

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

**ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ POR
DECRETO PRESIDENCIAL DEL 3 DE ABRIL DE 1981**

**“TRAYECTORIA DEL DUELO EN MUERTE SUBITA Y EN MUERTE
POR ENFERMEDAD CRONICA O ENFERMEDAD TERMINAL”**

T E S I N A

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a

VICENTA DEL CARMEN HERNANDEZ HADDAD

México, D. F.,

1988

A la memoria de mi Tía Amira (8-IX-78)
y de mi amiga Nieves (19-IX-85),
quienes en vida y muerte
me han enseñado
el valor de cada instante.

Reconozco en este logro
el compromiso de superación que,
gracias al esfuerzo de nuestra madre,
comprendimos un día los
hermanos Hernández Haddad.

Mi profundo agradecimiento
a mis amigos
Teresita Sáenz
y
Armando Román Zavala,
por sus traducciones de inglés y francés.

A mi hermano David,
por su invaluable apoyo en la metodología.

I N D I C E

CAPITULO	PAGINA
I. INTRODUCCION	8
1. Objetivos	9
2. Planteamiento del problema	10
3. Definición de términos	12
4. Importancia del trabajo y sus aplicaciones	16
5. Límites del estudio	17
6. Procedimiento	17
 II. ANTECEDENTES	 20
 III. MARCO TEORICO	 25
 IV. FASES DEL DUELO NORMAL	 33
a. Fase de Embotamiento	37
b. Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida	39
c. Fase de Desorganización y Desesperanza	41
d. Fase de Reorganización	43
 V. FASES DEL DUELO POR MUERTE SUBITA	 47
a. Fase de Embotamiento	49
b. Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida	51
c. Fase de Desorganización y Desesperanza	52
d. Fase de Reorganización	54
 VI. FASES DEL DUELO POR ENFERMEDAD CRONICA O POR ENFERMEDAD TERMINAL	 57
a. Fase de Embotamiento de la Sensibilidad	59
b. Fase de Incredulidad e intentos de revertir el desenlace	61
c. Fase de Desorganización	64
d. Fase de Reorganización	65

VII. ELEMENTOS QUE AFECTAN EL PROCESO DE ELABORACION DEL DUELO	69
1. Variedades patológicas del duelo	69
1.1 Duelo Crónico	70
1.2 Ausencia Prolongada de aflicción consciente	71
1.3 Euforia	74
2. Personalidades propensas a elaboraciones patológicas del duelo	74
3. Factores que intervienen en la trayectoria del duelo	77
3.1 Identidad y papel de la persona perdida	77
3.2 Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida	78
3.3 Causas y circunstancias de la pérdida	78
4. Circunstancias psicológicas y sociales que afectan al duelo	79
4.1 Condiciones de vida	79
4.2 Nivel socioeconómico	80
4.3 Creencias y prácticas en la elaboración de un duelo sano	80
VIII. CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFIA	93

C A P I T U L O I

INTRODUCCION

En determinado momento de nuestra vida, la mayoría de nosotros sufrimos pérdidas de seres queridos, quedando con la sensación de despojo y sin saber cómo sobreponemos a esa pena. Recuperarnos de una pérdida lleva tiempo, lo que provoca angustia. En el caso de un ser querido que se encuentra desahuciado, la pena comienza desde antes de su deceso, por lo que existe la posibilidad de que la crisis por fallecimiento no dure demasiado tiempo (Kaiser Steamns, 1984). Pero el período de aflicción puede tener una duración mayor cuando la muerte de un ser querido sobreviene súbitamente a causa de un accidente, una intervención quirúrgica, suicidio o alguna otra tragedia imprevista. Al momento del fallecimiento se desatan una serie de expectativas para “superar la crisis”, sintiéndose los deudos ansiosos, culpables o inseguros, lo que aumenta aún más la pena, es aquí en donde se inicia normalmente la elaboración del duelo.

Frecuentemente caemos en el error de pensar que una persona que está llevando a cabo la elaboración de un duelo está deteriorando de alguna forma su salud mental, pero es necesario considerar que ante una pérdida es normal caer en alteraciones como insomnio, ansiedad, temor, enojo, preocupación por uno mismo y pensamientos tristes; Tampoco es raro encontrar que el propio deudo tiene la sensación de estar enloqueciendo. Existe evidencia según Lehman (1987) de que aquellos que demuestran angustia, inclusive unos pocos días o meses después de la pérdida son considerados o son observados por las personas como mostrando un comportamiento socialmente inapropiado.

Durante la elaboración del duelo, el deudo constantemente recuerda la tragedia; el menor detalle trae a su memoria situaciones vividas con la persona muerta; esto, lo hace que se deprima y comience a alejarse de su círculo social, sobre todo de aquellos lugares y personas que frecuentaba junto con el fallecido; por lo anteriormente expuesto es indeterminado en tiempo el proceso de elaboración del duelo. De acuerdo con Johnson y Rosenblatt (1981) los deudos deben aprender a reconocer que si se experimenta una aflicción debido a un proceso de maduración no se encuentran en una etapa de regresión. Es decir, que el proceso de la elaboración del duelo puede ayudar al desarrollo emocional de los deudos, y que no forzosamente es un elemento perjudicial a la salud mental.

Uno de los modos más eficaces para poder superar la — pérdida es hablando con los amigos de confianza, pues así se puede expresar lo que realmente se está sintiendo. Por

ello muchas personas recurren a eventos religiosos que les proporcionan la fe necesaria (Kaiser Stearns, 1984). Es importante que el deudo programe otras actividades, ya que el sentirse útil aumenta la autoestima. No hay que olvidar que los — seres humanos tenemos la posibilidad de transformar una experiencia dolorosa o desagradable en una enseñanza positiva — (Frankl, 1970).

Octavio Paz en su libro “El laberinto de la soledad” (1986) menciona que para los mexicanos la muerte es un espejo que refleja las vanas gesticulaciones de la vida, que la muerte elimina la vida, que si nuestra muerte carece de sentido tampoco lo tuvo nuestra vida. Dice que para el mexicano hay que morir como se vive, que la muerte es intransferible como la vida. También cita que para los antiguos mexicanos la oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para el mexicano moderno, que la vida se prolongaba en la muerte y a la inversa, que la muerte no era el fin natural de la vida sino fase de un ciclo infinito. Que la religión y destino regían la vida del México antiguo, así como la moral y la libertad presiden la vida del México moderno. Refiere que para el mexicano la vida sólo se justifica y trasciende cuando se realiza en la muerte, puesto que esta consiste en una nueva vida. Esto es, que en el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera, ya que nadie piensa en la muerte, en su propia muerte porque nadie vive una vida personal.

1. Objetivos.

a) Delimitar las fases del proceso de la elaboración del duelo normal, señalando los elementos que con mayor frecuencia aparecen en dicho proceso afectándolo positiva o negativamente.

b) Diferenciar las fases de la elaboración del duelo que se llevan a cabo por un ser querido en dos tipos de fallecimiento:

— Muerte súbita, a causa de accidente, suicidio, enfermedades mortales repentinas (ataques cardíacos, crisis neurológicas, etc.)

— Muerte por enfermedad crónica o enfermedad terminal.

c) Determinar los elementos circunstanciales que mayor efecto tienen sobre la trayectoria del duelo: personalidad del deudo, características del fallecimiento (accidente, suicidio, vejez, etc.), relación entre el deudo y el muerto, edad y sexo de ambos, nivel socioeconómico familiar, creencias religiosas.

2. Planteamiento del problema.

El fenómeno de la muerte ha representado hasta ahora uno de los mayores retos de la investigación psicológica, principalmente por los elementos que intervienen en el proceso de elaboración del duelo, así como los efectos de este en la personalidad de los deudos. De acuerdo con Gibson, Ivancevich y Donnelly (1985) el suceso que más repercute en el cambio de vida es el deceso del cónyuge, seguido por la muerte de un familiar próximo, asimismo son importantes los fallecimientos por enfermedad o lesión grave, por un cambio importante en la salud de un miembro de la familia y el deceso de un amigo íntimo.

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica que muestra que las investigaciones hasta ahora realizadas se han enfocado básicamente al análisis del duelo por viudez o por el fallecimiento de un vástago menor de edad, como es el caso de Lehman, Wortman y Williams — (1987), quienes encuestaron a personas que estaban llevando a cabo la elaboración de la pérdida de un cónyuge en un accidente automovilístico, así como padres que habían perdido a un hijo también en un accidente automovilístico. Se encontró que el muerto continúa ocupando los pensamientos y conversaciones tanto de los viudos como de los padres que perdieron hijos; algunos de ellos piensan constantemente en lo que podrían haber hecho para prevenir el accidente. Al respecto, Shanfield y Swain (1984) realizaron un estudio entre padres de hombres y mujeres muertos en accidentes también automovilísticos y encontraron que los padres continuaban sufriendo intensamente con síntomas psiquiátricos mayores de los que normalmente se esperan, y que esto aumentaba si la relación con el muerto había sido problemática. En el caso de los que habían sufrido una pérdida anterior, presentaban niveles de alteración más bajos. Los casos más difíciles de resolución del duelo fueron los de las madres que perdieron hijas; los que perdieron hijos que vivían con ellos; los que perdieron hijos que habían sido los mayores (no necesariamente primogénitos); y los que perdieron hijos que fallecieron en accidentes en que iban manejando solos.

Calhoun, Selby y Walton (1986) estudiaron las reacciones de terceras personas hacia el cónyuge sobreviviente de — un individuo que comete suicidio. Para ello eligieron sujetos que respondieran un cuestionario relacionado con la nota periodística que describía la causa de la muerte como suicidio, accidente automovilístico o leucemia del cónyuge de otra persona. Se les pedía que calificaran sobre diversos temas, incluyendo el de cuánto tiempo toma al viudo recuperarse psicológicamente en cada caso y si este pudo haber prevenido la muerte. Las respuestas variaron dependiendo del sexo del entrevistado y de la

causa de la muerte: las mujeres contestaron que al viudo por suicidio le llevaría más tiempo, además de creer que los amigos del sobreviviente tratarían de ayudarlo más que en otros tipos de muerte; pero ya en relación con los cónyuges de las víctimas por accidente o leucemia, los sujetos pensaban que el cónyuge del suicida era la persona a quien más se debía culpar de la muerte, pues según ellos habían tenido mayor oportunidad de prevenirlo. Concluyeron que los sobrevivientes de cónyuges suicidas tienen que enfrentarse no sólo a la pérdida sino a las percepciones que las demás personas tienen de ellos.

Respecto al impacto que sufre la familia al conocer — un diagnóstico de cáncer en alguno de sus integrantes, Northouse (1984) hace una revisión bibliográfica en la que — describe cómo en la fase inicial los miembros de la familia se sienten excluidos de la responsabilidad de cuidar al enfermo, además de tener dificultades para intercomunicarse con el personal médico y experimentar considerable tensión — emocional. En la fase de adaptación, los miembros de la familia tienen problemas para ajustarse a los cambios en el estilo de vida, para satisfacer las necesidades de otros miembros saludables de la familia y para vivir con la incertidumbre. En la fase terminal los miembros de la familia experimentan inseguridad respecto a su papel, problemas de comunicación y sentimientos de pérdida.

Krupnick y Horowitz (1985) investigaron los resultados que se obtienen en la terapia dinámica y breve; para lo cual seleccionaron a pacientes vulnerables que se encontraban sufriendo dolor patológico por la muerte de sus padres. En el transcurso de los dos años posteriores a la terapia fueron examinados nuevamente por clínicos experimentados; se llegó a la conclusión de que para la mayoría de los pacientes la terapia breve resultó útil, además de que para algunos casos proporcionó un enlace con una psicoterapia de más a largo plazo cuando así se requirió.

Para investigar en qué caso la intensidad del duelo — era significativamente mayor, Sanders (1979) utilizó sujetos con duelo reciente y comparó la intensidad de las reacciones en tres tipos de muerte experimentada: del cónyuge, del hijo y del padre. Observó que en el caso de los padres que sobrevivieron a sus hijos se dio el puntaje más alto. Encontró un marcado número de diferencias fisiológicas en el grupo de los deudos en relación con los sujetos controles que consideró para su estudio. Además, descubrió que los asistentes frecuentes a la iglesia tenían más probabilidades de responder con mayor optimismo y adaptabilidad social, pero con una mayor represión de sus respuestas al duelo en comparación con los que asistían a la iglesia con menor frecuencia. En

cuanto al aspecto económico, este sólo contribuye en cuanto a las variables debilitadas o negativas que rodean a aquellos sujetos con bajos ingresos. Y finalmente, no se dieron diferencias significativas en las intensidades del duelo entre aquellos que sobrevivieron a un pariente con enfermedad crónica en relación a los que sufrieron una muerte súbita -

Hasta ahora, no se ha encontrado que la muerte de los padres durante la niñez sea un factor de riesgo general para el desarrollo subsecuente de enfermedad mental severa, pues de acuerdo al estudio realizado por Rayan y McGlashan (1986) en el que compararon pacientes psiquiátricos que habían sufrido la pérdida de alguno de sus padres cuando niños con pacientes psiquiátricos que no la habían sufrido, sólo se demostró que los pacientes con muerte de los padres durante la niñez presentan una patología familiar significativamente mayor y un funcionamiento social y heterosexual deficiente, es decir, la muerte temprana de los padres no es la única causa de la psicopatología del adulto, pero sí participa como factor contribuyente.

Las diferenciaciones posibles en el duelo son extensas como extenso es el número de seres humanos, diferenciándose primordialmente entre la muerte súbita y la muerte por enfermedad crónica y enfermedad terminal; quedan encuadradas dentro de estas subdivisiones las distintas variantes de muerte: suicidio, accidente, ataque cardíaco, y recientemente enfermedades terminales de gran efecto social para el núcleo familiar como el SIDA.

Basado en lo anterior, el análisis de esta investigación está enfocado a estudiar los procesos de elaboración del fallecimiento para los casos de muerte súbita y por enfermedad crónica y enfermedad terminal; tratando de establecer o de diferenciar con claridad cuáles son las fases que se tienen y los elementos que intervienen en la elaboración de los distintos tipos de duelo para conformar una línea de comportamiento en el duelo general. En base a las consideraciones anteriormente señaladas, el planteamiento del problema es:

¿Difiere la actitud que toma el ser humano para la elaboración del duelo ante el fallecimiento de un ser querido cuando se trata de una muerte súbita a cuando se trata de un deceso por enfermedad crónica o enfermedad terminal?

Por tratarse de una revisión bibliográfica en Tesina, el presente trabajo no tiene hipótesis.

3. Definición de términos.

A continuación se dan a conocer los conceptos más utilizados en el presente trabajo, con el fin de determinar el significado de los mismos:

AFLICCIÓN: Tristeza o angustia moral (Diccionario de la Lengua Española, 1970).

ALIENOFOBIA: Miedo a cualquier forma de perturbación mental que incapacita al individuo para actuar de acuerdo con — las normas legales y convencionales de su medio social (Warren, 1984).

ANSIEDAD: Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza (Warren, 1984).

CATEXIA: Concentración o acumulación de energía psíquica en una idea u objeto especial o en alguna dirección determinada (Warren, 1984).

COLERA: Sinónimo de ira. Grupo de reacciones habitualmente provocadas por injurias o restricciones auténticas o imaginarias, caracterizadas por cualidades hedónicas mixtas en las que predomina el desagrado, y señaladas con frecuencia — por una descarga bastante densa en el sistema nervioso autónomo, frecuentemente acompañada de actividades somáticas del tipo de ataque u ofensa (Warren, 1984).

DEPRESION: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de todas las funciones psíquicas (Diccionario de la Lengua Española, 1970) Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser flormal o patológico (Warren, 1984).

DEPRESION ANACLITICA: Tristeza relacionada con el primer objeto de amor (la madre) con el cual se crea una situación de dependencia emocional (Merani, 1980).

DEUDO: Pariente, ascendiente, descendiente o colateral de su familia (Diccionario de la Lengua Española, 1970).

DUELO: Es una respuesta normal de dolor y aflicción ante — la pérdida de un ser querido (Solomon y Patch, 1976).

EGO: La propia persona. Psicoanalíticamente es la parte — superficial del id que ha sido modificada por influencia directa del mundo externo a través de los sentidos, que ha sido imbuída de conciencia, y cuyas funciones son la comprobación de la realidad y la aceptación (mediante selección y — control) de parte de los deseos y exigencias procedentes de los impulsos que emanan del id (Warren, 1984).

ELABORACION DEL DUELO: Proceso efectuado por el yo del sujeto para desinvertir libidinalmente el objeto perdido y reencontrar un objeto sustitutivo, quedando así de nuevo el yo libre y desinhibido (Diccionario Enciclopedia Psicología Océano).

ENFERMEDAD CRONICA: Es aquella enfermedad que aqueja por muchos meses/años a una persona y ocurre en su mayoría en los ancianos. En algunos casos las enfermedades crónicas no son mortales en los primeros años o pueden ser sometidas a control bajo ciertos tratamientos médicos (Solomon y Patch, 1976).

ENFERMEDAD TERMINAL: Es aquella enfermedad cuya inminencia presumible e inevitable lleva a la muerte a pesar de un tratamiento médico y en donde el paciente puede temerle más al estado de moribundo que a la propia muerte (Solomon y Patch, 1976).

