



*Asociación de Psicología de Puerto Rico*

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

[www.asppr.net](http://www.asppr.net) E-mail: [info@asppr.net](mailto:info@asppr.net)

Revista Puertorriqueña de Psicología  
Volumen 13, 2002

# *Consideraciones en Torno al Proceso de Duelo, su Manifestación y su Tratamiento*

---

Jessica Serrano Goytía  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras

## **Abstract**

Loss and death accompany us in every stage of our lives. Although they are normal and common experiences, they usually leave us confused, disturbed, and with feelings and emotions that are difficult for us to understand. This paper presents different aspects and concepts related to loss, death, mourning, and bereavement. It describes and discuss the principal models concerning to death, mourning and the "grief-work" hypothesis, and the main theorists' views about "normal" and "pathological" bereavement. Social aspects related to death and mourning are also discussed. Finally, some guides to clinical treatment for the bereaved patient are outlined.

A través de la historia, los seres humanos hemos estado preocupados<sup>1</sup> con la muerte y todos los aspectos que rodean a la misma. La muerte, y el proceso que ésta conlleva, ha estado envuelta de misterios para quienes no pueden o no quieren comprenderla. La filosofía, la ciencia y la religión se utilizan constantemente en nuestro intento de comprender y controlar la muerte (Rando, 1984).

Sin embargo, la preocupación va más allá que en torno a la persona perdida y lo que será de ésta; nos cuestionamos cómo podremos sobrevivir y qué sucederá con nosotros a partir de la ausencia de la persona amada. Experimentamos sensaciones, emociones y pensamientos que no sabemos explicar. Nos preguntamos si lograremos sobrellevar el momento y si podremos continuar nuestro curso. Muchos pueden superar la crisis, pero otros quedan atrapados en el proceso.

Este ensayo tiene el propósito de explorar el proceso por el cual transitamos cuando experimentamos la muerte de un ser querido. En otras palabras, trabajaremos con el proceso de pérdida y duelo. Debido a la amplitud del tema, nos ceñiremos al proceso de duelo, la manifestación del duelo patológico, sus características y las implicaciones para quienes lo vivencian. Se presentarán y discutirán algunos de los modelos explicativos sobre esta área. También se abordarán aspectos sociales que dan cuenta de este proceso. Por último, se trabajará con las consideraciones clínicas pertinentes para el manejo de esta situación.

### **La pérdida afectiva y el duelo**

A través del transcurso de nuestras vidas todos experimentamos pérdidas en mayor o menor grado. Las pérdidas pueden ser físicas o simbólicas (Rando, 1993), de muchos tipos y magnitudes (Harvey & Miller, 1998). A cada momento nos enfrentamos y lidiamos con éstas. La pérdida puede manifestarse en un divorcio, la muerte de un ser querido, una mudanza, un cambio de escuela, la pérdida de un juguete. En general, podemos definir pérdida como la ausencia de un objeto o figura amada. Ésta se materializa como la ruptura de un apego. La fuerza de este apego es la que determinará la intensidad del trauma infligido cuando éste es roto (Cassem, 1975).

Nuestra capacidad de amar y tener relaciones satisfactorias nos deja vulnerables al dolor y a la tristeza cuando la relación finaliza. Por esto, el dolor es una respuesta universal experimentada por todos en algún momento de nuestras vidas (Carr, 1975). El dolor es una experiencia compleja. Es lo que sentimos cuando nos ubicamos y nos enfrentamos a una realidad nueva y difícil. Éste nos lleva a desear cambiar nuestra manera de sentir, actuar, pensar, esperar y desear. Entonces, el dolor nos motiva a dar nuevas formas a nuestros patrones de vida para poder enfrentar activamente nuestra nueva realidad. El dolor nos motiva a manejar y actuar de forma constructiva lo que nos ha sucedido (Attig, 1996).

Cada vez que experimentamos una pérdida (física o simbólica) reaccionamos, respondemos y la manejamos de una forma particular e individual. Frantz (1984) afirma que tenemos la tendencia

<sup>1</sup> En este escrito se usará la voz masculina para facilitar la lectura del mismo.

de vivir la pérdida de alguien en la forma en la cual hemos aprendido a vivir otras pérdidas en nuestras vidas. Cuando llegamos a la etapa adulta, ya hemos experimentado muchas pérdidas. Por lo tanto, cada uno desarrolla sus propias destrezas de manejo, su forma de reaccionar ante la pérdida y la muerte, y su propio proceso de duelo (Frantz, 1984).

La muerte puede estar acompañada por una reacción de pesar, dolor o aflicción ("*grief*"). Estas emociones se cristalizan en un estado de pesar, desesperanza y privación ("*bereavement*") que se trabaja y sobrelleva con el proceso de luto o el duelo ("*mourning*"). El trabajo de duelo psicológico es el que ocurre durante el estado de desesperanza y es el proceso en el cual el doliente desata gradualmente los lazos psicológicos que lo atan al fenecido (Raphael, 1983).

El dolor y la aflicción son algunas de las reacciones que experimentamos ante las pérdidas. El duelo es el proceso total de reacciones y respuestas ante las pérdidas significativas (Smith, 1975); es el proceso que nos permite dejar ir lo que teníamos y estar listos para lo que vendrá (Rando, 1984). En otras palabras, todas las pérdidas requieren un duelo que reconozca el dejar ir y transformar la experiencia para tomar lo esencial y continuar con nuestra vida (Walsh & McGoldrick, 1991). Éste afecta todas las áreas en la vida de la persona que lo sobrelleva (emocional, psicológica, física y social) (Kato & Mann, 1999). El proceso de duelo no sólo manifiesta la herida, también el proceso de sanación y adaptación ante la pérdida (Grosshandler-Smith, 1995; Raphael, 1983; Smith, 1975). Por esto el proceso de duelo como reacción ante la pérdida real del ser amado debe llegar a su fin. Para Marwit (1996) el objetivo final de proceso de duelo es la resolución del dolor experimentado, la reconstrucción de nuestra vida y la continuación de la misma sin la presencia del objeto amado. El duelo es, por lo tanto, un proceso continuo y relativo asociado con todos los eventos que traen algún tipo de pérdida, separación o reatamiento de las emociones invertidas (Carr, 1975). Como estrategia de manejo, este proceso requiere que respondamos activamente, invirtamos energía y completemos las tareas necesarias (Attig, 1996).

Pero el trabajo de duelo no sólo requiere de energía emocional, también de energía física (Rando, 1984). Frantz (1984) entiende que el duelo en sí es una forma de energía; y hay que pasar por éste para

poder sanar. Usualmente, la persona que enfrenta la pérdida no está preparada para la intensidad de sus reacciones y emociones, y/o no comprende la importancia y la necesidad de aceptar y expresar las mismas. Este proceso implica lamentar la muerte del ser querido, pero también lamentar los sueños, las esperanzas y lo que no pudo ser realizado junto con el fallecido (Rando, 1984). Por esto algunas reacciones psicológicas que pueden considerarse normales ante una pérdida son la regresión, la negación, la manía, la auto recriminación y la depresión (Hollingsworth & Pasnau, 1977). De igual forma, Clayton, Desmarais y Winokur (1968) identifican otras manifestaciones usuales como el disturbio en los patrones de sueño, el llanto, la dificultad en la concentración y en la toma de decisiones, cambio en peso y pérdida de interés en actividades. Por su parte, Jacobs (1999) añade el anhelo, los sueños y pesadillas, la nostalgia, la fatiga, el letargo y la ansiedad. Grosshandler-Smith (1995) sostiene que las emociones ("shock", coraje, incredulidad, miedo, dolor, tristeza, culpa...) son cambiantes. Por lo tanto, si los sentimientos de culpa o la disminución de la autoestima se vuelven prominentes como manifestación ante la pérdida, existe la posibilidad de que algo esté interfiriendo con el proceso normal de duelo. Esto puede observarse si el doliente no puede reconocer que en la relación con la persona perdida había tanto sentimientos negativos como positivos (Carr, 1975).

