestra respuesta a la pérdida reflejan nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivadas de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia, mientras, por otro lado, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o de una comunidad más amplia. Desde una perspectiva interdisciplinaria amplia, los fenómenos de la pérdida, de la pena y del duelo están atravesados por múltiples significados. Aunque a un cierto nivel las reacciones humanas al duelo se basan en la historia evolutiva compartida con otros animales sociales, la

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



propensión humana, que nos distingue, construye un universo simbólico sobrepuesto a uno natural al que atribuye significados que conforman nuestra adaptación a la muerte y a la pérdida de una forma humana única. Siendo nuestro gran reto, ser capaces de comprender *Sociológicamente* la respuesta humana a la pérdida reconociendo el rol del ritual, de la cultura local y del discurso que le atribuye un significado, *psicológicamente* considerando el duelo como un esfuerzo para renegociar una autonarrativa coherente que adapte las transiciones dolorosas, tanto si son normativas como traumáticas, y *psiquiátricamente*, revisando las pruebas de que un duelo complicado constituye un diagnóstico diferente al cual las personas con historias problemáticas de apego pueden ser particularmente vulnerables.

La gran capacidad de los humanos de crecer a través del duelo, y de reafirmar o revisar los mundos de creencias que la pérdida ha puesto en peligro es también, sin lugar a dudas un área nunca suficientemente explorada y de necesario entendimiento. Implícitamente se encuentra una visión expandida del concepto de significado, que trasciende el discurso muchas veces limitado que lo equipara a las “cogniciones” en las mentes de los individuos (Neimeyer, 2000), y a pesar de que el significado muchas veces se enfoca en términos de interpretación, creencias o autoafirmaciones, la conciencia individual representa simplemente un sitio para la construcción del significado, que también reside y deriva del lenguaje, las prácticas culturales, las tradiciones espirituales, y las conversaciones interpersonales, todas las cuales interactúan para moldear y formar el significado del duelo para un individuo o grupo determinado.

Una implicación de este punto de vista del significado más “socializado” es incluso aquello que parece irreductiblemente personal -es decir, nuestros “modelos operativos” implícitos del self y del mundo anclados en nuestros lazos de apego con las personas significativas. Por eso, el significado de cualquier pérdida sólo puede entenderse con el trasfondo de los factores evolutivos, sociales o culturales que son irreductibles a los significados explícitos de la persona en duelo. Esperamos que el lector comparta nuestra opinión por esta matriz de si

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



gnificado, y que se una a nosotros en la búsqueda de la comprensión del rol del duelo, entendido como un impedimento como un incentivo al crecimiento humano y a la realización.

La muerte es una realidad e inherentemente tan natural como la vida misma, que hace que todos seamos iguales. Habiendo autores que defienden que para alcanzar la plenitud en la vida hay que aprender a enfrentarse adecuadamente con las penas, el dolor y la muerte.

En la práctica clínica, los profesionales de la salud habitualmente atienden a personas que evidencian respuestas psicológicas y psicosociales que afectan a su salud como consecuencia de pérdidas, por lo cual debe saber distinguir y predecir distintos modelos personales de desarrollarse del duelo, además de como afecta a la salud si se mantiene en el tiempo o se distorsiona. Como no se habla de eso, muchas personas no entienden esa compleja mezcla de emociones y significados que acompañan a la pérdida de un ser querido, viviéndolas como algo raro y antinatural, dudando en muchas ocasiones sobre si serán capaces de comportarse de manera correcta.

Las culturas occidentales contemporáneas están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del duelo, la idea de que el duelo representa una respuesta “natural” a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios o intentos presumiblemente universales (Neimeyer, 2002). Esta perspectiva sitúa, además, el dolor *dentro* de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad humana a los estados interiores o a las características de las personas afectadas, más que a sistemas y estructuras sociales más amplias (Foucault, 1970). Esta tendencia a “psicologizar” el duelo se hace particularmente evidente en la cultura americana de finales de siglo XX, apoyada por los avances en la investigación médica y psicológica, y por un clima optimista que prescribe el *counseling* o la psicoterapia como la respuesta adecuada a un amplio abanico de problemas.

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



1.1 Planteamiento Del Problema

La muerte es una vida vivida. La vida es una muerte que viene.
–Jorge Luis Borges

El objetivo de estudio de investigación es realizar un análisis teórico de las teorías ya estudiadas que nos ayuden a comprender cuando un duelo sano se convierte en un duelo patológico, puesto que a pesar de los beneficios humanitarios y científicos de los enfoques psicológicos, el fenómeno de la muerte y del duelo también necesita un análisis desde unas perspectivas disciplinarias más amplias, sobre la que los antropólogos, durante mucho tiempo se mostraron intrigados: por la forma en que diferentes culturas han construido creencias y prácticas únicas mediante las cuales otorgan un significado a la mortalidad y a su rol en la vida humana (Campbell, 1988). Efectivamente, el intento prehistórico de formular teorías mitológicas, cosmológicas sagradas y seculares sobre la vida y la muerte define en un sentido la cultura, entendida como una respuesta distintiva del grupo a las eternas cuestiones. “¿*Quiénes somos? ¿De dónde venimos? y ¿A dónde vamos?*?”. Desde este punto de vista englobador, la muerte se convierte no solamente en un hecho meramente biológico al cual sucumbimos, sino también en un catalizador para la construcción de marcos culturales evolutivos de significado que unen miembros de sistemas a través de las generaciones.

Los investigadores del proceso del duelo, han estudiado muchas cuestiones, ocupándose de la descripción y explicaciones sociológicas, de los rasgos clínicos de las reacciones "normales" y "anormales" en las diferentes edades, sexo y las culturas; de los programas preventivos, de la relación entre el duelo y otras clases de pérdida, así como las diversas formas culturales del luto. Por todo ello se parte de una inmensa madeja de información disponible, la cual vamos a desglosar desde diversos aspectos y a la luz de las conclusiones de las investigaciones.



Cuando hablamos de duelo nos referiremos a la respuesta total a la experiencia emocional de la pérdida que se manifiesta no sólo a través de pensamientos sino de sentimientos y conductas siendo las formas culturales e institucionales que puede adoptarse diversas, y que en su conjunto denominamos luto. Al mencionar pérdida se está aludiendo a una situación real o potencial (posible o condicional) en la cual un objeto o persona valiosa se hace inaccesible o deja de percibirse como tal. De igual manera el término congoja (así como pena y dolor) se refiere exclusivamente a las respuestas subjetivas ante la pérdida y su manifestación. Los primeros estudios sobre el duelo partieron desde aportaciones psicoanalíticas y en su evolución han incorporado numerosos aspectos e investigaciones en series de pacientes.

Dentro de las aportaciones psicoanalíticas conviene recordar algunos elementos básicos. Sigmund Freud (1917 [1915]) señaló ya las características clínicas frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces. Para él, el trabajo del duelo consistía en aceptar la realidad de la pérdida e ir desligando la libido del objeto perdido: La melancolía, como consecuencia de una pérdida de objeto, según Freud sustraída a la conciencia, conducía a un gran empobrecimiento del Yo, en relación con el predominio de elección de objeto de tipo narcisista. Otros autores psicoanalíticos como O. Fenichel (1994: 437-457) señalaron el papel que la ambivalencia con relación al objeto perdido puede tener en la génesis del duelo patológico, mientras L. Grinberg postula que toda pérdida objetual presupone para el inconsciente una pérdida de la parte de Yo ligada al objeto; a partir de las ideas de M. Klein (1989: 310-346), quien distingue dos tipos de culpa: culpa depresiva en la que predominan la reparación, la pena y la preocupación por el objeto, que es la propia del duelo normal, y culpa persecutoria vinculada a componentes destructivos, en la que predominan el resentimiento y el autorreproche, que se manifiesta más en los duelos patológicos. Grinberg señala, por tanto, la importancia de la readaptación del Yo frente a la realidad, tras la aceptación de la pérdida, y el papel de los mecanismos de identificación en el restablecimiento interior de la imagen del objeto perdido. Igualmente incide en la importancia de realizar el duelo por las partes perdidas del Self para poder



elaborar el duelo por los objetos. En definitiva, la relación de la identidad con la elaboración de los duelos y la necesidad de cierta estabilidad para la resolución de las crisis.

En la consideración freudiana, el dolor del duelo no es un dolor narcisista sino un dolor psíquico necesario para la maduración, en palabras de P. y G. Lemoine “el duelo es hacer las paces con el muerto y que supone la pérdida de alguien para el que somos objeto de su deseo”.

El duelo normal, como reacción emocional ante la pérdida de un ser querido, se encuentra como clasificación diagnóstica en el DSM-IV atribuyéndole al mismo síntoma depresivo moderado como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficits funcionales ni de inhibición psicomotora. Por lo que presenta múltiples aspectos para la reflexión y la investigación clínica, siendo frecuente en las tareas asistenciales, ya sea como motivo de consulta, desencadenante o factor relacionado con la psicopatología que emerge en la historia biográfica o en las intervenciones psicoterapéuticas.

Por lo tanto, la muerte de un ser querido es una experiencia amarga. El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarramiento y de desolación completa, que, en los casos más graves puede durar años e incluso toda la vida. (Echeburúa, 2004). El proceso de duelo supone una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a rehacer su vida desde una perspectiva diferente. En realidad el duelo es el proceso de asimilar una pérdida (Pérez Cuésta y Nicuesa, 1999). Los recursos desplegados para superar el duelo constituyen un reflejo del instinto de supervivencia para hacer frente a las dificultades de la vida.

Cada ser humano reacciona de manera diferente ante una pérdida, sin que exista una pauta inamovible de cómo una persona tiene que manifestar y afrontar su dolor. Es más,

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



además de las diferencias entre personas, hay variaciones en una misma persona en las distintas pérdidas experimentadas. Al ser cada persona fallecida única e irrepetible, así como las relaciones interpersonales que se establecen con ellas, el superviviente nunca vivenciará de la misma forma la muerte de dos allegados. Por lo tanto, cada proceso de duelo será, en cierto modo, siempre diferente (Bonanno y Kaltman, 2001).

El problema psicopatológico se plantea cuando la persona experimenta un sufrimiento insufrible cuando se encuentra clínicamente deprimida y cuando no cuenta con recursos psicológicos suficientes o sus estrategias de afrontamiento son erróneas. En estos casos el superviviente muestra una incapacidad para adaptarse a la nueva situación planteada tras la pérdida. Es entonces cuando la persona muestra un duelo patológico y necesita ayuda externa para salir adelante y readaptarse a la vida cotidiana.

El presente estudio de investigación se llevará a cabo con una recopilación de teorías ya estudiadas, las cuales nos den a conocer los procesos y las etapas que se viven en el duelo y cuando es cuando un duelo sano se convierte en un duelo patológico. Dicha investigación es viable ya que se cuenta con la bibliografía necesaria para dicha investigación. Considerando que no se nos presentan deficiencias en la investigación ya que cuenta con los recursos necesarios.

Pregunta central de Investigación

Por lo mencionado anteriormente es que surge la intención de conocer ¿Cuál es la diferencia del diagnóstico del duelo normal y el correspondiente al duelo patológico en la práctica clínica? el cuál puede derivar en depresión y, en los casos más extremos, en suicidio.

Objetivo general

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Realizar una investigación documental sobre el análisis del duelo sano y el duelo patológico, conociendo las características del duelo normal, las etapas que lo atraviesan y los signos o conductas que indican el final del duelo. Así mismo Conocer las características del duelo complicado o patológico, y recabar aquellos indicadores de detección y evaluación que permitan su identificación en la práctica clínica. Culminando con conocer las técnicas terapéuticas que existen y que tan eficaces han sido en los tratamientos para los pacientes en proceso de duelo.

1.2 Justificación

*No sabes lo fuerte que eres hasta
que ser fuerte es la única opción que
tienes.*
–**Bob Marley**

Según el INEGI, México registró una tasa de defunciones en 2021 de 88 habitantes por cada 10 mil, superior en dos unidades a la información definitiva del año anterior. Las implicaciones de este crecimiento de fallecimientos nos indica que un gran número de personas pasó por un proceso de pérdida. Esto de acuerdo al estudio preliminar realizado por el INEGI “Estadísticas de defunciones registradas 2021”.

Las implicaciones de este crecimiento de fallecimientos nos indican que gran parte de la población tuvo que pasar por un proceso de pérdida de algún familiar, conocido o persona cercana. Sin embargo, este no sería el único duelo por el que pasarían los ciudadanos. La primer Encuesta de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021) realizada por el INEGI, reveló que la proporción de población con síntomas de depresión ascendió a 15.4% de la población adulta, la cual comprende 85 millones 858 mil 383 ciudadanos, de los cuales 13 millones 222 mil 191 han presentado síntomas de depresión.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Poniendo en perspectiva esta problemática, de cada 8 mil 585 ciudadanos, mil 322 han sufrido este problema de salud mental y tomando en cuenta que la tasa de “no respuesta” fue de 9.9% según los resultados presentados, se considera que los números anteriores aumentan en relación a las respuestas.

A partir de dichos datos surge la gran preocupación sobre el ineficiente sistema que tiene México en cuanto a la salud mental y el poco interés que el gobierno, así como las instituciones privadas, le dan a la población que pasa por momentos de crisis.

Las pérdidas que puede sufrir una persona no se basan únicamente en la propia vida, está también “el cambio de colegio, la separación de los padres, el nuevo puesto de trabajo, una promoción laboral, ser madre, la muerte de un ser querido, un nuevo domicilio, la muerte de la mascota, la jubilación, una mutilación, un aborto provocado o natural, el despertar de los sueños y fantasías, el paso de la niñez a la pubertad, a la adolescencia a la edad adulta, afrontar una grave enfermedad” declaró la tanatóloga Beatriz Schiaffino en 2014. Todo ello y muchas más cosas generan un proceso de pérdida y por lo tanto un duelo. “Los duelos por pérdida no son patrimonio exclusivo de la muerte. Hay un duelo por delante en la vida de todo aquel que sufre una pérdida, que atraviesa un cambio, que deja una realidad para entrar a otra” resaltó el médico Jorge Bucay en su libro de 2001 “El Camino de las lágrimas.

Por tal motivo es importante tomar en cuenta que cuando el duelo se presenta, la personalidad, la psique de la persona, su historia, experiencias de vida y el sistema de afrontamientos que posee, más allá de las circunstancias de la muerte, tendrán que ver con la forma de asimilar el duelo. Es por ello el interés de realizar esta investigación, ya que en la actualidad la salud mental se ha visto cada día más afectada, pues de cierta manera entendemos que el duelo que vivimos día con día no solo es de muerte sino de cualquier tipo de pérdida.



MARCO TEÓRICO



Marco Teórico

*Llorar es hacer menos profundo el duelo
–William Shakespeare*

Capítulo 1: El duelo

El duelo (del latín dolus, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar. En tal sentido podemos decir que el duelo es la respuesta normal y natural a una pérdida humana o separación. Es también, una respuesta a cualquier tipo de pérdida, no sólo a la muerte de una persona. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo, produce reacciones humanas comunes. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Sin embargo, aún cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que genera la separación transitoria o definitiva de un ser querido, la pérdida de un órgano, la pérdida de una función, las pérdidas de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo que se van dejando atrás; son pocas las oportunidades de aprendizaje que se tienen acerca de cómo manejar el duelo que producen las pérdidas significativas a lo largo de la vida humana.

Galindo define el duelo como una reacción psicosomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o de alguien significativo para nosotros. Plantea también, que el duelo es en el fondo un sufrimiento moral causado por el despojo interno y desgarrador ocasionado por una pérdida significativa que alimentaba la autoestima de una persona y trae deterioro de su dignidad humana.

Por otra parte, Worden refiere que el duelo representa una desviación del estado de salud, y de la misma manera que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a su estado de equilibrio.

Los teóricos sobre el duelo, han estudiado los signos y síntomas que se presentan durante el proceso de elaboración del duelo y los han configurado en diferentes etapas. Sin embargo, no necesariamente toda persona en duelo debe pasar por todas ellas de la misma manera, ni seguir una determinada secuencia. Kubler, una de las teorizantes más conocidas sobre este tema, realizó numerosas investigaciones con enfermos terminales y su relación con el duelo anticipado (muerte próxima); elaborando un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Por su parte, Davidson referido por Savage, en su estudio sobre 1200 adultos que habían perdido a sus hijos (duelo vivido por la pérdida de otro), desarrolló cuatro dimensiones en el proceso de duelo: shock e insensibilidad; búsqueda y ansiedad; desorientación y reorganización.

Sea cual fuese el punto de vista de los teóricos, todas las etapas se relacionan entre sí, lo importante es tener presente que toda pérdida genera en el que la sufre, un proceso de duelo, y que para que ese proceso ocurra de forma saludable, sin repercusiones negativas en el futuro, tiene que ser elaborado a través de diferentes etapas, en un tiempo variable que depende tanto de la vida emocional del sujeto como del apoyo oportuno y efectivo de su entorno y que puede requerir, en algunos casos, hasta 3 a 4 años para su resolución.

Bracho, reafirma lo antes expuesto cuando plantea que el proceso de elaboración del duelo es lento, se cumple a través de varias etapas que no tienen que ser consecutivas, pueden superponerse, reaparecer o predominar alguna de ellas. Pero es indispensable que se transiten todas y cada una, para que ocurra la gradual aceptación e integración de la pérdida.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



La pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno de los dolientes. Ripoll, describe cuatro grupos de factores que afectan de manera importante al duelo por la muerte de otro; factores psicológicos, recursos personales, circunstancias específicas de la muerte y apoyos externos. Con relación a los factores psicológicos que afectan el duelo, el citado autor considera que la pérdida y el sentido de la pérdida son únicos, de tal manera que una misma pérdida tiene un significado diferente para varias personas, porque las percepciones son individuales y dependen del sentido, calidad e inversión emocional que representó para el doliente la relación con el fallecido, de la dependencia o independencia que ha generado, de la cantidad y calidad de los asuntos sin resolver entre el doliente y el fallecido, de las características del fallecido, (edad, sexo, personalidad), así como de la percepción del doliente acerca de la realización y las satisfacciones que la vida ha deparado al fallecido.

También del rol y las funciones que tenía el fallecido dentro de su núcleo familiar y del sistema social en el que se movía, todo lo cual va a originar una superposición de pérdidas. Si las relaciones con el ser querido fueron conflictivas, el dolor no solo es por la pérdida; sino también por la culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; y la imposibilidad de no poder cambiar esa situación. En este caso, la muerte revive conflictos no resueltos oportunamente tales como miedos, ansiedades, sentimientos de abandono infantil; y conflictos de ambivalencia, dependencia, seguridad en las relaciones padres-hijo. De tal manera que el doliente tiene que superar simultáneamente pérdidas presentes y pasadas.