ID: Sinónimo de ello. Psicoanalíticamente corresponde a la impersonalidad de la psique fuera de su ego, el verdadero inconciente o parte más profunda de la psique, el receptáculo de los impulsos instintivos, dominados por el principio del placer y el deseo impulsivo ciego; es decir, el equivalente dinámico del inconciente descriptivo (Warren, 1984).

INTROYECCION: Hecho de adscribir a objetos inanimados los caracteres de órganos que reaccionan o sienten. Psicoanalíticamente es la tendencia, o acto de absorber el medio o la personalidad de otros en la propia psique hasta el punto de reaccionar ante los

sucesos externos como si fueran internos, produciendo la identificación de uno mismo con otras personas u objetos (Warren, 1984).

LIBIDO: Deseo o energía sexual. Expresión dinámica o aspecto del instinto sexual que puede adherirse al ego, a objetos externos o a otras personas (Warren, 1984) .

MELANCOLIA: Tipo de desequilibrio mental caracterizado por depresión emotiva e inhibición o agitación motora. Sinónimo de lipomanía (Warren, 1984).

MOMIFICACION: En las culturas occidentales de hoy es un fenómeno que representa la creencia más o menos consciente de que la persona muerta regresará y el deseo de asegurarse de que será apropiadamente acogida cuando lo haga (Bowlby, 1980).

MUERTE: Cesación definitiva de la coordinación en los organismos, produciendo la terminación de los procesos vitales (Warren, 1984).

MUERTE SUBITA: Muerte imprevista, repentina o violenta - (Diccionario de la Lengua Española, 1970).

NARCISISMO: Persistencia de una fase primitiva de desarrollo psicosexual, en que el objeto sexual, u objeto de amor, sigue siendo el yo. Sinónimo de sí mismo (Warren, 1984).

NEGACION; Rechazo, reprobación, no reconocimiento de un estado de cosas objetivo. Según Freud, es un mecanismo de defensa en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca (Diccionario Enciclopedia Psicología Oceáno).

ODIO: Actitud emotiva caracterizada por la ira y una gran aversión, enemistad o mala voluntad, junto con el deseo de perjudicar a algún objeto o individuo (Warren, 1934).

ORALIDAD: Se dice de la etapa oral que consiste en que desde el nacimiento, la fuente primaria de placer y gratificación es la región bucal. La alimentación y los cuidados que ella comprende, además del placer de la succión, son la clave de este período (Enciclopedia de la Psicología Oceáno).

PERDIDA: Ser privado de, o estar sin algo que uno ha tenido y valoraba, e incluye la experiencia de la separación (Panides, 1984).

PSIQUE: Totalidad organizada de los procesos conscientes e inconscientes, Sinónimo de mente (Warren, 1984).

SUICIDIO: Acción y efecto de quitarse voluntariamente la vida (Diccionario de la Lengua Española, 1970).

TANATOFOBIA: Miedo morboso a la muerte (Warren, 1984).

TRISTEZA: Actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable y que se expresa por suspiros, lágrimas, y por la pasividad y disminución tónica de los músculos voluntarios (Warren, 1984).

4. Importancia del trabajo y sus aplicaciones.

a) Este trabajo describirá de una manera precisa las distintas fases por las que atraviesa un duelo normal, diferenciándolas:

— Cuando se da un caso de muerte súbita;

— Cuando se da la muerte de una persona por enfermedad crónica o por enfermedad terminal.

b) Permitirá identificar si el proceso de la elaboración del duelo en determinada persona está llevando una trayectoria adecuada o se encuentra estancada.

- c) Auxiliará en la elaboración de programas de psicoterapia con personas que se encuentren en situaciones críticas ante la pérdida inminente o ya acaecida de un ser querido; considerando los casos de relaciones de pareja, padres, hijos, e incluso la difusión del proceso a nivel institucional.
- d) Facilitará la investigación sobre los tipos de orientación psicológica que puedan prestarse en forma de preparación ante la propia muerte o duelo, y en consecuencia estar en posibilidad de apoyar a quien lo necesite.
- e) Este texto puede servir como un apoyo más para el entrenamiento de para profesionales especializados en ayudar a los deudos.
- f) Coadyuvará a la detección de la posible vulnerabilidad de los deudos para desarrollar un duelo patológico por una segunda pérdida, en el caso de una persona que ha vivido un duelo a temprana edad.
- g) Esta revisión bibliográfica permitirá detectar que aunque no sean recientes algunos duelos, estos han dejado residuos o secuelas en el desarrollo emocional de los deudos.

5. Límites del estudio.

- 1.- La mayoría de los textos son de procedencia extranjera — (Estados Unidos de América, Francia, Inglaterra y Canadá) ; lo cual impide evaluar certeramente qué tan aplicable es esta información a nuestro país.
- 2.- Existe mucho mayor información general acerca de la elaboración de duelos, que en particular de las diferencias cuando se trata de una elaboración de duelo en caso de muerte súbita o muerte por enfermedad crónica o enfermedad terminal.
- 3.- Como se trata de una revisión bibliográfica la orientación del trabajo es más bien de tipo teórico que práctico.

6. Procedimiento.

Debido a las limitaciones ya expuestas anteriormente, el instrumento de investigación empleado en el presente documento será el análisis de contenido que “es una fase del procesamiento de la información en la cual el contenido manifiesto de la comunicación se transforma, mediante la aplicación objetiva y sistemática de reglas de categorización, en datos que puedan sintetizarse y compararse” (Paisley, 1969) de los textos relacionados con el tema y mencionados en la bibliografía.

El objeto del análisis ha sido establecer la interrelación de los elementos y factores que intervienen en la elaboración del duelo; diferenciando el duelo por muerte súbita del duelo por muerte por enfermedad crónica o enfermedad terminal.

Para llevar a cabo el procesamiento de información se ha comenzado por analizar las investigaciones y teorías que sobre el tema existen en algunas de las distintas corrientes psicológicas, para así, de manera sistemática estar en posibilidades de hacer una compilación, análisis e interpretación de los diferentes autores a consultar.

C A P I T U L O I I

ANTECEDENTES

Una de las principales inquietudes del hombre es el miedo a la muerte; el solo hecho de pensar en la separación definitiva de aquellas personas a las que uno ama, causa angustia. Octavio Paz (1936) menciona que en el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera, pero que la intrascendencia de la muerte no nos lleva a eliminarla de nuestra vida diaria. Dice que el mexicano a la muerte la frecuenta, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, la vuelve uno de los juguetes favoritos y su amor más permanente. Pero también establece que en esa actitud hay quizá tanto miedo como en la actitud de otras culturas respecto de la muerte. Menciona que la indiferencia del mexicano ante la muerte se nutre de su indiferencia ante la vida, ya que el mexicano no solamente postula la intrascendencia del morir sino la del vivir, que el desprecio a la muerte no está reñido con el culto que le profesamos, que la muerte nos seduce, y es que la muerte mexicana es el espejo de la vida de los mexicanos.

El fallecimiento de un ser querido es una de las experiencias más dolorosas que pueden experimentarse; por ello, cuando vemos a alguien que puede enfrentar con fortaleza a la muerte lo consideramos poseedor de gran fuerza emocional. Becker (1979) considera que de todas las cosas que mueven al hombre, una de las principales es el "terror" a la muerte; hace referencia a Cochrane (1934) quien establece que después de conocerse la Teoría de Darwin, el problema de la muerte como problema evolutivo llegó a ser muy importante y que era uno de los principales problemas psicológicos del hombre. El mismo Becker (1979) plantea que el temor a la muerte es algo natural y que se presenta en todos, que es el temor básico que influye sobre todos los seres humanos; un temor a quien nadie es inmune, por mucho que se le disimule; para la anterior afirmación se apoya en un ensayo de Zilvoory (1943) quien postula que la mayor parte de la gente piensa que el miedo a la muerte está ausente porque rara vez muestra su verdadero rostro, pero afirma que tras todas las apariencias está universalmente presente el temor a la muerte.

En el mismo orden de ideas Kübler—Ross (1974) refiere que el avance técnico y los logros científicos que los hombres han podido desarrollar junto con nuevas habilidades y armas de destrucción masiva, aumentan el miedo a una muerte violenta y catastrófica, asimismo postula que el hombre psicológicamente puede negar la realidad de su propia muerte durante un tiempo, pero cuando ya no es posible la negación se puede intentar dominar a la muerte desafiándola. Esta misma autora dice que el hombre no quiere pensar en el fin de su vida en la tierra, y que sólo de vez en cuando y sin mucha

profundidad pensará un momento en la posibilidad de su muerte, por lo que recomienda que deberíamos adquirir el hábito de pensar en la muerte y en el morir de vez en cuando, antes de encontrárnosla en nuestra propia vida. Doltó (1981) dice que un ser vivo no puede pensar en su propia muerte, que sabe que morirá, pero la propia muerte parece algo absurdo, algo en lo que no puede pensarse. También hace la analogía respecto del nacimiento y la muerte; por un lado señala que nadie asiste a su propio nacimiento, y en cambio otros sí pueden; por otro lado, dice que con la propia muerte ocurre lo mismo, otros asisten a ella, por lo tanto, todos vivimos nuestra muerte pero no asistimos al evento, solamente la cumplimos. Simone de Beauvoir (1987) dice que al asistir a un funeral se asiste al ensayo general del de uno mismo, que desgraciadamente esta es una aventura común a todos los seres humanos, pero que se vive individualmente.

Retomando lo expuesto por Becker (1979) se encuentra que el temor a la muerte debe estar presente detrás de todas las funciones normales para que el organismo se arme para su conservación, pero el temor a la muerte no puede estar presente en forma constante en el funcionamiento de la mente, porque el organismo no podría funcionar. En este punto puede asociarse lo que Oñate (1984) refiere de Durlak (1972) quien realizó un estudio en el que encontró que las personas con mayores propósitos y un más alto sentido de la vida, presentan menor miedo a la muerte y una aceptación mayor de ella.

Respecto a la aceptación de la muerte se encontró que Pieper (1970) se apoya en Rahner quien postula que esta es el fenómeno más universal, todo mundo encuentra natural y da por sobre entendido que hay que morir, y sin embargo, en todo hombre vive una secreta protesta. Oñate (1984) menciona a Weisman quien establece que el hombre reconoce a la muerte como un fenómeno universal pero no se puede imaginar su propia muerte.

Dentro de la corriente psicoanalítica, Pérez (1965) establece que la amenaza internalizada de la muerte, es la diferencia capital del hombre con cualquier especie animal, lo que obliga al desarrollo de poderosas defensas para afrontar la ansiedad de muerte. Afirma que en realidad, para poder vivir debemos comportarnos como si no fuéramos a morir nunca; que en nosotros, el par vida-muerte constituye un dualismo sin posibilidad alguna de síntesis salvo la existencia misma. Esto es, que la vida se desarrolla en ambas direcciones y con ambos sentidos: vida y muerte al mismo tiempo. Dice que el problema de la muerte nace de la situación humana y se encuentra relacionada con los marcos filosóficos culturales y económicos de cada sociedad, toda vida sana se desarrolla con un rechazo del miedo a la muerte y que por otro lado las defensas frente a la muerte siguen las líneas del contexto cultural; por ejemplo, los niños,

son educados en la completa ignorancia, los adultos somos capaces de explicar muchas cosas pero no de introducir al niño en el marco de la comprensión sin temores de la muerte.

En la vida moderna el niño es apartado de toda experiencia como los partos, los nacimientos y las enfermedades y muertes de personas queridas. Desde niños aprendemos que la muerte existe pero obramos y nos conducimos como si ella no existiera. Cuando descubrimos la muerte conocemos su omnipresencia y su indiscriminación. Por otro lado, Pérez (1965) establece que las mujeres tienden a pensar más frecuentemente en la muerte que los hombres, aún cuando pensar sobre la muerte no significa necesariamente el miedo de la muerte. En ambos grupos, masculino y femenino, la elección de enfermedad o de situación para morir está claramente determinada por la necesidad de evitar el sufrimiento. El conocimiento del grado de cercanía de la muerte tiene una gran influencia en la actitud del sujeto y está en relación de dependencia con el tipo de personalidad.

En el análisis que sobre angustia e instinto de muerte hace Pérez (1965), menciona entre otros a Freud (1943) — quien llegó a la conclusión de que toda vida busca alcanzar aquel estado existente antes de toda perturbación y cambio, o sea, la muerte o el retorno a lo inorgánico: “La meta de toda vida es la muerte”. También cita que, al respecto, Melanie Klein (1962) postula que la actuación del instinto de muerte provoca angustia y sobre esta angustia primaria se realiza la lucha entre la vida y la muerte que dura toda la existencia; y que Karen Horney (1957) niega la existencia de un instinto de muerte, la muerte es una perturbación de la satisfacción de las necesidades básicas o de la seguridad, y esto provoca agresión. Dentro de este mismo análisis, Pérez encontró que Fromm y Sullivan también rechazan la noción de instinto de muerte; en la misma dirección que Horney, establecen que la concepción de la muerte hace brotar la agresión de la frustración, de la negación, individual o social, a satisfacer las necesidades en lugar de adjudicarle el carácter de una fuerza primaria genéticamente dada.

Por otro lado, Pérez (1965) considera que la tanatofobia y la alienofobia constituyen las dos formas básicas de la angustia o el miedo, más precisamente ligado a la muerte, presente ambas en distinto grado en la neurosis. Menciona como comienzo aparente de la neurosis tanatofóbica o hipocondríaca un trauma físico, tales como la muerte o enfermedad de personas allegadas, enfermedad o peligro para la vida del propio sujeto, real o imaginariamente vivido. Expone que la tanatofobia se expresa, además, como el

miedo al contagio con una enorme fuerza destructora e indetenible. Postula que el hombre, a diferencia del animal sabe que va a morir, y sabe que se puede matar.

Este mismo autor encuentra que tanto Freud como Fromm, Sullivan y los genetistas en Psicología coinciden en que el sentimiento de peligro es la causa primordial de la angustia.

Hay una diferencia considerable de cualidad entre la muerte esperada en el límite de la vejez y la muerte repentina en cualquier edad anterior. La primera es aceptar una limitación; la segunda, es vivirla como fracaso. Establece que el que debemos morir no significa que haya una tendencia a un instinto de morir, es un proceso natural, tan desvinculado del instinto o impulso como puede estar desvinculada la caída de una piedra, por la acción de la gravedad, de un instinto o impulso de la piedra a caer.

Fue precisamente el querer diferenciar las vivencias que lleva a cabo el ser humano en estos dos tipos de fallecimiento, lo que me motivó a elegir el tema de "TRAYECTORIA DEL DUELO EN MUERTE SUBITA Y EN MUERTE POR ENFERMEDAD CRONICA O ENFERMEDAD TERMINAL".

C A P I T U L O I I I

MARCO TEORICO

En la presente revisión bibliográfica se habrán de considerar estudios hechos en la corriente psicoanalítica, para lo cual se ha comenzado por su creador, Sigmund Freud, quien en su libro “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) , dice que cuando el yo se encuentra absorbido por una labor psíquica de particular gravedad, tal como un duelo, una gran supresión afectiva o la tarea de mantener sumergidas fantasías sexuales continuamente emergentes, se empobrece tanto — la energía de que puede disponer que se ve obligado a restringir su gasto en muchos lugares.

En “Duelo y Melancolía” (1917), dice que el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o — de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el — ideal, etc. Y que no debe considerarse el duelo como un estado patológico y someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal, y que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo, por lo que considera perjudicial perturbarlo.

También postula que la melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. La labor del duelo consiste en que la realidad muestra que el objeto amado ya — no existe y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esa demanda surge una oposición naturalísima, pues el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente, y sólo es realizado de un modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía, de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. Al final de la labor del duelo vuelve a quedar el yo libre y exento de toda inhibición.

Continuando, Freud plantea que en el duelo, el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto, en cambio el melancólico muestra una extraordinaria disminución de su amor propio, o sea, un considerable empobrecimiento de su yo. En “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) Freud define la angustia como una reacción al peligro de la pérdida del objeto. La primera condición de la angustia, introducida por el mismo yo, es la pérdida de la percepción del objeto, la cual es equiparada a la pérdida del objeto. La

reacción del dolor es la verdadera reacción a la pérdida del objeto, y la angustia es la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo.

En "Consideraciones sobre la guerra y la muerte" (1915), Freud dice que el hombre civilizado evitará cuidadosamente hablar de muerte cuando el destinado a morir puede oírle. Sólo los niños infringen esta restricción y se amenazan sin reparo unos a otros con las probabilidades de morir, e incluso llegan a enfrentar con la muerte a una persona amada. El adulto civilizado no acogerá gustoso entre sus pensamientos el de la muerte de otra persona, sin tacharse de insensibilidad o de maldad, a menos que su profesión de médico o abogado, etc, le obligue a tenerla en cuenta. Y mucho menos se permitirá pensar en la muerte de otro cuando tal suceso comporte para él una ventaja en libertad, fortuna o posición social. Naturalmente, esta delicadeza nuestra no evita las muertes, pero cuando estas llegan nos sentimos siempre hondamente conmovidos y posiblemente defraudados en nuestras esperanzas. Acentuamos siempre la motivación causal de la muerte, el accidente, la enfermedad, la infección, la ancianidad, y delatamos así nuestra tendencia a rebajar a la muerte de la categoría de una necesidad a la de un simple azar. Al morir un ser querido enterramos con él nuestras esperanzas, nuestras aspiraciones y nuestros goces; no queremos con solarnos y nos negamos a toda sustitución de la persona amada. La vida se empobrece, pierde interés.