### Modelos explicativos

Existen diversos modelos teóricos que dan cuenta del duelo y el trabajo que éste proceso implica para la persona que está involucrada en el mismo. Estos modelos intentan describir las fases, conductas y sentimientos relacionados a este proceso. De forma general, todos éstos concuerdan en la idea de que el duelo debe estar acompañado de unos pasos, etapas o tareas que deben alcanzarse para superar el mismo. De igual forma los proponentes indican que las etapas no son rígidas y que en ocasiones la persona puede ir y venir en éstas. Respecto a esto, Attig (1996) puntualiza que la fortaleza o importancia de la idea de duelo como un proceso activo de manejo de distintas tareas es que reafirma la suposición de que no estamos o no necesitamos ser pasivos o desvalidos cuando estamos en ese estado de desesperanza. A pesar de que se han dado diferentes nombres a

las fases y los distintos modelos enfatizan en aspectos particulares del duelo, Marrone (1999) identifica tres aspectos comunes en los modelos propuestos. Estos son la reestructuración cognoscitiva, la expresión emocional y la reintegración psicológica. A continuación presentaremos y discutiremos brevemente algunos de los modelos más reconocidos y trabajados en esta área.

En su escrito de 1917

### *Duelo y melancolía.*

Freud plantea que el proceso de duelo se caracteriza por la pérdida de interés en el mundo externo, la pérdida de capacidad para amar, la inhibición y el retraimiento de actividades. "El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces..." (p. 241). Para Freud, el proceso de duelo es una función normal o usual para la persona que ha sufrido la pérdida (Deutsch, 1937; Hurd, 1999). Por lo tanto, el dolor y la aflicción son emociones esperadas y usuales (Sacks, 1998). Según este autor, el trabajo de duelo consiste en un examen de la realidad que demuestra que el objeto amado ya no existe. La pérdida emocional es atribuida a un objeto que ha sido fuertemente deseado y amado. Este objeto se ha constituido como parte del ego por un proceso de asimilación, incorporación e introyección. La pérdida emocional transpira en el ego narcisista del sujeto; y la decepción, el abandono y el daño por la pérdida experimentada por el ego es fuente de sentimientos hostiles y de coraje (Bonanno & Kaltman, 1999; Volkart & Michael, 1976). De la pérdida del objeto se produce la necesidad de eliminar o redirigir la libido que enlaza a la persona con el objeto de amor perdido. Este proceso se caracteriza por el abandono gradual de los lazos libidinales de la representación mental del objeto perdido a través de la decaetaxis (Deutsch, 1937; Geis, Whittlesey, McDonald, Smith & Pfefferbaum, 1998). Si la persona es renuente a llevar a cabo el proceso, el dolor puede alcanzar una intensidad que lleve a un desligamiento de la realidad y a la retención del objeto amado por medio de una psicosis alucinatoria; pero lo usual es que prevalezca la aceptación de la realidad. Freud explica que este proceso consume energía y tiempo durante el cual es normal que el objeto perdido continúe existiendo en lo psíquico.

Una vez el duelo finaliza, el ego se libera y la libido puede invertirse en una nueva relación u objeto (Bonanno & Kaltman, 1999;

Deutsch, 1937; Geis et al., 1998; Kato & Mann, 1999). Para Freud, la diferencia entre el duelo normal y la melancolía reside en la forma en la cual el ego lidia con el objeto perdido. En el duelo normal hay sentimientos en torno al mundo como uno pobre y vacío y hay un poco de auto reproche y culpabilidad; sin embargo, no hay una pérdida significativa de la autoestima, como lo es en el caso de la melancolía, (Anderson, 1949; Clayton, Desmarais & Winokur, 1968; Volkart & Michael, 1976). Para Kato y Mann (1999), y según los escritos freudianos, el duelo patológico emerge cuando el sujeto tiene predisposición a una neurosis obsesiva. Estas personas se muestran ambivalentes ante la pérdida y se culpabilizan por ésta (Deutsch, 1937). La ambivalencia es tan intensa que imposibilita el proceso de separación y puede resultar en un estado de ansiedad severa (Bonanno & Kaltman, 1999; Hollingsworth & Pasnau, 1977). En resumen: "El duelo incluye una separación consciente de la libido del objeto perdido, un regreso gradual de la realidad, la emergencia de un ego saludable y un regreso a una vida emocionalmente estable" (Hurd, 1999, p. 18).

A pesar de que Freud establece que para un proceso de duelo saludable es necesario el abandono de los lazos libidinales, varios autores (Bonanno & Kaltman, 1999; Bowlby, 1980; Horowitz, Bonanno & Holen, 1993; Klass, 1999; Romanoff & Terenzio, 1998; Rubin, 1999; Stroebe & Schut, 1999) entienden y sostienen que los vínculos afectivos no pueden abandonarse en su totalidad. Estos pueden re-trabajarse, reorganizarse o transformarse de forma tal que le permita al individuo desarrollar otros nuevos apegos manteniendo una conexión apropiada y hasta sana con la imagen de la persona fallecida. Aún más, Rubin (1999) establece que la forma en que el doliente recuerde, internalice y mantenga una relación adecuada con la persona muerta será central para el resultado final del duelo. Esto es aún más importante cuando observamos culturas (como la nuestra) en las cuales se venera la imagen del muerto, se le recuerda mediante ceremonias y rituales y hasta se toman decisiones pensando en lo que haría o recomendaría éste.

Uno de los trabajos más citados en el área de duelo es el de Erich Lindemann. En su estudio

*Sintomatología y manejo del duelo agudo* (1944), Lindemann describe el trabajo de duelo como un proceso de tres etapas: 1) la

emancipación del vínculo con la persona fallecida, 2) el reajuste al medioambiente y 3) la formación de nuevas relaciones. Estas etapas pueden estar acompañadas por malestar somático, preocupación con la imagen del difunto, sentimientos de culpa, hostilidad, cambios en el patrón de conducta usual de la persona, incredulidad, entre otras (Geis et al., 1998; Rando, 1993). La duración de la reacción de duelo parece estar mediada por el éxito con el cual la persona lleva a cabo las tareas necesarias (Geis et al., 1998).

En la primera etapa, Lindemann explica que el doliente debe modificar la energía invertida en la persona fallecida para así poder verirla en otras y lograr su satisfacción emocional. La segunda etapa se caracteriza por el reajuste a un nuevo medioambiente en el cual el muerto ya no está presente. Para el autor, ésta es quizás la etapa más difícil pues la persona debe acomodarse al mundo sin la presencia del otro. Además, es posible que éste deba adoptar nuevos roles y adquirir otras destrezas para poder compensar las funciones que la persona fallecida ejecutaba. Por último, Lindemann considera que la energía que ha sido emancipada de la relación previa debe reinvertirse en alguien o en algo más. De esta forma, y según el modelo propuesto por este autor, la persona logrará superar el proceso de duelo y continuar su vida (Attig, 1996; Clayton, Desmarais & Winokur, 1968; Lindemann, 1944; Rando, 1984; Volkart & Michael, 1976).

El trabajo de John Bowlby se considera como uno de los más importantes por su contribución al desarrollo de varios tópicos incluyendo el apego, la separación, la pérdida y el duelo (Rando, 1993). Bowlby (1961; 1980) sostiene que a través del crecimiento humano, la persona desarrolla apego. La conducta de apego está mediada por un sistema homeostático dirigido a una meta. La meta de la conducta de apego es mantener la proximidad o comunicación con la persona a quien el individuo está apegado. En otras palabras, el objetivo de la conducta de apego es lograr un vínculo afectivo. Las situaciones que pongan en riesgo este vínculo inevitablemente provocaran una reacción para preservar el mismo.