1.1.1 antecedentes históricos del duelo

En 1917, Freud compara la naturaleza del duelo con la de la melancolía. Descubre, aunque no obtiene suficiente confirmación para hacer una generalización, que son manifestaciones muy similares, pero que mientras que el duelo es una situación pasajera, tras la cual se restablece el dominio del yo, en la melancolía, en cambio, existe una



degradación del yo, que surgiría como reflejo de un deseo de denigrar al objeto de afecto perdido. En su estudio de 1917, Freud compara la naturaleza de la melancolía con la del duelo, tomado el segundo como un afecto normal.

En general, el duelo es la reacción frente a la pérdida de un ser amado, o de una figura que ocupes ese sitio (la patria, la libertad, un ideal, etc.). En algunas personas se observa melancolía en lugar de duelo, lo cual hace suponer a Freud de una disposición enfermiza. La melancolía se identifica con una cancelación del interés por el mundo exterior, la desazón muy dolida, la pérdida de la capacidad de amar, inhibición de la productividad, y unas autodegradaciones. Estos rasgos son comunes con el duelo, excepto en la autodegradación.

En el duelo, esta reacción paralizante no es considerada patológica porque puede explicarse, tiene un origen, y, además, tarde o temprano, es superado. El trabajo que opera el duelo, puede explicarse del siguiente modo: el objeto amado ya no está, y según el autor, debe quitar la libido de sus lazos con el objeto, a lo cual se opondrá, y puede llegar a un extrañamiento de la realidad, y a una retención del objeto por una psicosis alucinatoria. Lo normal es que esto no ocurra, pero la normalización demora, pero una vez concluido el duelo, se retorna a la normalidad. Aplicado a la melancolía, también puede ser reacción frente a una pérdida de objeto amado. En ocasiones, cuando el objeto perdió su protagonismo, o sea ya no es objeto de amor (ejemplo: novia abandonada). Podríamos decir que, en la melancolía, la pérdida proviene del subconsciente. Mientras que, en el duelo, no hay nada inconsciente.

En el duelo, la inhibición y falta de interés se solucionan por el trabajo de duelo, luego del cual se reinstaura el yo. Pero en la melancolía, hay un trabajo interior similar, y que es el causante de la inhibición característica. La melancolía va acompañada del empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha vuelto pobre y vacío, pero en la melancolía, es el yo el que se convirtió.



Este delirio de insignificancia se complementa con insomnio, rechazo del alimento y desfallecimiento de la pulsión de vida. Es estudiando los auto reproches como reproches contra el objeto de amor, que han rebotado sobre el yo, en ausencia del otro. Se infiere entonces que la disposición a contraer melancolía, es causada por un predominio de la elección de objeto de tipo narcisista. Esta inferencia no pudo ser confirmada en el estudio.

Se observa entonces que la melancolía pide prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra a la elección narcisista. La transferencia de la insatisfacción provocada por el objeto amado, hacia el objeto sustituto (que es el yo), se manifiesta en forma de odio, insulto. Degradación, provocarle sufrimiento, que despierta placer. Ese auto martirio es un instrumento de venganza contra el objeto originario de la perturbación afectiva. Es así que ponerse enfermo es la meta.

Este sadismo estaría presente en la inclinación al suicidio. De este modo, este impulso, no sería más que el reflejo del deseo de matar a otro. Entonces en las situaciones de enamoramiento extremo y de suicidio, el yo, es sojuzgado por el objeto.

1.1.2 Estudio del duelo desde diferentes autores

1.1.3 Erich Lindemann (1944), fue el primero en describir:

La sintomatología física y mental del duelo agudo, y en demostrar con datos de seguimiento que las formas de reacción de la gente eran bastante similares. Consideraba el duelo como un síndrome o conjunto de síntomas, cuya evolución podría variar en función del tipo de pérdida y de las experiencias previas del duelo. Describió las características del duelo normal como: 1. Algún tipo de malestar somático o corporal 2. Preocupación por la imagen del fallecido 3. Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte 4. Reacciones hostiles 5. Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida 6. Parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta



A través del tiempo ha habido múltiples intentos de describir las manifestaciones psicológicas del duelo o etapas por las que pasa una persona que pierde a un ser querido. En el presente apartado se exponen las fases que plantean diferentes autores que, aunque existe una equivalencia sólo parcial entre ellos, hay una progresión de fases que es común y que nos interesa, ya que lleva a la elaboración del duelo.

Se atribuye a Freud (1917) el haber delineado el estudio de los procesos psicológicos del duelo durante el siglo XX. Lindemann (1944) refuerza el modelo propuesto por Freud y define etapas del duelo con base a observaciones de personas que perdieron a sus familiares en forma trágica.

1.1.4 Bowlby, (1970) el autor más importante en el tema, propone:

Su primer modelo sobre las etapas del duelo en 1961, basado principalmente en los influyentes trabajos de Freud y Lindemann (1944). Originalmente plantea la existencia de tres etapas: añoranza y búsqueda de la persona perdida, desorganización y reorganización. Posteriormente (1969, 1980) Bowlby describe la etapa de embotamiento. Esto como consecuencia de los resultados de un trabajo en el que entrevistó a un grupo de 22 mujeres viudas en cinco oportunidades durante el duelo (Parkes, 1964; Bowlby & Parkes, 1970).

Las ideas sobre el duelo propuestas en estos trabajos guardan gran similitud con su conocida teoría del apego (1969, 1973, 1980). En ésta, Bowlby teorizó que los niños pequeños forman, desde temprano, un lazo con la figura materna, cuya ruptura lleva a la ansiedad de separación. Se verá, así, que los mecanismos para afrontar esta separación serían sustancialmente los mismos que son observados cuando un niño mayor o un adulto pierden a una figura amada.

1) Embotamiento de la sensibilidad (evitación, negación)

Muchas viudas del estudio de Parker se sintieron aturridas, desorientadas, confundidas y, en mayor o menor grado, incapaces de aceptar la pérdida. Pensamientos asociados a éste breve período, y que implican una negación de una realidad excesivamente



dolorosa, serían: “No es posible”, “No es verdad”, “No lo creo”, etc. La actividad cotidiana de la persona suele quedar interrumpida.

Muchas dijeron no haber sentido nada (indiferencia). A veces la calma quedaba rota con una descarga emocional extrema, generalmente de pánico, pero frecuentemente de ira. En uno o dos casos expresaron haberse sentido eufóricas. Puede durar minutos, unas horas, o varios días (hasta la primera semana).

2) Añoranza y búsqueda (confrontación, fase aguda de duelo)

Se produce una “escisión del yo” (término de Freud): por un lado se acepta la pérdida, por otro se tienen fantasías con el ser amado, expectativas, impulsos de búsqueda y recuperación, sensaciones de que aún está presente, todo lo cual puede expresarse de diversas formas:

Percepciones

Tendencia a situar la atención en aspectos de la realidad asociados (por ejemplo, una fotografía donde esté el fallecido), confundir en la calle a una persona con él, sentirlo presente ante diversos estímulos (ruido de una puerta, sonidos que se asimilan a su voz o sus pasos).

Es especialmente importante dejar constancia aquí de lo frecuentes que son las experiencias de contacto con el fallecido (les animo a mantener su mente abierta, y no incurrir en el mismo error que los investigadores, al interpretarlas prejuiciosamente como “alucinaciones”).

Pensamientos

Tendencia a recordar a la persona perdida, obsesiones respecto a él y las condiciones de su muerte (por ejemplo, pensamientos sobre la posibilidad de haber evitado lo ocurrido), temor a olvidarlo (no pensar en él), porque se asocia a una pérdida consumada.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Algunas veces las ideas de suicidio, escenificaciones, o intentos reales, pueden manifestar este deseo de reencuentro.

Como es natural, y teniendo en cuenta el sentido principal de los sueños (la realización de deseos), es normal la ocurrencia de sueños donde el ser querido está vivo, y que se experimentan de una forma muy real.

Emociones

Existe un estado de excitabilidad psicológica aumentada (inquietud general), que se manifiesta como irascibilidad, angustia generalizada o crisis de angustia (no vivir ya con el difunto implica vivir lo desconocido), sentimientos de odio, culpa, y que formaría parte de la conducta de búsqueda. Al mismo tiempo, habría una tristeza profunda, síntomas depresivos diversos, añoranza, y accesos de llanto, que expresan un reconocimiento de que la recuperación es imposible (Bowlby, 1980).

Según Bowlby, la ira (respuesta general ante la privación de algo) es una respuesta inmediata, corriente y quizás invariable, a la pérdida, constituye parte integral de la reacción de pesar y es la emoción más importante de esta etapa. Su función sería protestar ante la pérdida, tratar de recuperar a la persona fallecida, recriminarle y disuadirla de irse de nuevo, y expresar frustración porque no “regresa”. Asimismo es común dirigir ira u odio (muchas veces de forma injusta) hacia personas a las que se culpa de lo ocurrido (médicos, enfermeras, cuidadoras...), incluido él mismo si tiene tendencia depresiva.

El sentido de la culpa (ira hacia uno mismo, auto reproches) puede ser el hecho mismo de seguir vivo y que el ser querido no lo esté, no haber hecho algo para evitar su muerte, sentir ira o sentir alivio (liberación de responsabilidad), o el mismo hecho de llorar (percibido como descontrol emocional).

Otra sensación frecuente es la de sentirse “mutilado”: la parte de uno mismo que ha “muerto” con el fallecido es todo aquello relacionado con el vínculo, aquella parte de la vida que era compartida con él.



Conductas

Visitar sitios que fueron relevantes afectivamente para los dos (como un parque, plaza o paseo), buscarlo, consciente o inconscientemente, en los lugares a los que solía ir, repasar fotografías, coger y acariciar objetos comunes, estar en la habitación más relacionada con él.

Es normal que se mantengan las pertenencias del fallecido, que en la habitación más vinculada a él no se toque nada (un cambio expresaría renunciar al reencuentro). También las visitas al cementerio podrían expresar este anhelo de recuperación.

Lo más importante es la expresión emocional, siendo fundamental la verbalización (o expresión escrita) ante un interlocutor confiable y empático.

Empatía es la capacidad de comprender al otro, poniéndonos en su lugar, opuesto a “egocentrismo”; en el caso de los sentimientos, éstos “resuenan” en nosotros debido a las propias vivencias (no confundir con “simpatía”, que es un proceso puramente emocional que hace que uno sienta igual estado emocional que el otro). Es ésta una actitud que implica respeto a la percepción ajena, y que permite facilitar el proceso de duelo o cualquier proceso de crecimiento.

3) Desorganización y desesperanza (tristeza)

Esta fase del duelo implica la pérdida inconsciente de la esperanza de reunirse de nuevo con el ser querido. Desde la tristeza o desde un estado depresivo, se vive la desesperanza, al frustrarse todo intento de retomar el vínculo con el fallecido, y el sentimiento de incapacidad de organizar la propia vida.

4) Reestructuración (reorganización, aceptación, restablecimiento)

Se acepta que la pérdida es permanente y hay una gradual declinación del duelo, que corresponde al inicio del equilibrio emocional y la reinserción social. Los recuerdos del



ser querido se acompañan de sentimientos de cariño y suave tristeza, habiéndose superado el agudo dolor emocional de las etapas anteriores.

En la concepción teórica de Bowlby, se trata de una reestructuración de los modelos representativos del sí mismo y del mundo externo: por ejemplo, adaptarse a la idea de ser viuda o replantearse las ideas respecto a la vida y la muerte. Poco a poco se va aceptando la nueva realidad, y pueden surgir planes para el futuro.

Una elaboración adecuada del duelo es una oportunidad, y permite, igual que las crisis en general, el crecimiento interior y el cambio favorable de la personalidad. Ya nada es igual que antes y, a partir de ahora, la persona puede enfrentar la vida con mayores recursos mentales y con un equilibrio interior más sólido.

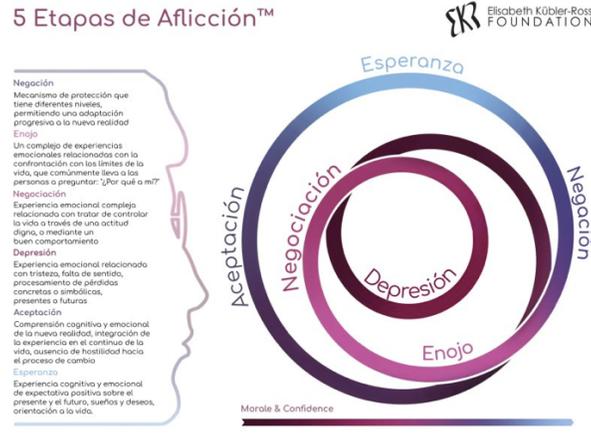
Suele durar entre 2 semanas y 3 meses, y en los casos de duelo por la pérdida de una persona muy cercana y querida, podría prolongarse hasta los 6 meses.

1.1.5 Kübler-Ross,

Este modelo comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo, por la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross en su libro *On death and dying*, en 1972. Este libro describe, en cinco etapas distintas, un proceso por el cual la gente lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica. Además, este libro expuso la necesidad de un mejor tratamiento a los individuos que están lidiando con una enfermedad fatal.

Imagen 1.

Etapas del duelo según Elisabeth Kübler-Ross



Fuente: Fundación Elisabeth Kübler-Ross

Tabla 1

Etapas del duelo según Elisabeth Kübler-Ross

1. **Negación:** «Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí».

La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.

2. **Ira:** «¿Por qué a mí? ¡No es justo!», «¿cómo me puede estar pasando esto a mí?». Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.

3. **Negociación:** «Dios, déjame vivir al menos para ver a mis hijos graduarse», «haré cualquier cosa por un par de años más», La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna manera posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada. Psicológicamente, la persona está diciendo: «Entiendo que voy a

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



morir, pero si solamente pudiera tener más tiempo...».

4. Depresión: «Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?»; «voy a morir, ¿qué sentido tiene?»; «extraño a mis seres queridos, ¿por qué seguir?». Durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.

5. Aceptación: «Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad, debería prepararme para esto». La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte.

Fuente: Fundación Elisabeth Kübler-Ross
Elaboración propia

Kübler-Ross originalmente aplicó estas etapas a las personas que sufren enfermedades terminales, y luego a cualquier pérdida catastrófica (empleo, ingresos, libertad). Esto puede incluir eventos significativos en la vida tales como la muerte de un ser querido, divorcio, drogodependencia, un diagnóstico de infertilidad, etc. Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito arriba, ni todas estas son experimentadas por todos los pacientes, aunque afirmó que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas. A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar.

Las personas que estén atravesando estas etapas no deben forzar el proceso. El proceso de duelo es altamente personal y no debe ser acelerado, ni alargado, por motivos de opinión de un individuo. Uno debe ser meramente consciente de que las etapas van a ser dejadas atrás y que el estado final de aceptación va a llegar.

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



1.2. El duelo: una revisión

El término duelo o proceso de duelo es objeto de estudio por distintos motivos: En primer lugar, funciona como discurso científico y del habla profana. En segundo lugar, su definición tan amplia constituye tanto elementos de debilidad como de fortaleza, al no quedar nunca plenamente agotado su significado, pudiéndose emplear en gran variedad de contextos. Comparte polisemia con el concepto pérdida y trae connotaciones de “dolor”, que aluden a una familia de constructos tales como: luto, aflicción y pena. Se asocia generalmente con la salud y la psicología, lo cual ha incidido en el diseño de instrumentos psicométricos para su medida, haciéndolo alejarse de ser estudiado por disciplinas de las ciencias sociales.

En las definiciones de duelo, son destacables los aspectos que reconocen en él su factor subjetivo, puesto que lo que interesa es la percepción individual, familiar o social, ya sea ocasionado o no por condiciones objetivas -pérdida de un hijo o familiar, etc.- o razones subjetivas tales como pérdidas de origen simbólico. El constructo duelo es multidimensional e incluye normas o estándares, expectativas, posición en la sociedad, ideologías religiosas o estéticas, posicionamiento ante el mundo, etc., y permite aludir a dimensiones positivas y negativas del mismo, aunque quienes lo viven se centran fundamentalmente en la ausencia del ser querido. La aflicción, la pérdida y la resolución son independientes en el sentido conceptual aunque no lo son en el sentido temporal.

En el proceso de duelo confluyen aspectos propios del individuo, de la sociedad y la cultura en que se vive, pudiendo incluso afectar la salud de quien lo experimenta. De modo que el constructo “duelo” es, por tanto, *subjetivo, multidimensional y complejo*, y su definición no ha sido ajena a ello, habiendo sido modificada a lo largo de los últimos cincuenta años y siendo considerado en la actualidad como un proceso y no como un estado y hasta muy recientemente había sido visto, por los teóricos, como configurado por etapas, fases o tareas (Barreto y Solis, 2007).

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



Freud, ([1917] 1973) definió el proceso de duelo como:

La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. [...] El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior -en todo lo que no recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor -en remplazo, se diría, del llorado-, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. [...] como en el caso del duelo, un proceso lento que avanza poco a poco. ¿Comienza al mismo tiempo en varios lugares o implica alguna secuencia determinada? No es fácil discernirlo; en los análisis puede comprobarse a menudo que ora este, ora este otro recuerdo son activados, y que esas quejas monocordes, fatigantes por su monotonía, provienen empero en cada caso de una diversa raíz inconciente. Si el objeto no tiene para el yo una importancia tan grande, una importancia reforzada por millares de lazos, tampoco es apto para causarle un duelo o una melancolía. Ese carácter, la ejecución pieza por pieza del desasimiento de la libido, es por tanto adscribible a la melancolía de igual modo que al duelo; probablemente se apoya en las mismas proporciones económicas y sirve a idénticas tendencias.

En la actualidad, siguen siendo muchos los profesionales que ven el duelo como un proceso configurado por etapas, una secuencia enumerada de las mismas que, según sus autores pueden llegar a ser de 3 a 5, lo cual aporta una dificultad a la hora del entendimiento de quienes viven el duelo, pues ellos no pasan por etapas de forma habitual. Existe además una tendencia en los neófitos que estudian el duelo en tomarse las etapas demasiado literalmente. Un ejemplo de ello es la literalidad en la manera en que la gente respondió al entendimiento de las etapas del morir del trabajo de Kübler-Ross.



1.2.1 Teóricos del duelo y etapas que asignan al mismo.

Tabla 2

Teóricos del duelo y etapas que asignan al mismo.