Por otro lado, Fromm (1986), menciona que la concepción freudiana de la naturaleza humana consiste en un reflejo de los impulsos más importantes observables en el hombre moderno, y que son análogos a los llamados instintos básicos. Dice que para Freud, el individuo perteneciente a su cultura representa el hombre en general y que aquellas pasiones y angustias que son características del hombre en la sociedad moderna son consideradas como fuerzas eternas arraigadas en la constitución biológica humana.

Otra corriente no menos importante es la del Existencialismo, misma que sostiene Viktor E. Frankl, quien en "Psicoanálisis y Existencialismo" (1970) propone una terapéutica basada en el sentido -utilizando este término como sinónimo de compromiso- llamada Logoterapia, en la cual parte del supuesto de que el hombre, además de su dimensión física y su dimensión psicológica, posee una tercera dimensión específicamente humana y que es preciso tomar en consideración estas tres dimensiones si se desea comprenderlo en su totalidad. Dice que esta dimensión humana le permite al hombre trascenderse, aspirar a una dimensión superior a la suya e incorporar sus aspiraciones y sus ideales a la realidad. Establece que la vida tiene sentido bajo todas las circunstancias, y que el hombre es dueño de una conciencia firmemente arraigada que

puede ayudar a descubrir los sentidos específicos de la vida. También la Logoterapia supone que el hombre no tiende primariamente al placer, que por encima de todo busca tareas vitales que consumar y el placer más profundo lo encuentra en la realización de estas tareas. Es por ello que el hombre, al saber que va a morir y que no puede posponer sus acciones, le da sentido a su vida, se responsabiliza.

Dentro de esta misma corriente, Fabry, en su libro "La búsqueda de significado" (1984), dice que la Logoterapia postula una concepción audaz de la persona, ya que la concibe como un individuo único y singular que atraviesa por una serie de situaciones irrepetibles que ofrecen en cada caso un sentido específico que debe ser reconocido y realizado. También cita que la conciencia viene a reforzar el poder desafiante del espíritu humano y le permite a la persona oponerse a soluciones, costumbres y leyes tradicionales; a las influencias del medio, a sus impulsos, a sus instintos y aún a sus limitaciones físicas. Menciona que no se debe intentar descubrir el sentido de la existencia de inmediato, y se recomienda su búsqueda gradual.

De acuerdo con lo expuesto por Fabry, la Logoterapia no pretende ayudar al hombre a llevar una vida exenta de tensiones, porque la tensión es parte de nuestra vida como miembros que somos de una sociedad humana. Aclara que debe evitarse toda tensión enfermiza, pero que también es preciso aceptar las tensiones saludables, una de ellas es la que se da entre lo que se es y lo que se aspira a ser, es decir, la tensión que existe entre ser y sentido. Postula que la salud mental es la recompensa que obtienen no quienes exigen de la vida felicidad a toda costa, sino quienes le confieren un sentido a su existencia, ya que para estos últimos la felicidad llega como un producto derivado de su búsqueda de sentido.

Frankl (1970) fundamenta la Logoterapia en tres principios que tal vez no puedan ser demostrados pero, ciertamente, pueden ser experimentados:

1. La vida tiene sentido bajo todas las circunstancias. A este respecto Fabry (1984) menciona que el sentido no puede ser inventado y debe ser descubierto en las circunstancias específicas de la vida de cada ser humano.
2. El hombre es dueño de una voluntad de sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla. En este punto Fabry (1984) dice que el sentido último de la vida existe

realmente y que su presencia atañe profundamente la existencia de todo ser humano. Esto es algo que sólo puede demostrarse en la experiencia irrepetible de la vida.

3. El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia. Fabry (1984) postula que lo anterior sólo se logrará a través del reconocimiento de que existen sentidos que pueden y deben ser descubiertos.

Frankl (1970) afirma que la realización del hombre, — su felicidad e incluso su salud mental dependen de que encuentre, en la medida de sus capacidades, el sentido de cada una de las situaciones que comprende su vida. Y que los dos aspectos esenciales de la existencia humana son el hecho de que la responsabilidad crece con el carácter peculiar de la persona y el hecho de que la situación es siempre singular e irrepetible estos son dos elementos constitutivos en cuanto al sentido de la vida humana y en ellos se manifiesta el carácter finito del hombre; lo cual quiere decir que esta temporalidad tiene también que representar algo que dé un sentido a la existencia humana en vez de quitárselo. Dice también que viviendo como vivimos en presencia de la muerte como el límite infranqueable de nuestro futuro y la inexorable limitación de todas nuestras posibilidades, nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida limitado de que disponemos y a no dejar pasar en balde las ocasiones que sólo se brindan una única vez y cuya suma finita compone la vida. Por lo tanto, la finitud la temporalidad, no sólo es una característica esencial de la vida humana sino que es un factor constitutivo del sentido mismo de la vida.

Como ya ha sido señalado con anterioridad, la pérdida de una persona amada constituye una de las experiencias más penosas por las que un ser humano puede pasar y en la mayoría de las ocasiones nos sentimos impotentes para brindar ayuda. Cuando se conoce el papel de la pérdida y el duelo casi toda la literatura clínica se ocupa más de las variantes patológicas del duelo que del proceso normal.

Los procesos psicológicos que intervienen en el duelo, tanto sano como patológico, son múltiples y están íntimamente relacionados entre sí; los puntos de controversia son numerosos. La naturaleza de estos procesos depende de nuestra manera de conceptualizar los vínculos afectivos, lo que provoca un retiro de la catexia emotiva de la persona perdida y preparan el camino para una nueva relación.

Bowlby (1983) establece que la identificación no es el único proceso, y ni siquiera el principal, involucrado en el duelo. También postula que la identificación no depende de la oralidad aunque a veces está relacionada con ella. Cabe mencionar que Johnson y Rosenblatt (1981) señalan que una de las expresiones de duelo incompleto en niños, y

que es menos común en adultos, es aquella en la que el niño afectado realiza una identificación social inadecuada con el padre fallecido, lo que podría ser una fuente muy seria de problemas si el niño se identifica de manera tan fuerte que otros adultos o niños lleguen a rechazar o a criticar esa conducta. La identificación con la persona perdida es de suma importancia para la teoría psicoanalítica; Freud (1923) lo consideró “como un rasgo principal de todo duelo apoyado principalmente en la teoría propuesta en “Psicología de las masas” y “Análisis del Yo” (1921) , que establecía “que la identificación es la forma original del vínculo emocional con un objeto”. Existen pocos motivos para suponer que la identificación es la forma original del vínculo emocional (Bowlby, 1983) y, por — otro lado, nunca se han reunido datos sistemáticos que corroboren la idea de que la identificación con la persona perdida ocupa un lugar central en el proceso del duelo y sí en — cambio se puede relacionar en términos de un esfuerzo persistente por recuperar a la persona perdida.

El duelo invariablemente va acompañado de dolor, Kübler—Ross en su estudio “Asuntos pendientes” (1984) dice que aunque los seres humanos no lo reconozcan intelectualmente, siempre están concientes de su propia e inminente muerte, ya sea por homicidio, suicidio, muerte repentina o una — lenta o natural muerte; y que si pusiéramos mayor atención eliminaríamos el trabajo del dolor en nuestra sociedad, no el dolor pero sí el trabajo del dolor. El dolor es una emoción natural que nos permite asimos con cualquier pérdida en vida.

Hay dos escuelas que han estudiado la naturaleza del dolor, la primera es a la que pertenece Freud, la cual establece que el dolor del anhelo es de gran importancia por sí mismo y que no importa que exista un sentimiento de culpa o no, que el deudo forzosamente lo tendrá. La otra escuela es a la que pertenece Melanie Klein, quien sostiene que el dolor del anhelo en sí mismo es de importancia secundaria, y — siempre provoca angustia (Bowlby, 1983).

La ansiedad es otro de los procesos psicológicos que se relacionan con el duelo; Bowlby (1983) adoptó y desarrollo un criterio propuesto por Freud en el sentido de que cuando la figura amada está temporalmente ausente hay una respuesta de ansiedad y si la ausencia parece permanente, la respuesta es de dolor y duelo. Asimismo, plantea la relación entre la ansiedad y la desesperanza, ya que durante la aflicción en momentos el deudo se acerca a la ansiedad y en otros a la desesperanza.

Existen una serie de motivaciones presentes en el duelo como la que establece Shand (Bowlby, 1983) en el sentido de que la necesidad de recuperar a la persona perdida es

imperiosa y persiste aun cuando la razón la considera vana, teniendo expresiones esa necesidad en el llanto y la búsqueda de ayuda, aun cuando esto implique debilidad. Por otra parte, Bowlby coincide con Stand y establece que quien hace el duelo, experimenta en forma repetida una imperiosa necesidad de llamar, buscar y recuperar a la persona perdida, actuando el deudo de acuerdo con esa necesidad y este pedido de ayuda tiene valor de supervivencia.

La cólera y el odio pueden estar presentes en el duelo, existiendo dudas acerca de que si su presencia sea compatible con una elaboración sana del duelo; cabe destacar que la ira contra la figura perdida desempeña un papel importante en el duelo patológico. Freud, quien estudió el fenómeno, menciona, por una parte, que todas las relaciones se caracterizan por la ambivalencia y que por lo tanto esta debe intervenir en cualquier tipo de duelo. Por otro lado, en "Duelo y Melancolía" (1915-1917), expresa la idea de que la melancolía debe estar ausente en el duelo normal, ya que su presencia provoca una elaboración patológica del duelo. Por ejemplo, Levitan (1985) se refiere al estudio que Knapp y asociados desarrollaron en 1966 en donde al analizar casos de pacientes asmáticos en proceso de elaboración del duelo, los rasgos de melancolía eran muy marcados y notaron especialmente el estado depresivo y un gran sentido de desesperanza.

Freud (1915—1917) estableció algunas diferencias del duelo patológico con el sano, sugiriendo tres criterios en "Duelo y Melancolía"; Bowlby (1983) rechaza el primero de estos criterios que decía que la existencia de odio hacia el objeto perdido indica patología. El segundo criterio de Freud fue abandonado por él mismo; este establecía que la identificación con el objeto perdido está presente sólo en el duelo patológico. El tercer criterio está formulado en los términos de la Teoría de la Libido: en el duelo sano la libido que se retira del objeto perdido se transfiere a un nuevo objeto, mientras que en la melancolía se vuelve sobre el yo y da origen al narcisismo secundario. Bowlby (1983) dice que al igual que Lindemann considera a los diversos procesos patológicos del duelo como exageraciones o deformaciones de los procesos normales.

De acuerdo con la Teoría Psicoanalítica, la etapa del desarrollo que permite en su momento una elaboración sana del duelo es la más temprana infancia; de acuerdo con Klein, esa fase del desarrollo no corresponde al comienzo de la vida, ya que la capacidad para reaccionar ante la pérdida se desarrolla con mucha lentitud durante la niñez y la adolescencia y quizá nunca se alcance tan plenamente como desearía nos que fuera (Bowlby, 1983). Lehman, Wortman y Williams (1987) coinciden con la opinión de Caplan

en 1974 de que la mayoría de los afectados por una pérdida continúan el trabajo psicológico del duelo durante todo el resto de sus días.

Johnson y Rosenblatt (1981) hacen una distinción entre el duelo incompleto, aquel que tiene una continuidad con la aflicción experimentada inmediatamente después de una pérdida, y el duelo que aparece a partir de nuevas experiencias y razonamientos, es decir, aquel que se desarrolla como resultado de un proceso de maduración y de una experiencia adicional; este último tipo de duelo no es una extensión de un duelo incompleto, ambos pueden ser confundidos.

También cabe señalar respecto al duelo la importancia no sólo del gran número y la gran variedad de respuestas posibles sino también la forma en que tienden a chocar entre sí. La pérdida de una persona amada da origen no sólo a un deseo intenso de reunirse con ella, sino también a un sentimiento de ira por su alejamiento y posteriormente a cierto grado de desapego, lo que lleva a pedir ayuda pero también a veces a rechazarla.

C A P I T U L O I V

FASES DEL DUELO NORMAL

Para poder definir y delimitar las fases del duelo, es necesario determinar el concepto de duelo; a este respecto Freud (1925—1926) plantea que una de las reacciones afectivas a la pérdida del objeto es el duelo, este surge bajo la influencia del examen de la realidad, la cual nos impone definitivamente la separación del objeto, puesto que el mismo no existe ya. Es decir, que la forma en que los individuos responden a la pérdida de un ser querido puede tener grandes variaciones pero todas las respuestas pasan por una asociación de fases generales. Cabe destacar que estas fases se ven afectadas por distintos tipos de valores, como lo plantea Thomas (1983) quien menciona que las estructuras socioculturales intervienen en este proceso de manera evidente. Dice que en la medida que las civilizaciones acumuladoras de hombres dominan más a la muerte a través de lo simbólico, todo ocurre como si la multiplicidad de los tabúes referentes al desenlace vital impidieran hacer de la muerte el tabú por excelencia; por el contrario, las civilizaciones de acumulación de bienes tratan de ocultar el pensamiento de la muerte, hacen de ella la negación suprema, pero la muerte espanta más si es reprimida y amenaza con volverse obsesiva. Señala como ejemplo, la individualización más acusada del occidental que hace por lo general más vivo el miedo a la muerte, y a menudo insoportable; el papel de las creencias religiosas es particularmente ambivalente, puesto que por un lado, reducen el miedo a la muerte al suprimir la idea de anulación total, pero en otro sentido pueden aumentarlo respecto a la incertidumbre de un futuro en el más allá.

En este punto es importante mencionar a uno de los pocos intelectuales mexicanos que ha hecho un análisis acerca de la visión y valor de la muerte en la sociedad mexicana, como es el caso de Octavio Paz (1986) quien hace mención a la relación del mexicano con la muerte y dice que el mexicano no solamente postula la intrascendencia del morir sino la del vivir, que morir y matar son ideas que pocas veces abandonan al mexicano, que en un mundo cerrado y sin salida, en donde todo es muerte, lo único valioso es la muerte, que el mexicano obstinadamente cerrado ante el mundo y sus semejantes se abre ante la muerte, pero no se le entrega, porque esto entraña sacrificio. Menciona que el culto a la vida, si de verdad es profundo y total, es también culto a la muerte, ya que ambos son inseparables, una civilización que niega a la muerte acaba por negar la vida. Postula que muerte y vida son contrarios que se complementan; en el mundo prenatal la muerte y la vida se confunden; y en el nuestro, se oponen; pero en el más allá, vuelven a reunirse. Es así que frente a la muerte hay dos actitudes, una, hacia adelante, que la

concibe como creación; otra, de regreso, que se expresa como fascinación ante la nada o como nostalgia del limbo.

Algunos otros autores se refieren al proceso del duelo tomando en consideración otros elementos que influyen decisivamente en las respuestas así como en la trayectoria, tal es el caso de Becker (1979) quien sostiene que el niño tiene ansiedades, porque depende totalmente de su madre, experimenta soledad cuando ella se ausenta y amargura cuando se ve privado de una gratificación, se siente irritado cuando tiene hambre y sufre molestias; si fuera abandonado a su suerte, su mundo se derrumbaría y su organismo resentiría esto de algún modo, esta es la angustia del objeto perdido. Dice que si la madre cumple con su deber de manera cariñosa y confiable, la angustia natural y los sentimientos de culpa del niño se desarrollarán de manera moderada, y él podrá dominarlos firmemente con su personalidad en desarrollo, tendrá un sentimiento básico de seguridad y no sufrirá temores morbosos de perder apoyo, de ser aniquilado, etc. También postula que cuando crezca llegará a comprender racionalmente la muerte entre la edad de 9 y 10 años, y la aceptará como parte de su concepción del mundo, pero esta idea no dañará - su actitud de confianza en la vida. Doltó (1981) dice que los niños comienzan a hacer preguntas sobre la muerte alrededor de los tres años, pero sin sentir angustia, y continúan con esta actitud hasta alrededor de los siete años. Los niños comienzan a introyectar a la muerte en el mismo momento en que comienzan a abordar la diferencia de los sexos y casi siempre a través de preguntas indirectas. También refiere que los padres, cuando hablan de la muerte, lo hacen con la finalidad de que los niños lleguen a la conclusión de que se deben vivir bien todos los momentos de la vida porque nunca se sabe cuando se morirá.

En relación a la importancia de la edad para la elaboración del duelo, Pérez (1965) postula que la muerte constituye una experiencia cambiante y representa una línea evolutiva en el desarrollo de todo individuo. Dice que la muerte y el morir aparecen para el joven y el adolescente como una lejana experiencia, en cada período de la vida parece jugar con valores diferentes la expectación de muerte. Establece que el adolescente vive en un intenso presente, un permanente ahora, pasado y futuro son comparativamente débiles ante el presente.