Bowlby plantea que el duelo es la reacción al rompimiento del vínculo afectivo entre el individuo y el ser querido (Kato & Mann, 1999). El proceso de duelo se ve como la activación de una conducta de apego que no es eficaz en mantener los lazos afectivos (Cleary, 1999), obviamente debido a que la figura con la cual se mantenía el

vínculo o apego ya no está presente. En otras palabras, el dolor provocado por la muerte y el duelo es una "...expresión de la tendencia para mantener el vínculo con la persona fallecida y proteger al individuo no importa cuán doloroso, irreal y disfuncional pueda ser" (Jacobs, 1999, p. 3).

En su trabajo de 1980, *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión (Apego y pérdida, Vol. 3)*, Bowlby presenta y explica cuatro etapas, las cuales, desde su perspectiva, caracterizan el proceso de duelo y la pérdida afectiva. Éstas son: 1) el embotamiento de la sensibilidad que puede ser interrumpido por episodios de tristeza o cólera intensa, 2) el anhelo y búsqueda de la figura perdida, 3) la desorganización y la desesperanza y 4) la reorganización. El proceso de reorganización da fin al proceso de duelo saludable. Éste consiste en reconocer y aceptar la pérdida, además de dar nueva forma y significado a la vida de la persona que está pasando por el proceso de duelo. Para que la fase de reorganización pueda observarse y se asuman los nuevos patrones saludables, resulta necesario que la persona descarte los patrones previos de pensamiento, sentimientos y acción. No es de extrañar y resulta casi inevitable que la persona que ha sufrido la pérdida sienta que esto es imposible. Sin embargo, si el proceso marcha adecuadamente, el doliente comenzará a examinar la nueva situación en que se encuentra y a considerar las posibles maneras de enfrentarla. Esto llevará a una nueva definición de sí mismo y de su situación.

Por otro lado, Parkes y Weiss (1983) indican que es importante para el trabajo de duelo el reconocimiento intelectual y la explicación dada a la muerte. El proceso también incluye la aceptación emocional de la pérdida y asumir una nueva identidad (Attig, 1996; Parkes, 2001; Parkes & Weiss, 1983; Stroebe, van Son, Stroebe, Kleber, Schut & van den Bout, 2000).

Beverly Raphael es también una de las exponentes más importantes en los últimos años. Raphael (1983) describe el proceso de duelo en varias fases y reacciones. La primera reacción es la de incredulidad, "shock" y "adormecimiento" ("numbness"). Para esta autora, la necesidad de comunicar la muerte a otros, el proceso legal, los arreglos funerarios, la exposición del cuerpo y la presencia y palabras de otros en torno a la muerte, son factores que pueden ayudar al doliente a enfrentar la inevitable realidad y superar esa primera

fase. A pesar de que la persona puede estar consciente de la realidad y la finalidad de la muerte a un nivel intelectual, aún después de las ceremonias fúnebres la experiencia emocional es de dolor ante la separación. Al igual que Bowlby, Raphael explica que la persona experimenta un anhelo y nostalgia intensa hacia la persona muerta y busca en el medioambiente claves de su presencia. Esto constituye parte de la adaptación a la pérdida y del enfrentamiento a la realidad que debe ocurrir durante la segunda fase. Si estas experiencias se reprimen, es más probable que el proceso se vuelva patológico. Las respuestas afectivas durante esta fase son intensas e incluyen ansiedad, pánico, coraje, sentimientos de abandono, agresividad y minusvalía. En estas primeras etapas, el doliente sentirá que está en un mundo caótico y en total desorganización.

Cuando se acepta la muerte (tercera fase), comienza el trabajo de desatar los lazos que formaron la relación. Raphael describe el trabajo en esta fase como un revertir o deshacer de los diferentes procesos que han formado la relación. Para la mayoría de las personas, los aspectos positivos de la relación predominan y el recuento trae consigo recuerdos tristes y felices de la persona que ya no está físicamente; ocasionalmente con mínimos aspectos negativos y sentimientos de culpabilidad. Entonces, el proceso de recuperación comienza. Pero las emociones y los sentimientos asociados a este recuento variarán y éstos afectarán positiva o negativamente el transcurso del proceso. Según la autora, los resultados usuales del trabajo de duelo son la resolución de la pérdida, el ajuste satisfactorio y la reintegración a la vida con nuevos apegos satisfactorios.

A pesar que el trabajo de Elisabeth Kübler-Ross se focaliza en el proceso que experimenta la persona que se enfrenta a la inminencia de su muerte, podemos identificar varios puntos de encuentro entre lo que vivencian el moribundo y el doliente. Nos referimos específicamente a las cinco etapas presentadas por esta autora en su libro *On death and dying* (1969).

La primera etapa es la negación y el aislamiento. Ambas evitan que la persona se enfrente a una realidad dolorosa, no sólo por la amenaza de la pérdida de su vida, también por la pérdida de lo que le define como individuo. La negación y el aislamiento luego son reemplazados por el coraje (segunda etapa). El enfermo siente coraje contra sí mismo y también lo desplaza a las personas que lo rodean.

Entonces comienza la etapa de negociación. El paciente busca en este proceso la posibilidad de mejorar su condición ofreciendo o dando algo a cambio a Dios o al destino. Cuando la persona internaliza que esto no es posible, entonces se enfrenta a su depresión (cuarta etapa). En ésta experimenta un gran sentido de pérdida de sí mismo, de su futuro, de sus esperanzas y deseos y de las personas que ama. Aunque quizás sea la etapa más dolorosa, es necesario que el enfermo la vivencie, pues esta es la etapa que antecede el momento en el cual tiene que prepararse para su muerte. Por último, el moribundo enfrentará la quinta etapa de este proceso: la aceptación. Esta no es necesariamente una feliz, pero la persona puede contemplar su propia muerte tranquilamente.

Estas etapas presentadas por Kübler-Ross pueden ser comparadas con las etapas propuestas por los autores y autoras presentadas anteriormente. Por ejemplo, tanto Bowlby como Raphael identifican el coraje, la incredulidad, la desesperanza, el enfrentamiento a la realidad y la aceptación como algunas de las fases características con las cuales la persona que experimenta el proceso de duelo tiene que trabajar.

Otros modelos que se utilizan para entender el proceso de duelo son el cognoscitivo, el de aprendizaje y los de estrés. A continuación describiremos las propuestas centrales de estos modelos en torno al tema presentado.

#### **Modelos cognitivos, de aprendizaje y de estrés**

Según los modelos cognoscitivos, ciertos eventos, como lo es la muerte de un ser querido, provocan cambios significativos en la vida del individuo. Para éste, el evento (la muerte del ser querido) es estresante en la medida en la cual el doliente lo valora como tal y sienta que no es capaz de manejarlo (Bonanno & Kaltman, 1999). Entonces, dependiendo de la valoración de la severidad del evento dada por la persona y de la percepción de sus destrezas para lidiar con el mismo, se puede predecir el resultado final del trabajo de duelo que realiza el sujeto (Kato & Mann, 1999).

La hipótesis respecto a la necesidad de llevar a cabo un trabajo de duelo se fundamenta en el proceso cognoscitivo que maneja la persona. Este proceso se caracteriza por el enfrentamiento a la pérdida y a los eventos que anteceden y preceden la misma (Stroebe, 1992;

Stroebe & Schut, 1999). En otras palabras: "El trabajo de duelo es un proceso cognitivo que involucra la confrontación con y la reestructuración de los pensamientos acerca del fallecido, la experiencia de la pérdida y el mundo alterado en el cual el doliente ahora tiene que vivir" (Stroebe, 1992, p. 33).