Autores	Año	Etapas
Lindemann	1944	1. Shock/incredulidad. 2. Aflicción aguda. 3. Reanudación de la vida diaria. 4. Disminución de la imagen de estar muerto.
Engel	1964	1. Conmoción inicial e incredulidad. 2. Conocimiento y cólera. 3. Aceptación.
Kübler-Ross	1970	1. Negación y aislamiento. 2. Rabia. 3. Negociación. 4. Depresión. 5. Aceptación.
Parkes	1976	1. Desconcierto y embotamiento. 2. Anhelos y búsqueda de la pérdida. 3. Desorganización y desesperación. 4. Reorganización y recuperación.
Horowitz	1976	1. Protesta, negación. 2. Intrusión. 3. Obtención. 4. Conclusión
Schulz	1978	1. Inicial. 2. Intermedia 3. Recuperación



Davidson	1979	<ol style="list-style-type: none">1. Incapacidad para sentir.2. Búsqueda del otro y anhelo.3. Desorientación, confusión, pérdida de referentes.4. Reorganización
Bowlby	1980	<ol style="list-style-type: none">1. Embotamiento.2. Anhelo y búsqueda3. Desorganización y desesperanza4. Reorganización.
Backer y otros.	1982	<ol style="list-style-type: none">1. Ansiedad.2. Ira y culpabilidad.3. Desorganización.
Martocchio	1985	<ol style="list-style-type: none">1. Shock e incredulidad.2. Anhelo y protesta.3. Angustia, desorganización y desesperación,4. Identificación.5. Reorganización y restitución.
Delisle-Lapierre	1984	<ol style="list-style-type: none">1. Crítica.2. Crucial.3. Creadora.
Clark	1984	<ol style="list-style-type: none">1. Negación e incredulidad.2. Aceptación creciente de la pérdida.3. Restitución y recuperación
D'Angelico	1990	<ol style="list-style-type: none">1. Shock / negación.2. Ira / depresión.3. Comprensión / aceptación
Worden	1997	<ol style="list-style-type: none">1. Aceptar la realidad de la pérdida.2. Experimentar el dolor/ la pena del duelo.3. Adaptarse a un medio en el que el difunto está ausente.4. Retirar la energía emocional de la relación con el difunto e invertirla en relaciones vivas con los demás.

Fuente: La pérdida y el duelo. Una experiencia compartida © Alfonso Miguel García Hernández

Raphael (1984), orienta a que las personas que han tenido pérdidas hablen de: 1. Las circunstancias que condujeron a la misma, de su reacción y del papel que consideran desempeñaron; 2. De la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos, para lo que aconseja el empleo de fotografías y otros recuerdos y 3. Que, en la medida que vaya cediendo la idealización de la relación, puedan examinarse las situaciones relacionales que produjeron cólera, culpa, anhelo o tristeza inhibida, para introducir alternativas a su conceptualización.

Otros autores han optado por el establecimiento de fases; un enfoque alternativo que ha sido utilizado por Parkes (1996), Bowlby (1993, 1997, 1998), Sanders (1989, 1999) y otros. Parkes (1996), definió cuatro fases en el proceso de duelo: Fase I, es el período de adormecimiento o entumecimiento que se produce cerca del momento de la pérdida y que experimentan la mayoría de sobrevivientes, tras el cual, la persona pasa a través de la fase II, la fase de anhelo, en la que suspira por la pérdida, deseando el retorno del ser querido. Para el autor, la ira juega un papel importante en esta fase. En la fase III, la fase de desorganización y de desesperación, la persona en duelo tiene dificultades para relacionarse con su medio y por último, la persona entra en la fase IV, de reorganización de la conducta y empieza a salir adelante (Parkes, 1972, 2001, 2006). Bowlby ([1980] 1997), cuyo trabajo e intereses coinciden con los de Parkes, reforzó la idea de las fases y plantea que el doliente debe pasar por una serie similar de fases antes de que el duelo sea finalmente resuelto. Sanders (1989, 1999), también utilizó la idea de las fases para describir el proceso de duelo en cinco fases: 1. Shock, 2. Pérdida de la conciencia, 3. Retirada de conservación, 4. Curación y 5. Renovación.



1.2.2 Concepto de duelo

Duelo es un término que, en nuestra cultura, se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo estaba psicosocialmente vinculado. Habitualmente se considera como modelo para los procesos de duelo los que acompañan y siguen a la pérdida de una persona amada. (Psiquiatría en Atención primaria 1999.)

Autores han realizado aportes relevantes para el conocimiento de las reacciones de duelo, entre ellos:

El concepto psicoanalítico, postulado por **Freud (1912)**, en que el duelo hace referencia a la “pérdida del objeto amado”, incluyéndose como pérdidas objétales, tanto la muerte de un ser querido como la ruptura sentimental o la pérdida de empleo, estableciendo la diferencia entre aflicción y melancolía, en que el afligido cumple el “duelo”, al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor. El melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo.

Bourgeois (1996) concibe el duelo como: “La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida”, que denomina trabajo o elaboración del duelo.

Ramsay (1977) definió:

El duelo patológico como un estado de estrés pos- traumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida.

Para la A. P. A. (1994):

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



El duelo es la reacción a la muerte de una persona querida cuando es objeto de atención clínica.

La Real Academia Española (1995) lo especifica de la siguiente manera:

I) Del lat. dolus, dolor: 1. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2.

Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales. 4. Fatiga, trabajo.

Worden (2013) define al duelo como:

El proceso de adaptación por el que pasa una persona que ha sufrido una pérdida.

-Neimeyer (2002) lo define como:

Un proceso personal que nosotros mismos hacemos, y cuyo desafío fundamental es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.

Melanie Klein (1935) refiere que:

El proceso de duelo también es aplicable a los procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante la pérdida, frustración proveniente de seres animados o entes inanimados o abstractos como la pérdida de un ser querido, ante un fracaso personal, ante la necesidad de separarse de un lugar de trabajo, de una parte corporal, o sea, ante la “Pérdida Afectiva”. En síntesis, entenderemos como **“duelo y proceso de duelo”** al conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor.

Y en **“elaboración de duelo”** a la serie de procesos psicológicos que comienzan con la pérdida y terminan con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto.



En general se prefiere hablar de *funeral* y del *luto* para referirse a los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos psicológicos del duelo y reservar el término duelo y procesos de duelo para los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales del fenómeno.

Avery y Weisman califican el fallecimiento como:

-
- “**Socialmente normal**” cuando se trata de un adulto o anciano, y los familiares han tenido una preparación suficiente para asumir el desenlace - más de dos semanas para percatarse de la gravedad y más de tres días para esperar la muerte inminente-. “**Intempestivo**” aquel que es prematuro - niño, adolescente o joven -, inesperado - con preparación corta - o bien calamitoso - por homicidio, suicidio o accidente inesperado-. La característica de la muerte puede modular la evolución del duelo, en especial las recién nombradas.

Y a su vez cuando el duelo no es consecutivo al fallecimiento, el carácter previsible de la muerte del ser querido provoca una reacción emocional que se denomina “**Duelo anticipado**”, situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior o bien estrechar la relación entre el moribundo y el doliente intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la correcta evolución.

Desde el punto de vista nosológico, el duelo, se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas, como sigue:

- 1. En la DSM IV (1994): se diagnostica en el código V, no atribuible a trastorno mental.
- 2. En la CIE 10 (1992): se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico.
-

1.2.3 Biología del duelo

La muerte parece siempre inesperada, produce sorpresa permanente y respuestas de inadaptación, tanto de comportamiento como emocionales, llegando en ocasiones a ser patológicas. La familia se queda paralizada, no sabe que decir, que hacer, como comportarse ante la realidad de la muerte cuando por una causa u otra la tiene cerca. El
Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



duelo es la respuesta a un trauma intenso muchas veces inesperado y siempre inaceptado, muy doloroso pero que a la vez es un proceso de curación si tras reconocerlo, se le acepta y se permite su expresión.

Constituye tanto la respuesta adaptativa ante la pérdida de un ser querido, como la demostración del horror por la descomposición del cadáver. Es el estado de sufrimiento, aflicción y dolor, ocasionado por la muerte de un ser querido, en las personas que le sobreviven.

El duelo describe e incluye todas las reacciones emotivas o de comportamiento que se manifiestan tras la pérdida de un objeto, función vital o ser querido. Respondería a una conducta de apego, en el sentido de función evolutiva, en tanto que ha proporcionado protección y seguridad favoreciendo la supervivencia. Ofrece el soporte necesario, la fuerza de donde salir a explorar lo que nos rodea y nos permite asumir riesgos.

La pérdida en cualquiera de sus múltiples caras desencadena reacciones emocionales que funcionan con el fin de restaurar la figura protectora desaparecida. Si la pérdida, quebranto o abandono se mantiene en el tiempo, el individuo se entrega en un primer momento a la desesperación y al retraimiento.

Posteriormente a una lucha por recuperar lo perdido que dejaría de tener sentido cuando la pérdida es irreversible, en cuyo caso el duelo sería la respuesta cuya función tendría por objeto recuperar la pérdida al no disponer de otra respuesta. Sería como si evolutivamente la pérdida irreversible no estuviera prevista, sería como un error de aprendizaje por el cual el ser humano no tiene bien aprendido que su existencia es limitada.

Estas emociones universales son ofrecidas por todo tipo de culturas. Y no son sólo del hombre pues según diversos autores, ira, desesperación y desesperanza provocadas por la pérdida también ocurren en otras especies. Debe existir algún entramado biológico subyacente que explique todo lo anterior y en consecuencia existirán circuitos cerebrales que les den soporte y justificación.



1.2.4 Tipos de duelo

Duelo patológico

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana⁴ se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”.

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

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

Duelo anticipado

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



Preduelo

Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.

Duelo inhibido o negado

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

Duelo crónico

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

1.2.5 Mitos y realidades del duelo

Según diversos especialistas algunos mitos con relación al duelo podrían ser los siguientes: (*pérdidas, 2014*).

MITO 1.El duelo se resuelve aproximadamente en un año. El duelo es un proceso complejo y muy personal, por lo que el periodo de tiempo para “resolverlo” satisfactoriamente varía en función de múltiples factores. En cualquier caso, dura tanto como cada persona lo necesite.



MITO 2. El duelo es como una depresión. De hecho, son términos prácticamente sinónimos. El duelo no es una enfermedad. Aunque ambos comparten en ocasiones ciertas manifestaciones (abatimiento, desilusión, tristeza profunda, llanto, desapego de la vida, apatía), conviene recordar que la depresión es una enfermedad mental con sus propias causas y criterios diagnósticos. El duelo, es una reacción normal y adaptativa ante la pérdida de algo o alguien significativo.

MITO 3. Dentro de los diferentes tipos de muerte, hay unas que son peores que otras. El duelo no es una competición de méritos para ver quién ha tenido la peor desgracia y quién está sufriendo más. Nadie está dentro de la mente ni del corazón para comprobar cuánto importaba lo que se ha perdido.

MITO 4. Cuando la muerte es “natural”, sobre todo de una persona mayor, no genera duelo. En el duelo, lo que importa es la vinculación que se tenía con quien se ha perdido, ¿qué significaba para la persona misma? ¿por qué se necesitaba a esa persona? Una muerte puede ser “natural”, sin embargo, estar acompañada de ciertos factores de riesgo que puedan complicar en un momento u otro ese duelo.

MITO 5. Los hombres lo llevan mejor, para ellos es diferente, se recuperan antes. Durante años se ha hablado del duelo “en hombres” y el duelo “en mujeres”. No importando el género, cada uno hace lo que puede con su pérdida y organiza su experiencia como puede y como sabe para poder soportarla.

MITO 6. Quien más llora es quien más dolor tiene. El duelo es un proceso complejo y misterioso, donde están presentes muchas emociones, muy alteradas, mezcladas, como en una explosión o ebullición muy desordenada. No hay que reducir el duelo a tristeza y llanto. En el duelo también hay culpa, rabia, miedo y vergüenza. El llanto es solo una manera más de expresar el dolor y puede ser mal interpretado ya que una persona que llorar no está sintiendo más que una persona que no llora.

MITO 7. Las personas jóvenes lo llevan mejor. Ser joven no significa ser más feliz, igual que ser hombre no significa ser más fuerte, ni ser mujer es ser más sensible.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Todos los seres humanos viven las experiencias de dolor diferente, cada uno siente el dolor de manera individual.

MITO 8. Lo mejor que puede hacer una persona en duelo (y cuanto antes) para recuperarse es pasar página y orientarse a la vida. “Centrarse en la pérdida es de depresivos”. No hay que olvidar nunca que, el duelo es un proceso individual, muy complejo, muy misterioso cuando aparece, parece invadirlo todo y ocupar toda la vida; hay momentos para centrarse en el dolor y otro momento para orientarse a la vida. Ambos momentos son necesarios.

MITO 9. El duelo es un proceso lineal de cinco fases (shock, negación, negociación, depresión y aceptación). Se va saltando de una en una hasta llegar a la quinta y, una vez ahí, todo habrá acabado. Durante décadas se ha consolidado la creencia de que todo duelo tiene cinco fases por las que todo el mundo pasa. Lo que es cierto es que el duelo es un proceso dinámico, con algún tipo de fases o etapas, pero de ningún modo todo el mundo pasa por todas ellas, ni en el mismo orden.

1.2.6 Mitos respecto al duelo en niños y niñas: (Ferrufino, 2020)

MITO 1: Los niños no sufren.

MITO 2: El duelo en los niños no provoca un sufrimiento tan profundo como en los adultos.

MITO 3: Los niños cuentan con suerte, porque son tan jóvenes que no entienden sobre la muerte.

MITO 4: Los niños deben ser protegidos del dolor y el sufrimiento que la muerte lleva con el fin de mantener su inocencia infantil.



MITO 5: Dada su juventud y resiliencia, son capaces de olvidar fácilmente a la persona cercana fallecida o pérdida, resolver el duelo rápidamente y seguir con sus vidas.

MITO 6: Cuando se consideran como grupo, los niños y adolescentes entienden, experimentan y expresan el duelo de la misma manera.

MITO 7: Se dice: “En la infancia no se comprenden los rituales y además les pueden traumatizar, por lo que es mejor que no asistan a ellos.”

1.3.1 La Duración del duelo

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, o en la pérdida que haya tenido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos y en las nuevas oportunidades que tenga. Sin embargo, diferentes autores manifiestan que para que sea un duelo normal debe durar de 8 meses a dos años, ya que después de ese tiempo puede convertirse en un duelo patológico.

1.3.2 Perspectiva psicológica del duelo

En toda vida humana en su avance o desarrollo se producen pérdidas, en este sentido, la vida humana y el crecimiento o desarrollo psicológico pueden entenderse como “un conjunto de procesos de duelo escalonados”, no es posible evitar los duelos, pero la reacción ante ello puede ser diversa.

Las primeras situaciones de pérdida de lo amado se dan desde los primeros momentos de la vida o no con el destete, o sea, la pérdida del pecho materno (o la pérdida



de la mamadera y los cambios de alimentación). Posterior a ello, las pérdidas van a ser frecuentes y variadas y no hay forma de evitarlas.

En general, desde un punto de vista psicológico se sabe que la falta de elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos; un duelo insuficientemente elaborado lleva a una cronificación del sufrimiento psicológico, a trastornos psicosociales y a la aparición de diversos tipos de psicopatologías.

1.3.3 Perspectiva psicosocial del duelo

La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno, de nuestras adaptaciones y dificultades en la relación social. Por ello que los procesos de duelo posean una tan importante repercusión en la vida social del individuo.

Los procesos de duelo permiten estudiar los hechos psicopatológicos como procesos comunicacionales: con una pérdida se ponen en cuestión todas las vías de comunicación con nuestro medio social y nuestro mundo interno, por ello es importante la elaboración de todos y cada uno de los sentimientos, emociones y fantasías que se ponen en marcha en este periodo.

1.3.4 Perspectiva social del duelo

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo poseen tres pilares fundamentales:

Es la expresión al nivel de grupos pequeños, sociedad, instituciones, que son vividos por casi todos los miembros de esa comunidad. La ritualización y las costumbres que implican, en una cultura lo suficientemente integrada, tienen a “ayudar en el trabajo psicológico del duelo”, por ello la importancia de determinados ritos como los funerales.



Por último, esos ritos y costumbres poseen una vertiente antropológica y social, facilitando la comunicación, además dan ocasión a los vivos de congraciarse con los muertos y sus familiares, de preparar nuevas relaciones a través de los actos sociales.

Estos ritos si no son excesivamente rígidos y ritualistas, ayudan en los procesos emocionales de los individuos en duelo, es decir, poseen un valor emocional. Poseen un “valor simbólico y comunicacional”, son formas de comunicación entre los miembros y, con ello, *son medios de cohesión social*.

1.4 El proceso de duelo

En el proceso de duelo confluyen aspectos propios del individuo, de la sociedad y la cultura en que se vive, pudiendo incluso afectar a la salud de quien lo experimenta. De modo que el constructo “duelo” es sub- jetivo, multidimensional y complejo, y su definición no ha sido ajena a ello, habiendo sido modificada a lo largo de los últimos cincuenta años y siendo considerado en la actualidad como un proceso y no como un estado y hasta muy recientemente había sido visto, por los teóricos, como configurado por etapas, fases o tareas (Barreto et al., 2007).

1.4.1 Duelo y perdidas

La muerte, el proceso de duelo y su fenomenología es un hecho cotidiano de la vida y posiblemente la única certeza que tiene el ser humano. Andrews (2009) determina que el proceso de duelo es un fenómeno que toda persona enfrentará en algún momento en su vida. Alude que el duelo rodea constantemente nuestra existencia, no obstante, se hace presente en diversos eventos y de distintas maneras. Nomen (2009) explica que el proceso fenomenológico de duelo surgirá tras una pérdida significativa, y que su curso de manifestación es variado entre personas.

Existe una multiplicidad de definiciones que autores le han otorgado al constructo de duelo. Gamo, del Álamo, Hernangómez y García (2003) lo definen



como una reacción emocional universal ante la pérdida de un ser querido el cual está influenciada por diversos condicionamientos intrapsíquicos y ambientales que afectan la salud mental. Tizón (2004) lo define como un conglomerado de procesos psicosociales que son subsiguientes a la muerte de un ser humano. Neimeyer (2004) explica el duelo desde la perspectiva socio-construccionista como una reconstrucción del significado tras la pérdida que evoca cierta fragmentación y desorganización en la vida de la persona.