Otro de los puntos en los que se encuentran las mayores dificultades para delimitar en tiempo la elaboración del proceso del duelo está en el desarrollo de las distintas etapas que lo conforman, así como el número e intensidad de los factores, elementos y emociones que se ven involucrados en el desarrollo de las mismas, tal y como lo

mencionan Aguilera y Messick (1980) respecto a que la reacción familiar frente a la muerte de un miembro se desarrolla en etapas que varían según el tiempo; la muerte de un ser querido produce la expresión activa del sentimiento dentro del curso normal del duelo. La ausencia de dicha reacción es considerada anormal como es la misma reacción cuando excede en tiempo e intensidad. Kübler—Ross (1984) establece que el amor incondicional ayuda a mantener las emociones naturales y a que fluyan, en tendiéndose por este tipo de amor el no hacer siempre cosas para otras gentes o nunca decir que no, sino generar en la persona el autorespeto y la autoconfianza. Esta misma autora en su libro “Una luz que se apaga” (1986) menciona que por ejemplo, el funeral es un reconocimiento público de que ha fallecido una persona física en nuestras vidas, es un ritual que señala la aceptación de esa realidad y coloca el cuerpo físico en un lugar final; la velación y el funeral tienen importantes propósitos en la elaboración del duelo, y que los que son excluidos de estos sienten que no son parte importante de la familia.

En este mismo orden de ideas, Doltó (1981) hace mención que nunca se le debe ocultar al niño la noticia de la muerte de un ser querido o de un miembro de la familia, ya que enseguida pueden percibir la expresión cambiada de los rostros familiares, es muy grave que el niño no se atreva si quiera a hacer una pregunta en el caso de que amara a la persona muerta y estuviera inquieto por su ausencia, y que por otro lado el no decírselo es excluirlo de la situación familiar. También refiere que con frecuencia se recurre a la mentira para engañar a los niños sobre el tema de la muerte, se recurre a hablar de un viaje, de una enfermedad o de alguna situación de la que poco tiempo después nadie da ninguna noticia, finalmente la situación se hace insostenible e incluso sofocante. Sugiere que al tratar el tema del fallecimiento de un ser querido, al niño hay que hablarle del corazón que ama y explicarle que él no muere mientras halla personas que se acuerden de él y que lo amen.

Retomando las ideas de Kübler—Ross (1986) ella menciona que lo peor que se le puede hacer a los deudos es desarraigarlos durante un intenso y perturbador período de aflicción en sus vidas. Para superar el dolor este debe ser encarado, reconocido y sufrido, nunca hay que evitarlo, se debe llorar cuando se necesita hacerlo, se tiene derecho a estar triste, hay que poner la atención en cosas vivas y dejar de pensar sobre realidades que no pueden cambiarse. La Escuela Psicoanalítica ha explicado el sentimiento de dolor, tal y como lo hace Freud en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1925-1926) donde plantea que el dolor surge cuando un estímulo que ataca la periferia traspasa los dispositivos de la protección contra esos estímulos, y pasa a actuar como un estímulo instintivo continuo,

contra el cual son impotentes los actos musculares que sustraen al estímulo inicial. Dice que aunque el dolor no parta de un punto de la epidermis, sino de un órgano interno, no cambia en nada la situación, pues se trata únicamente de la sustitución de un punto del exterior por otro en el interior. Aunque también señala que esta condición del origen del dolor parece tener muy poca analogía con una pérdida del objeto y que el hecho de que el lenguaje haya creado el concepto de dolor interno, de dolor anímico equiparándolo al dolor físico, las sensaciones de la pérdida del objeto son similares.

Los deudos se torturan con ciertas ideas durante mucho tiempo, porque la culpa y el temor son grandes enemigos del hombre, el sentimiento de culpa puede enfermar emocional y físicamente a cualquiera. Los deudos deben aprender a aceptar poco a poco las cosas que no pueden cambiar y concentrarse en quienes están vivos y son parte de su vida. Frankl (1970) plantea que la vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo, ya que la vida puede adquirir su sentido postrero no sólo por la muerte, si no también en la muerte misma. Dice que si nos preguntáramos honradamente si estaríamos dispuestos a suprimir de nuestras vidas las experiencias desventuradas en materia amorosa, a borrar de ella las enseñanzas dolorosas o desdichadas, nos contestaríamos sin ninguna duda, que no. Menciona que el hombre madura en el dolor y crece en él, y estas experiencias desgraciadas le dan mucho más de lo que habrían podido darle grandes éxitos. Afirma que el hombre no vive para el placer, ya que este no puede dar sentido a la vida humana, tampoco la ausencia de placer es capaz de privar a la vida de sentido, son las vidas sencillas, directas y sin prejuicios las que saben ver certeramente la realidad de las cosas. Señala que el hombre realiza en sus obras los valores creadores, en su modo de vivir los valores vivenciales y en el sufrimiento los valores de actitud ante la vida.

Por las ideas anteriormente planteadas, Frankl (1970) considera que se crea una tensión fecunda y revolucionaria, haciéndole sentir al hombre como tal lo que no debe ser, a medida que se identifica con la realidad dada se elimina la distancia que lo separa de ella, este sería el caso de los efectos del duelo, o el arrepentimiento, ya que ambos podrían parecerse carentes de sentido y hasta contradictorios, ya que el duelo nos permite sentir que el objeto perdido sigue viviendo subjetivamente, y el arrepentimiento nos ayuda a borrar los sentimientos de culpa. Dice que el sentirse culpable presupone responsabilidad.

Una respuesta adecuada al dolor puede darse con cierta intensidad del mismo, pero estando conciente de la situación que se está viviendo y contando con la ayuda de familiares y amigos, Aguilera y Messick (1980) establecen que el manejo adecuado de los

sentimientos de dolor pueden prevenir alteraciones prolongadas y serias en el ajuste social de la persona, la tarea esencial consiste en compartir y comprender el proceso doloroso del deudo, el solo consuelo no proporciona una ayuda adecuada, la persona tiene que aceptar el dolor de la pérdida. También postulan que el deudo debe re visar sus relaciones con la persona fallecida, que tendrá que expresar su tristeza y el sentido de pérdida, deberá aceptar la destrucción de una parte de su personalidad antes de organizarla de nuevo hacia un objeto diferente u otra neta; a pesar de que las fases del duelo no son bien recibidas constituyen una parte necesaria de la vida.

Como ya ha sido mencionado al inicio de este capítulo, las reacciones de los seres humanos a la pérdida de un ser querido tiene distintos comportamientos, pero todos ellos tienen un patrón general o una secuencia definida en su desarrollo; también es importante destacar que los límites entre las distintas fases no son del todo claro y preciso, pero como resultado de la presente investigación se ha adoptado el proceso de cuatro fases para la elaboración del duelo que Bowlby (1983) menciona, siendo estas las siguientes:

a. Fase de Embotamiento

De acuerdo con Bowlby (1983) es aquella en la que la reacción inmediata a la muerte varía en alto grado de una persona a otra y también de un momento a otro. También Doltó (1981) establece que el problema de la muerte de todos aquellos a los que amamos es que perdemos toda una parte de nuestra vida, de nuestra sensibilidad, que ya no volveremos a recuperar; postula que la muerte nos hace sentir culpables, y esto es curioso porque no hay nada de malo en morir, ya que todos debemos morir. La mayoría de la gente se siente aturdida e incapaz de aceptar la realidad, lo anterior para el caso de los adultos pero más significativo lo es para los niños.

Para esta fase del proceso del duelo vale la pena mencionar las fases del duelo establecidas por Lindemann (Aguilera y Messick, 1980), quien une las características de las fases I y II de la división expresada en este capítulo y postula a la Fase 1 como de Conmoción y Escepticismo, mencionando como características principales una concentración en el objeto original con síntomas de dolor que aparece en oleadas que duran de veinte minutos a una hora; también una ligera falta del sentido de la realidad, una sensación de aumento de la distancia emocional con las otras personas y una intensa absorción en la imagen de la persona fallecida, acompaña dos por una fuerte preocupación y sentimientos de culpa.

Por la Escuela del Psicoanálisis durante el desarrollo de esta investigación se encontró que Panides (1984) se refiere a Freud quien dice que un período normal de dolor va de

uno a dos años; también cita a Lindermann quien en su investigación de 1940 sugiere que el dolor puede ser mitigado en un período de dos meses. Este autor menciona que la respuesta inicial a una pérdida es un severo choque psicofisiológico y que esto lleva a un estado de excitación y ansiedad. Menciona también síntomas depresivos, culpabilidad, negación y enojo, como algunas de las variables normales en este tipo de reacción. Panides asegura que la negación es una defensa inconsciente que se usa para reducir, evitar o prevenir la ansiedad, que es la más persistente de las defensas psicológicas y una parte normal del ego. Postula que uno de los rasgos más característicos de dolor no es una prolongada depresión sino agudos períodos de intensa afección; en estos períodos se presenta una severa ansiedad y dolor psicológico durante los cuales la persona desaparecida es severamente extrañada. Esto es, que la presencia del dolor se da no solamente en la fase inicial sino en todas las que forman parte del proceso de la elaboración del duelo, y que siempre el dolor va acompañado de recuerdos sobre el ser desaparecido.

Tal y como lo mencionan Johnson y Rosenblatt (1981), una de las causas de la aflicción infantil ante la pérdida se deriva de la ignorancia del niño o de su falta de comprensión de la muerte. Ellos plantean que los niños pueden no entender lo que sucede cuando uno de los padres muere, se pueden sentir aturdidos por falta de comprensión de la experiencia de la muerte así como por la respuesta de los adultos a los rituales que lo rodean, los niños pueden experimentar un temor muy vago sobre sus sentimientos y sobre su incapacidad para expresarlos. Asimismo, estos autores establecen que los niños pueden dar una interpretación de la muerte como abandono o como castigo sobrenatural y que en algún sentido estas ideas pueden llegar hasta la adultez y continuar afectando a la persona. Durante un tiempo, quien sufre la prolongada depresión sino agudos períodos de intensa afección; en estos períodos se presenta una severa ansiedad y dolor psicológico durante los cuales la persona desaparecida es severamente extrañada. Esto es, que la presencia del dolor se da no solamente en la fase inicial sino en todas las que forman parte del proceso de la elaboración del duelo, y que siempre el dolor va acompañado de recuerdos sobre el ser desaparecido.

Tal y como lo mencionan Johnson y Rosenblatt (1981) una de las causas de la aflicción infantil ante la pérdida se deriva de la ignorancia del niño o de su falta de comprensión de la muerte. Ellos plantean que los niños pueden no entender lo que sucede cuando uno de los padres muere, se pueden sentir aturdidos por falta de comprensión de la experiencia de la muerte así como por la respuesta de los adultos a los rituales que lo rodean, los

niños pueden experimentar un temor muy vago sobre sus sentimientos y sobre su incapacidad para expresarlos. Asimismo, estos autores establecen que los niños pueden dar una interpretación de la muerte como abandono o como castigo sobrenatural y que en algún sentido estas ideas pueden llegar hasta la adultez y continuar afectando a la persona. Durante un tiempo, quien sufre la pérdida puede seguir su vida normal en forma casi automática pero es probable que se sienta tensa y temerosa, y esta calma injustificada puede verse interrumpida en cualquier momento por un episodio de emoción intensa.

b. Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida.

Al cabo de algunas horas o días después de la pérdida, se produce un cambio y se comienza a percibir la realidad de la pérdida, lo cual produce una sensación de intenso anhelo, espasmos de congoja y accesos de llanto. Al mismo tiempo se muestra una gran inquietud, insomnio y pensamientos obsesivos con respecto a la persona perdida, lo que se combina con una sensación de presencia concreta y una tendencia a interpretar señales o sonidos como indicaciones de que aquél ha vuelto. Otra característica de esta segunda fase del duelo es la cólera. Bowlby (1983) considera que durante esta fase temprana del duelo es común que la persona alterne entre dos estados de ánimo; por un lado se encuentra la creencia de que la muerte es real, y por el otro, la incredulidad. La ira es provocada por aquellos a quienes se considera responsables de la pérdida y también por las frustraciones que surgen durante la búsqueda inútil. Entre otra de las ideas postuladas por este mismo autor para esta segunda fase, está también que en las personas cuyo duelo sigue un curso sano, la necesidad de buscar y recuperar es intensa en las primeras semanas y meses, y disminuye con el correr del tiempo, y la forma en que se experimenta varía en alto grado de una persona a otra.

Por ejemplo, una de las personas más reconocidas en el campo de la atención a deudos como es Elisabeth Kübler-Ross (1984) menciona que el enojo expresado en su estado natural toma 15 segundos y que el enojo que no ha sido expresado surgirá cuando el individuo explote. Esto es, el enojo reprimido en términos de salud es uno de los factores que con mayor fuerza contribuyen al deterioro de la estabilidad emocional.

De acuerdo con Kaiser (1984) cada persona necesita sobrellevar su aflicción a su manera, y la pesadumbre se prolonga menos si se es capaz de expresar abiertamente el dolor. Producto de su amplia experiencia en la terapia con deudos, Kübler-Ross (1974) menciona que la reacción inicial ante las personas que están tristes, generalmente es

intentar animarlas, decirles que no miren las cosas desde una óptica tan desesperada, los instamos a mirar el lado alegre de la vida, a mirar todas las cosas positivas y llenas de colorido que nos rodean, pero esto es una expresión de nuestras propias necesidades, de nuestra incapacidad para tolerar la tristeza durante un período prolongado de tiempo.

Como una de las características de esta Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida, Bowlby (1983) plantea que la hostilidad hacia quienes intentan proporcionar consuelo debe entenderse de la misma manera en esta etapa temprana se suele rechazar a quien parece alentar la aceptación de la pérdida como si esa persona la hubiera provocado; a menudo lo que se necesita no es consuelo en la pérdida sino ayuda para lograr la reunión. Así la búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud son rasgos de esta fase y deben entenderse como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida.

Las investigaciones recientes acerca de la actitud inicial ante el reconocimiento de la pérdida reafirman de modo alguno lo expresado por Bowlby y señalado en el párrafo anterior, tal es el caso de Lehman, Wortman y Williams (1987) quienes encontraron que aquellos que habían perdido a un cónyuge señalaban que pasaban menos tiempo con sus amigos, tenían más pleitos abiertos con ellos y se sentían heridos y ofendidos la mayor parte del tiempo por ellos los deudos estaban menos dispuestos a hacer sus trabajos domésticos, se sentían más avergonzados de cómo hacían su trabajo doméstico, y era más probable que tuvieran problemas con vendedores o vecinos, además de sentirse enojados o disgustados al hacer su trabajo doméstico. Por otro lado estaban menos dispuestos a hablar sobre sus sentimientos y problemas con sus parientes y hacían lo opuesto de lo que sus parientes esperaban a fin de hacerlos enojar; además de que manifestaban sentirse tensos, disgustados, infelices y emocionalmente desgastados cuando pensaban sobre sus experiencias. También Kaiser (1984) menciona que aunque a la aflicción se le sienta como una enfermedad mental no lo es. El insomnio, la ansiedad, el temor, el enojo, la preocupación por uno mismo y los pensamientos tristes pueden acumularse de tal modo que los deudos lleguen a creer que están enloqueciendo, cuando en realidad todos esos síntomas son normales cuando uno está apesadumbrado, y es muy importante comprenderlo así. Kübler—Ross (1984) menciona al dolor como una de las más importantes emociones y que su expresión natural son las lágrimas; y que a los niños que no se les permite una expresión natural del dolor tendrán problemas por el resto de sus vidas porque la vida consiste de miles de pequeñas muertes; por supuesto, el

dolor reprimido no es la causa de todos los problemas, pero es ciertamente un factor que contribuye. Levitan (1985) hace referencia a Waiss y Alexander quienes establecieron un lazo entre la supresión del llanto y el desarrollo de los síntomas de asma en pacientes que estaban en proceso de elaboración de duelo.

Por otro lado, Johnson y Rosenblatt (1981) lograron establecer que en algunas ocasiones después de la muerte del padre, muchos niños, adolescentes y adultos alcanzan periodos de intenso dolor que parecieran tener muy poca relación con la aflicción sufrida. Esos períodos, normalmente de breve duración, pueden incluir sensación de vacío, de incapacidad temporal para sus actividades rutinarias en la casa y en el trabajo, o fuertes depresiones en ocasión de un aniversario. La aflicción puede producir fuertes sentimientos pero su expresión carece de la intensidad de la pena que siguió a la pérdida.

En esta Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida se oscila entre atesorar recuerdos y librarse de ellos. Bowlby (1983) cita que Gorer considera que la aceptación agradecida constituye uno de los signos más seguros de que la persona está elaborando un duelo en forma satisfactoria, la prohibición de referirse a la persona constituye un mal pronóstico.

c. Fase de Desorganización y Desesperanza.

Para Bowlby (1983) resulta casi inevitable que quien ha sufrido una pérdida sienta que nada podrá salvarse y caiga en la depresión y la apatía. Esto debido fundamentalmente a que el papel desempeñado hasta el momento del deceso se ve modificado al asumir nuevas responsabilidades. Los patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción se ven rebasados por la realidad debiendo examinar la nueva situación en que se encuentra y considerar las posibles alternativas para enfrentarla, lo que implica una nueva definición de sí mismo y de su situación. En esta etapa cabe mencionar la opinión de uno de los exponentes más connotados de la Escuela del Psicoanálisis acerca de las capacidades del hombre para aceptar la presencia de la muerte, respecto de esto, Fromm (1972) postula que el hombre está dotado de razón, que tiene conciencia de sí mismo, de sus semejantes, de su pasado y de las posibilidades de su futuro, de que el hombre está conciente de que es una entidad separada, de que su vida transcurre en un breve lapso, de que nace sin que intervenga su voluntad y de que ha de morir contra su voluntad, de que morirá antes que los que ama o estos antes que él, que tiene conciencia de su soledad y de su estado de separación, de su desvalidez frente a las fuerzas de la naturaleza y de la sociedad, y que todo ello hace de la existencia separada y desunida

una insoportable prisión. Dice que el hombre se volvería loco si no pudiera liberarse de esa prisión y extender la mano para unirse en una u otra forma con los demás hombres, con el mundo exterior. Afirma también que la vivencia del estado de separación provoca angustia, y que esta es la fuente de toda angustia, que el estar separado significa estar aislado sin posibilidad alguna para utilizar los poderes humanos, que estar separado significa estar desvalido, es ser incapaz de aferrarse al mundo activamente, significa que el mundo puede invadir al hombre sin que él pueda reaccionar.