Según Geis y colaboradores (1998), el modelo cognoscitivo del proceso de duelo parte de la teoría de atribución y del modelo de indefensión aprendida ("*learned helplessness model*"). Como mencionamos anteriormente, este modelo enfatiza en la evaluación subjetiva hecha por el sujeto sobre las dificultades que rodean su pérdida. En el caso del duelo patológico, el individuo que experimenta la pérdida piensa que no puede alterar o manejar la situación a la cual se enfrenta. Esto provoca en él un sentido de pérdida de control sobre la situación y sobre su vida. Se siente indefenso ante una situación incontrolable pues no puede hacer nada para cambiarla. Esta indefensión "... es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos [la muerte del ser querido] son incontrolables [e inalterables]" (Seligman, 1981, p.27).

Cuando la persona enfrenta la muerte de un ser querido, los conceptos cognoscitivos del mundo y del yo se alteran (Raphael, 1983). Para poder llevar a cabo un trabajo de duelo positivo, la persona tiene que abandonar sus presunciones sobre el mundo, la persona perdida y el yo ("*self*") en relación con ésta. Entonces puede desarrollar un nuevo conjunto de ideas y presunciones sobre su mundo y sus nuevas circunstancias de vida. El resultado final del proceso de duelo dependerá de la percepción de la persona en torno a su capacidad o habilidad para manejar efectivamente la situación (Kato & Mann, 1999).

Las teorías de aprendizaje también dan cuenta del proceso de duelo. Éstas se fundamentan en la premisa de que la conducta de unas personas refuerza la conducta de otras (Geis et al., 1998). Las respuestas voluntarias o conductas reforzadas, se caracterizan porque son realizadas con mayor frecuencia mientras somos recompensados por llevarlas a cabo (Seligman, 1981). En el caso del proceso de duelo, el sistema conductual del doliente ligado a la persona perdida ya no se refuerza de la misma manera. En otras palabras, cuando una persona muere, las conductas del doliente asociadas a las del fallecido ya no son premiadas. Esto provoca que las conductas relacionadas

con el difunto sean eventualmente extinguidas (Raphael, 1983). Este cambio y el incremento en eventos desagradables producen los síntomas de dolor y tristeza característicos en el duelo (Geis et al., 1998).

Parkes (2001) y Raphael (1983) explican que estos modelos comparan la evitación del dolor producido por la muerte del ser querido con las conductas y reacciones fóbicas. En el caso del duelo patológico, este se manifiesta en función del éxito que tiene la persona en evitar los estímulos y sentimientos normales o usuales que son asociados al proceso de duelo (Rando, 1993). Cuando la persona logra efectivamente evitar enfrentar los sentimientos no permite que se dé la extinción de los mismos. Por lo tanto, al no enfrentar éstos, la persona retrasa su experiencia de duelo. La expresión de coraje, dolor y tristeza son necesarias. Éstos deben ser expresados hasta que se extingan y no se manifiesten más (Raphael, 1983).

Mientras que los modelos cognoscitivos puntualizan en la evaluación subjetiva del doliente y las teorías de aprendizaje enfatizan en el comportamiento no reforzado, los modelos de estrés apuntan al duelo como un estresor para el doliente porque requiere de más ajustes que otras circunstancias de vida. Este modelo ve el duelo como un evento estresante que puede afectar las destrezas de manejo del doliente y llevarlo a un desorden (Kato & Mann, 1999; Stroebe et al., 2000). Proponen que la pérdida lleva a un estado de desamparo e impotencia, en el cual las estrategias de manejo ya no son efectivas, las defensas se debilitan, el individuo busca la ayuda de otros y es más susceptible a sus respuestas. El duelo se resuelve mediante una adaptación adecuada y el restablecimiento del equilibrio o a través de una pobre adaptación. El resultado final de la crisis está muy ligado a la calidad de las fuentes de apoyo social disponibles a la persona durante este tiempo (Raphael, 1983).

En el caso del duelo normal o saludable, el logro del proceso de reajuste se determina por el nivel en que es permisible expresar los sentimientos de tristeza y pérdida, a la vez que el coraje, la culpa y el alivio. Según Hollingsworth y Pasnau (1977), el progreso de este trabajo puede evaluarse a base de: 1) el pasaje a través de las etapas de duelo normal, 2) el logro en la resolución del duelo (de manera que implique que el muerto "vivirá en la memoria" sin el dolor que originalmente acompañaba a la pérdida) y 3) el desarrollo

o identificación de reacciones patológicas, las cuales indican un duelo no resuelto. Para Bowlby (1980), los criterios que distinguen las formas saludables de las formas patológicas son la duración del tiempo durante el cual persisten esos procesos defensivos y en qué medida influyen sólo en una parte del funcionamiento mental o llegan a dominarlo por completo. Otros factores que afectan la resolución de la pérdida, aumentando o disminuyendo la probabilidad de las reacciones patológicas son, por ejemplo, la relación existente entre el doliente y el fallecido (ambivalente, dependiente), las circunstancias y el tipo de muerte, la respuesta de la familia y de la red de apoyo social, crisis recurrentes, muertes o pérdidas previas y los factores socio-demográficos (Raphael, 1983). Bowlby añade otras variables que afectan el curso del duelo como, la identidad y el rol de la persona perdida, las causas y circunstancias de la pérdida, las circunstancias psicológicas y sociales que afectan a la persona que sufrió la pérdida y su personalidad.

### El duelo patológico

Mientras que unas personas sobrepasan el trabajo de duelo, hay otras que no logran finalizar el mismo. El duelo no resuelto se refiere a que ha habido algún disturbio en el progreso normal hacia la solución del mismo (Rando, 1984). Afirmamos, al igual que Deutsch (1937) y Hollingsworth y Pasnau (1977), que el duelo no manifestado o no trabajado, usualmente se expresa de otra forma, la cual resulta dañina o negativa. Asimismo para poder determinar la manifestación de un duelo no resuelto es necesario conocer la conducta que está siendo comparada y conocer las variables psicológicas, sociales y fisiológicas que puedan estar influenciando en la reacción de duelo. Por lo tanto, para poder comprender mejor las consecuencias saludables o disfuncionales de una pérdida se debe prestar atención a la forma en que ocurrió la muerte, el funcionamiento de la persona o el sistema familiar, el funcionamiento de las redes sociales, el momento de la muerte y el contexto sociocultural en el cual sucedió la misma (Walsh & McGoldrick, 1991).

Hay diferentes formas en que se puede manifestar u observar un duelo que no ha sido trabajado adecuadamente o el cual no ha sido finalizado. Rando (1984) identifica seis tipos de duelo no resuelto. Primero presenta el duelo ausente. En éste los sentimientos

no se presentan y aparenta como si la muerte nunca hubiese ocurrido. El duelo ausente requiere que la muerte sea totalmente negada o que la persona permanezca en estado de "shock". Por otro lado, en el duelo inhibido las manifestaciones normales ante la pérdida se inhiben y en su lugar aparecen otros síntomas como las quejas somáticas. El duelo también puede ser aplazado y no trabajarse hasta que sea precipitado por otra crisis (Hollingsworth & Pasnau, 1977). No es inusual intentar retrasar o posponer el duelo, aún más cuando la persona se enfrenta a otros retos importantes. En el duelo dilatado la persona siente que, debido a las presiones y sus responsabilidades, no puede lidiar con el proceso en el momento indicado por lo cual lo deja "pendiente". Por otro lado, si se observa una distorsión o exageración de algunas manifestaciones de duelo normal mientras que otras se suprimen, se puede identificar un duelo conflictivo; mientras que en el duelo crónico la persona experimenta reacciones intensas y continuas de dolor. Por último, en el duelo no anticipado, el doliente no puede entender todas las implicaciones de la pérdida ya que no se había preparado para enfrentar la misma.