Por otra parte, William Worden (1997) lo explica como un proceso en el cual la persona es impactada por diversas emociones provocadas por la pérdida de un objeto de valor emocional, en el cual se ve obligado a adaptarse y aceptar la realidad del evento. En la práctica clínica distinguimos varios tipos de duelos:

1.4.2 Proceso de duelo según William Worden

Tabla 3

Proceso de duelo según William Worden

Duelo Crónico: la duración del proceso de duelo es excesiva, y es difícil para el individuo realizar un cierre emocional ante la pérdida.

Duelo Retrasado: el individuo no logra procesar la pérdida en el momento en que ocurre, y se manifiesta posteriormente en su vida.

Duelo Exagerado: el individuo experimenta una manifestación sintomatológica disfuncional y discapacitante. Se observa una reacción emocional desproporcionada a las normas culturales.

Duelo Enmascarado: la persona no logra reconocer de manera consciente la pérdida que experimenta. Suele presentarse con somatizaciones fisiológicas (malestar estomacal, dolor de cabeza, etc.).



Fuente: espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración
Elaboración propia.

¿Qué pudieran experimentar por igual todos aquellos que pasan por una pérdida? Sufrimiento. Para la mayoría de las personas las pérdidas experimentadas implican mucho sufrimiento, un sufrimiento que es considerado “normal” teniendo en consideración la limitación del tiempo y el desarrollo del proceso. Sin embargo, en algunos casos, pudieran surgir complicaciones dentro del proceso de duelo que pudieran dar lugar a un proceso de resolución inadecuado, y/o incluso trastornos psicológicos (Barreto & Soler, 2007).

Antes de continuar, es pertinente aclarar la diferencia entre pérdida y duelo. El concepto de pérdida se entiende como “quedar privado de algo que se ha tenido (pérdida de amistades), fracasar en el mantenimiento de una cosa que valoramos (cuando nos roban), reducir alguna sustancia o proceso (pérdida de habilidades físicas), ó destruir o arruinar (pérdidas causadas por una guerra)” (Neimeyer, 2002). Es decir, la pérdida surge al experimentar una situación de separación de la figura o el objeto.

1.4.3 El proceso de duelo y la cultura

El duelo es considerado un proceso complejo de cambios que impacta componentes físicos, psicológicos y sociales. La psicología social transcultural es aquella que se ocupa de la relación entre la cultura y los procesos psicosociales, los valores, la relación entre las culturas, las vivencias, la expresión emocional y el afrontamiento de hechos traumáticos, entre otros temas de estudio teórico-metodológicos (Paez & Vergara, 2000). Esta rama de la psicología facilita la comprensión de la interacción de los individuos que pasan por momentos de sufrimiento como por ejemplo la muerte de seres queridos. Se han tomado en consideración distintas culturas para investigar las diferencias que existen en las creencias y prácticas religiosas y espirituales sobre la muerte, los procesos y manifestación del duelo y el beneficio de contar con el apoyo de grupos sociales. La mayoría de las investigaciones

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



demuestran que las creencias religiosas y espirituales, así como las conductas relacionadas, parecen facilitar el ajuste positivo a la pérdida de un ser querido.

1.4.4 Espiritualidad y duelo

Desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, se ha evidenciado un boom en la búsqueda de la espiritualidad, entendiéndose esta como una experiencia esencialmente personal y subjetiva, que incluye tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo secular o no sagrado, para lograr la armonización con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos, desde posiciones amplias y abiertas que respetan la autonomía individual y permiten un vasto sincretismo filosófico y teológico (Lenoir, 2005). El término espiritualidad se equipará frecuentemente con el de religiosidad, definido como el conjunto de prácticas y creencias institucionales asociadas a religiones específicas (Richards & Bergin, 2005). Sin embargo, según los planteamientos existencialistas de Viktor Frankl y de autores posteriores, la espiritualidad permite y motiva la búsqueda personal de sentido, propósito, significado, conexión, paz, esperanza y bienestar óptimo del individuo.

Al momento de las personas enfrentar los procesos de duelo surgen ciertas necesidades espirituales, tanto religiosas como no religiosas. Las necesidades espirituales religiosas están fundamentadas en la relación con lo sagrado, entendiéndose Dios u otros seres de carácter divino, que facilitan la creencia de una vida después de la muerte. Para algunas personas, la religión es el principal factor de apoyo en los procesos difíciles del diario vivir el cual les permite seguir adelante a pesar de las adversidades (Koenig & Pritchett, 1998). Las necesidades espirituales no religiosas son aquellas que integran la búsqueda de sentido, significado y trascendencia en la experiencia de pérdida y dan dirección al proceso de duelo. En este sentido, la espiritualidad se convierte en una herramienta de afrontamiento que genera sentimientos de esperanza, renovación interior y significado. Es necesario señalar, una vez más, que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no necesariamente coinciden entre sí.

*Amairani Yatzi Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



La espiritualidad es una de las destrezas de afrontamiento más utilizadas por las personas para trabajar el duelo y superar las secuelas negativas de la pérdida. La literatura científica ha correlacionado positivamente la espiritualidad con la resiliencia. Se entiende por resiliencia la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa, productiva y funcional (International Catholic Child Bureau, 1994). Las creencias y prácticas espirituales, tanto religiosas como no religiosas, favorecen la resiliencia al ofrecer un sentido trascendental más allá de la pérdida misma. La mayoría de las personas encuentran fortaleza, amparo y guía ante la adversidad gracias a las conexiones que tienen con sus costumbres culturales y religiosas (Walsh, 2008).

Los profesionales de ayuda deben reconocer que la muerte es más que un evento biopsicosocial que puede acarrear consecuencias psicológicas adversas. El duelo conlleva un proceso de búsqueda espiritual en cuanto que, el sujeto que experimenta la pérdida le otorga significado y sentido a la misma. Para este fin, el individuo debe concentrarse en identificar, desarrollar y/o fortalecer los recursos espirituales que posee para afrontar el proceso de duelo con fe y esperanza (Corr, 1992; Walsh, 2008). A su vez, este trabajo espiritual implica un proceso de reflexión e introspección que dirige a la persona a: 1) reexaminar sus creencias personales, 2) reconciliar sus opciones de vida, 3) explorar su contribución a la sociedad, 4) examinar sus relaciones con los familiares y seres queridos, 5) explorar sus creencias sobre la vida después de la muerte, y 6) descubrir un sentido trascendental a la experiencia.

1.5 Las sensaciones en el duelo

Se consideran conceptos que engloban todas las sensaciones. Sentimiento de pérdida, aflicción, pena y luto.



Sentimiento de pérdida: Sentirse privado de algo muy querido insustituible definitivamente y para siempre, "Nada volverá a ser igual" "Que vamos a hacer ahora" "Todo el tiempo anterior es insuficiente".

Aflicción: Define la respuesta, el estado emocional del individuo ante la pérdida. En este término se engloban todos los sentimientos generados y que algunos autores acertadamente engloban: pena, preocupación con la imagen de la muerte, culpabilidad en relación con la pérdida, hostilidad con las personas más próximas a las que no se quiere ver, pérdida de normas de conducta y ritmos vitales.

Pena: La pena es descrita como una sensación displacentera donde se mezclan: tensión en cuello y garganta, respiración entrecortada, sensación de ocupación interior sobre todo en pecho y abdomen, pérdida de energía, de fuerzas para cualquier cosa y sobre todo para vivir, cansancio, rigidez, bloqueo mental y una sensación de malestar intenso, imposible de concretar en ningún lugar del cuerpo, ni de comparar con cualquier otro.

Luto: El luto, llorar lamentarse, exteriorizar la pena, vestir, comer, acudir a la iglesia, visitar diariamente la tumba, automarcarse socialmente y hacer notar los sentimientos, es una necesidad para mantener el dolor abierto y en algunas culturas hasta una exigencia social.

1.5.1 Tipos de pérdidas en el duelo

De acuerdo a Pangrazzi, se engloba las pérdidas en cinco bloques:

1. Pérdida de la vida: Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida.
2. Pérdidas de aspectos de sí mismo: Se refiere a pérdidas que tienen que ver con la salud, por ejemplo, pérdida de las capacidades sensoriales, cognitivas, así como psicológicas, por ejemplo, la autoestima, valores, ideales, ilusiones, etc.



3. Pérdidas de objetos externos: Estas son aquellas pérdidas que no tienen que ver directamente con las personas, sino más bien a pérdidas materiales, como puede ser perder un trabajo, un hogar, ciertas pertenencias y objetos vinculados o importantes para cada persona.
4. Pérdidas emocionales: Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades debido a que el contacto físico se ve limitado.
5. Pérdidas ligadas con el desarrollo: se refiere a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, et

1.5.2 ¿Como afectan las perdidas?

Es importante recalcar que, así como cada persona es diferente, así serán las vivencias; por lo que las manifestaciones a causa de las pérdidas no son universales y varían de persona a persona y de las actividades que se realicen para sobrellevarlas. Sin embargo, las más comunes pueden ser las siguientes (*Torres, 2020*).

- Dimensión física: Molestias físicas como la sensación de “vacío” en el estómago, un nudo en la garganta, sequedad en la boca, alteraciones de sueño y alimentación, sensación de opresión en el pecho, palpitaciones, falta de energía, etc.
- Dimensión emocional: Experimentar sentimientos de tristeza, enojo, miedo, culpa, soledad, ansiedad, impotencia, añoranza, desesperanza, alivio y liberación, amargura, etc.
- Dimensión cognitiva: Dificultad para concentrarse, falta de interés por las cosas, confusión, entre otras.



- Dimensión conductual: Son cambios en el comportamiento con respecto al patrón previo, por ejemplo, aislamiento social, hiperactividad, retraimiento, aumento en el consumo de tabaco o alcohol.
- Dimensión social: Aislamiento, rechazo hacia los demás.
- Dimensión espiritual: Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se puede llegar a cuestionar a sí mismo y pensar “¿Por qué a mí?”

1.5.3 Tipos de pérdida según Tizón (2004).

Tabla 4

Tipos de pérdida según Tizón (2004).

Las pérdidas relacionales incluyen separaciones y divorcios, fallecimiento de un ser querido, abandonos, abusos, entre otros.

Las pérdidas intrapersonales abarcan aquellas pérdidas que tienen que ver con los individuos y su cuerpo. Por ejemplo, capacidades intelectuales y/o físicas.

La pérdida material surge cuando las personas pierden objetos o posesiones que le pertenecen.

Las pérdidas evolutivas están relacionadas a las fases del ciclo de vida que abarcan la infancia, la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez.

Fuente: Tizón (2004).



CAPÍTULO II

DUELO NORMAL Y DUELO

PATOLÓGICO

Capítulo 2. Duelo normal y duelo patológico

*No diré: no llores, porque no todas las
lágrimas son malas.
-J.R.R. Tolkien*

El duelo normal también conocido como el “*dolor sin complicaciones*”, abarca una amplia gama de sentimientos y comportamientos que son comunes después de una pérdida. Uno de los primeros intentos por mirar las reacciones de duelo normal en cualquier forma sistemática fue realizada por Lindemann (1944), cuando era jefe de psiquiatría del Hospital General de Massachusetts. Trabajó junto a sus colegas con los miembros de familias que habían perdido seres queridos en la tragedia de Coconut Grove, en el área de Boston, en la que, tras un incendio, cerca de 500 personas perdieron la vida. De sus observaciones con 101 pacientes, escribió su clásico “*la sintomatología y la gestión de la pena aguda*” (1944), en él, descubre un patrón similar en el duelo, describiendo las siguientes características patognomónicas de un duelo normal o agudo:

2.1 Características patognomónicas de un duelo normal o agudo

Tabla 5

Características patognomónicas de un duelo normal o agudo

-
1. Respuestas somáticas o de angustia de algún tipo.
 2. Preocupación por la imagen de la persona fallecida.
 3. La culpa en relación con el fallecido o las circunstancias de la muerte.
 4. Reacciones hostiles.
 5. La incapacidad de funcionar como lo había hecho antes de la pérdida

Fuente: El duelo una revisión.
Elaboración propia

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Además de éstas, describió una sexta característica, la mostrada por muchos pacientes que parecían desarrollar algunos comportamientos semejantes a los que tuvieron sus seres queridos fallecidos. Algunas de las limitaciones del estudio de Lindemann, fueron descritas por Parkes (2001), quien señala que Lindemann no muestra la frecuencia relativa de los síndromes descritos, ni menciona cuántas entrevistas realizó a los pacientes, ni cuánto tiempo había pasado entre las entrevistas y la fecha de la pérdida, sin embargo, todavía en nuestros días, su estudio sigue siendo muy citado e importante para quienes profundizan en el entendimiento del duelo.

Incluso Worden (2009: 18), refiere al respecto, que aún en la actualidad, sesenta años después, los deudos que ve en el Massachusetts General Hospital presentan comportamientos muy similares a los descritos por Lindemann. Complementando, además, que un número importante de personas sometidas a una reacción de dolor agudo, presenta una lista extensa y variada de comportamientos normales de pena, que él agrupa en cuatro categorías generales: los sentimientos, las sensaciones físicas, las cogniciones y los comportamientos.

Por ello, suele aceptarse que el duelo, en cuanto a reacción emocional o acto para sí, correspondería a la esfera de lo intrapsíquico y sería, por tanto, universal; mientras que el duelo, en cuanto a rito colectivo o acto para los demás, vendría determinado por la cultura (Bowlby, 1993):

Contamos con suficientes pruebas de que [las respuestas emocionales de los deudos] se asemejan en líneas generales, y a menudo también en sus detalles, a las que conocemos en Occidente. Las costumbres humanas presentan enormes diferencias entre sí; la respuesta humana es más o menos la misma (p. 140).

2.1.1 Duelo Normal

“El duelo normal, también llamado duelo no complicado, abarca un amplio abanico de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida.” (Worden, 2013); estas reacciones son mantenidas por un período breve de tiempo, de 6 a 12 meses aproximadamente.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Las conductas normales en el proceso del duelo (Bellver, 2008; Worden, 2013) comprenden 4 áreas fundamentales:

- Sentimientos: tristeza, ira, culpa y remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, shock, añoranza, emancipación, alivio, insensibilidad.
- Sensaciones físicas: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca.
- Cognición: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones.
- Conductas: trastornos del sueño, trastornos alimenticios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad, llanto, visitar lugares o portar objetos que recuerden al fallecido, atesorar objetos que pertenecían al fallecido.

Es importante identificar estas características propias del duelo normal y comprender que únicamente se consideran patológicas en el caso de que se mantengan en el tiempo, con gran intensidad, o por el grado de malestar que le generan a la persona.

2.1.2 La tristeza y la ansiedad en el duelo normal

La tristeza y la ansiedad en el duelo patológico en segundo lugar es el sentimiento más común tras la muerte de un ser querido, junto con el temor a afrontar la soledad. A veces pueden aparecer también sentimientos de culpa, por no haber realizado todo lo posible para evitar el fallecimiento, por no haber hecho al difunto lo suficientemente feliz en vida o incluso por experimentar una sensación de alivio tras la muerte especialmente, después de una enfermedad prolongada que ha requerido de una asistencia constante o de la desaparición de una persona que ha ejercido un dominio despótico sobre el superviviente).

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



También suele disminuir el interés del sujeto por el mundo exterior, sobre todo en lo que recuerda a la persona fallecida. Y puede sobrevenir el desinterés por el trabajo y por encontrar nuevas relaciones, así como la apatía y la falta de esperanza y de ilusión ante el futuro. La intensidad de estos síntomas depende de la personalidad del sujeto, de la intensidad del lazo que le une al fallecido y de las circunstancias de la pérdida, entre otros aspectos. Lo normal y esperable, cuando se utilizan unas estrategias de afrontamiento positivas.

2.1.3 Estrategias de afrontamiento positivas en el duelo normal de 6 meses a un año.

Tabla 6

Estrategias de afrontamiento positivas en el duelo normal

Aceptación del hecho y resignación

Experiencia compartida del dolor y de la pena

Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana

Reinterpretación positiva del suceso hasta donde ello es posible)

Establecimiento de nuevas metas y relaciones

Búsqueda de apoyo social

Implicación en grupos de autoayuda o en ONG

Fuente: (Echeburúa, 2004)

Hay que tener en cuenta que las primeras reacciones no marcan necesariamente la evolución del duelo. Algunas personas, en las primeras semanas, tienen una respuesta emocional ligera y, sin embargo, experimentan una intensificación y cronificación del

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



duelo posterior. Otras, en cambio, se expresan con un sufrimiento intenso inicial, para luego ir superando el duelo más fácilmente, lo que suele ser la reacción más frecuente (Echeburúa, 2004)

2.1.4 Valoración y diagnóstico del duelo

Desde el punto de vista de su evolución, en la literatura especializada se pueden encontrar alrededor de una veintena de tipos de duelo y agrupar en tres tipologías:

- Duelo “normal”.
- Duelo complicado.
- Duelo patológico.

La valoración, como elemento central del diagnóstico duelo, consiste en recoger y examinar la información sobre el estado de salud de la persona que experimenta la pérdida, buscar evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. Es necesario, para ello, identificar si el proceso de duelo se desarrolla dentro de lo esperado, de modo que se requiere un consenso a la hora de entender lo que son respuestas o manifestaciones “normales” del mismo (Tabla).

La valoración consiste en recoger y examinar la información sobre el estado de salud del individuo, busca evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud.

Tabla 7

Manifestaciones del duelo en adultos

Físicas. Síntomas de separación	Cogniciones	Conductas	Lesiones de la pérdida
<ul style="list-style-type: none">• Reacción simpática al estrés	<ul style="list-style-type: none">• Incredulidad• Confusión	<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades cardiovasculares

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*

-
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la morbilidad • Sensaciones en el estómago y de vacío • Respiración entrecortada • Sequedad de boca • Taquicardia (pulso irregular, acelerado) • Hipersensibilidad a ruidos • Desasosiego • Alteraciones del sueño (insomnio) • Astenia y debilidad • Anhelo y búsqueda • Opresión en el pecho y la garganta • Dolor de cabeza • Palpitaciones • Sensación de ahogo • Ansiedad y pánico • Trastornos alimentarios • Problemas digestivos • Sudores, orinar con frecuencia • Mayor tensión muscular • Depresión • “Punzadas” de dolor en las semanas posteriores | <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes relacionadas con el difunto • Irrealidad (extrañeza ante el mundo) • Vivencia de abandono de la sociedad • Añoranza • Insensibilidad • Sensación de presencia del fallecido • Dificultades de atención, concentración y memoria • Obsesión por recuperar al ser querido • Desinterés • Ideas de culpa y autorreproche • Liberación • Alucinaciones: visuales, auditivas, táctiles • Búsqueda de sentido y/o cuestionamiento religioso | <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad desasosegada • Conducta distraída • Hipoactividad • Buscar, llamar o hablar con el fallecido • Conductas impulsivas y dañinas para la salud • Visitar lugares que frecuentaban con el fallecido • Suspirar y llorar • Usar ropas y atesorar objetos que recuerdan o pertenecían al fallecido • Evitar recuerdos del fallecido • Soñar con el fallecido | <ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio, fallo cardiaco congestivo • Alteración de la función inmunitaria, con riesgo de infecciones y cáncer • Cirrosis hepática, por ingesta abusiva de alcohol • Suicidio |
|--|---|--|--|
-

Fuente: Comunitaria. El duelo

2.1.5 Etapas del duelo normal

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes fases:

1. El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anes- tesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardiaco, náuseas o temblor.