Por otro lado, Kaiser (1984) plantea que la idea de que no tiene uno derecho a enojarse porque hay otros que sufren penas mayores hay que abandonarla, todos tenemos el derecho y la responsabilidad de tomar en serio nuestras penas, enfrentarnos a nuestro sufrimiento es necesario para encontrar nuevamente nuestra libertad. Coinciden con esta opinión Aguilera y Messick (1980) al hacer referencia a la Fase I del duelo establecido por Lindemann, denominada Conciencia del hecho, la que tiene como característica una desorganización de la personalidad acompañada de dolor y desesperación, ello debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo por el objeto perdido, pudiéndose presentar accesos de llanto, síntomas de desamparo y posiblemente una identificación con la persona fallecida.

Por la corriente del Existencialismo, a este respecto Fabry (1984) afirma que una vez que entran en crisis los valores universales y se pierde la confianza en las tradiciones e instituciones establecidas, el individuo es abandonado a sus propios recursos en una ardua búsqueda de los sentidos únicos de su situación vital, pues de acuerdo con los principios de la Logoterapia, los sentidos únicos de las situaciones vitales del hombre subsistirán aún cuando se hayan desprestigiado los valores universales. Dice que para la salud mental de una persona es importante que conserve la firme convicción de que en su interior alberga fenómenos y motivaciones auténticos, se debe creer que se es dueño de una conciencia auténtica. También, el máximo exponente del Existencialismo, Frankl (1970), sostiene que los valores jamás podrán desaparecer del todo, pero algunos de ellos podrán ser desechados y otros modificados, y algunos perdurarán; afirma que el sentido de la vida no puede medirse en función de los años vividos. Postula que la existencia puede cobrar sentido retroactivamente para la persona incluso en sus últimas horas de vida, y lo que es más importante, que el sentido más profundo de la existencia puede revelarse a menudo en situaciones en que no se dispone de ninguna ayuda, cuando la existencia queda reducida a sus aspectos más esenciales. Menciona que en la

Logoterapia el primer paso que hay que dar es enfrentarse a la realidad, ya que esta incluye la dimensión sobrehumana donde reside el sentido último de la existencia.

d. Fase de Reorganización.

De acuerdo con Kamm (1985) sólo cuando los deudos des cubren que tienen un nuevo papel que afrontar ante una nueva realidad, es cuando empiezan a pensar en obtener ayuda de un profesional: no porque sean incapaces de hacerlo sino porque no están preparados para reaccionar adecuada y oportunamente ante los acontecimientos es que se piensa en esta solución. Sucede que sólo con la realidad de la muerte se experimenta la soledad y los deudos se enfrentan a reconstruir sus propias vidas. La redefinición de sí mismo y de la situación es tan penosa como decisiva; tal y como Bowlby (1983) lo menciona en esta fase sólo si se tolera el anhelo, la búsqueda, el análisis incansable de la pérdida y el encono contra todo aquel que pudo haber sido responsable, se llega en forma gradual a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente y que debe dar nueva forma a su vida. Aunque muy oculta por la emoción, la redefinición de sí mismo y de la situación no implica una mera liberación de afecto sino un acto cognitivo alrededor del cual gira todo lo demás; hasta que no se logra esa nueva definición no pueden trazarse planes para el futuro. La persona debe reconocer que es necesario hacer un intento por desempeñar papeles nuevos y desarrollar nuevas habilidades. Para reafirmar esta aseveración, puede citarse a Caruso (1985), quien menciona que en la elaboración del duelo se inicia la búsqueda de una nueva identidad, ya que se debe pagar un alto precio para encontrar una posición en el mundo que acaba de demostrar su hostilidad, pero al cual de be valorar como protector, se deben construir nuevos ideales y emprender nuevos caminos.

Asimismo, se encontró que Aguilera y Messick (1980), basándose en la última fase del duelo establecida por Lindemann, denominada Solución de la pérdida, postulan que es en ese momento cuando se efectúa una reorganización como emancipación de la imagen del objeto perdido y se forman nuevas relaciones objetivas.

Por un lado, Sanders (1979) encontró que la mayoría de los cónyuges con duelo entrevistados para su estudio, estaban tratando de encontrar medios para adaptarse a la vida sin sus parejas, y que la soledad era un factor principal en su ajuste, el cual se incrementaba en aquellos casos en que el aislamiento social había sido previamente parte de su vida. Y por el otro lado, de acuerdo con Kaiser (1984), resulta útil para los deudos frecuentar algún grupo y participar en sus actividades. En el caso de viudos, reanudar la

vida social a menudo resulta muy difícil, por lo que tanto viudos como viudas frecuentemente participan en reuniones con miembros de su propio sexo, siendo esto más fácil para los hombres (Bowlby, 1983).

Cuando está por cumplirse el primer año de duelo, casi todos los deudos comprueban que se les hace difícil distinguir entre los patrones de pensamiento, sentimiento y conducta que ya no resultan adecuados para el desempeño de su papel y los patrones que sí se justifican conservar. La mayoría de las mujeres necesitan mucho tiempo para sobreponer se a la muerte del marido, menos de la mitad vuelve a ser ellas mismas al cabo de un año y en la mayoría de los casos hay un menoscabo de la salud; el insomnio, las cefaleas, la ansiedad, la tensión y la fatiga se manifiestan (Bowlby, 1983). Por ejemplo, Levitan (1985) en el análisis de los resultados de seis pacientes cuya afección asmática comenzó durante un período de duelo, complicado en todos los casos por la negación de los pacientes, por sus sentimientos de culpabilidad intensa o por la ocurrencia de pérdidas múltiples, descubrió que ellos mismos fueron incapaces de manejar las emociones asociadas con el duelo. Que la intensidad poco usual de la emoción es posible que fuera la responsable para la aparición del síndrome asmático, suponiendo que cuando la intensidad de la emoción alcanza un determinado punto llega a sobre-estimular el sistema parasimpático y la intensidad del dolor al parecer fue el factor psicológico que contribuyó a la aparición del asma. En todos los casos hay mayores probabilidades de que surja una multitud de otros síntomas e incluso las enfermedades fatales son más comunes que en las personas de la misma edad y sexo que no han sufrido esa pérdida (Ward, 1976).

El duelo nunca termina, lo habitual es una recurrencia ocasional de aflicción activa, sobre todo cuando algunos hechos hacen recordar la pérdida (Bowlby, 1983). Complementan la idea anterior Johnson y Rosenblatt (1981) quienes establecen que la aflicción o duelo de maduración tiene lugar en presencia de acontecimientos específicos o nuevas formas de conciencia que se relacionan, de alguna manera a la pérdida sufrida, pero que no han sido sacadas a la superficie desde la muerte del padre, esto para el caso de los niños que sufrieron la pérdida de uno de los progenitores a temprana edad. Y que la aflicción o duelo de maduración es probable mente universal para personas afectadas, ya que existe una gran cantidad de posibilidades de encontrar situaciones que desaten respuestas de aflicción temporal asociadas con el proceso de maduración o de nuevas experiencias. Aunque muchas personas mencionan específicamente la amistad como una importante contribución a su bienestar, y aunque esas amistades a menudo llegan a ser muy íntimas

e importantes, no contribuyen en gran medida a aliviar su soledad, pero sí permiten manejar la soledad más fácilmente.

Weiss (Bowlby, 1983) establece una clara distinción entre la soledad y el aislamiento social, para cuyo alivio la organización demostraba ser útil, y una distinción de la soledad y del aislamiento emocional el cual no se modificaba. Ambas formas de soledad son de gran importancia, pero lo que sirve para aliviar una no tiene efecto sobre la otra. Este autor define a la soledad emocional como aquella que sólo puede aliviarse participando en una relación de mutuo compromiso, sin la cual no se logra un sentimiento de seguridad.

Finalmente, se encontró que Aguilera y Messick (1980) hacen referencia a Engel quien afirma que la prueba más clara de que el duelo ha sido superado con éxito es la capacidad de recordar completamente y en forma realista tanto los goces como las decepciones de la relación perdida.

C A P I T U L O V

FASES DEL DUELO POR MUERTE SUBITA

Para explicar el proceso así como sus cuatro fases que pueden conformarlo de la elaboración del duelo por el fallecimiento inesperado de un ser querido, ya sea a causa de un accidente, suicidio o de enfermedad repentina, es necesario referirse a la Escuela Psicoanalítica en donde Freud, (1915) menciona que ante el cadáver de la persona amada nacieron no sólo la teoría del alma, la creencia en la inmortalidad y una poderosa raíz del sentimiento de culpabilidad de los hombres sino también los primeros mandamientos éticos. Dice que el mandamiento primero y principal de la conciencia fue “no matarás”; este surgió como reacción contra la satisfacción del odio, oculta detrás de la pena por la muerte de las personas amadas, y se extendió paulatinamente al extraño no amado, e incluso al enemigo. Menciona que nuestro inconsciente no cree en la propia muerte, y se conduce como si fuera inmortal, esto, porque nuestro inconsciente no conoce nada negativo, ninguna negación y por lo tanto, no conoce tampoco la muerte propia, porque a ella solo podemos darle un contenido negativo. Postula entonces que nada instintivo favorece en nosotros la creencia en la muerte y es allí donde radica el secreto del heroísmo.

Freud (1915) menciona que nuestro inconsciente no lleva al asesinato, se limita a pensarlo y desearlo, y que los hombres juzgados por nuestros impulsos instintivos, somos al igual que el hombre primitivo, una horda de asesinos. Finalmente, Freud postula que el inconsciente es tan inaccesible a la idea de la muerte propia, tan sanguinario contra los extraños y tan ambivalente en cuanto a las personas queridas, como lo fue el hombre primitivo pero, que el hombre moderno se ha alejado de ese estado inicial con una nueva actitud cultural y convencional ante la muerte.

Uno de los investigadores con mayor experiencia en el tipo de muerte que se trata en este capítulo, es Kübler - Ross (1986), quien menciona que los que sufren una pérdida por una muerte repentina y trágica necesitan encontrar un lugar seguro donde puedan expresar con palabras lo indecible, sólo así pueden empezar a liberarse de la angustia. Los deudos con frecuencia tendrán que encarar crisis' de soledad, los que más sufrirán son aquellos cuyo sistema de apoyo no esté disponible en el momento de producirse esas crisis, nunca será recomendable el uso de sedantes y medicamentos en momentos de crisis porque eso evita la posibilidad de experimentar los sentimientos, de expresar el dolor, de neqarse al llanto para poder vivir de nuevo no sólo por amor a sí mismo sino también por amor a la familia y a todos aquellos que son allegados. Esta misma autora establece que quienes

son informados de una muerte súbita actúan mucho mejor si pueden externar la angustia y aflicción en un ambiente seguro, esto inmediatamente después del suceso; también dice que es de gran ayuda el que se encuentren cerca de los deudos personas que puedan facilitarles el llanto y el desahogo de la angustia y las penas acumuladas. También dice que los que han tenido que encarar una muerte súbita y fueron privados de ver por última vez el cuerpo del ser querido, pasan por un proceso de dolor mucho más largo y que a menudo atraviesan una etapa de negación que puede durar años o décadas; no se trata de una negación total, sino parcial, y que adopta una gran variedad de expresiones tales como perplejidad, accesos de ira, pesadillas, falta de concentración, mal humor, sentimientos de incompreensión y abandono, etc. El alcohol y las drogas son los mayores peligros para los deudos, inmediatamente después de un trauma semejante.

Aunque para el desarrollo de la presente revisión bibliográfica se localizaron investigaciones que determinan las fases del duelo por muerte súbita, estas no son del todo precisas, en cambio se recurrió a aplicar las fases del duelo por muerte súbita propuestas por Bowlby (1983) , identificando aquellos elementos y actitudes que con mayor frecuencia se presentan en los deudos para este proceso. Lo anterior fue posible debido a que tanto la literatura de las Escuelas Psicoanalítica y Existencialista hacen referencia a las muertes repentinas; también en los últimos años muchos de los estudios sobre este tema han tratado de analizar y evaluar el impacto que tiene sobre la estabilidad emocional de los deudos. En este sentido, Lehman, Wortman y Williams (1987) establecen que experimentar una pérdida súbita e inesperada puede dar lugar a dificultades psicosociales.

Reafirmando lo anteriormente expuesto, se encontró que Shanfield y Swain (1984) obtuvieron conclusiones que confirman las de la literatura existente sobre el duelo, las que indican que la pérdida súbita representa mayores dificultades para los deudos.

Cabe destacar que la elaboración del duelo para una muerte por suicidio es la que posiblemente mayor culpabilidad involucra para los deudos, Pérez (1965) trata de explicar el origen del suicida estableciendo que la inevitabilidad de la muerte propia transforma en una reducción al absurdo la existencia humana, la desposee de sentido, la relativiza y la somete a un imponderable en cuanto a lugar, fecha y circunstancia de la muerte. También postula que la posibilidad del suicidio aproxima la muerte a una relación permanente con los estados de inseguridad que atraviesa el hombre.

Dice que el carácter absurdo de la muerte impide considerarla la como un fenómeno vital en el mismo sentido que los otros, el hecho de no ser uno libre para la elección de su

propia muerte limita de una manera última la responsabilidad de asemejarla a cualquier otro fenómeno de la vida, la única forma sería prepararse para la muerte, es decir, esperarla. Hace referencia a Menninger quien indica tres componentes en el acto de suicidio, el primero es el deseo de matar, el segundo es el deseo de morir y finalmente el deseo de ser matado. El deseo de matar y el deseo de ser matado decrece con la edad, mientras aumenta el deseo de morir.

De acuerdo con la investigación llevada a cabo para el presente trabajo, se adoptó que las fases genéricas del proceso de elaboración del duelo por muerte súbita son las siguientes:

a. Fase de embotamiento

En esta primera fase es importante mencionar lo escrito por Doltó (1981) acerca de que toda muerte provoca culpabilidad, pero en realidad no hay nada malo en morir, que todos debemos desaparecer, pero cuando creemos que hemos intervenido de alguna manera en el fallecimiento de alguien, nos hacemos reproches de haber atentado de algún modo contra algo que era bueno, agradable y vivaz, que atentamos contra el vínculo que teníamos con el ser querido, y el vínculo se encuentra roto.

De acuerdo con Lehman, Wortman y Williams (1987) la evidencia disponible indica que el duelo tendrá un impacto mucho mayor si la pérdida es inesperada o inoportuna. Por otro lado, Sanders (1980) descubrió que la mayor parte de la evidencia indica que los efectos del duelo son más severos en aquellos casos en los que el deudo ha tenido poca anticipación de la pérdida. En apoyo a lo planteado anteriormente, Lehman y otros (1987) hacen referencia al estudio de Valchon y Rogers (1982) quienes postulan que se puede esperar que aquellos cuyo familiar murió súbitamente sin ninguna anticipación podrían tener mayor dificultad para enfrentarse a la pérdida.

En este punto resulta interesante mencionar la investigación de Vargas (1983) en el que estudia el daño temprano a través de la muerte natural, accidental, suicidio y homicidio tanto en blancos como negros e hispanos en los Estados Unidos; los resultados obtenidos en dicha investigación sugieren que los deudos de personas muertas por homicidio, seguidas muy de cerca por los deudos de personas muertas en accidentes, experimentaron un daño mucho mayor que los deudos de suicidas o fallecidos por muerte natural. De la misma forma, los grupos étnicos no señalaron diferencias en cuanto a la intensidad del daño, pero sí una diferencia cualitativa en el tipo de daño experimentado, especialmente entre hispanos por una parte y blancos y negros por la otra.

Para el caso de la muerte de un hijo, Miles y Perry (1985) establecen que las reacciones más comunes de los afectados durante la fase inmediata de la muerte son las actitudes de consternación, embotamiento e incredulidad; y que estas reacciones pueden proteger a los padres del impacto total de la pérdida tremenda a la que deben enfrentarse, amortiguando así el golpe. La consternación puede conducir a la inmovilización, en la cual no pueden funcionar adecuadamente ni tomar decisiones. Mencionan qué otras emociones pueden presentarse cuando los padres se enteran de la muerte de un hijo: pueden verse inmediatamente invadidos por sentimientos de ira, cólera, frustración y culpa; pueden presentarse también comportamientos como la histeria, el llanto desesperado, los gemidos o las protestas físicas. Establecen que estas reacciones de conducta varían ampliamente dependiendo de la personalidad de los padres y de las circunstancias de la muerte.

En el caso de la pérdida de un cónyuge, las viudas y viudos más jóvenes generalmente experimentan una angustia más pronunciada que aquellos que han perdido a sus cónyuges a una mayor edad.

Los resultados del estudio de Lehman, Wortman y Williams (1987) sugieren que la súbita e inesperada pérdida de un ser querido está asociada con la angustia a largo plazo. También establecen que tanto los padres como los cónyuges que han sufrido una pérdida, en la elaboración del duelo llevan asociada una mayor tasa de mortalidad, una reducción en el estado financiero y una tasa de divorcio mayor; la pérdida continúa ocupando los pensamientos de los afectados y les causa angustia.