Rando también identifica tres factores que pueden incidir en la reacción ante la pérdida. Estos factores son: 1) los psicológicos (ej. la naturaleza y el significado de la pérdida, las cualidades de la relación los roles ocupados por el difunto, la personalidad y la salud mental del sujeto, las experiencias previas relacionadas, los aspectos a los que no pudieron darse un cierre, la percepción de la calidad de vida del difunto, las circunstancias de la muerte, la presencia de otras fuentes de crisis, entre otras), 2) los sociales (ej. el sistema de apoyo social con el que cuenta la persona, la aceptación y la ayuda de sus miembros, el trasfondo social, cultural y religioso, entre otros) y 3) los fisiológicos (ej. uso de drogas o sedantes, la nutrición, la salud física, entre otros).

Por otro lado, Raphael (1983) propone tres tipos de duelos patológicos que son similares a algunos de los propuestos por T. Rando. Estos son: el duelo ausente, el duelo distorsionado y el duelo crónico. El primero se caracteriza por un proceso totalmente ausente o inhibido. En este caso, la persona que lo experimenta puede estar en un estado de "shock" o de negación. En el segundo, un aspecto de la pérdida puede ser distorsionado o alterado y otro es usualmente reprimido (ej. coraje o culpa extrema). Por último, el duelo crónico

se diferencia por un dolor intenso que es continuo y no cesa. Como mencionamos anteriormente, esta autora señala que los resultados usuales del trabajo de duelo son la resolución de la pérdida, el ajuste satisfactorio y la reintegración a la vida con nuevos apegos y relaciones. Pero, como observamos, también puede haber un patrón patológico de resolución caracterizado por sintomatología general (como efectos del estrés), desorden psicossomático, desorden psiquiátrico o psicossocial (ej. ansiedad, fobia, conducta externalizante, uso de drogas y alcohol), depresión, patrones alterados en las relaciones y conductas, vulnerabilidad ante otras pérdidas, fenómeno del aniversario y mortalidad.

Worden (1982) también propone otras clasificaciones similares a las ya presentadas para las reacciones que se manifiestan durante el proceso de duelo. Este autor habla de la reacción crónica en la cual no hay un final dado ni solución satisfactoria para el trabajo de duelo. También identifica la reacción dilatada o tardía. En ésta las reacciones al momento de la muerte son inadecuadas, luego, con otra pérdida, se tornan excesivas. En la reacción exagerada el proceso va acompañado por otras condiciones comórbidas como depresión, ansiedad o fobias. Por último, cuando la reacción se enmascara, el proceso de duelo puede confundirse o asemejarse a otros desórdenes psiquiátricos o físicos (Geis et al., 1998).

Lindemann (1944) abarca las distintas manifestaciones antes mencionadas bajo el concepto de duelo agudo. Éste es un síndrome con sintomatología psicológica y somática. El duelo agudo puede aparecer inmediatamente luego de la crisis, puede retrasarse o estar aparentemente ausente (reacción retrasada o dilatada) o puede ser exagerado (reacción distorsionada). No obstante, con las técnicas apropiadas puede ser transformado en un duelo normal. El duelo agudo va acompañado de sensaciones somáticas de malestar (ej. falta de aire, tensión, rigidez). La persona se da cuenta de que este malestar puede precipitarse por lo relacionado a la muerte. Por este motivo crea una tendencia a evitar estos síntomas evadiendo todo lo referente a la muerte.

Por su parte, Bowlby (1980) propone tres variedades patológicas del proceso de duelo. El autor establece que éstas deterioran la capacidad del individuo para entablar y mantener relaciones afectivas. Además, deterioran su capacidad para organizar

otros aspectos de su vida. Estas formas de duelo se conocen como el duelo crónico, el duelo ausente o suprimido y la euforia o estado maníaco. La primera variedad (duelo crónico) se caracteriza por la depresión, la ansiedad y la desorganización intensa y prolongada. Ésta se puede considerar como una versión extendida y deformada de las fases de anhelo y búsqueda, desorganización y desesperanza (fase 2 y 3). La segunda variedad (duelo ausente o suprimido) se caracteriza por la falta de aflicción o tristeza consciente y puede considerarse como una extensión patológicamente prolongada de la fase de embotamiento (fase 1). En ésta el duelo sí afecta a la persona, pero la vida continúa más o menos como antes. Sin embargo, ésta se ve afectada por dolencias psicológicas y fisiológicas y puede llegar a una depresión aguda.

La euforia, según Bowlby, es una respuesta poco usual. En ésta puede haber una negación enfática de la pérdida o la muerte es vista como altamente beneficiosa para el doliente. Las primeras dos variedades poseen unos rasgos comunes: 1) la persona cree (consciente o inconscientemente) que la pérdida aún puede repararse, 2) hay sentimientos de autorreproche e ira y 3) el duelo permanece inconcluso. En resumen, para Bowlby (1980), muchos de los rasgos característicos de las formas patológicas de duelo pueden entenderse como el resultado de la persistencia activa del impulso de búsqueda y recuperación de la figura perdida. Dicho impulso tiende a expresarse en una variedad de formas encubiertas y deformadas. El impulso no sólo se basa en una acción motora de búsqueda, también tiene componentes perceptuales y representacionales.

Autores como Lindemann (1944), Lazare (1979) y Worden (1982) también concuerdan en las expresiones observadas en las personas que no han resuelto el proceso de duelo. Estas manifestaciones son: la adquisición de síntomas pertenecientes al fallecido, el desarrollo de enfermedades psicosomáticas, la alteración de las relaciones sociales, hostilidad, depresión, conducta auto destructiva, sentimientos de culpa y autoreproche, cambios radicales en el estilo de vida, síntomas recurrentes en fechas significativas, el deseo de mantener los objetos personales del difunto, no poder hablar sobre él, entre otras.

Para resumir, podemos decir que hay varias razones por las cuales se puede manifestar un duelo no resuelto. Entre ellas los

sentimientos de culpa, el temor de la pérdida de una extensión del yo ("self"), la reactivación de pérdidas anteriores no resueltas, las pérdidas múltiples, la negación de la pérdida, el aislamiento de las fuentes de apoyo, la incertidumbre ante la pérdida, entre otras. Además, podemos señalar tres variables generales que identifican el duelo no resuelto: 1) la ausencia de reacción normal de dolor y aflicción, 2) prolongación de la reacción normal de dolor y 3) la distorsión de la reacción usual de duelo (Rando, 1984; 1993). Marwit (1996) añade otras variables como la intensidad, las expectativas culturales, la naturaleza de la pérdida, las variables de personalidad y factores históricos (ej. otras pérdidas).

Podemos observar que, a pesar de dar distintas nomenclaturas a las categorías o tipos de duelo, la literatura y los autores presentados concuerdan en la manifestación del fenómeno y sus diferentes variantes. Esto tanto para las etapas de trabajo y resolución del proceso de duelo, como para el duelo patológico. Sin embargo, Stroebe y coautores (1999; 2000) puntualizan en la dificultad existente en la definición del "duelo patológico". Ésta se observa en la gran diversidad de términos que se utilizan para nombrar las variaciones existentes del "duelo normal": ausente, anormal, complicado, distorsionado, neurótico, disfuncional, desviado, no resuelto, entre otros (Marwit, 1996; Rando, 1993; Stroebe et al., 2000). Jacobs (1999) propone llamarlo duelo traumático, refiriéndose éste a la fenomenología del desorden y no a su etiología.