La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un com- portamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

2. Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desapa- recido ocupa siempre y por completo la mente del doliente.

Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido. Existe una de- presión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y que va a durar desde meses hasta años (en el caso de complicaciones en la elaboración del duelo). El estado depresivo del duelo hace que la

2.2 Duelo patológico

Horowitz (1980) define el duelo complicado como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”.

Podemos definir el duelo complicado o patológico en cuatro apartados:

- **Duelo crónico:** Aquel que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.
- **Duelo retrasado:** También llamado inhibido, suprimido o pospuesto. La persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que se puede deber a la falta de apoyo social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o por algo, o a sentirse abrumado por la cantidad de pérdidas. En un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo, a veces por una pérdida posterior; y los síntomas pueden ser desproporcionados con respecto a la pérdida.
- **Duelo exagerado:** La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida. Incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida.

Algunos ejemplos pueden ser la depresión clínica posterior a una pérdida, la ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, el abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés postraumático.

- **Duelo enmascarado:** La persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Pueden aparecer como síntomas físicos (enfermedades psicosomáticas), o conductas desadaptativas, (depresión inexplicable, hiperactividad,).

Cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, la duración de la reacción es anormalmente larga (más allá de un año)



y aparecen síntomas inhabituales por ejemplo, alucinaciones, referidas a visiones o voces del fallecido, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes), se puede hablar de duelo patológico (Femández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1998. La pena mórbida es la intensificación del duelo hasta un punto en que la persona niega la pérdida, se siente desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado, sin mostrar avances en el proceso de resolución del duelo (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980)

2.2.1 Estrategias de afrontamiento negativas en el duelo patológico.

Tabla 8

Estrategias de afrontamiento negativas en el duelo patológico.

Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta

Sentimientos de culpa

Emociones negativas de ira o de odio

Abandono del cuidado personal

Consumo excesivo de alcohol o drogas

Abuso de medicinas

Aislamiento social

Fuente: (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980)

El duelo patológico se puede manifestar a nivel psicológico en forma de autor reproches, por ejemplo, por no haber hecho lo suficiente por el difunto, incluso si han extremado de modo admirable sus atenciones durante su última enfermedad, de pensamientos de muerte persistentes o de una irritabilidad inhabitual contra terceras personas (médicos, sacerdotes, yerno o nuera, etcétera). A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como el aislamiento social, la falta de cuidado personal, el enlentecimiento psicomotor acusado, el consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etcétera. A nivel físico, pueden surgir alteraciones de la salud persistentes: trastornos del sueño y del apetito, fatiga, dolores musculares, conductas hipocondríacas, estreñimiento, cefaleas, etcétera, lo

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



que les lleva a consultar con mucha mayor frecuencia de lo habitual al médico de familia. Todo ello es una somatización de la depresión existente (Alario, 1996; Hinton. 1974).

En las fases iniciales del duelo pueden predominar los síntomas físicos. Sin embargo, con el transcurso. de los meses estos síntomas pueden declinar y hacerse más frecuentes los síntomas psicológicos: desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etc.(Clayton, 1985 .

El duelo patológico se manifiesta en forma de depresión, pero a veces puede revestir también la forma de un trastorno de ansiedad o de somatización. En cualquier caso, la pena mórbida no afecta a más del 10 -20 de los supervivientes de una persona fallecida. La detección del duelo patológico se lleva a cabo por dos vías: la búsqueda de ayuda terapéutica por este problema o la consulta por algún otro tipo de problema médico o psiquiátrico. Esta segunda vía es mucho más frecuente (Lazare, 1979)

2.2.2 Duelo complicado o patológico en las clasificaciones psiquiátricas

En el DSM IV no se diagnosticaba trastorno depresivo mayor si existían síntomas depresivos que duraban menos de dos meses tras la muerte de un ser querido. Se ha quitado esta exclusión por duelo del DSM V por varios motivos. Primero para eliminar la idea de que el duelo dura solo dos meses, cuando la mayor parte de profesionales reconocen que la duración del duelo suele ser de 1-2 años. Segundo, porque se reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida.

Cuando ocurre un trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo, se incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir Trastorno por duelo persistente (duelo patológico), que se incluye en el DSM V dentro de “Trastornos para el estudio futuro” con criterios específicos. Tercero, la depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Está influido genéticamente y está asociado con características de personalidad similares, patrones de comorbilidad y riesgo de cronicidad y/o recurrencia como los episodios depresivos mayo-res no relacionados con el duelo. Finalmente, los síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo. Aunque la mayoría de la gente pasa un duelo sin desarrollar un trastorno depresivo mayor, la evidencia apoya que se incluya como uno de los estresores que puede precipitar un episodio depresivo mayor.

La CIE-10 emplea el código Z63.4 para referirse al duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia) dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las relaciones familiares e incluye en los Trastornos de Adaptación (F43.2) a las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales para sus manifestaciones o contenidos. (Díaz Curiel, 2011).

2.2.3 Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico

Tabla 9

Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico

DUELO NORMAL	DUELO PATOLÓGICO
A) Momento de aparición a los pocos días de fallecido.	Semanas o meses después (duelo retrasado) No aparición duelo (negación duelo)
B) Intensidad incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
C) Características: Negar aspectos de la muerte,	Negar la muerte del fallecido, creer que vive.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



circunstancias características del fallecido (idealización)

Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias)	Crear que se es el fallecido
Oír la voz, ver u oír al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconocer que no es real.	Alucinaciones complejas y estructurales
Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación)	Crear que se va a morir de la misma enfermedad, acudir continuamente al médico por esa causa.
Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal, etc)	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente)

Fuente: Acinas (2011)

2.2.4 Factores de vulnerabilidad para el duelo Patológico

Acinas (2011) destaca los siguientes factores de vulnerabilidad para padecer un duelo patológico o complicado:

- Circunstancias específicas de la muerte. Se consideran más traumáticas las muertes súbitas inesperadas e inoportunas, las muertes múltiples, las muertes por asesinato o catástrofe y las muertes por suicidio o autonegligencia. Por otro lado, cuando la muerte se produce tras largas enfermedades y el cuidador principal ha sido una única persona, el superviviente se siente vacío tras el fallecimiento. También hay dificultades cuando la pérdida es incierta (Ej. un soldado en acto de servicio no se sabe si está vivo o muerto) y cuando hay pérdidas múltiples (Ej.: terremotos, incendios, suicidios en masa).
- Tipo de relación o vínculo con el fallecido. Va más allá de la relación de parentesco, si la relación con el fallecido era difícil (discusiones, reproches...) se complica más.



- Necesidades y dependencias con el fallecido. Cuando el fallecido era el sostén de la familia o del doliente, económica y/o moralmente se origina vulnerabilidad psíquica y física de supervivientes.
- Convivencia con el fallecido. Esto origina mayor alteración del curso biográfico junto con la muerte imprevista traumática o accidental y las pérdidas acumuladas anteriores o posteriores.
- Pérdidas acumuladas. Los duelos complicados en el pasado tienen mayor probabilidad de repetirse ante nueva muerte.
- Variables de Personalidad e Historia de Salud Mental Previa. Antecedentes psiquiátricos previos, discapacidad física, pérdidas no resueltas y rasgos de personalidad como tendencia a la baja autoestima y dificultad para expresar emociones, se asocian a una mala evolución en el duelo.
- Familia y Apoyo Social. Cuando la red social de soporte no es adecuada, o no es de ayuda, o los casos en que la muerte es negada socialmente, o se crea una conspiración de silencio alrededor del tema, situaciones de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores que evitan dolor.
- Situación económica. La muerte de un miembro productivo de la familia supone disminución de ingresos obligando, a la familia a adaptarse a la nueva situación y produciendo un estrés adicional.

2.2.5 Predictores de duelo patológico

De Miguel y López (2007) estudian los predictores de riesgo que nos permitirían identificar a las personas que con mayor probabilidad puedan necesitar apoyo tras la pérdida de un ser querido; de esta manera, si es posible anticipar quien puede tener dificultades en la resolución del duelo, también se podrá actuar a modo de prevención y mediante una intervención temprana evitar un posible duelo no resuelto. Partiendo de que

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



puede haber diferencias según a la población a la que se haga referencia, en líneas generales podemos considerar que los predictores de riesgo de duelo patológico son los relacionados con los siguientes aspectos:

A) Personales:

- ◆ Ancianidad o juventud del doliente.
- ◆ Trastorno psiquiátrico previo: ansiedad, depresión, intentos de suicidio, trastornos de personalidad.
- ◆ Abuso de sustancias psicotrópicas legales o ilegales.
- ◆ Duelos anteriores no resueltos.
- ◆ Escasez de aficiones o intereses.
- ◆ Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- ◆ Autoconcepto y papel familiar de “persona fuerte”: actitud de negación de necesidades afectivas.
- ◆ Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
- ◆ Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- ◆ Baja autoestima y baja confianza en sí misma.

B) Relacionales:

- ◆ Pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia.
- ◆ Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido: física, psicológica, social, económica. Adaptación complicada al cambio de papel.
- ◆ Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.

C) Circunstanciales:



- ♦ Juventud del fallecido.
- ♦ Muerte súbita, accidente, homicidio, suicidio.
- ♦ Muerte incierta: desaparecidos.
- ♦ Pérdida múltiple: varios miembros de la familia y/o varias pérdidas juntas, el trabajo, la casa, etc.
- ♦ Acumulación de acontecimientos vitales estresantes en el sujeto.
- ♦ Duración de la enfermedad y la agonía. No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado.
- ♦ Imposibilidad de ver el cuerpo.
- ♦ Recuerdo doloroso del proceso: dificultades diagnósticas, mal control de síntomas, relaciones inadecuadas con el personal sanitario.
- ♦ Muerte estigmatizada: sida, pareja homosexual o no aceptada.

D) Sociales:

- ♦ Personas que viven solas.
- ♦ Ausencia de red de apoyo social/ familiar.
- ♦ Disfunción familiar.
- ♦ Recursos socioeconómicos escasos.
- ♦ Responsabilidad de hijos pequeños.
- ♦ No poder hablar socialmente de la pérdida.
- ♦ Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido.



Capítulo III

Modelos y técnicas terapéuticas para afrontar el duelo



Capítulo 3. Modelos y técnicas terapéuticas para afrontar el duelo

El dios en quien yo creo no nos manda un problema, sino la fuerza para llevarlo.
–Harold S. Kushner

Han sido varios los autores que han mostrado interés en analizar, comprender y definir la pérdida, así como el proceso, manifestación y manejo del duelo. Sin embargo, no se ha considerado una definición universal de los conceptos de pérdida y duelo. Es fundamental señalar que para efectos de este capítulo se tratará el duelo asociado a la pérdida relacional, es decir, la pérdida de un ser querido. Debido a que el proceso de duelo es subjetivo e individual, cada persona lo experimenta y percibe de manera distinta, como por ejemplo, en intensidad y duración del proceso, lo que pudiera implicar que no todas las personas pasan por las mismas etapas, ni en el mismo orden.

3.1. Modelo de Elisabeth Kübler-Ross

Kübler-Ross (1969) define el duelo como una emoción intensa de sufrimiento causada por la pérdida considerada una respuesta natural y normal ante la pérdida relacionada con ajuste y adaptación. Desarrolló cinco etapas por las que atraviesan las personas como parte del proceso de duelo en las cuales la persona puede experimentar sentimiento de culpa, pena, duda, confusión, frustración, impotencia, soledad, desamparo y vacío. Estas etapas son: negación, coraje, negociación, depresión y aceptación.

Durante la etapa de negación la persona no puede aceptar el hecho de la pérdida. Este es considerado un mecanismo de defensa que el individuo utiliza de forma inconsciente para poder continuar con su vida y no sentir el dolor de la pérdida. Otra forma de manifestarse es mediante el shock. La persona tiende a negar o bloquear la realidad. A través de la etapa de coraje la persona suele sentir enojo con la persona que falleció, con Dios o con ellos mismos. Esto surge principalmente por el desamparo, herida y frustración que se experimenta, llevando a las personas a mostrarse agresivas y hostiles. Dado que se les dificulta manejar la emoción adecuadamente, se rebelan contra todo. Kübler-Ross añade que la persona que experimenta la pérdida puede presentar sentimientos de culpa y obstruir

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



la expresión de coraje lo cual es considerado no saludable. Por esta razón es importante que los sentimientos de culpa se presenten luego con la depresión.

De acuerdo a la autora, en la etapa de negociación la persona comienza un intercambio de sentimientos y de pensamientos relacionados a la muerte y a la vida. Por ejemplo, pudieran desear morir o intercambiar sus vidas por la persona fallecida, pueden desear que el tiempo dé marcha hacia atrás, o que Dios le regrese a su ser querido. Por su parte, la etapa de depresión surge a raíz de la sintomatología que usualmente se presenta en un diagnóstico de depresión, como, por ejemplo: llanto frecuente, desesperanza, pérdida del placer por las cosas que antes disfrutaba, inhibición del deseo sexual, pérdida del apetito, aislamiento social, sentimientos de culpa y tristeza entre otra sintomatología significativa. Sin embargo, la presencia de estos síntomas se debe más al duelo que a una depresión, aunque ambas pueden estar relacionadas.

Si la persona procesa de forma positiva y saludable estos síntomas, puede llegar a la última etapa, aceptación. La aceptación se refiere al momento en que la persona acepta la muerte de la persona fallecida, logrando un alivio emocional. En este período las personas restablecen sus vidas. Es una etapa de integración en la que la persona está lista para crear nuevos vínculos y relaciones afectivas. La autora pone en perspectiva la presencia e integración de la espiritualidad en el proceso de duelo, debido a que puede ayudar a alcanzar la etapa de aceptación más rápidamente. Estas etapas no tienen un orden lineal ni necesariamente aparecen todas ellas. Usualmente la mayoría de estas etapas se dan con distinta intensidad, no tienen límite de duración, y cada una surgirá de acuerdo al tiempo que deba darse según cada individuo.

3.1.2. Modelo de J. William Worden

Worden (1997) ve al individuo como alguien activo en su proceso de duelo y que deberá superar ciertas pruebas para llegar al final de este. En comparación a otros autores, Worden explica que en los procesos de duelo no se observan las etapas ni las fases porque no se sigue un modelo lineal (Nomen, 2009). Por lo que aclara que las personas pueden revivir sensaciones de tristeza y de ira varias veces durante el proceso de duelo. El modelo

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



de Worden, es considerado uno constructivista. Desde la perspectiva constructivista, se trata de reconstruir un mundo de significados que ha sido destruido para la persona que experimenta la pérdida.

Es “como si una parte de nuestro mundo donde tenemos un edificio dedicado a una persona u objeto se cayera por completo dejando únicamente unos escombros” (Nomen, 2009). La idea de los dolientes es la de volver a reconstruir el mundo tal y como era antes de la pérdida, cosa que no es viable puesto que el vacío que se produce no es sustituible, ni puede negarse u olvidarse. El concepto de pérdida, así como la forma en que ésta afecta al individuo, dependerá del significado que le otorgue a la misma. Desde esta perspectiva, la persona deberá crear una nueva vida, otorgar un significado a lo sucedido y cómo actúa frente a ello, entendiéndose a la pérdida. Una vez la persona logra comprender el para qué, en lugar del porqué de la pérdida, ofreciendo a sí mismo una explicación que le satisfaga, podrá iniciar un proceso creativo de reconstrucción.

En este proceso de reconstrucción, Worden expone que lo que más ayuda al doliente es el cumplimiento de tareas. Las cuatro tareas expuestas por Worden (1997) son:

- Aceptar la realidad de la pérdida: afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Comprender que el reencuentro con la persona fallecida no es posible, al menos en esta vida.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: reconocer y trabajar el dolor físico y emocional de lo contrario, se manifestará a través de síntomas u otras formas de conducta disfuncional. *Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración.*
- Adaptarse a un medio donde el difunto está ausente: dependerá de cómo era la relación con la persona fallecida y de los distintos roles que desempeñaba.
- Recolocar emocionalmente al difunto y continuar viviendo: consiste en que el individuo identifique en un lugar adecuado a la persona fallecida en su vida



emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera activa en el mundo.

3.1.3. Modelo de Luto de Desliele-Lapierre

Según Deslie-Lapierre (1986), el duelo en su etapa final se divide en tres fases: la crítica, la crucial y la creadora o de integración. La etapa crítica se caracterizará por dos reacciones principales: el estupor o aletargamiento y el llanto intensivo. Esta etapa comienza con la muerte del ser querido; las personas deberán enfrentar conscientemente esta etapa de duelo por lo que el llanto es saludable y necesario. No permitir la expresión de los sentimientos podría acarrear problemas futuros ya que no se completa el proceso de la asimilación de la muerte del ser querido.

La etapa crucial comienza cuando los amigos se alejan y los miembros de la familia empiezan a sentir el vacío. La ansiedad, la soledad, el disgusto y la culpa son sentimientos comunes en esta etapa. Estos sentimientos pueden entrelazarse con frecuencia en un momento donde los sobrevivientes pueden sentir coraje contra el difunto por haberlos abandonado. El duelo concluye con la etapa creadora o de integración, aquí el individuo comienza a realizar nuevas actividades y sus miembros pueden hablar de lo sucedido sin que le provoque angustia.

3.1.4. Modelo de Robert Neimeyer

Neimeyer trae un nuevo enfoque que integra una nueva visión sistémica, cognitiva y constructivista narrativa. A diferencia de otros modelos, Neimeyer es más flexible al momento de describir y clasificar los procesos que surgen por la pérdida. Identifica tres etapas que ocurren dentro del proceso de duelo: evitación, asimilación y acomodación. No obstante, aclara que las etapas pueden ser intercaladas y enfatiza que los dolientes no las experimentan de la misma manera; lo que hace de este proceso uno individual. Las etapas son descritas de la siguiente forma:

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



- Evitación: fase de incredulidad o shock. La persona no acepta la pérdida y evita cualquier idea o pensamiento que le haga enfrentar la realidad.
- Asimilación: conocimiento intelectual y emocional de la pérdida. La persona entra en contacto con las emociones relacionadas a la persona fallecida.
- Acomodación: la persona que atraviesa la pérdida reorganiza su vida y reinstala dentro de sí mismo al ser querido fallecido. Ha comenzado a aceptar y aprender a vivir con la pérdida.