Debido a que una muerte súbita es un evento no esperado, inusitado en el desarrollo de las vidas de una familia, esta fase tiene un gran impacto sobre los deudos, en donde con frecuencia es necesario recurrir al control médico de las emociones que surjan del conocimiento de la realidad. Miles y Perry (1985) mencionan que hay individuos que eventualmente podrían necesitar un sedante ligero para ayudarlos a pasar el trance, pero la sedación demora la expresión de las emociones fuertes y no es útil en el largo plazo. No deben utilizarse medicamentos sin una cuidadosa consideración de las necesidades de los deudos. En este sentido, Kamm (1985) menciona que probablemente es un error tratar el dolor como si este fuera una enfermedad que debe ser suprimida. También dice que en su opinión las drogas interfieren y prolongan el proceso de dominio de la tragedia.

Esta primera Fase de Embotamiento, junto con la siguiente, denominada Anhelos y Búsqueda de la Figura Perdida, son consideradas por Poulíquen y Fellion (1983) como de Sideración, en la que la destreza psíquica y física se encuentra mezclada con

sentimientos de culpabilidad y hostilidad hacia el difunto; estos investigadores mencionan dentro de su proceso para la elaboración del duelo por muerte súbita solamente tres etapas. Faberow y Gordon (1981) postulan cuatro fases para el caso de muerte por catástrofe, denominando a la primera de ellas como Fase Heroica. En ambos casos las características planteadas para la fase inmediata posterior al deceso son coincidentes. En todos los casos la duración varía, pero la profundidad del impacto es grande. La negación del evento a menudo está presente en las primeras horas, pero con la llegada de portadores de nuevas noticias, en caso de accidente, que confirman el suceso, el grado de incredulidad se ve disminuido, alternándose en este punto la primera y la segunda fase.

b. Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida

Como la primera reacción es tratar de reducir la propia angustia buscando figuras alternas para el deceso, algunas explosiones de cólera pueden presentarse motivadas por la llegada o conocimiento de personas con noticias que confirman la fatalidad del suceso y aumentan la certeza sobre la persona involucrada. Lehman, Wortman y Williams (1987) encontraron datos que claramente indican que después de la pérdida traumática de un hijo o un cónyuge, la angustia persistente no es un signo de una falla para enfrentarla, sino más bien una respuesta común hacia dicha situación.

Como Bowlby (1983) sugiere, en esta fase la necesidad de buscar y recuperar a la persona perdida es intensa en las primeras semanas y meses y disminuye con el correr del tiempo. Los súbitos estallidos de cólera son bastante comunes poco después de la pérdida, sobre todo por ser experimentada como repentina o injustamente temprana.

Para este tipo de muerte y en esta fase, la tendencia a interpretar sonidos y señales como indicaciones de que la persona perdida está viva, es más intensa que en las fases equivalentes del duelo normal o del duelo por enfermedad crónica o enfermedad terminal. Lo anterior se ve reafirmado en el estudio de Lehman y otros (1987) donde encontraron que los padres afectados por una pérdida no la sentían como real y pensaban que se despertarían algún día y encontrarían con que esto no había sido cierto; también descubrieron que aunque se daban cuenta de que esto no era posible a veces se imaginaban que su cónyuge o hijo regresaba a la vida.

En esta fase también se presentan los sentimientos obsesivos y en algunos casos de culpa respecto a lo que se pudo haber hecho para evitar el evento y a lo que se permitió

que sucediera. Todo esto va acompañado de inquietud, insomnio y accesos de llanto. Esto ha sido detectado en investigaciones recientes como la de Miles y Ferry (1985) quienes hacen referencia al estudio de Miles de 1985, en el que obtuvo resultados que indican que los padres de víctimas de accidentes padecen una gran cantidad de sentimientos intensos, incluyendo prolongadas etapas de embotamiento y consternación, así como una intensa soledad y sentimientos de vacío debido a lo súbito de la muerte; padecen también temor ansioso de que alguien más en la familia, especialmente los otros niños, pudieran morir súbitamente; padecen problemas de insomnio y pesadillas, así como pánico nocturno si la llamada telefónica que les informo sobre la muerte ocurrió de noche también padecen una ira intensa que se concentra en una gran variedad de direcciones, incluyendo al conductor del auto, el sistema legal, la religión y aún al mismo fallecido.

Faberow y Gordon (1981) , para el caso de muertes por catástrofe, denominan a su segunda fase como de Luna de Miel.

c. Fase de Desorganización y Desesperanza.

Es inevitable que los deudos tengan una actitud ambivalente en este tipo de duelos, debido a que la sensación de incredulidad por lo inesperado del evento y la inseguridad producida por la desaparición del ser querido, los lleva a la ansiedad y desesperanza, primero por recuperar al ser querido y después ante el reconocimiento de la realidad, aceptar que no podrá regresar la persona perdida.

Calhoun, Selby y Walton (1985) en los resultados de su estudio encontraron indicios de que el cónyuge de un suicida es percibido socialmente en forma distinta, ello en comparación con los cónyuges de víctimas de accidentes. El cónyuge de un suicida es contemplado como una persona con mayor culpa por la muerte de su pareja, pues se considera que había tenido una mayor oportunidad de prevenir la muerte y que estaría mucho más avergonzado. Asimismo, estos autores dicen que los sobrevivientes de cónyuges que mueren a consecuencia de suicidio se enfrentan a un evento lleno de angustia que puede serles todavía más difícil por las percepciones que otras personas tienen de ellos, la muerte de la pareja es una crisis bien reconocida, puesto que plantea una amenaza para el bienestar psicológico del cónyuge que sobrevive. Aunque Lehman, Wortman y Williams (1987) encontraron que la mayoría de los padres y cónyuges con duelo estudiados en su investigación indicaron que había sido muy doloroso para ellos no haber encontrado significado alguno en la muerte de su ser querido, la mayoría de los

afectados se había preguntado a sí mismo “¿por qué yo?” o “¿Por qué mi cónyuge o mi hijo?”. Es inevitable caer en la depresión y en la apatía debido al papel que las nuevas actitudes obligan a desarrollar. Por ejemplo, Calhoun, Selby y Walton (1985) mencionan que la mayor dificultad que los deudos de un suicida pueden experimentar es atribuible al clima social que sigue a una muerte por suicidio, por lo que un mejor entendimiento del contexto social de la experiencia del deudo después del suicidio probablemente ayudará a la comprensión de las posibles dificultades. También Miles y Perry (1985) dicen que los padres experimentan una intensa gama de sentimientos y que estas reacciones de duelo pueden tener efectos devastadores y de larga duración. Hacen referencia al Modelo Conceptual del Dolor del Padre, de Miles (1980), en el que sugiere que durante este período los padres experimentan intensos sentimientos de anhelo y soledad, sentimientos profundos de impotencia que los conducen a la ira, al sentimiento de culpa y al temor, así como a una gran época de desorganización y desesperanza; en este período los padres están en riesgo de presentar síntomas físicos, especialmente cambios en el sueño y en los patrones de alimentación.

Por otro lado, Lehman, Wortman y Williams (1987), mediante estudio realizado, encontraron que aquellos que habían perdido un hijo era menos probable que aún estuvieran trabajando en el mismo empleo que tenían al momento de la muerte de su hijo y similarmente era más probable que hubieran tenido más de un empleo durante los últimos años. Además de que estos padres es más probable que se muden de su residencia anterior que los padres que no pierden un hijo. También tenían mayor tasa de divorcio.

Al analizar comparativamente los tipos de fallecimiento por causas inesperadas o súbitas, Calhoun, Selby y Walton (1985) encontraron que los deudos de suicidas tienen un mayor sentimiento de culpa que aquellos que perdieron a un familiar en un accidente, y que esto puede reflejar una mayor atribución de responsabilidad hacia ellos por parte de las demás personas. También hallaron que la falta de apoyo social que experimentan los deudos de un suicida puede estar parcialmente basado en la angustia social que esperan los de más al considerar las interacciones con tales personas y al hecho de atribuirles mayor culpabilidad asociada con esa forma de muerte.

Otro tipo de variables que afectan las reacciones y sentimientos de los deudos han sido estudiados por Miles y Perry (1985) quienes dicen que entre las fuentes de las reacciones de culpa de los padres se encuentran la culpa relacionada con la causa de la muerte, la culpa asociada con el papel del padre en el momento de la muerte, la culpa resultante del

comportamiento del pasado en todo su papel como padre, la culpa moral relacionada con un cierto sentimiento de castigo por reacciones erróneas del pasado, la culpa relacionada al sentimiento de vivir cuando un hijo ha muerto y la culpa resultante de las propias respuestas y reacciones durante el período de duelo. Estos autores también mencionan los resultados del estudio de Nixon y Pearn, quienes encontraron en 1977 distintas secuelas entre padres que habían sufrido la pérdida de un hijo ahogado. Los trastornos principales que detectaron fueron problemas de alcoholismo, insomnio, sentimientos de culpa y un número elevado de separaciones matrimoniales.

A esta fase, en el trabajo de Pouliquen y Fellion (1983) , se le denomina Diáspora, totalmente acorde a la situación con recuerdos ligados al difunto. Por otro lado, Faberow y Gordon (1981) en su investigación para el caso de muertes por catástrofes, denominan a su tercera fase como de Desilusión.

d. Fase de Reorganización.

En la medida en que las emociones y sentimientos mencionados en la fase anterior van siendo aceptados y superados, la reorganización de las actividades y de las habilidades para su desarrollo provocan una mayor sensación de seguridad en los deudos, por lo que la integración de las personas a los nuevos papeles permiten establecer relaciones que no suplantán a las anteriores pero sí conllevan un compromiso con una persona distinta. No sin olvidar que para aceptar toda pérdida, es necesario tolerar el anhelo y la búsqueda de la persona perdida, así como no responsabilizar a los demás, sólo así se puede llegar a un reconocimiento y aceptación de que la pérdida es permanente.

Como ya ha sido mencionado en la fase anterior, al analizar la relación del muerto con el deudo, se han encontrado diferencias significativas para el impacto que la pérdida tiene, Lehman, Wortman y Williams (1987) establecen que la pérdida de un cónyuge puede plantear mayores dificultades para el funcionamiento subsecuente que la pérdida de un hijo; lo anterior lo fundamentan en el estudio de Parkes y Weiss (1983) quienes postulan que como el cónyuge constituye una figura crítica en la imagen de seguridad, es especialmente probable que el duelo por un cónyuge provoque sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad.

Por otro lado, Shanfield y Swain (1984) encontraron que los padres que habían perdido un hijo adulto por accidente de tránsito continuaban, después de más de dos años, sufriendo un intenso dolor y que tenían niveles más elevados de síntomas psiquiátricos, así como

mayores padecimientos de salud; algunos padres tenían un mayor riesgo de problemas en el período de duelo; estos eran aquellos que tenían familias inestables y que tenían relaciones ambivalentes hacia sus hijos, así como aquellos que percibían que sus hijos tenían problemas en el momento del accidente. También encontraron que estos padres presentaron una mayor cantidad de sentimientos de culpa y mayores síntomas psiquiátricos motivados por que los hijos que fallecieron en accidente iban manejando solos.

Estos mismos autores, Shanfield y Swain (1984), encontraron que los padres experimentan una reducción en la satisfacción de su trabajo y de su tiempo libre, sin embargo, parecen tener una mayor cohesión familiar como resultado del deceso, aunque la pérdida de los hijos adultos en accidentes de tránsito es un fenómeno que le ocurre a padres de edad madura cuyos hijos ya han dejado la casa paterna. Asimismo, hallaron que los padres sienten mayor dolor por los hijos que nacieron primero en el orden familiar, lo que es una determinante del resultado del duelo, ya que parece ser que los padres tienen una relación diferente con los hijos primogénitos y la pérdida de esta relación produce un dolor más intenso.

Finalmente, se encontró que Miles y Perry (1985), mencionan que los padres afectados nunca se recuperan, en cuanto a que nunca serán la misma persona después de la muerte de un hijo, pero con el tiempo los padres, con el apoyo y ayuda de otros, son susceptibles de volver a tener el nivel previo de funcionamiento. Lo anterior se manifiesta por el regreso a sus actividades vitales anteriores, recordando al hijo con menos dolor y concentrándose en los recuerdos gratos, los aniversarios seguirán siendo dolorosos, pero gradualmente serán menos intensos. Hacen referencia a la hipótesis de Miles, quien en 1984, en su libro "El dolor de los padres cuando un hijo muere", sostiene que los padres pueden evolucionar positivamente como resultado de la muerte del hijo.

Como última etapa del proceso establecida por Poulighen y Fellion (1983), ellos mencionan a la Fase de Recuperación Progresiva asimismo, Faberow y Gordon (1981) tienen como cuarta fase para el caso de muertes por catástrofes la denominada como de Reconstrucción.

C A P I T U L O V I

FASES DEL DUELO POR ENFERMEDAD CRONICA O POR ENFERMEDAD TERMINAL

En este tipo de muerte el proceso del duelo comienza en el momento en que se conoce el diagnóstico. Thomas (1983) menciona que la muerte de otro no es la única aproximación posible a la propia muerte, y sin embargo, la muerte de otros lo deja a uno vivo. Plantea que ya sea por curiosidad malsana o por obsesión metafísica, algunas personas viven preocupadas por experimentar plenamente su último momento, el sentir disminuir sus fuerzas, pensar a menudo en la muerte y sobre todo en la propia, aferrarse desesperadamente a la vida o aspirar al reposo definitivo son actitudes bien conocidas, pero que se ubican en zonas alejadas de la muerte. Dice que el saberse irremediablemente condenado puede hacer cambiar súbitamente el modo de vida del hombre, puesto que para experimentar realmente la propia muerte, hay que estar a punto de morir y saberlo. Postula que vivir es explorar los límites frágiles de lo existente, vivir con autenticidad es negarse a huir ante la angustia; pero no solamente la muerte de otro recuerda que uno deba morir sino que en un sentido es también un poco la propia muerte; será tanto más la propia muerte en la medida en que el otro sea único e irremplazable, se llora por sí mismo cuando se llora a otro.

Asegura que la muerte de un ser querido, revelada como ausencia para el mundo y para nosotros mismos, desempeña un papel primordial en nuestra toma de conciencia del morir y del deber—morir; la muerte de un ser querido sólo alcanza verdadera magnitud si se está presente y se es un auténtico participante. También considera Thomas, que es preciso otorgarle a la muerte una innegable potencia de destrucción / separación y también de transfiguración, y que la muerte transforma la vida en destino, confirma que uno es mortal e inacabado. Establece que la muerte de una persona muy próxima, por enfermedad terminal o por enfermedad crónica, produce actitudes ambivalentes, que son señales del desasosiego que se experimenta, ya que los familiares y el paciente se ven asediados por mucho tiempo entre la esperanza y la desesperanza, alimentándose de engaños, antes que la ignorancia prefiera la certidumbre, aunque sea la del fallecimiento y a veces se desea que la muerte llegue rápido, tanto para alivio del que muere como de los propios familiares; pero pocos momentos después se desea retardar lo más posible el último suspiro.

Para efectos de la presente investigación, se adoptó el proceso de duelo señalado por Bowlby (1983) para el caso de enfermedades fatales, por supuesto esto se ha visto

complementado con las opiniones y resultados de estudios sobre el tema; en este punto es importante señalar entre otros investigadores a Soricelli y Lorenz (1985), quienes describen en su estudio cuatro etapas para este proceso, llamándolas Duelo, Integración, Duelo Renovado y Duelo Post-muerte. Por otro lado, Cuenca y Segón (1986) hacen referencia a Warheit, quien dice que las reacciones de ansiedad ante el cáncer son universales, que el tipo de cáncer, la habilidad para localizarlo, el lugar de localización o la incapacidad para encontrarlo, todos son factores que afectan o influyen en la respuesta psicológica del paciente, de la familia y en algunos casos hasta en la del médico. Estas mismas autoras establecen que el tipo de estructura familiar y su dinámica determinarán la forma en que la familia y su sistema se ven afecta dos cuando uno de los miembros padece cáncer; cuando la enfermedad es crónica y el estado de tensión prevalece por un período prolongado, los problemas preexistentes en la familia pueden agravarse. Coinciden con Geyman (1983) respecto a que la agonía y muerte de un miembro de la familia es causa de fuertes tensiones en el núcleo familiar, obligando a una reestructuración y reorganización de los papeles hasta ese momento desempeñados; menciona Geyman la dependencia del moribundo como una causa de conflictos familiares, debido a la responsabilidad que esto conlleva.

También las autoras Cuenca y Segón se apoyan en la Teoría de Nir (1982), quien considera que junto con el padecimiento se dan ciertas etapas que describen la experiencia intrapsíquica de las personas involucradas (paciente, familia, médico). Estas etapas varían dependiendo de las interacciones entre el individuo y su medio y son seis: Optimismo, Decepción, Desilusión, Abandono, Reacercamiento y Reconciliación.

Cuenca y Segón consideran al paciente como parte de un sistema que afecta tanto al enfermo como a su familia y a los profesionales encargados de su cuidado. Señalan como de vital importancia el apoyo emocional que debe recibir la familia, ya que además de entender las reacciones del paciente tienen que manejar las propias, por lo que cada miembro de la familia sufrirá un impacto psicológico específico, y por lo tanto habrá una gran variedad de respuestas.