Un aspecto que se ha estado debatiendo y sugiriendo en los últimos escritos en torno al duelo no resuelto, es la posibilidad de conceptualizar éste como una nueva categoría diagnóstica dentro del DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath & Stinson, 1997; Jacobs, 1999; Stroebe et al., 2000). Esto permitiría un mayor y mejor reconocimiento de la psicopatología que puede precipitarse por la experiencia de pérdida (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993). Actualmente, el duelo se considera como una condición que puede ser foco de atención clínica (eje V), pero no se considera como una manifestación de un desorden mental (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994; Jacobs, 1999; Marwit, 1996; Stroebe et al., 2000). Entre los diagnósticos que toman en cuenta la posible manifestación de un duelo patológico están: Episodio de Depresión Mayor, Desorden

de Depresión Mayor, Desorden de Estrés Post-traumático y los Desórdenes de Ajuste. Para Stroebe y coautores es relevante la atención dada a esta condición en tan variadas categorías diagnósticas. Esto "refleja la complejidad y posible multidimensionalidad del fenómeno" (p. 60-61). Pero aún no existe un consenso sobre su definición, criterios diagnósticos, intensidad o duración. Por esta razón, se ha estado promoviendo el desarrollo de criterios específicos para el diagnóstico del duelo traumático<sup>2</sup>. Esto apoya la causa de incluir el mismo como un desorden diagnóstico dentro del DSM.

### Aspectos Sociales

Como hemos presentado a través de este trabajo, el duelo nos permite trabajar los sentimientos, los pensamientos y las decisiones que la pérdida trae a nuestras vidas. El proceso de duelo puede facilitarse o inhibirse por factores relacionados al propio doliente, su relación con la persona muerta o el medioambiente. Pero este proceso y sus resultados no sólo dependen del individuo, también puede ser modificado por el proceso y el ambiente social (Horowitz et al., 1993; Maddison & Raphael, 1975).

La muerte es un evento y una experiencia que es compartida por todos a través de la historia y del mundo. El duelo es "...una experiencia dolorosa y casi universal..." (Averill, 1968, p. 721). Es una parte inevitable de la experiencia humana (Kalish, 1980; Raphael, 1983). Esta certeza inevitable influencia en cómo vivimos nuestras vidas. El conocimiento de su inevitabilidad se incorpora a la estructura psicológica de cada uno de nosotros y se acomoda de variadas formas (Raphael, 1983). Sin embargo, la muerte fomenta un conflicto básico en nuestras vidas pues funcionamos con la creencia de que siempre habrá más tiempo (Lattanzi, 1984).

Para Simpson (1979), los actos de duelo tienen varios propósitos. Primero, aceptan abiertamente la realidad de la muerte y, segundo, la explican de acuerdo con el sistema de creencias en el cual se conceptualiza la misma. Igualmente, permiten la expresión abierta de dolor y las expresiones de apoyo y consuelo de parte de otros. Estos actos ayudan a reforzar, reafirmar y reconstituir la solidaridad en la familia y grupo social.

Cada cultura desarrolla sus propias creencias en torno a la muerte. Por ejemplo, muchas culturas (si no todas) creen que la muerte

es una transición para la persona que muere a otro estado (Parkes, Laungani & Young, 1997; Rosenblatt, 1997). Esta creencia ayuda a lidiar a las personas con los miedos en torno a este suceso (Kalish, 1980). También cada cultura dicta los estándares de conductas, normas, restricciones y respuestas en torno a la muerte (Jacobs, 1999; Kalish, 1980; Rando, 1984; Rosenblatt, 1997). Éstas ayudan a los individuos a manejar y lidiar con los misterios y los temores asociados a la muerte, dándole un significado, facilitando la integración de ésta y promoviendo la transformación de los sobrevivientes (Kalish, 1980; Raphael, 1983; Walsh & McGoldrick, 1991). De esta forma, la cultura, a su manera, ofrece la ayuda y la asistencia a los sobrevivientes para continuar con sus respectivas vidas (Walsh & McGoldrick, 1991).

Las generaciones y sociedades han tenido sus propias soluciones al problema de la muerte y las han insertado en sus creencias, costumbres y rituales. Éstos parecen diversos y únicos, pero hay temas comunes que se presentan en cada uno (Klass, 1999; Parkes, Laungani & Young, 1997; Romanoff & Terenzio, 1998). Por ende, es imprescindible que cualquier trabajo realizado en el área de pérdida y muerte considere y respete el trasfondo social, cultural, religioso-filosófico y étnico (Rando, 1984). Como indica Klass (1999), es imperante desarrollar un modelo que permita entender y comparar las respuestas individuales y grupales ante la muerte en nuestra y en otras culturas.

Un ritual es una conducta adoptada o una actividad específica que funge como expresión simbólica de sentimientos y pensamientos. Los rituales mortuorios se caracterizan por proveer a los dolientes experiencias significativas que simbolizan la transición, la sanación y la continuidad (McGoldrick, 1991; Rando, 1984); además de proveer los medios para comprender los aspectos complejos y contradictorios de la existencia humana (Romanoff & Terenzio, 1998). Los rituales mortuorios definen la muerte, la causa de la misma, la persona muerta, el doliente, la relación de éste con los demás, el significado de la vida y de los valores sociales (Rosenblatt, 1997). Cleary (1999) considera que los funerales y las prácticas y costumbres asociadas a éstos son una de las funciones principales de la cultura, lo cual sugiere que el trabajo de duelo es uno social y no individual.

Bowen (1991) sostiene que:

El ritual mortuario ha existido desde que el hombre se transformó en un ser civilizado... sirve una función común de poner a los sobrevivientes en un contacto íntimo con el muerto y con amigos importantes, y ayuda al sobreviviente y amigos a finalizar su relación con el muerto y continuar su vida (p. 89).

Las características comunes de los rituales funerarios son que sirven como fuente de apoyo social, hay ceremonias, confrontación visual con el cuerpo, procesiones y disposición del cuerpo. También sirven para separar al muerto de los vivos, asistir al doliente a través de su dolor, proveer continuidad y expresar las creencias y los valores del grupo social (Rando, 1984). Según Romanoff y Terenzio (1998) y Rosenblatt (1997), el funeral marca el final del duelo, la transición de los dolientes a nuevos estatus y roles y la entrada de la muerte a un estado final; pero éstos no necesariamente alteran las estructuras sociales existentes o los constructos personales. Por esto el funeral y los ritos mortuarios pueden tener un gran significado social, religioso y personal para la doliente.

Hoy día, muchas de las costumbres, tradiciones y creencias de generaciones previas se consideran como irrelevantes y por ende se descartan. Sin embargo, éstas existen por algún motivo y aún son aplicables (Parkes, Laungani & Young, 1997); no llevarlas a cabo puede dejar confundida a las personas respecto a todos los aspectos que rodean el fenómeno de la muerte (Romanoff & Terenzio, 1998; Rosenblatt, 1997). Por lo tanto, las ceremonias funerarias y los ritos post-mortem pueden reducir el riesgo de que el duelo se torne perpetuo o patológico. Sin embargo, Kalish (1980) sugiere que cada persona debe adaptar su folklore a sus propias necesidades, deseos, personalidad y situación, ya que, aunque estas ceremonias intentan ser formas para ayudar en la adaptación, también pueden tener efectos negativos.

A pesar de que pensamos que ante la pérdida de un ser querido se manifestarán sentimientos de dolor, tristeza o pesar, Rosenblatt (1997) alega que no hay emociones universales presentes al momento de la muerte. Catlin (1993) también afirma que "la experiencia y expresión de dolor se forman por el contexto social" (p. 174). Por su parte, Stroebe y Schut (1999) indican que a pesar de que el dolor es una reacción universal ante la pérdida, las normas y reglas sociales

impactan la manera en que éstas se expresan. Cuáles emociones se experimentan, cómo se expresan y cómo se entienden, está muy ligado a cada cultura. Por ejemplo, hay sociedades en las cuales si al momento de la pérdida las personas no manifiestan fácilmente sus emociones puede considerarse como un predictor de un resultado negativo; mientras que en otras puede tener una connotación diferente (Parkes, 1997). Sin embargo, Raphael (1983) no concuerda con Rosenblatt. Esta autora sostiene que, a través de las distintas culturas, la expresión del dolor y el pesar es común. Añade que las respuestas ante las pérdidas son similares en diferentes culturas y que los rituales mortuarios demuestran la universalidad y reflejan el reconocimiento de que hay unos procesos básicos a los cuales nos enfrentamos durante esta crisis o situación de vida. Averill (1968) añade que los patrones psicológicos y fisiológicos de respuestas son relativamente independientes de las costumbres o normas sociales. Pero para Volkart y Michael (1976), si asumimos que las creencias pueden influir en la percepción y las reacciones ante la muerte, de igual forma, los despliegues emocionales también pueden ser respuestas aprendidas y pueden no tener nada que ver con el pesar y el dolor necesario e inherente en la pérdida.