Para este autor, los diferentes significados que se le pueden dar a la pérdida, se organizan alrededor de un conjunto de creencias, en su mayoría espirituales y/o religiosas. Estas creencias, influyen en la percepción que las personas tienen ante las experiencias positivas o negativas de la vida, entre éstas la pérdida de un ser querido.

En síntesis, resulta difícil definir cuando el duelo ha finalizado. Sin embargo, el momento clave es aquel dónde podemos ser capaces de mirar hacia atrás y recordar con afecto sereno al fallecido, así como su historia. Dentro de la perspectiva psicológica, la orientación que ha prevalecido ha sido la que entiende el duelo como un proceso de transición, cambio y adaptación.

3.1.5. Modelos en torno al proceso de duelo.

Tabla 10

Modelos en torno al proceso de duelo

	Submodelos	Raices/ autores
Modelos psicoanalíticos	Freudiano	Sigmund Freud
	Freudiano contemporáneo	A. Freud y otros analistas
	Kleiniano	K. Abraham y M. Klein
Modelos psicosociales	De base clínica	E. Lindemann
	Como proceso adaptativo	E. Kübler-Ross
	Como transición psicosocial	G. Pollock,

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



		J. Bowlby DSM-IV G. Caplan, J.L. Tizón
Modelos cognitivos	Como cumplimiento de tareas Como facetas	G. Pollock, J. W. Worden T.A. Rando, M Cleiren G.M. Humphrey, G.;Zimpfer. T.Attig.
Modelos mixtos: bio- psico-sociales (de base psicoanalítica)	Como adquisición ante la pérdida Como alteración del desarrollo psicosocial	J. Bowlby E. Ericsson, D. Meltzer, J.L. Tizón
Modelos sociológicos - psico-culturales	Marcos culturales y sociales	Neimeyer (2002)

Fuente:(Hockey, 1996, 2001; Walter, 1999).

Desde hace cuatro décadas, la psicología tanatológica ha centrado su atención en definir las líneas generales del proceso psicológico del duelo por la muerte de un ser querido siendo pocos los que han establecido teorías individuales que describen las diversas fases de adaptación psicológica a la muerte, aunque la teoría del apego vinculada a J. Bowlby (1969, 1973, 1983) es uno de los pilares fundamentales en la aproximación contemporánea más aceptada como explicación al proceso del duelo. Pero hasta llegar a nuestros días han sido algunos los modelos planteados para un entendimiento de la pérdida y el duelo y consecuentemente las intervenciones llevadas a cabo.

El proceso de duelo, frecuentemente descrito como restaurativo, se ha referido principalmente cursando con tres fases con semejantes inicios y finales, en el que “ el trabajo del duelo” progresa según la mayoría de los autores en un periodo que oscila de

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



seis meses a dos años (Bowlby, 1961, 1976, 1980; Brown & Stoudemire, 1983; Engel 1964, 1980-81, 1981; Lindemann 1944, 1976; Parkes 1970, 1971; Clark 1984; D'Angelico 1990).

Cada uno de estos modelos de los autores referidos, explicitan además fases típicas de respuestas afectivas en el proceso del duelo, bien es cierto que durante este se produce un reagrupamiento de estados intelectuales y afectivos de diversa duración que sobrevienen en un momento propicio para luchar contra el derrumbamiento de la personalidad del individuo y de su filosofía de vida, pero de ahí a determinar que sean cuatro, cinco o siete los estadios y que se den en el orden establecido o cualquier otro, por mucho que se les tache de universal, hace que nos mostremos en desacuerdo además de considerar que ello en ocasiones puede aportar dificultades comprensivas del proceso de duelo en lugar de facilitarlos. La idea básica es que el dolor no se acomoda a un sistema preestablecido. Antes era normal pensar que la pena significaba pasar por una serie de fases.

Nosotros somos más partidarios de hablar de estados emocionales y emociones puntuales que acontecen en el proceso personal desde que se produce la herida emocional hasta que se cicatriza o se cronifica dicha herida. Es importante que sepamos que nuestro modo de aceptar o experimentar una pena tiene bastante en común con el de otras personas pero que también revela mucho de nosotros mismos y de nuestras relaciones. Aun así, para facilitar la comprensión los teóricos han incluido todas las formas de sintomatología usual del duelo tales como: Arrebatos de dolor, depresión pensamientos suicidas, angustia, estar absorto con imágenes del difunto, alucinaciones de todo tipo (visuales, auditivas), aislamiento emocional, inestabilidad anímica, cólera, llanto, etc., en sus fases respectivas como progresión natural del duelo.

Modelos recientes de pérdida (Stroebe & Schit, 1999), sugieren una forma “oscilante” entre una orientación interna hacia los sentimientos y reacciones personales y una orientación externa a experimentar el nuevo sentido del lugar que uno ocupa en el mundo es común en el duelo. Además, estudios cualitativos sobre las familias en duelo

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



destacan las prácticas conversacionales intensamente interactivas mediante las cuales las personas negocian el significado de la muerte, buscan el apoyo de sus propias perspectivas del significado práctico y espiritual, y afirman o luchan con las implicaciones que tiene en sus relaciones mutuas (Nadeau, 1997; Rosenblatt, 2000).

3.2. Técnicas terapéuticas desde diferentes corrientes psicológicas para afrontar el duelo

3.2.1 Gestáltico-Humanista

La psicología gestáltica plantea que los individuos no perciben sensaciones aislados, sino que, por el contrario, cuando perciben, tienen una sensación de totalidad Wertheimer (1925), uno de los psicólogos exponentes de dicha teoría, dijo que la percepción tiene un carácter de totalidad, y que una Gestalt se destruye en el momento en donde se dirige a comprenderla y a su vez analizarla. La psicología de la Gestalt desarrolló dos conceptos: el primero, que la percepción está organizada, y el segundo, que dicha organización se orienta a ser como lo permiten las situaciones de estímulo.

En cuanto al abordaje desde la psicoterapia Gestalt, se profundiza en la conciencia de lo que ocurre en el instante: a nivel afectivo, mental y corporal, de forma integrada. El presente es tomado como una experiencia completa que contiene el recuerdo, experiencias anteriores, anticipaciones, proyectos, entre otros. En comparación a otros enfoques, profundice en la diferencia entre conciencia y experiencia. A modo de ejemplo, trata de que la persona vive lo que siente, que lo experimente en el “aquí y ahora”, sin que hable acerca de eso (Martín, 2013).

Desde la perspectiva humanista, partiendo de la Terapia Gestalt, se plantea que el duelo se presenta como un proceso para equilibrar la interacción del ser humano con su entorno, en la medida en que se busca armonizar su condición de vida frente a la pérdida del ser querido. Sastre, A. (2012), sostiene que es el significado de la muerte y la comprensión del duelo, como cualquier suceso en la vida, lo que permite concebir la importancia de retomar la existencia y los sentimientos de las personas, debido a que en



todo hay idiosincrasia, saber y tradición. Por tanto, la cultura de cada ser humano influye directamente en la construcción de este con el mundo que le rodea, y el duelo permite que el ser busque apoyo en lo externo para suplir las faltas que deja la muerte de un ser querido.

Desde la Terapia Gestáltica se concibe la comprensión del duelo como un proceso, se considera importante que la persona viva un proceso de introspección, en el que encuentre en sí mismo los recursos y elementos necesarios para recomponer un nuevo equilibrio. El objetivo de la terapia desde este enfoque será cerrar situaciones inconclusas por parte de la persona que sufre esta problemática.

Fortalezas y Debilidades del enfoque Gestáltico-Humanista

-Fortalezas: 1) No etiqueta al paciente. 2) No se centra en la enfermedad, sino más bien en generar salud desde las potencialidades que posee la propia persona.

-Debilidades: La terapia gestáltica presenta ciertas limitaciones, expuestas por García Morilla (2018). 1) No existen tratamientos protocolizados. 2) Hay pocos ensayos controlados aleatorizados acerca de la eficacia de dicha terapia y los mismos son de muy baja calidad metodológica. Por lo tanto, sin protocolos de intervención, no es posible realizar un análisis antes y después de la intervención terapéutica.

Técnicas terapéuticas

Lukas (2008), retomo la teoría de Víktor Frankl (1991) sobre logoterapia, afirmando que sólo se logrará aceptar lo que sucede enfrentándose a la situación y afirma que es así como se encuentra la paz interior. En cuanto a esto, algunas herramientas logoterapéuticas que apoyan el camino de crecimiento en la crisis, son las siguientes:

- I. Aclaración. Esta técnica es especialmente importante en la fase inicial donde hay confusión. El diálogo socrático es una valiosa técnica logoterapéutica indispensable para este propósito. Se hacen preguntas como: ¿Qué nombre le pone a tu crisis? ¿Qué la desencadenó?, ¿Qué implica en las distintas áreas de tu vida?, ¿Qué considera que te toca aprender con



esto?, ¿Qué estás dispuesto a hacer para aprenderlo?, ¿Con qué recursos cuentas para enfrentarla?, entre otras. Cuestionamientos que guían a la persona a encontrar respuestas que, poco a poco, clarifican su estado de confusión, al tiempo que la contactan con su libertad y responsabilidad.

- II. Expresión y manejo de sentimientos. Comprender que el caos emocional es natural en este proceso, brinda tranquilidad y reduce las ansiedades. Desde las creencias aprendidas en la familia y la cultura, algunas personas tienden a reprimir los sentimientos en lugar de exteriorizarlos mediante la expresión y el desahogo. Esta técnica se trata de impulsar al paciente a liberar la energía del enojo, por ejemplo mediante descargas físicas, que evita que los sentimientos se conviertan en una ansiedad paralizante.
- III. La silla vacía. El participante proyecta imaginariamente en la silla vacía a una parte de su personalidad, una persona ausente, un sentimiento o una situación determinada con la que tiene un conflicto, comenzando así un diálogo. A, siguiendo la consigna del terapeuta, pasará a ocupar la silla vacía cambiando de rol; así se establece un diálogo a gastos de cambiar de sillas y cambiar de roles. Esta confrontación permite al paciente enfrentarse a conflictos tanto actuales como del pasado.

3.2.2 Corriente sistémica

Este enfoque surge a raíz del interés de los terapeutas por obtener más información sobre la persona que acude a la consulta, por lo cual se comienza a entrevistar al grupo familiar. Se desplaza el foco desde lo intrapsíquico y lo singular del proceso, hacia las relaciones presentes en los componentes de la familia y se comienza a interrogar acerca de cómo influyen estas relaciones en la formulación de una patología en el paciente. Las teorías sistémicas ponen de manifiesto hasta qué punto los factores personales, familiares y culturales son fundamentales y le dan un único a cada perfil de proceso de duelo.



Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad familiar Alabama medio externo. La terapia entiende sistémico los problemas desde Naciones Unidas marcos contextual si focaliza es comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones en las que se encuentra inmerso el sujeto. Dentro de un sistema, en este caso la familia, hay reglas aplicables que determina los roles y comportamientos que van a tener lugar.

En cuanto al método de abordaje aplicado al duelo, la terapia se sistémica caracteriza por ser un enfoque de solución de problemas prácticos y no optima analítica. Se centra en identificar los patrones disfuncionales dentro del comportamiento del grupo familiar para generar una modificación en ellos y favoreciendo la adaptación de cada uno de los integrantes a un nuevo orden de funcionamiento luego de la pérdida. No obstante deben estar presentes todos los que componen este sistema, también puede trabajarse de manera individual con el sujeto, en búsqueda de que se producirá un cambio de los procesos de comunicación e interacción, en tanto comprendiendo que estos no son ajenos al contexto del sistema del que forma parte y que toda intervención debe estar dirigida hacia la modificación de los aspectos disruptivos del conjunto total. Es relevante que el terapeuta observe las facetas fuertes y los recursos que poseen sus miembros para generar una sensación de control interno del cambio, orientándolos para resolver los problemas por sí mismos.

Bowen (1976) desarrolla la “teoría familiar de los sistemas” y define a la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables interdependientes entre sí, a saber: variables emocionales y relacionales, siendo las primeras aquellas fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema y las segundas las que determinan el modo en que se expresan las emociones. Desde esta corriente se entiende al duelo como el proceso de aprender a vivir con la ausencia desarrollando nuevos modos de vinculación con ese otro que ya no está.

Durante este proceso, se abre paso a la posibilidad de reconstruir todos aquellos significados personales que se vieron afectados luego de la pérdida. El concepto de terapia



sistémica familiar propuesto por este autor se basa en la creencia de que la familia es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influye entre sí. No es suficiente tratara una persona es su relación con el desaparecido sin tener en cuenta la relación de éste con toda la familia rojo. Las características de los miembros individuales ayudan a determinar el carácter del sistema familiar, pero este sistema es más que la suma de sus características individuales.

Desde el punto de vista sistémico, la pérdida o amenaza de pérdida de un miembro es la mayor crisis que tiene que afrontar un sistema (Bowen, 1976). Si el sistema tiene los recursos necesarios para afrontarla, se producirá un cambio adaptativo; en el caso contrario, correría riesgo de derrumbe. En este proceso, es común que surjan conductas defensivas de la integridad física que apuntan a una reorganización luego de la pérdida.

Etapas del duelo familiar

I. Aceptación familiar de la pérdida, permitiendo y favoreciendo la expresión de la aflicción de todos los miembros de la familia.

En esta primera etapa tienen predominante importancia los rituales: los velatorios, cremaciones, entierros y visitas de familia y amigos, entre otros. Estos van a favorecer la aceptación de la pérdida, y crear un contexto adecuado para la expresión emocional. Las complicaciones cuando surgen se focalizan el duelo en un sólo miembro de la familia, dificultando que los demás miembros manifiesten su propio proceso de duelo.

II. Reagrupamiento y encastillamiento de la familia para permitir la reorganización familiar: redistribución de la comunicación interna y de los roles familiares.

El duelo es el proceso de reorganización familiar en el que es necesario redefinir los canales de comunicación y distribuir los roles familiares, es un proceso que afecta a la propia estructura de la familia, por lo que ésta debe adoptar una conducta defensiva que le permita afrontar este proceso con el menor desgaste posible. Esto supone además aceptar definitivamente la pérdida del ser querido, lo que añade las dificultades propias de la

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



aflicción que causa esta renuncia.

III. Reorganización de la relación con el medio externo.

Tras la reorganización interna, debe seguirse el mismo proceso con el medioexterno, abriendo nuevos canales de comunicación y reasignando roles. Esta etapase produce cuando la familia se siente con la suficiente estabilidad como paraempezar a abrirse al exterior, rompiendo su asilamiento.

IV. Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar que emerge del antiguo, y aceptación del comienzo de una nueva etapa familiar.

La etapa final del duelo familiar está marcada por la aceptación de sus miembros de una nueva estructura familiar reorganizada. Se han creado nuevos canales de comunicación y otros miembros juegan los papeles que correspondían al difunto. Esto no significa olvidarse de la persona fallecida, sino resituarla emocionalmente de manera adecuada. La figura del fallecido formará parte de la historia de la familia, pero debe dejar de tener influencia directa en el funcionamiento de ésta.

El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y jerarquías, incorporando una diversidad de estrategias en la vida de la familia que no permiten que se establezcan los modelos de rigidez y rutina crónicas que caracterizarían un sistema patológico.

Técnicas terapéuticas

Dentro de las técnicas utilizadas desde el enfoque sistémico aplicado al duelo, se utilizan redefiniciones, connotaciones positivas y tareas directas. Se acude a dos tipos de connotaciones positivas: Por un lado, cuando existen problemas para



identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los pacientes tienen del problema, otorgándoles un nuevo significado, agregando motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma. Por otro lado, otra clase de connotación positiva es la que se utiliza cuando se acerca la intervención final, para resaltar los recursos positivos de afrontamiento que fueron surgiendo tanto a lo largo de las sesiones como fuera de las mismas.

Se puede aplicar el uso de objetos que pertenezcan o recuerden al fallecido, hacer que la persona traiga fotos, videos, ropa, cartas escritas por él, entre otros; otra técnica es hacer que el paciente escriba cartas al fallecido o realice dibujos expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto puede ayudar a arreglar los asuntos pendientes y a expresar las cosas que se necesite decir; El “Role Playing” es otra técnica que resulta de utilidad para ayudar a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que sienten malestar para desarrollar sus habilidades de forma adaptativa. El terapeuta puede participar en el “role playing” ya sea como facilitador o para modelar posibles conductas nuevas en el cliente.

3.2.3 Corriente Psicoanalítica

“El duelo, es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, p.241).

Freud (1917), habla de pérdidas que, si bien no todas son tangibles, como los ideales, al perderlos por determinadas situaciones enfrentan al sujeto con una falta, un duelo, por aquello que en cierto momento tenía un sentido, un valor determinado y ya no está. Este autor plantea que el duelo es un afecto normal, pero que trae consigo graves desviaciones en la vida psíquica. Las mismas se traducen en una serie de intensos y



contradictorios sentimientos que pueden ir desde la ira hasta la más terrible desolación, lo que muchas veces es confundido con la depresión.

Como consecuencia de la terrible pérdida, surge la incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, porque ello equivaldría a sustituir al desaparecido, y llevaría al alejamiento de toda actividad no conectada con la memoria de éste. El dolor del duelo sería la consecuencia del deseo de reunión con el fallecido, y la ansiedad inicial se debería a una ausencia de la persona amada. Aunque esta inhibición y restricción del Yo era la expresión de la entrega total al duelo, olvidándose de otros propósitos e intereses, Freud creía que era necesario dejar pasar un cierto tiempo, antes de poder volver a sentir el mandato de la realidad que devolvería al Yo la libertad de su libido, desligándose del objeto perdido y dirigiéndose a otro objeto nuevo.

Si el conflicto fuese muy intenso podría dar lugar a situaciones patológicas, que pueden pensarse en relación a la melancolía. Esta tiene las mismas características del duelo, pero se caracteriza especialmente por la perturbación del sentimiento de sí que se exterioriza en autor reproches y auto denigraciones, pudiendo llegar hasta una delirante expectativa de castigo.

Por otra parte, Melanie Klein en *"El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos"* (1940), explica que toda pérdida reactiva angustias y sentimientos de culpa infantiles, y que dependerá de cómo haya elaborado el lactante estas pérdidas -el pecho en primer lugar- la adecuada o inadecuada resolución de los inevitables duelos posteriores.