También han sido realizadas investigaciones acerca de las variables que mayor impacto tienen en el desarrollo y trayectoria del duelo para este tipo de muerte en el análisis de la información recopilada se encontró que Lehman Wortman y Williams (1987) se refieren a los resultados del estudio desarrollado por Parkes y Weiss en 1983, en el cual se compararon las reacciones de aquellos que habían tenido muy poca anticipación de la pérdida de su cónyuge con aquellos que habían tenido más de dos semanas para

prepararse para el duelo. Ellos (Parkes y Weiss), aplicaron pruebas que mostraron como resultado que los deudos con mayor período de anticipación obtuvieron un mejor desempeño que aquellos que no habían tenido el tiempo necesario en la anticipación.

Como reafirmación a la hipótesis planteada anteriormente, Lehman y otros hacen referencia a las conclusiones del estudio de Vachon, Rogers y otros (1982), quienes encontraron que cuando la enfermedad terminal de un cónyuge es más corta, se asocia con una ansiedad mayor, que cuando se trata de una enfermedad terminal pero más prolongada del esposo. Kübler—Ross (1974) dice que un aspecto que a menudo no se toma en cuenta es la clase de enfermedad crónica o enfermedad terminal que tiene el paciente, ya que hay mucha diferencia entre si un ser querido muere lenta y dolorosamente como sería el caso del cáncer, y entre una muerte con un período muy corto de convalecencia como sería el caso de las enfermedades asociadas con el corazón o neurológicas. También menciona que un elevado porcentaje de los viudos y viudas que se ven en los consultorios médicos privados presentan síntomas somáticos, que son consecuencia de su incapacidad para sobreponerse a sus sentimientos de dolor y culpa; si se les hubiera ayudado antes de la muerte de su pareja a salvar el abismo existente entre ellos y el moribundo se habría ganado buena parte de la batalla.

Las pocas personas que han experimentado la crisis de una muerte inminente han descubierto que la conversación sobre este tema sólo es difícil la primera vez, y se hace más sencillo con el aumento de esperanza. En vez de aumentar el alejamiento y el aislamiento, el enfermo terminal o crónico y sus familiares se descubren comunicándose cada vez más profundamente y pueden alcanzar esa intimidad y comprensión que sólo puede producir el sufrimiento (Kübler—Ross, 1974). Como resultado de su estudio denominado “La muerte de un miembro de la familia”, John Geyman (1983) recomienda que es importante proporcionar por anticipado una guía de cuidados a la familia para que puedan enfrentarse a los efectos de una enfermedad terminal y posterior muerte de uno de sus miembros.

Como ya se mencionó con anterioridad, las fases para este proceso de duelo son cuatro, y están basadas en el planteamiento que hace Bowlby (1983), y son las siguientes:

a. Fase de Embotamiento de la sensibilidad.

El autor que sirve de base para esta clasificación (Bowlby, 1983) , señala que al enterarse que la enfermedad del ser querido es incurable, los familiares se sienten aturdidos y nada

les parece real, los sentimientos quedan suspendidos y se vive cierto desapego, e incluso dan la impresión de indiferencia. Cabe mencionar que Kübler—Ross (1974) dice que los miembros de la familia pasan por diferentes fases de adaptación para aceptar la realidad, al principio muchos no pueden creer que es verdad, niegan el hecho de que exista esa enfermedad en la familia y van de médico en médico con la vana esperanza de oír que el diagnóstico era equivocado.

Con todo, el arrebató de ira irrumpe a veces y por lo general contra el médico que hace el diagnóstico.

Con respecto a los sentimientos iniciales de la familia o de los posibles deudos de un enfermo terminal o crónico, Simone de Beauvoir (1987) se pregunta qué habría ocurrido si el médico de su madre le hubiera detectado el cáncer desde los primeros síntomas, y se contesta que seguramente se lo hubieran combatido con medios tecnológicos y hubiera vivido algunos años más, pero en cambio su madre hubiera sabido o por lo menos sospechado la naturaleza de su mal, y hubiera pasado el fin de su existencia en medio de la angustia; dice que lo que lamentamos los seres humanos, es que el error médico no nos engañe también a nosotros, porque de otra manera la preocupación primordial debiera ser la felicidad del moribundo.

Debido a que en las enfermedades terminales o crónicas de muy corto período de resolución, el paciente no alcanza a visualizar la muerte propia como muy cercana, son los futuros deudos los que llevan la mayor carga de angustia, y aquí es importante mencionar lo que Aguilera y Messick (1980) establecen respecto a la forma en que cada persona siente el hecho de que la muerte es segura, lo que puede considerarse el prototipo de la angustia humana, el hombre puede posponer la muerte, puede disminuir su dolor físico, puede disimularla racionalizándola o negar su existencia, pero no puede escaparse de ella. De manera que la lucha por la autopreservación resulta inevitablemente perdida. Kamm (1985) dice que cada fallecimiento nos lleva a pensar sobre nuestra propia muerte, hace referencia a las leyes de la termodinámica en la que se establece el conocimiento del infinito, donde la materia nunca se destruye ni puede ser creada.

Para ilustrar una respuesta adecuada ante esta primera Fase de Embotamiento de la Sensibilidad, vale la pena señalar en este punto a Simone de Beauvoir (1987) quien narra sus emociones al enterarse de la gravedad de su madre diciendo que no era para ella muy importante ver a su madre antes de la muerte, pero que no podría soportar la idea de que la madre no volviera a verla. Afirma que en ese instante comprendió en toda su

dimensión que es en los últimos momentos de un moribundo donde se pudiera encerrar el absoluto.

Como resultado del análisis realizado para el proceso de duelo por muerte por enfermedad crónica o por enfermedad terminal, se encontraron algunas analogías con investigadores que proponen fases con distinto nombre pero similares en las características de cada una de ellas, tal es el caso de Soricelli y Lorenz (1985), quienes a la primera etapa del proceso propuesto para duelo por la muerte de un niño la denominan "Duelo"; señalan que es la fase inicial donde un hecho resulta claro, el que los padres experimentan un profundo sentimiento de pérdida en el momento en que se enteran de que un hijo tiene una enfermedad mortal. Establecen que el proceso del duelo comienza al condolerse ellos de la pérdida, es una época de crisis y severa angustia; los familiares deberán expresar su dolor abiertamente y contar con quienes puedan ofrecerles apoyo emocional. Para el caso de las investigadoras Cuenca y Segón, ellas se apoyan en la Teoría de Nir (1982), quien propone como una primera etapa la denominada 'Optimismo', en la que se tiene fe en el poder del médico, se niega el diagnóstico y se bloquean los sentimientos de incapacidad, pánico y confusión.

b- Fase de Incredulidad e intentos de revertir el desenlace.

Se cuestiona con vehemencia el diagnóstico del médico y el alto grado de probabilidad de un desenlace fatal. En muchos casos los amigos y los familiares fomentan la incredulidad, así como esperanzas poco realistas (Bowlby, 1983). Como reafirmación a las ideas anteriores, Martin, Martin y Pierce (1984) mencionan que uno de los aspectos más difíciles al tratar pacientes terminales es la tendencia a engañar se mutuamente la familia y el paciente, también la idea de que la muerte es un tabú que debe mantenerse alejado de la vida familiar.

Cuando la incredulidad es parcial, sirve para controlar los efectos penosos, pero cuando es muy acentuada sus efectos son negativos (Bowlby, 1983). Por otro lado, Kübler—Ross (1974) hace referencia a la segunda fase del duelo por muerte en enfermos terminales que ella postula, denominada Ira, diciendo que esta parte del proceso es muy difícil de afrontar por la familia y el personal que atiende al paciente, esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea. Establece que el problema radica en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente y se pregunta de donde puede venir su enojo, lo importante es la tolerancia que se tenga ante la indignación racional o irracional del paciente, ya que el alivio que experimentan al

manifestarla los ayudará a aceptar mejor sus últimas horas. Asimismo, esta autora menciona que hay mucho de envidia en esta reacción de rabia de los familiares, por los miembros de la familia quienes a menudo se sienten frustrados al no poder estar con el paciente ni cuidarlo, también hay sentimientos de culpa y un deseo de compensar oportunidades pasadas perdidas. En este momento es muy importante que se pueda ayudar al pariente a expresar estas emociones, antes de la muerte de un ser querido, porque así más cómodo se encontrará el miembro de la familia que reciba esta ayuda.

La cólera se debilita a medida que la incredulidad cede paso al reconocimiento de que los médicos pueden tener razón. La intensa actividad concentrada en el enfermo suele estar acompañada por la tendencia a descuidar todo lo demás. Además de sentir enojo contra los médicos y las enfermeras, la mayoría de los familiares se acusan a sí mismos de no haber prestado suficiente atención a los primeros signos de la enfermedad. Estos planteamientos de Bowlby (1983) son altamente coincidentes con los de Kübler—Ross (1974), quien dice que el sentimiento de culpa es quizás el compañero más doloroso de la muerte, cuando se diagnostica que una enfermedad puede ser fatal, los miembros de la familia a menudo se preguntan si no serán responsables de ella. Cuando la persona ha estado enferma durante muchos meses y las esperanzas se han visto destrozadas una y otra vez, el familiar se muestra más dispuesto a reconocer la exactitud del pronóstico, lo cual da lugar a cierto grado de duelo anticipado. También Simone de Beauvoir (1987) menciona que nunca el ser humano hace todo lo que puede hacer, aún dentro de los límites que nos hayamos fijado, por lo que nos quedan muchos reproches por hacernos, todos somos culpables de negligencias, de emociones y de abstenciones.

Por otro lado, Kübler—Ross (1974) menciona que cuando da comienzo el duelo anticipado que coincide con la quinta fase de elaboración de duelo del moribundo: Aceptación, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente; que cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz o aceptación, su capacidad de interés disminuye, desea que lo dejen solo, o por lo menos que no lo agiten con noticias o problemas del mundo exterior. Sanders (1979) menciona que el concepto de duelo anticipado es usado para describir la ansiedad de la separación experimentada por las familias de los pacientes a medida que observan una muerte lenta y/o dolorosa; supone que la preparación emocional reduce la intensidad del duelo después de la muerte y puede incrementar la habilidad de la familia para manejarla. Esta autora hace referencia a Glick y otros (1974) quienes reportaron que la anticipación es uno de los factores más importantes para una adecuada recuperación de los deudos.

Coincidentemente, Martin, Martin y Pierce (1984) señalan que si los deudos pueden compartir las emociones del duelo anticipado, gradualmente podrán encarar la realidad de la inminente separación y aceptarla en conjunto. Dicen que la familia deberá entender que el paciente necesita elaborar su propia muerte y que deseará hacerlo lenta y tranquilamente. En este mismo orden de ideas Kamm (1985) asegura que nadie muere sino hasta que está preparado para ello, y hasta que esto es reconocido por cada persona viene la resignación.

Las investigadoras Soricelli y Lorenz (1985) mencionan como una segunda fase del proceso para la elaboración del duelo por la muerte de un niño, postulada por ellas mismas, la llamada "Integración", en la que la condición del niño se estabiliza y la amenaza de muerte es menos inminente; en esta etapa es usual que las familias hayan cambiado su modo de vida; uno de los más valiosos elementos de apoyo es reunirse con otros padres que sufren experiencias similares.

Para el caso de niños con enfermedades terminales o crónicas Martin, Martin y Pierce (1984) sugieren que los padres con hijos moribundos deberán mantener el sentido del humor y tratar al niño como normalmente lo hacían, dicen que es importante no modificar la conducta ante el enfermo. Que deben reconocer que es de humanos estar molesto y enterado de lo que está pasando, que es importante que el niño vea a los padres felices y con deseos de continuar su propia vida.

Respecto al manejo de la idea de muerte, de Beauvoir (1987) relata que durante la agonía de su madre recibió algunas cartas en donde sus lectores intentaban consolarla, pero ella interiormente les contestaba a todos que se equivocaban, porque la religión no podía hacer más por su madre que lo que para ella la esperanza de un éxito póstumo; dice que la inmortalidad, no importa si la imaginamos celestial o terrenal, es incapaz de consolarnos de la muerte cuando se ama tanto la vida.

Es conveniente referirse a las autoras mexicanas Cuenca y Segón, quienes en 1986, para la elaboración de su Tesina, utilizaron la Teoría de Nir (1982) para describir las etapas sobre la experiencia de las personas involucradas en un duelo por muerte por enfermedad terminal o por enfermedad crónica. De esta teoría las características de tres de sus seis fases quedan enmarcadas en la que actualmente se trata:

Fase de Incredulidad e intentos de revertir el desenlace. La Fase denominada "Decepción" en la Teoría de Nir, se da como reacción a una recaída, la fé continúa pero se duda de una posible cura y la negación aumenta; la de "Desilusión", cuando la amenaza de muerte se vuelve inminente y surge la desilusión en todos los involucrados.

Pierden interés en atacar el padecimiento y el paciente se vuelve más dependiente; y finalmente, la Fase de “Abandono”, los médicos pueden llegar a abandonar a los pacientes al ya no estar interesados en sus tratamientos, esto lleva a la familia a una exagerada negación, la impotencia y la angustia se convierten en actividad alrededor del paciente. El médico y la familia si son capaces de confrontar la realidad pueden ayudar al paciente a morir con tranquilidad.

c. Fase de Desorganización.

Para Bowlby (1983), a medida que la enfermedad avanza y el enfermo empeora, las esperanzas se desvanecen. En otro sentido, Kübler—Ross (1974) menciona que los conflictos que surgen en la familia durante la elaboración del duelo emanan de dos fuentes principales: la primera y más dolorosa es la transmisión de una sensación de desesperanza por parte del personal o la familia cuando el paciente necesita esperanzas; la segunda fuente de angustia proviene de la incapacidad de la familia para aceptar la fase final de un paciente, se aterran desesperadamente a la esperanza cuando el propio paciente está dispuesto a morir, y se nota la incapacidad de la familia para aceptar este hecho. Una reflexión sobre este punto es la que hace de Beauvoir (1987) al decir que es inútil pretender integrar la muerte a la vida y conducirse de modo racional frente a algo que no lo es, que cada uno se las arregla a su manera en la confusión de los sentimientos.

El deceso del paciente coincide con la evolución de esta tercera fase, y Kübler—Ross (1974) considera que cuando se pierde a alguien y se ha tenido poco o ningún tiempo para prepararse es normal estar furiosos, enojados y desesperados, es cuando debiera permitírsele expresar esos sentimientos. Después del entierro, cuando se han marchado los parientes o amigos es entonces cuando los miembros de la familia agradecerán tener a alguien con quien hablar, especialmente si es alguien que tuvo contacto reciente con el difunto y que puede compartir anécdotas de algunos buenos momentos hacia el final de la vida del difunto. Es aquí, plantea Kübler—Ross, en donde se puede ayudar al deudo a superar con mayor facilidad la conmoción y el dolor inicial y se le prepara para una aceptación gradual de los hechos. Son pocas las familias que escapan por completo a algún tipo de perturbación cuando muere un miembro de ellas, la tendencia al hacer responsable a algún miembro de la familia es frecuente y también muy dañina.

Para el proceso de duelo por la muerte de un niño, Soricelli y Lorenz (1985) describen una tercera etapa llamada “Duelo Renovado”, en la que a medida que la certeza de la

muerte se vuelve más real ocurre una renovada crisis de duelo, es frecuente que en esta etapa fallen los intentos para que los padres se comuniquen con otros que se encuentren en la misma situación esto se debe a que no han aceptado la muerte y tienen esperanza de que el niño sobreviva; los padres deberán decidir si el hijo morirá en casa o en el hospital; la experiencia que mencionan estas autoras es acerca de que muchos niños mueren más pacíficamente en casa, sin embargo, los padres deberán considerar todas las consecuencias de esta decisión. Aunque no lo mencionan, el niño morirá en esta fase, ello debido a que la cuarta y última etapa postulada por las autoras es la denominada “Duelo Post—muerte”.

Al investigar las diferencias entre la aflicción del esposo o esposa por muerte de cáncer en la casa o en hospital, Ferrell (1985) encontró que el grupo de muerte en casa mostró menor grado de culpabilidad, despersonalización y rumiación que el grupo de muerte hospitalaria. Asimismo, descubrió pocas diferencias entre ambos grupos respecto de la desesperanza, la somatización y la pérdida o falta de control -

Cuando un enfermo terminal o un enfermo crónico se encuentran en su fase final, para la mujer la preocupación por su marido y el aumento de trabajo y responsabilidad conllevan una gran carga de soledad y resentimiento, en algunos casos la ayuda que se espera de parientes y amigos puede no llegar o hacerlo bajo formas desconcertantes e inaceptables para la mujer (Kübler—Ross, 1974). Además, la sensación de pérdida por parte de un hombre puede ser todavía mayor, ya que posiblemente sea menos flexible o por lo menos esté menos acostumbrado a ocuparse de cuestiones de niños, colegios, actividades extraescolares, comidas y vestidos; en vez de ser servido se espera de él que sirva.

Nuevamente se hace referencia a la Teoría de Nir (Cuenca y Segón, 1986), quien considera que en el proceso de duelo por muerte por enfermedad terminal o por enfermedad crónica, hay un duelo anticipatorio entre quienes rodean al paciente, e incluso en él mismo, todos visualizan la muerte como un alivio, denominando toda esta situación como la etapa de “Reacercamiento”.

d. Fase de Reorganización.