Rosenblatt (1997) afirma que el conocimiento y entendimiento de creencias y rituales de otras sociedades pueden ayudarnos a encontrar soluciones porque proveen alternativas a problemas comunes, además de ofrecer nuevas formas de pensar respecto a la pérdida.

### Consideraciones Clínicas

A pesar de que el duelo altera significativamente la conducta normal en la vida, no lo consideramos como un estado patológico ni necesario de tratamiento. Pensamos que puede ser inoportuno y hasta dañino perturbar este proceso. Esperamos, y es lo usual, que con el pasar del tiempo la persona se recuperará y lo superará. Pero como hemos presentado, en ocasiones este proceso natural puede alterarse y provocar malestar y angustia mayor en la persona que lo experimenta.

De forma general, Worden (1982) propone que la terapia que trabaje con el duelo debe buscar identificar y resolver los conflictos

que impiden que el doliente lleve a cabo las tareas necesarias en el trabajo de duelo. En todas las vertientes terapéuticas, una de las formas en la cual el terapeuta puede asistir al cliente es ayudándolo a reconocer que ha ocurrido una pérdida y que éste debe y puede afligirse por la misma (Rando, 1984). Sin embargo, cabe destacar que un duelo sano y apropiado involucra otras personas y objetos con los cuales la doliente tiene que interactuar; un terapeuta no puede reemplazar los mismos (Rosenblatt, 1997).

Por su parte, el trabajo del doliente consiste en aceptar el dolor que provoca la pérdida y revisar su relación con el fenecido. Necesita familiarizarse con las alteraciones en sus formas de reacción emocional, el miedo a la locura y el miedo a aceptar los cambios sorprendentes en su estado de ánimo. De igual forma, necesita expresar su dolor y su sentido de pérdida. En general, la meta principal para quien experimenta un duelo patológico, distorsionado o retrasado, es trabajar apropiadamente las emociones y mecanismos de defensa que han prevenido la solución apropiada del mismo y asumir una vida estable, haciendo los reajustes necesarios y reales (Hollingsworth & Pasnau, 1977).

Debido a la innegable influencia que la manifestación del duelo patológico puede tener en la vida de la persona y en las diferentes áreas que ésta abarca (psicológica, física, social, cognoscitiva, espiritual), se han desarrollado diferentes modelos de tratamiento para lidiar con el mismo. Una de las modalidades de tratamiento es la psicoterapia focal. En ésta, se evalúa la forma patológica que resulta como respuesta del estado de desesperanza para así poder desarrollar un tratamiento específico para manejarla e identificar la etiología involucrada. La meta de esta terapia es transformar la respuesta patológica en una que el sujeto pueda doler o padecer más "apropiadamente" (Rando, 1984; 1993; Raphael, 1983). El trabajo en esta modalidad terapéutica involucra el reconocimiento del dolor de la persona que, obviamente, es muy difícil de expresar y soportar; el reconocimiento y la comprensión de sus miedos, los cuales son comunes en este tipo de experiencia; el reconocimiento de que sus defensas sirven a un propósito psicológico y que, por lo tanto, no serán arrancadas sin consideración de su función; el reconocimiento de la incapacidad del paciente de abandonar la persona muerta y que, junto al terapeuta, podrán explorar y entender las razones y sentimientos asociados a esto; y el reconocimiento de que, al igual

que la mayoría de los dolientes, teme y existe el deseo de evitar el dolor de la pérdida y otras emociones intensas que ocurren naturalmente, especialmente el coraje, la tristeza y la culpa (Raphael, 1983).

En el caso de la terapia de re-duelo ("*re-grief therapy*") se asiste al paciente para traer al consciente sus memorias y experiencias en torno al fenecido. De esta forma se le ayuda a comparar éstas con la realidad, aceptar lo sucedido y a liberarse del vínculo excesivo con el muerto (Rando, 1984). También se le ayuda a entender por qué no ha sido capaz de completar el trabajo de duelo y se le alienta a finalizarlo y a experimentar y expresar sus emociones (Raphael, 1983).

Por otro lado, las terapias conductuales exponen al paciente a las memorias que son dolorosas, a las que han sido evitadas, a las ideas y a las situaciones relacionadas con la pérdida (Rando, 1984). La reacción de duelo no resuelto se ve como una manifestación fóbica. En otras palabras, la experiencia y el enfrentamiento al proceso de duelo se considera como un hecho angustiante y amenazante, por lo cual se evita. En esta modalidad, se incita al paciente a la confrontación con los hechos de la muerte y todo lo que esto significa. La meta es eliminar la negación y evocar la depresión, la culpa, el coraje y la ansiedad, hasta que se extingan y no haya más reacción ante la pérdida (Raphael, 1983).

Como podemos observar, estas modalidades terapéuticas enfatizan en la necesidad de reconocer y confrontar el dolor, los temores y los sentimientos asociados a la pérdida para poder experimentarlos y expresarlos de una forma más saludable.

Johnson (1997) enfatiza en varios objetivos que deben considerarse en el trabajo terapéutico con las personas que presentan un proceso de duelo patológico. Primero, el terapeuta debe evaluar la etapa en la cual la persona se encuentra. Ésta puede incluir preguntas en torno a aspectos generales de la muerte, qué sucedió ese día, al muerto y su relación con éste, lo sucedido desde la muerte, cómo han estado el paciente, su familia y amigos, si ha estado previamente en una situación similar. Además, se debe explorar la naturaleza y significancia de lo perdido, los intentos de manejo por parte del paciente, las reacciones de otras personas en torno a la muerte, el nivel de apoyo social percibido, los cambios provocados por la muerte y las expectativas del doliente en torno a su proceso de

duelo (Rando, 1993). Esta evaluación puede utilizarse para facilitar y consolidar una resolución satisfactoria del duelo, proveer un marco para intervenciones preventivas con dolientes que estén en riesgo de una solución adversa, y proveer un marco para intervenciones específicas con duelos patológicos para que pueda desarrollarse en un curso adaptativo (Raphael, 1983).

Johnson considera que también es importante auscultar la posibilidad de la existencia de otras pérdidas sin resolver. El terapeuta debe alentar la expresión de sentimientos en torno a ésta y otras pérdidas. También es importante que el terapeuta pueda educar a la persona en torno a las etapas de duelo y validar los sentimientos adecuados en cada una de estas etapas. El terapeuta debe apoyar a la persona en dejar ir la percepción idealizada del fenecido para que así pueda aceptar los aspectos positivos y negativos del objeto de la pérdida. Además, se tienen que reforzar positivamente las estrategias de adaptación con la experiencia de pérdida. El paciente también puede referirse a grupos de apoyo. Por último, el terapeuta puede ayudar a explorar los temas y aspectos relacionados a la espiritualidad. Sin embargo, Gleis y colaboradores (1998) afirman que "las técnicas noveles o sofisticadas no reemplazan la efectividad probada de la escucha activa, la reflexión y la empatía" (p. 81).