El niño comienza a relacionarse con aquellas figuras más próximas y se produce un proceso de internalización, primero de la madre, luego del padre y de otras personas cercanas a él. Incorporando a estas figuras, las sentirá dentro de sí vivas; en su mente son objetos internalizados. Se conforma un mundo interno en el inconsciente del niño que



corresponde a las experiencias reales y a las experiencias del mundo exterior, que también se ven afectadas por sus propias fantasías. Klein enuncia que la persona que transita un duelo siente pena por la pérdida real de la persona amada, pero la pena se vive de manera más intensa por las fantasías inconscientes de haber perdido, junto con la persona amada, a aquellos objetos buenos internos, los cuales fueron internalizados, como mencionamos anteriormente, en el desarrollo temprano del niño. El mundo interno parece desgarrarse y el sujeto siente que predominan en él los objetos internos malos. Para Klein, la elaboración de duelos importantes conlleva la reelaboración de duelos previos, es decir de las formas de separación con los objetos primeros, lo cual genera en el sujeto en duelo una revolución de su mundo interno.

M. Klein remite a Freud cuando habla del "juicio de realidad" (el reconocimiento y aceptación de la realidad de la pérdida) como parte del proceso de duelo y lo jerarquiza como el método más importante para vencer los estados de duelo. Esta autora destaca, por otra parte, los aspectos positivos y creativos del duelo: junto con el dolor experimentado, surge el amor por el objeto, y el sujeto siente que la vida seguirá existiendo a pesar de todo y que el objeto amado perdido puede ser conservado internamente. En esta etapa, dice Klein, el duelo puede hacerse productivo.

Bleichmar (2013) con relación al duelo patológico, se pregunta por qué un sujeto queda fijado a un objeto que perdió sin poder dejar de pensar en él, por qué su vida emocional gira en torno a eso que perdió, por qué no puede relacionarse con un nuevo objeto y qué tendría que modificar para aceptar la pérdida y no quedarse fijado a eso que ya no está. El autor explica que en situaciones de duelo patológico sea por la defunción de un ser querido, o por situaciones en donde se pierde al objeto amado o significativamente importante lo que aparece en primer lugar, como sentimiento primordial, es la culpa. El sujeto doliente siente que si deja de pensar en el objeto de amor que perdió, lo estaría traicionando, no puede remplazarlo porque esto sería vivido como falta de honestidad. El mandato superyoico de "serle fiel al muerto", obliga a que el sujeto mantenga contacto con él, sin poder dejar de extrañarlo. En el duelo normal se recuerda al objeto perdido, pero en el caso del duelo patológico se extraña al objeto



perdido por culpa. Para disminuir este sentimiento que el superyó culpabilizante lo obliga a sentir, el deudo tiene que seguir penando al muerto.

En el tratamiento que se lleva a cabo con un sujeto en duelo, al igual que en otras situaciones, es fundamental la observación y la escucha activa, un acompañamiento que posibilite el decir aquello que hasta el momento permanecía en silencio y que lleva al debilitamiento del sujeto en duelo. La terapia, desde la perspectiva psicoanalítica buscará hacer consciente lo inconsciente y levantar el velo de las resistencias.

Según Freud el trabajo que se impone tanto al médico como al paciente, es muy difícil, pero es necesario realizarlo para poder cancelar aquellas resistencias internas. A partir de la superación de estas, se irá modificando la vida anímica del sujeto de forma duradera, lo cual permite estar protegido frente a nuevas amenazas de enfermar.

Alizade (1995) expone que el tratamiento analítico busca abrir al sujeto un lugar de exploración de sí mismo en un primer momento, para luego reconocer los espacios psíquicos intactos y trabajar allí; las potencialidades del sujeto están dormidas, esperando que algo pase para ponerse en acción. Algunos sujetos no se interesan por saber nada acerca de sus potenciales, otros chocan con obstáculos que impiden el movimiento de su vida y el conocimiento de esas potencialidades.

Fortalezas y debilidades del enfoque psicoanalítico

- Fortalezas: 1) El espacio analítico favorece el pensamiento, la experiencia emocional y la autoreflexión. 2) El peso que, a diferencia de otras corrientes, se le atribuye a la infancia en el desarrollo psíquico y de la personalidad. 3) Introduce el estudio sobre la importancia de la sexualidad en la vida del ser humano y en la infancia.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



- Debilidades: 1) Es una terapéutica de muy extensa duración. 2) El psicoanálisis considera que el Inconsciente determina gran parte de nuestro comportamiento y que el pasado tiene una influencia decisiva en nuestro presente. Esto podría resultar disfuncional para aquellas personas que no estén preparadas para enfrentarlo. 3) Se le critica el hecho de que se basan en teorías obsoletas e hipótesis que no tienen apoyo empírico.

Técnicas terapéuticas

I. Asociación Libre:

Es el método básico del tratamiento del psicoanálisis, en donde el paciente en un ambiente tranquilo expresa sin juzgar sus ideas, recuerdos, deseos y anhelos y el psicoanalista decide en qué momento hace énfasis en alguno de los temas que el paciente verbaliza y que tienen alguna relación con su malestar.

II. Interpretación de los Sueños:

También llamado camino real al inconsciente, donde el paciente expresa lo soñado, lo cual se interpreta como deseos reprimidos. Freud destaca dos contenidos de los sueños con los cuales se va a trabajar: el contenido manifiesto, que parece incoherente pero presenta una historia narrativa; y el contenido latente, que se refiere al significado del sueño manifiesto.

III. Manejo de la transferencia:

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



La transferencia es un elemento crucial en el camino a la cura. Es la función psíquica mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos, hacia otra persona. Es la herramienta fundamental con la que cuenta el analista para poder conducir el tratamiento. Se debe procurar trabajar sobre ella y evitar se transforme en obstáculo.

3.2.4 Aplicación de la Terapia Interpersonal (TIP)

Una vertiente contemporánea que, a la vez, conserva nociones del psicoanálisis e integra constructos de otras vertientes es la terapia interpersonal. Es un tratamiento antidepresivo, de tiempo limitado y manualizado que pone el énfasis en la relación existente entre las emociones y las relaciones interpersonales. Se trata de poner la atención sobre el área problema del paciente para luego rever y consolidar los logros. La pérdida de una persona importante constituye un estrés interpersonal severo que puede precipitar una depresión. Para la TIP el duelo es definido como la muerte de otro significativo; otras pérdidas como la pérdida del trabajo, de los ideales, y divorcios son categorizadas como transición de rol. Para facilitar el proceso de duelo, el terapeuta alienta a la catarsis, explorando al mismo tiempo el significado de la pérdida para el paciente, los aspectos positivos y negativos de la relación y el vacío que la muerte ha dejado en la vida del paciente. Una vez que los pacientes han reconocido la aflicción como una conexión adecuada con su estado depresivo, frecuentemente pueden elaborar el duelo con la ayuda del terapeuta.

Mientras el proceso de duelo continúa, el terapeuta puede ayudar al paciente a encontrar apoyos y relaciones alternativas para cubrir las necesidades de la relación perdida. A pesar de que los reemplazos no pueden sustituir completamente esta pérdida,



el paciente en duelo puede tratar de empezar a encontrar intereses, desarrollar otras relaciones y restablecer una vida satisfactoria.

Otra área problema planteada por la TIP, como mencionamos anteriormente, es la llamada “Transición de rol”. Esta área engloba cualquier cambio en el rol interpersonal de la persona: formación de pareja-separación, ser empleado-perder el trabajo. Estas situaciones representan cambios desconcertantes en la identidad de las personas, quienes, probablemente, se focalicen en las desventajas del cambio en lugar de las nuevas oportunidades que se presentan. El objetivo de esta intervención es identificar el problema, elegir un plan de acción relacionado a éste y modificar las expectativas y comunicaciones fallidas para lograr una resolución satisfactoria.

“Los objetivos del terapeuta son ayudar al paciente a entender la transición de rol y sus ramificaciones (tanto positivas como negativas), así como facilitarle una mejor adaptación a la nueva relación interpersonal.” (Markowitz, J. C., Weissman, M. M. 1995.)

3.2.5 Corriente Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitiva parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes de aprendizaje.

Entre los creadores de esta terapia se encuentra Albert Ellis, quien desarrolló la terapia racional emotiva conductual. La terapia racional-emotiva-conductual (TREC), parte de la idea



que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales en sí mismas, sino por la interpretación que el paciente hace de las mismas. El objetivo de la TREC es el cambio de patrones de pensamiento irracional que el paciente tiene y que interfieren con su bienestar.

La Terapia Cognitivo Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos medicinales que ocurren en el individuo dentro del curso del cambio conductual. Esta corriente se aboca principalmente a modificar comportamientos y pensamientos.

En el caso del duelo, se cree que el sujeto mantendría un esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona perdida y errores cognitivos como la maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos y la visión catastrofista sobre lo mala que es la vida sin el fallecido.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, no obstante, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y las conductas.

El último objetivo de la terapia consiste en lograr una reestructuración cognitiva, es decir, rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales. Para cambiar los estados emocionales negativos es muy importante aprender a identificar los pensamientos automáticos ya que son los que anteceden al disparo de las emociones y, en parte, provocan que esas emociones sean negativas.

La intervención terapéutica en Terapia Cognitivo-Conductual se estructura en tres pasos: El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios (Dahab, J., Minici, A., & Rivadaneira, C., 2001).

En el caso de la Psicoterapia Cognitiva con respecto al duelo patológico encontramos el modelo de Bowlby (1969), basado en su teoría del apego, que consta de tres grupos de variables esenciales: primero las características personales de la persona que sufrió la pérdida, segundo sus experiencias infantiles y tercero el procesamiento cognitivo de la pérdida. Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos: Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (apego ansioso); aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otras; y aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos.

Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción que, de prolongarse, produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores debido a determinadas experiencias y, posteriormente, podrían reproducir relaciones similares y reaccionarían a la pérdida con un intenso sentimiento de culpa.

Siguiendo esta explicación concluimos en los 3 objetivos de ésta: 1- Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto. 2- Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto; y 3- Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva del procesamiento de informaciones previamente excluidas.

Fortalezas y debilidades de la corriente cognitiva-conductual

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Fortalezas: 1) La TCC. es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido; es decir que alberga un enfoque multidimensional sobre la vida del individuo. 2) Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. 3) Es la terapia que cuenta con mayor cantidad de estudios controlados de eficacia clínica.

Debilidades: 1) En algunos casos, no hace foco en la parte existencial, “espiritual” o del inconsciente de la persona. 2) El estilo del terapeuta más directivo choca con otros estilos donde el terapeuta actúa acompañando a la persona en su proceso de autoexploración y crecimiento personal.

Sobre los tratamientos psicológicos eficaces

En la literatura se han documentado, en líneas generales, cómo los autores descartan realizar cualquier tipo de intervención rutinaria con las personas que están viviendo un duelo normal. Se considera que cualquier actuación que se realice en estos casos, puede interferir su curso natural y dificultar el desarrollo de las estrategias propias que las personas ponen en marcha para afrontar y elaborar el proceso. Por el contrario, los tratamientos para personas con criterios de alto riesgo y las intervenciones especializadas, cuando el duelo se ha complicado, han mostrado resultados más alentadores. Es difícil encontrar programas específicos que se hayan diseñado para tratar el duelo. Según los estudios realizados, la orientación que muestra tener más apoyo empírico, es la que lo aborda desde la terapia cognitivo-conductual.



Los autores, partiendo de la consideración del duelo complicado como una entidad clínica específica y ante la evidencia de la falta de resultados en el tratamiento del mismo, diseñan un tratamiento específico uniendo diferentes técnicas que han resultado eficaces en el tratamiento de otros trastornos con los que el duelo complicado comparte algunas características. Este tratamiento llamado por ello los autores Tratamiento del Duelo Complicado (CGT, Complicated Grief Treatment) se inscribe dentro del marco teórico proporcionado por el modelo dual de afrontamiento de la pérdida donde se tienen en cuenta los estresores asociados a la pérdida. Este modelo de afrontamiento lo nombraremos más adelante.

Estas aportaciones estimulan el desarrollo de estudios en esta línea, ante la necesidad de contar con investigaciones bien establecidas y diseños prospectivos, que permitan aportar más conocimientos y direcciones que los profesionales puedan tomar, para ofrecer el soporte y acompañamiento más adecuado de las personas que están viviendo este proceso.

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

Técnicas terapéuticas

En Octubre de 1998, Vicente E. Caballo, en su Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta menciona algunas de las principales técnicas:



La auto-observación: Para que el paciente se de cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.

La identificación de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta. Examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.

Llevar a cabo “intentos” para comprobar los pensamientos automáticos. La determinación de las principales actitudes disfuncionales que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados y que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.

Preguntas: el preguntar de forma adecuada es esencial para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a una conceptualización específica y concreta del problema del paciente. Estas deberán utilizarse para clarificar el significado de las verbalizaciones del paciente de modo que se eviten los malentendidos.

Programación de actividades de dominio-agrado: por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades agradables.

Exposición simbólica: Ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.



Exposición y prevención de respuestas de evitación: Consiste en verbalizar los recuerdos en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.

Amplificación de sentimientos: Consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida.

Juego de roles: Psicodramatizar o representar escenas relevantes, y, a menudo, conflictivas, respecto a la relación con el fallecido; de modo que se puedan experimentar cogniciones y emociones relevantes y que han sido evitadas.

Ramsay también elaboro una lista de una serie de técnicas cognitivas y su objetivo es revisar la validez de las cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida; de modo que pueda realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto o difunta. Estas técnicas serían:

Decatastrofizar: Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto o sujeta afronta determinados recuerdos o situaciones.

Reatribución: Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para explicar su culpabilidad y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles.

Autoaceptación: Se trabaja con el sujeto, sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (estados agresivos, odio, etc.) y se diferencia entre estos y la persona global. Siguiendo la evaluación clínica y su tratamiento

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



el terapeuta deberá centrar sus objetivos en la valoración del duelo, si la persona que recurre a terapia genera un duelo ya sea normal o patológico, el terapeuta deberá ir en busca de dos objetivos centrales: el primero consiste en la facilitación normal del duelo y el segundo es el tratamiento de los trastornos asociados.

Red de apoyo social: La compañía de familiares y amigos facilitarían la realización de las tareas.

Tratamiento farmacológico: Se verá influenciado por terapeuta, en el caso de los problemas asociados, como la ansiedad e insomnio, procurando no interferir el desarrollo del duelo normal, mediante una sedación excesiva que puede provocar una indeseable reacción de culpabilidad en el enfermo; La prescripción de un antidepresivo, deberá retrasarse un período de tres meses siendo exigible que el cuadro clínico cumpla criterios de episodio depresivo mayor.

3.3 Intervención y apoyo a las personas en duelo

Sea cual fuere la relación de los deudos con el difunto, sólo puede lograrse una recuperación si aquellos llevan a cabo el trabajo de duelo. Esto exige que un deudo se desprenda de la relación e interacción con el difunto, con el fin de liberarse de ellas para desarrollar relaciones por otro lado.

Los objetivos de la intervención con las personas en duelo pueden esquematizarse en cinco puntos:

1. Mejorar la calidad de vida del sufriente
2. Disminuir el aislamiento social
3. Aumentar la autoestima
4. Disminuir el estrés
5. Mejorar la salud mental (prevención de enfermedades)

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



3.3.1. Cuándo es necesario el tratamiento

Hay personas que han sufrido una pérdida y que, sin embargo, no necesitan una ayuda psicológica o farmacológica. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir la ausencia. De este modo, estas personas, aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos. Por el contrario, otras personas se encuentran atrapadas por la pérdida sufrida, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, tienen dificultades para controlar sus emociones y sus pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más o menos de la cuenta, automedicarse, etcétera). Son estas personas las que, al sentirse desbordadas por el dolor, requieren una ayuda específica psicológica y en algunos casos, también farmacológica.

3.3.2 Criterios para la búsqueda de ayuda profesional

Tabla 11

Criterios para la búsqueda de ayuda profesional

Cuando las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos o conductas) perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas.

Cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela).

Cuando una persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o



conductas o se siente desbordada por ellos

Fuente: E Echeburúa A Herrán Boix

3.3.3 Estrategias terapéuticas

Los tipos de intervención recomendados para los pacientes que han elaborado un duelo patológico son tanto el tratamiento individual como el grupal y/o familiar, sin descartar en algunos casos la combinación de ambas modalidades. La primera de ellos favorece la individualización de la intervención y la adaptación específica a las conductas problemáticas de la persona afectada.

La intervención grupal y/o familiar optimiza los recursos y los resultados al brindar apoyo social, facilitar un espacio de encuentro donde expresar pensamientos y emociones, normalizar las manifestaciones de duelo, romper el aislamiento y ofrecer modelos entre iguales. En ocasiones puede ser útil combinar ambas formas de tratamiento para obtener las ventajas de cada una de ellas (Barreto y Soler, 2004). Los grupos de autoayuda pueden desempeñar un papel importante en los casos de duelo complicado, especialmente cuando se trata de la muerte de un hijo, de un suicidio, de un asesinato o de un atentado terrorista.

En algunos casos estos grupos tienen un carácter balsámico en los supervivientes, sobre todo cuando éstos cuentan con una red de apoyo familiar y social pobre, y ayudan a las víctimas a encarar el presente y el futuro. Hay otras personas, sin embargo, para las que estos grupos pueden resultar contraproducentes porque el dolor de otras víctimas les reaviva su propio dolor y les impide afrontar adecuadamente el futuro.



3.3.4. Objetivos terapéuticos

El objetivo de la intervención no es olvidar al ser querido muerto, sino recolocar al fallecido en el espacio psicológico biográfico del superviviente. Es decir, se trata de recordar al ser querido sin que este recuerdo bloquee el compromiso del superviviente con la vida Más en concreto, las metas del tratamiento son reducir la tristeza y la ansiedad, aumentar la autoestima y disminuir el aislamiento social, todo ello encaminado a mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir la cronificación del trastorno (Rando, 1993). Se pueden distinguir cinco metas fundamentales en la terapia del duelo patológico, a las que podría atribuirse el éxito de la misma (Echeburúa, 2004; Ruiz y Cano, 2002):

1. Facilitar la expresión de los sentimientos inhibidos hacia el fallecido y el relato de las relaciones habidas con él.
2. Fomentar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida.
3. Lograr, a partir de los dos puntos anteriores, la activación cognitiva del procesamiento de informaciones previamente excluidas.
4. Centrar la terapia en la solución de los problemas cotidianos y en la readaptación a la vida diaria.
5. Proyectar al sujeto hacia el futuro de forma gradual, implicándole en la realización de actividades gratificantes.

El ritmo personal del superviviente puede ser variable de unos casos a otros y debe abordarse con la flexibilidad necesaria (Barreto y Soler, 2004).



3.3.5. Vías de Intervención

Los enfoques clínicos utilizados han oscilado entre un modelo más psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etcétera), y un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del duelo en sí mismo.

El proceso terapéutico puede dividirse en diversas fases (Echeburúa, 2004; Echeburúa, Corral y Amor, 2001; Raphael, 1977, 1983; Ruiz y Cano, 2002):

1. Explorar la relación del paciente con el fallecido, lo que supone alentarle a que hable de la forma en que ha vivido la pérdida y de las atribuciones que haya podido realizar al respecto. De lo que se trata es de resituar la imagen del fallecido en su biografía, evitando imágenes excesivamente idealizadas u hostiles. En este contexto se analizan las emociones negativas suscitadas (tristeza, culpa, ira, etcétera) y se facilita el procesamiento de la información adecuado, introduciendo las retribuciones correspondientes.

2. Interrumpir la cadena de conductas que anclan al paciente al pasado y le impiden romper amarras con situaciones irreversibles. Por ejemplo, se trata de programar la interrupción gradual de las visitas al cementerio sólo cuando éstas tienen una alta frecuencia), así como de impedir al paciente recrearse en un pasado de añoranza (ver fotos del fallecido continuamente, hablar de él de forma constante) o de mantener conductas supersticiosas (no utilizar la silla en donde se sentaba, mantener toda su ropa en el armario, etcétera).

3. Utilizar la técnica de la meditación dirigida (Mawson, Marks, Ramm y Stern, 1981; Sireling, Ohn y Marks, 1988), es decir, exponer cognitivamente al paciente a recuerdos vivencia/es en relación con la persona fallecida sólo cuando hay conductas



intensas de evitación cognitiva y bloqueo emocional, con respuestas de reexperimentación en forma de pesadillas o de pensamientos invasivos).

La evocación de recuerdos, la lectura de cartas o la presentación de un álbum de fotografías pueden facilitar a veces este tipo de exposición cuando hay una fuerte inhibición emocional.

El paciente debe describir repetidamente-este tipo de situaciones hasta que disminuya el malestar.

El mecanismo subyacente es que la presentación repetida de los estímulos que provocan dolor genera un debilitamiento de la respuesta emocional condicionada (la tristeza).

En otros casos la exposición puede ser en vivo y referirse a conductas evitadas por la relación que se establece con la persona fallecida y que, sin embargo, tienen un carácter gratificante: acudir al cine, viajar, ir a casa de unos amigos, etcétera (Echeburúa y Corral, 1997; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996).

4. Facilitar la autoaceptación de las limitaciones personales (defectos personales, errores cometidos, etcétera) y enfatizar los aspectos positivos.

5 Atender a los problemas cotidianos planteados por el paciente y facilitar la readaptación a la vida diaria. En este sentido, atender a la salud, prestar atención a la relación familiar y social, facilitar la adaptación al trabajo y vigilar de cerca los hábitos de vida se constituyen en objetivos preferentes.

Programar actividades gratificantes gradualmente, especialmente aquellas que implican una relación social, y facilitar el establecimiento de metas futuras. Todo lo que suponga sacar al paciente de su caparazón y hacerle sentirse útil ante sí mismo y ante los demás contribuye a su recuperación.



3.3.6 Indicadores de recuperación

Una primera señal de recuperación básica es que la persona recobre las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito. Asimismo un indicador positivo del proceso de mejoría del paciente es cuando reaparece la expresión verbal de los sentimientos y se pone orden en el caos de las imágenes y recuerdos de la pérdida su frida. A veces, y más allá de las palabras, la reaparición de expresiones de afecto gestuales, como sonrisas, o físicas, como abrazos o besos, es una señal de mejoría. La implicación en conductas gratificantes, el establecimiento de metas concretas, la reanudación de la vida social o la participación en actividades de voluntariado denotan la recuperación de la persona porque todo ello contribuye a aumentar la autoestima y a imprimir un significado a su vida.

En resumen, el alivio de los síntomas, una experiencia subjetiva de mayor bienestar y el cambio en el estilo de vida están estrechamente asociados a la superación del duelo patológico.

En definitiva, el duelo se asimila cuando la persona, aun con dolor, es capaz de integrar la pérdida como algo pasado que forma parte de su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas (como rabia, culpa o tristeza profunda) y sin sentirse abrumada por los recuerdos.

Se ha conseguido integrar la memoria del fallecido en la vida del superviviente y se es capaz de evocar los recuerdos de las experiencias positivas vividas junto a la persona fallecida.

En estos casos la persona puede vivir con normalidad el día a día, disfruta con la vida cotidiana, utiliza unas estrategias de afrontamiento positivas y establece metas futuras (Latiegui, 1999; Lee, 1995; Morganett, 1995; Worden, 1998). Hay veces, sin embargo, en que el duelo se cronifica.

El factor más problemático para la recuperación del superviviente es la inestabilidad emocional anterior, la dependencia excesiva de la pareja o la existencia de actitudes hipocondríacas. Son también indicadores negativos relevantes haber sufrido pérdidas

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



anteriores próximas o acumuladas, tener una salud delicada y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones adversas en la vida anterior. Pero, en general, la evolución de la recuperación depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el duelo.

En concreto, el pronóstico es más sombrío cuando la persona, en lugar de encarar el problema adecuadamente, adopta estrategias de afrontamiento negativas como beber alcohol en exceso, automedicarse con tranquilizantes, no expresar las emociones o volcarse en el trabajo de una forma compulsiva, mantiene una baja laboral indefinida o se refugia en el pasado. Otras veces la evolución negativa depende de la presencia de sentimientos intensos de culpa o de ira o de la aparición de circunstancias vitales adversas (abandono de los hijos, pérdida de empleo.

3.3.7 Tratamiento psicofarmacológico

El empleo de fármacos estará dirigido al tratamiento de los problemas asociados, como la ansiedad e insomnio, procurando no interferir el desarrollo del duelo normal, mediante una sedación - ansiolisis excesiva.

La prescripción de un antidepresivo, deberá retrasarse un período de tres meses siendo exigible que el cuadro clínico cumpla criterios de episodio depresivo mayor.

Como antidepresivo de primera elección se recomienda los I.S.R.S. y entre ellos la Paroxetina por su mayor efecto secundario de ansiolisis, pese a su menor vida media en relación a la Sertralina. Y si ha de utilizarse benzodiazepinas, en especial, las de vida media larga. **Los fármacos recomendados son:**

Insomnio: Zopiclona o Zolpidem

Ansiedad: Diazepam o Ketazolam

Depresión: Paroxetina

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*



Conclusión



Conclusión

Una vez producida la pérdida, da comienzo el proceso de duelo, el cual se caracteriza por una serie de manifestaciones cognitivas, emocionales, comportamentales y físicas, que normalmente están limitadas en el tiempo, aunque la duración es variable en función de multitud de factores.

En los últimos años se ha investigado mucho sobre cuáles son aquellos factores de riesgo y de protección en cuanto a complicaciones en el proceso natural, lo que se conoce como duelo complicado, con el principal objetivo de ampliar el conocimiento de este fenómeno multidimensional.

La muerte es un suceso que no podemos evitar, así como el sufrimiento ante las pérdidas de seres queridos y/o personas significativas en el curso de la vida. De modo que, como profesionales de ayuda no estamos exentos de recibir personas que se encuentren pasando por una pérdida o simplemente hayan experimentado una pérdida significativa en un momento de sus vidas y esta surja dentro del proceso terapéutico al trabajar con ellas.

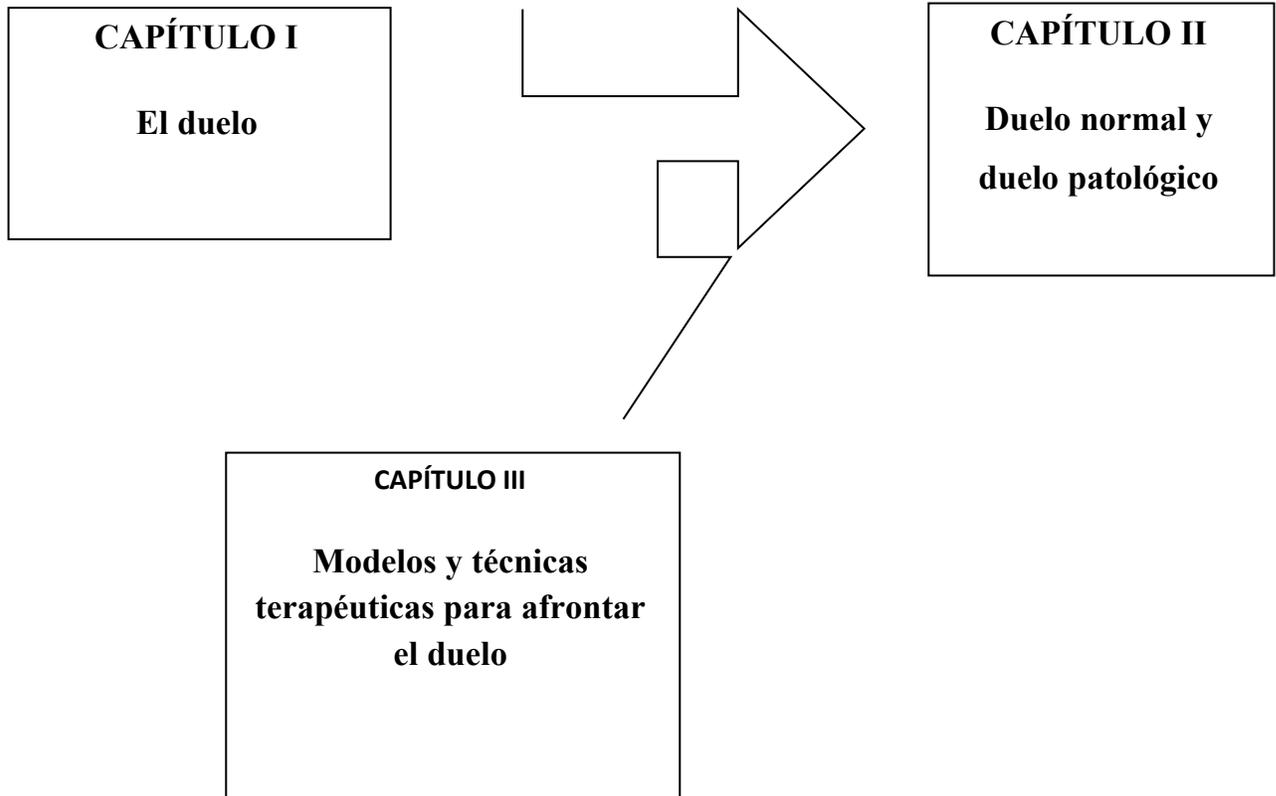
Investigaciones empíricas han demostrado que la muerte de un individuo puede desencadenar cambios constructivos en la vida de una persona (Armstrong y Shakespeare-Finch, 2011; Cadell, Regehr & Hemsworth, 2003; Engelkemeyer & Marwit, 2008; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010, citados en Currier, Mallot, Martínez, Sandy y Neimeyer (2013). No obstante, otros estudios recientes han encontrado que un tercio de las consultas en atención primaria tiene orígenes psicológicos y de ellas una cuarta parte se identifica como el resultado de algún tipo de pérdida (Bayés, 2001).

Si trabajar el duelo es delicado, imagine cuánto más pudiera serlo si se convierte en duelo patológico, por lo tanto con toda la investigación plasmada podemos identificar a la persona que atraviesa una pérdida en su vida con las características distintivas de un duelo sano y un duelo patológico.

Afrontar una pérdida de manera adecuada permitirá manejar la misma de una manera más sana.

*Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.*

7. Esquema





Bibliografía

- Bowlby J. (1998). *El Apego y la Pérdida: El Apego*. Barcelona: Paidós Psicología Profunda.
- Freud. S. (1917). *Mourning and melancholia*. London: HogarPress
- Kübler; E. (1972) *Sobre la muerte y los moribundos*. Macmillan Publishing Company, Nueva York.
- Lindemann, E. (1994) "Symptomatology and management of acute grief". *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101:141-148.
- Parkes C. M. & Weiss R.S. (1983) *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Rando, T. A. (1984) *Grief, Dying and Death*. Illinois: Res. Press Co.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 4^a Ed. Washington. D.C.:
- American Psychiatric Press*; pp. 424. Attig, T. (1991) The importance of conceiving of grief as an active process.
- Death Studies*; 15: 385-393. Attig, T. (1996)
- How we grieve. Relearning the world* . Oxford University Press. New York. Bailly, D. (1997)
- Angustia de separación*
. Masson. Barcelona. Bauman, H. (1990)
- Como vivir bajo la aflicción*. Mensajero. Bilbao. Biondi, M.; Picardi, A. (1996) Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal.
Psychother psychosom 65; 224- 245. Bowlby, J. (1993)
- La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*
. Ediciones Paidós. Barcelona - Buenos Aires - México. Bradbury, M. (1999)
- Representations of death: A social, psychological perspective*
. London, New York: Routledge. Braum, M. L.; Berg, D.H. (1994) Meaning reconstruction in the experience of bereavement.
- Death Studies*, 18, 105-129. Brothers, J. (1992)
- Vivir sin él*
Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



. Ediciones Grijalbo. Barcelona. Brown G.W.; Harris T. (1978).

The social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women

. Londres: Tavistock Publication. Campbell, J. (1988)

Historical atlas of world mythology.

New York: Harper & Row. Christine, V. (2006) Academic constructions of bereavement.

Mortality

, Vol. 11, (1): 57-78. Curren, C. (2001). Is grief an illness?. In J. Hockey, J. Katz, & N. Small (Eds.),

Grief, mourning and death ritual

(pp. 49 – 60). Buckingham: Open University Press. Currier J, Holland J, Coleman R, Neimeyer

RA. (2006) Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. In:

Stevenson, R & Cox G (eds). Violence. Amityville, NY: Baywood. Davidson, A.D. (1979)

Disaster. Coping with stress. A program that worked . Vol. 1. Pp. 20-22.

Galindo, G. C. (2004). Ethos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Bogota. Colombia.

Estancanti, T. (1995). Diccionario Teológico Enciclopédico. Editorial Verbo Divino. Navarra. España.

Kübler-Ross, E. (2005). Vivir Hasta Despedirnos. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. España.

Kübler-Ross, E.; Kessler, D. (2002). Lecciones de Vida. 5ta Ed. BSA. Barcelona. España.

Sadrin, L. (2002). Como afrontar el dolor. Paulinas. Bogota Colombia.

Jaspers, K. (1977). Psicopatología General. Buenos Aires. Ediciones Beta.

Pastorini, G. (1997). De los Cuidados Paliativos al Ars Moris. Un Abordaje

Psico-Espiritual. [Monografía en Internet]. Montevideo-Uruguay. Monografias.com S.A. [Acceso el 16 de junio de 2007]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/tanatologia>.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. [Sede Web]. 22ma Ed. [Acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en <http://buscon.rae.es/draeI/>.

Amairani Yatziri Calderon Eloisa
Facultad de psicología.



- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona-España.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la Muerte y los Moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. 2da. Ed. México.
- Savage, J. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Ediciones Luciérnaga. España.
- Andrews-Ahearn, E. (2009). *Grief, grieving and death*. (Tesis doctoral). University of New Hampshire. ProQuest Dissertations and Theses, 79. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/304947905?accountid=41558>.
- Baker, J.E. (2001). *El Duelo y la Transformación de las Relaciones de Objeto. Evidencia de la Persistencia de Apegos Internos*. *Psychoanalytic Psychology*, 18(1), 55-73.
- Barreto Martín, P. & Soler Saíz, M. C. (2007). *Muerte y Duelo*. Madrid: Síntesis.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beder, J. (2004). *Lessons About Bereavement*. *Journal of Loss & Trauma*, 9(4), 383-387.
- Brea, R. (2002). *El Duelo un camino hacia la transformación*. Santo Domingo: Textos Gisela & Vargas Asociados.
- Burgos, J. (1975). *Poema para mi Muerte*. Antología Poética. San Juan. Editorial Cordillera
- Clements, P., Vigil, G., Manno, M., Henry, G., Wilks, J., Das, S., & Foster, W. (2003). *Cultural perspectives of death, grief, and bereavement*. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(7), 18.
- Colón, J., (2008). *Spirituality in clinic: To study about the presence and handling of spirituality themes in Puerto Rico's psychological practice*. (Tesis Doctoral) Universidad de Puerto Rico, Rio Piedras: Puerto Rico.
- Corr, C.A. (1992). *A Task-Based Approach to Coping with Dying*. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 24, 81-94.
- Currier, J. M., Mallot, J., Martínez, T. E., Sandy, C., & Neimeyer, R. A. (2013). *Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation*. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(2), 69-77.
- Dávila, V. (1963), *Funeraria. Patria*. San Juan: Editorial Cordillera.



- Delisle-Lapierre, Y. (1986). *Vivir el morir*. Madrid: Paulinas.
- Escalera, Y., Falcon, A., Pastrana, S., (2005). Preparándonos para su viaje: las dinámicas de apoyo familiar y social, la espiritualidad, el conocimiento sobre el duelo anticipado y la intervención profesional de trabajo social, con padres y madres cuyos hijos fallecieron por cáncer en Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicosomát*, 2, 1-17.
- Antón JM. El impacto del suicidio en la familia. El proceso específico del duelo familiar *Rev*
- Psicot Rel Interv Soc. Segunda época. 2010;2: 109–23.
- Barreto, P., & Soler, M. C. (2007). Muerte y duelo. *Madrid: Síntesis*. Bradshaw, P. *Secretos de familia*, Ed. Obelisco, 2000.
- Cain AC, comp. *Survivors of suicide*. Springfield, IL: Thomas; 1972.
- 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*, 11(1), 35-55.
- De Miguel Sánchez, C., & Romero, A. L. Atención al duelo.
- De San Segundo, M. C. (2007). Intervención en crisis en Comunicación de fallecimiento e inicio del duelo.
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.
- Echeburúa E. *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide; 2004.
- Eguiluz, L. *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*, Ed. Pax México, 2010. Espíndola, J. R. DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO.
- Ewton DS. A perinatal loss follow-up guide for primary care. *Nurse Pract* 1993; 18: 30-36.
- García Campayo, J., Tazón Ansola, P., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. Colección Enfermería S*, 21, 392-403.
- García, R. A. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5).
- García-Viniegras, C. R. V., & Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista*
- Amairani Yatziri Calderon Eloisa*
Facultad de psicología.