Como resumen, las metas en el trabajo de ayuda al doliente deben proveer consuelo y apoyo, facilitar el duelo y el reajuste y aminorar los síntomas y las manifestaciones del duelo patológico. La meta del terapeuta debe ser emancipar al sobreviviente de los vínculos con el muerto, asistirlo en su reajuste al medioambiente, ayudarlo a enfrentar su pérdida, promover la formación de nuevas relaciones, trabajar y experimentar los sentimientos asociados y hacer un recuento de la relación (Abi-Hashem, 1999; Hollingsworth & Pasnau, 1977; Romanoff & Terenzio, 1998). Para esto, el terapeuta debe respetar la individualidad del paciente, apreciar y entender su vida y su relación con la persona muerta (Attig, 1996).

### Conclusiones

Como clínicos debemos poder entender, respetar y lidiar con la muerte y la pérdida desde la perspectiva y la realidad de la persona en tratamiento y no desde la nuestra (Rosenblatt, 1997). Por lo tanto,

es crucial apreciar y aceptar las creencias y las prácticas culturales de otros para proveer una ayuda que tenga sentido desde el marco de referencia del paciente. Parkes (1997) afirma que es posible ayudar a personas de otras culturas, siempre y cuando estemos dispuestos a ver el mundo a través de su mirada. Los terapeutas tenemos que estar alertas de no imponer nuestras creencias sobre lo que es lo "normal", lo "apropiado", lo "correcto" o lo "saludable" (Laungani & Young, 1997). Parkes, Laungani y Young (1997) proponen que como psicólogos debemos reconocer el valor y las limitaciones de la ciencia de la mente. También, que debemos entender que la intuición, el sentido común y la subjetividad, aún siendo inherentemente falibles, contribuyen en nuestro entendimiento de aquellos dominios de la humanidad que no pueden comprenderse de otras formas.

### Referencias

- Abi-Hashem, N. (1999). Grief, loss, and bereavement: An overview. *Journal of Psychology and Christianity, 18*(4), 309-329.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, C. (1949). Aspects of pathological grief and mourning. *The International Journal of Psychoanalysis, 30*, 48-55.
- Attig, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. New York, NY: Oxford University Press.
- Averill, J. R. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin, 70*(6), 721-748.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin, 125*(6), 760-776.
- Bowen, M. (1991). Family reaction to death. En F. Walsh & M. McGoldrick (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (pp. 79-92). New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis, 42*, 317-340.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory (An expanded version of the Fiftieth

- Maudsley Lecture). *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1980). *Apego y pérdida: Vol. 3. La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Carr, A. C. (1975). Bereavement as a relative experience. En B. Schoenberg, J. Gerber, A. Wiener, A. H. Kutscher, D. Peretz & A. C. Carr (Eds.), *Bereavement: Its psychosocial aspects* (pp. 3-8). New York, NY: Columbia University Press.
- Cassem, N. H. (1975). Bereavement as indispensable for growth. En B. Schoenberg, J. Gerber, A. Wiener, A. H. Kutscher, D. Peretz & A. C. Carr (Eds.), *Bereavement: Its psychosocial aspects* (pp. 9-17). New York, NY: Columbia University Press.
- Catlin, G. (1993). The role of culture in grief. *The Journal of Social Psychology*, 133(2), 173-184.
- Clayton, P., Desmarais, L. & Winokur, G. (1968). A study of normal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 125, 64-74.
- Cleary, R. J. (1999). Bowlby's theory of attachment and loss: A feminist reconsideration. *Feminism & Psychology*, 9(1), 32-42.
- Deutsch, H. (1937). The absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Frantz, T. T. (1984). Helping parents whose child has died. En J. C. Hansen & T. T. Frantz (Eds.), *Death and grief in the family* (pp. 11-25). Rockville, Maryland: Aspen.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud: *Obras Completas (Vol XIV)* (pp. 237-255). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Geis, H. K., Whittlesey, S. W., McDonald, N. B., Smith, K. L. & Pfefferbaum, B. (1998). Bereavement and loss in childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 73-85.
- Grosshandler-Smith, J. (1995). *Coping when a parent dies*. New York, NY: The Rosen Publishing Group, Inc.
- Harvey, J. H. & Miller, E. D. (1998). Toward a psychology of loss. *Psychological Science*, 9(6), 429-434.
- Hollingsworth, C. E. & Pasnau, R. O. (1977). *The family in mourning: A guide for health professionals*. New York, NY: Grunne & Stratton.

- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A. & Holen, A., (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Hurd, R. C. (1999). Adults view their childhood bereavement experiences. *Death Studies*, 23, 17-41.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. L. (1997). *Therapist's guide to clinical intervention: The 1-2-3s of treatment planning*. San Diego, California: Academic Press.
- Kalish, R. A. (Ed.). (1980). *Death and dying: Views from many cultures*. New York, NY: Baywood Publishing Company, Inc.
- Kato, P. & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275-296.
- Klass, D. (1999). Developing a cross-cultural model of grief: The state of the field. *Omega*, 39(3), 153-178.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Scribner Classics.
- Lattanzi, M. E. (1984). Professional stress: Adaptation, coping, and meaning. En J. C. Hansen & T. T. Frantz (Eds.), *Death and grief in the family* (pp. 95-106). Rockville, Maryland: Aspen.
- Laungani, P. & Young, B. (1997). Conclusions I: Implications for practice and policy. En C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Eds.), *Death and bereavement across cultures* (pp. 191-205). London, England: Routledge.
- Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Maddison, D. & Raphael, B. (1975). Conjugal bereavement and the social network. En B. Schoenberg, J. Gerber, A. Wiener, A. H. Kutscher, D. Peretz & A. C. Carr (Eds.), *Bereavement: Its psychosocial aspects* (pp. 26-40). New York, NY: Columbia University Press.

- Marrone, R. (1999). Dying, mourning and spirituality: A psychological perspective. *Death Studies*, 23, 495-519.
- Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 563-568.
- McGoldrick, M. (1991). Echoes from the past: Helping families mourn their losses. En F. Walsh & M. McGoldrick (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (pp. 79-92). New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basic Books.
- Parkes, C. M. (2001). *Bereavement: Studies of grief in adult life (3<sup>rd</sup> ed.)*. Philadelphia, PA: Routledge.
- Parkes, C. M. (1997). Help for the dying and the bereaved. En C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Eds.), *Death and bereavement across cultures* (pp. 206-217). London, England: Routledge.
- Parkes, C. M., Laungani, P. & Young, B. (Eds.). (1997). *Death and bereavement across cultures*. London, England: Routledge.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Chicago, Illinois: Research Press Company.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Chicago, Illinois: Research Press Company.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York, NY: Basic Books.
- Romanoff, B. D. & Terenzio, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies*, 22, 697-711.
- Rosenblatt, P. C. (1997). Grief in small-scale societies. En C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Eds.), *Death and bereavement across cultures* (pp. 27-51). London, England: Routledge.
- Rubin, S. S. (1999). The two-track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*, 23, 681-714.
- Sacks, A. M. (1998). Bereavement: A special disorder of object loss (A comparison of two cases). *Psychoanalytic Psychology*, 15(2), 213-229.
- Seligman, M. (1981). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid, España: Editorial Debate.

- Simpson, M. A. (1979). *The facts of death: A complete guide for being prepared*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Smith, J. H. (1975). On the work of mourning. En B. Schoenberg, J. Gerber, A. Wiener, A. H. Kutscher, D. Peretz & A. C. Carr (Eds.), *Bereavement: Its psychosocial aspects* (pp. 18-25). New York, NY: Columbia University Press.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega*, 26(1), 19-42.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20 (1), 57-75.
- Volkart, E. H. & Michael, S. T. (1976). Bereavement and mental health. En R. Fulton (Ed.), *Death and identity* (pp. 239-257). Bowie, Maryland: The Charles Press Publishers, Inc.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (Eds.). (1991). *Living beyond loss: Death in the family*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Worden, J. W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York, NY: Springer.