La reorganización se da paulatinamente, no es posible reorganizar todos los aspectos de la vida en un primer intento, pero el reconocimiento de la realidad y el tratar de superarla es lo que en un mediano plazo lleva a superar la crisis (Bowlby, 1983). Frankl (1970) ha intentado contestar la pregunta sobre ¿cuál es el sentido de la vida?, dice que sabe bien

que este cuestionamiento es la clave de la angustia de nuestro tiempo y su respuesta es el problema fundamental de la Logoterapia, y que lo importante es señalar que la respuesta de cada individuo a esta interrogante sólo puede ser válida para sí mismo y respecto a un momento determinado de la vida, pues el hombre y su situación están sujetos a un cambio constante y también el sentido que exige cada caso. En esta misma corriente, Fabry (1984), afirma que el hombre es un ser trascendental con aspiraciones, es una criatura en búsqueda de metas. Hace referencia a Frankl, quien postula que si la Logoterapia no puede suprimir el sufrimiento, si en cambio puede suprimir la desesperación, entendida como un sufrimiento desprovisto de sentido para quien lo padece; también afirma que el hombre no está solamente interesado en una búsqueda de placer y felicidad, sino en la consumación de sentido, y que este proviene del exterior y debe ser objetivo y trascendente respecto del individuo.

Entre las investigaciones que han estudiado las respuestas más comunes para reorganización de las vidas de los deudos de muertos por enfermedad crónica o terminal, y analizadas en la presente revisión bibliográfica, Kamm (1985) menciona que a menudo sucede que los deudos desean mudarse de casa, porque esta y la zona donde se ubica están llenas de recuerdos, esto implica una situación de angustia, ya que dejar el medio habitual conlleva a cortar con un estilo de vida.

También dice que durante el primer año los deudos a menudo experimentan enfermedades físicas y con frecuencia se asemejan a los males que motivaron el deceso de su familiar; refiere como algo normal que se debe esperar durante el primer año del deceso, la conmemoración del aniversario de cualquier fecha significativa durante la vida y el período de enfermedad del fallecido. Por lo que este primer año de aniversarios (cumpleaños, navidad, etc. es el más importante en el proceso del dolor y siempre existirá una cicatriz emocional. Pero plantea que de algún modo los deudos con una adecuada elaboración del duelo pueden haberse hecho más fuertes, desarrollado su independencia, manejado su interdependencia e interpretado adecuadamente los pensamientos negativos acerca de la persona muerta y del duelo en general. Afirma que si la elaboración del duelo ha sido plena, los deudos son libres de buscar nuevas relaciones libres de problemas emocionales; este desarrollo de nuevos intereses y actividades podrían conducir a los deudos a establecer relaciones con personas de preocupaciones similares, alejándose de los pensamientos negativos producto de la pérdida.

Por último, al revisar la cuarta etapa postulada por Soricelli y Lorenz (1985) , estas autoras afirman que el ‘Duelo Post—muerte’ da inicio aproximadamente seis semanas

después de la muerte del niño, y es común que los padres se nieguen a recibir ayuda de amigos, porque piensan que no hay quien pueda entender lo que les está pasando, rechazan acudir a un terapeuta porque les podría confirmar que sus sentimientos no son normales.

En el caso de un hijo muerto en una pareja joven, no es raro que decidan compensar la pérdida teniendo otro hijo. Existen motivos para dudar de la conveniencia de un reemplazo inmediato, ya que hay el peligro de que no se complete el duelo, y se vea en la persona nueva no a un reemplazante si no el regreso de quien ha fallecido, lo que puede llevar a una relación patógena. Es conveniente que los padres esperen un año o más para poder así reorganizar su imagen del hijo perdido y conservarla como un recuerdo vivo pero distinto de cualquier otro hijo que tengan en el futuro (Bowlby, 1983).

Finalmente, en la Teoría de Nir (1982) referida por Cuenca y Segón (1986), la sexta etapa del proceso de duelo denominada "Reconciliación" establece que tras la muerte del paciente los familiares y el médico reconocen que se hizo todo lo que estaba a su alcance, y hay gratitud de los deudos hacia el médico.

C A P I T U L O V I I

ELEMENTOS QUE AFECTAN EL PROCESO DE ELABORACION DEL DUELO.

Freud (1915—1917) menciona que generalmente no se nos ocurre considerar al duelo como un estado patológico y que los deudos puedan someterse a un tratamiento, aunque se trate de un proceso que impone considerables desviaciones en la conducta normal, lo anterior porque se considera que el duelo pasado un tiempo desaparecerá por sí solo y se juzga inadecuado y perjudicial interrumpirlo. Caruso (1985), refiriéndose a Freud, menciona que sin la elaboración del duelo los deudos no podrían sobrevivir o al menos no en toda su integridad psíquica, por lo que en el llamado duelo patológico se presenta precisamente esta pérdida o disminución de la integridad mental. También señala que las fronteras entre lo normal y lo patológico son especialmente fluctuantes. Por lo anteriormente planteado se ha considerado conveniente realizar un análisis acerca de las posibles elaboraciones patológicas en el duelo, así como determinar los rasgos de personalidad que sean más propensas a estados patológicos en la trayectoria del proceso del duelo.

1. Variedades patológicas del duelo.

Las posibles elaboraciones patógenas del duelo determinan muchas formas de alteración de la salud física y mental, también afectan la capacidad de la persona doliente para organizar el resto de su vida. Lehman, Wortman Williams (1987) en su estudio concluyeron que la angustia a largo plazo y los síntomas psiquiátricos son las respuestas más típicas hacia la pérdida de un cónyuge o de un hijo. En este mismo sentido Brown y otros en 1977 (Bowlby, 1983) encontraron que la muerte de la madre antes de los once años constituye un factor de vulnerabilidad, que hace susceptible al ser humano de padecer una enfermedad psiquiátrica en su vida posterior y en donde se pueden presenciar diferentes tensiones.

Hay que tener en cuenta que el duelo patológico es una incapacidad para expresar abiertamente los impulsos por recobrar el objeto perdido, cuando se reprimen todas las reacciones, estas influyen en el comportamiento en una forma extraña y desordenada como lo señalan Aguilera y Messick (1980), quienes también mencionan que pueden existir reacciones retardadas o excesivas, o que la reacción del dolor puede asumir la forma de una depresión acompañada de tensión, agitación, insomnio, sentimientos de

minusvalía, auto-acusación amarga y necesidad de castigo, y las personas que reaccionan de esta forma pueden presentar peligrosas tendencias suicidas.

De acuerdo con lo establecido por Bowlby (1983), en la tipificación de las variedades patológicas que pueden presentarse en el proceso de elaboración del duelo, estas pueden ser el duelo crónico, la falta de aflicción y la euforia.

1.1 Duelo Crónico. En esta primera variedad patológica del duelo, la depresión constituye un síntoma principal combinado con la ansiedad (agorafobia, hipocondría y alcoholismo); las respuestas emocionales a la pérdida de una persona amada son por lo general intensas y prolongadas con accesos de cólera y autoreproche. No se observa pena alguna y el deudo se mantiene en una triste desorganización, el proceso de duelo permanece inconcluso. El duelo crónico puede considerarse como una versión extendida y deformada de las Fases de Anhelo y Búsqueda, de Desorganización y de Desesperanza del proceso del duelo normal (Bowlby. 1983).

Durante la revisión bibliográfica llevada a cabo para este trabajo, se encontró que algunos autores consideran al duelo crónico como una forma de duelo incompleto, entre ellos se puede mencionar a Johnson y Rosenblatt (1981) quienes consideran este tipo de duelo como la persistencia de una aflicción aguda con resistencia a la creación de nuevas relaciones de cercanía o a cambios mayores en los patrones de conducta, plantean que incluso puede estar acompañada de culpabilidad, distorsión de la percepción o de la memoria y por sentimientos obsesivos acerca de la pérdida. Asimismo, establecen que algunos mecanismos adicionales de duelo incompleto que operan en niños que han sufrido la pérdida de un padre pueden funcionar en más o menos la misma forma en adultos que han perdido a alguien importante, tales como la depresión y la inflexibilidad.

Dentro de la corriente psicoanalítica se encontró que Freud (1925—1926) asevera que las críticas que se dirige a sí mismo una persona deprimida, a menudo no se aplican tanto a ella misma como a la persona fallecida.

Algunos investigadores han tratado de determinar el período normal para una elaboración adecuada del duelo, pero hasta ahora esto no ha sido posible de precisar, sí en cambio han establecido el tiempo y los síntomas en donde es probable que el duelo crónico o incompleto pueda estar presente. Entre estos autores destacan Glick y otros (1974) que como resultado de un estudio, concluyeron que si la recuperación no da comienzo al final del primer año, las perspectivas de evolución no son buenas. Un síntoma más que produce un duelo crónico es la cólera y el resentimiento cuando persisten después de las primeras semanas, según comprobó Parkes en 1972, lo que es correlativo con la

persistencia de la tensión, de la intranquilidad y del anhelo intenso. Otro rasgo que predice una evolución desfavorable del duelo es la percepción que el deudo tiene, después de unas semanas del suceso, sobre el grado en que considera útiles o inútiles a parientes y amigos en la elaboración de su duelo (Bowlby, 1983).

Dos de las formas de respuestas, que de acuerdo a su intensidad pueden llegar a ser patológicas, y más comunes en la elaboración del duelo se dan con la momificación y las ideas de suicidio como cita Bowlby (1983). En el caso de la momificación, este término es utilizado para designar una forma de respuesta a la pérdida, consiste en el hecho de conservar intactos los objetos personales del ser querido, y es una consecuencia lógica de la creencia de que la persona muerta regresará. Asimismo, como resultado de este mecanismo de respuesta de los adultos, en el caso de hijos sobrevivientes a la pérdida de un padre y que vivan en la casa de los abuelos se ven sometidos a la “memorialización” (Johnson y Rosenblatt, 1981) en donde la momificación que hacen los abuelos del hijo perdido para el nieto es un proceso de aflicción continua por el fallecimiento de su padre, es decir, por años el niño puede estar obligado a recordar por medio de fotografías y objetos al difunto, y a continuar honrando la tumba. Mencionan también que otro tipo de duelo incompleto puede ser la “Sustitución”, en la que un niño afectado por la pérdida temprana del padre hace un esfuerzo por reemplazar al padre fallecido adoptando roles familiares desempeñados con anterioridad por el progenitor. Para los niños más que para los adultos, la asunción de un papel de adulto significa un potencial de crear problemas personales y de relación ya que el niño es relativamente ineficiente en esos papeles, y porque puede aprender patrones de conducta inapropiados que le causarían dificultades en su relación con otras personas.

Una fase breve de Embotamiento de la sensibilidad es común después de una pérdida, pero no debe durar más de una semana; cuando se prolonga por mucho tiempo puede ser presagio de un duelo crónico. La persistencia parcial o completa puede extenderse aún más, incluso por el resto de la vida de una persona.

1.2 Ausencia Prolongada de aflicción consciente. Los adultos que manifiestan una prolongada ausencia de aflicción consciente son por lo general autosuficientes, orgullosos de su independencia y del dominio de sí mismos y desdeñan los sentimientos. Después de haber sufrido una pérdida se muestran orgullosos de continuar llevando una vida regular como si nada hubiera ocurrido, son activos y eficientes y pueden dar la impresión de que se desenvuelven espléndidamente. Pero si se observan detenidamente se advierte que están tensos y que son irascibles, no hacen la menor referencia a la pérdida,

evitan cualquier cosa que pudiera recordársela y ni siquiera permiten que otras personas hagan alusión al suceso. También pueden sobrevenir síntomas físicos, dolores de cabeza, insomnio tal y como lo plantea Bowlby (1983), quien señala que algunas personas se vuelven más sociables que antes, otras tienen un comportamiento opuesto, pero en casi todos los casos suele darse un exceso en el consumo de bebidas alcohólicas.

Las personas que manifiestan una ausencia de aflicción ante la pérdida suelen preocuparse profunda y excesivamente por el bienestar de otra persona, por lo general eligen a alguien que ha tenido una vida difícil o triste y que incluye la pérdida de un ser querido. Los cuidados que brindan equivalen casi a una obsesión y los prodigan independientemente de que se les acoja bien o mal.

Las personas que evitan la aflicción tienden a desechar los objetos que pudieran recordar a la persona perdida, se deshacen precipitadamente y sin selección alguna de objetos que podrían tener valor para otros y que de esta manera quedan relegados al olvido. Tarde o temprano aquellos que no experimentan aflicción consciente sufren una crisis, por lo general con alguna forma de depresión; existen ciertos hechos que pueden obrar como factores que precipitan a una crisis de postración; Bowlby (1983) señala como los más comunes: aniversario de muerte; otra pérdida; llegar a la misma edad del fallecido; una pérdida sufrida por una persona que es objeto de cuidados compulsivos y con la que hay una identificación, pero que no pasó por la elaboración de duelo necesario en el momento indicado en una pérdida anterior.

Para los casos mencionados anteriormente, Birtchnell (1981) describe que Pollock, quien ha escrito ampliamente sobre cuestiones como la muerte, el tiempo y la inmortalidad, en investigaciones realizadas en los años 70s consideró que las reacciones de aniversario más características se derivan de duelos patológicos o incompletos y que las reacciones pueden ser específicas en cuanto a un tiempo o a una hora del día, a un día de la semana, a una fecha específica, a una estación del año en especial, a algún día de fiesta, etc, y representan evocaciones de eventos dolorosos que sucedieron en tiempos similares.

En el mismo estudio, Birtchnell también menciona el esfuerzo de Hildegard y Newman en 1959 en California, con mujeres afectadas por una pérdida y trataron de demostrar la correlación entre la edad del hijo y la edad del sujeto a la muerte del padre, y la edad del sujeto con la edad del padre al morir; no descubrieron ninguna relación directa entre estas variables. Al mismo tiempo establecieron que la correlación de edad cuenta para el

origen de los síntomas y las características clínicas; asimismo que la correlación de la edad no está necesariamente limitada a una primera alteración; se distingue la correlación entre la edad y las reacciones de aniversario, ya que ambos fenómenos comparten algunas características, es decir, que ambos atañen al origen de los síntomas cuando se llega a una edad determinada o se cura por un plazo, en ese momento hay un sacudimiento de la memoria del mismo modo en que una persona recuerda a otra al ver a una tercera; es así, con el recuerdo, como se asocia la emoción.

Por otro lado, los anteriores resultados se ven confirmados en el estudio de Cavenar y otros (1977) , en donde al intentar explicar algunas formas de enfermedad maniaco depresivas recurrentes, en términos de reacciones de aniversario, sostuvieron que los pacientes no necesariamente están conscientes o prevenidos de que una reacción de aniversario está aconteciendo. Asimismo, Johnson y Rosenblatt (1981), mencionan que la extensión de la pena puede aparecer en tanto la persona afectada madura y descubre áreas de pérdida que anteriormente ignoraba. Un adolescente puede experimentar nuevos dolores de la pérdida de su padre cuando su escuela planea una comida de padres e hijos y debe decidir entre quedarse en casa o ir solo, también durante un embarazo al saber que el hijo no tendrá abuelo o abuela (Bowlby, 1983).

Como Johnson y Rosenblatt (1981) establecen, un tipo de duelo incompleto que puede ser similar para adultos y para niños, es aquel en que la respuesta de los deudos está sujeta a la religión y creencias culturales que les demandan la memorialización después de una pérdida; para esa gente no hay nada patológico en el duelo incompleto, simplemente hacen lo que para su mundo social es lo correcto, sin embargo, visto desde otra perspectiva, su aflicción podría ser definida como patológica. Al respecto, Aguilera y Messick (1980) coinciden al mencionar que, tradicionalmente, la actitud de una sociedad hacia la muerte ha estado en función de sus creencias religiosas; las religiones niegan la finalización con la muerte y afirman la continuidad con la personalidad humana. Las ciencias médicas y sociales, al desafiar estas creencias, han causado indirectamente alienación y serios problemas en la salud mental.

Un representante de la corriente psicoanalítica, como lo es Pérez (1965) , menciona que en las condiciones de la cultura de occidente, las teorías religiosas y metafísicas que proponen la continuación de la existencia luego de la muerte no son otra cosa que psicodinamismos u operaciones de seguridad correctivas para reprimir o frenar el aspecto destructor de la angustia de muerte. Establece que la existencia de la muerte nos enajena enteramente, y a su juicio en la cultura occidental constituye el más colectivo,

importante y por ahora, irreductible tabú. Define al hombre como un ser enfermo de su propia muerte, y que su respuesta es el control de la angustia que esto le provoca.

Producto de su experiencia como terapeuta de personas con enfermedades terminales o crónicas y de las familias de éstos, Kübler—Ross (1974) establece que cada vez menos gente cree realmente en una vida después de la muerte, lo cual puede ser una negación de nuestra mortalidad, así, por paradójico que pueda parecer, mientras la sociedad ha contribuido a la negación de la muerte, las religiones han perdido a muchos de sus creyentes en una vida posterior al fallecimiento, con lo que ha disminuido la negación de la muerte a este respecto, lo que sólo ha servido para aumentar la ansiedad y contribuye a la destructividad y agresividad de la propia sociedad.

Finalmente, se puede mencionar a Bowlby (1983) quien ha encontrado que personas con dificultades psicológicas después de haber sufrido una pérdida reciente, en realidad están manifestando la aflicción, a veces por primera vez, por una pérdida sufrida muchos años antes. También establece que mirar a una persona en ciertos aspectos como sustituto de alguien muerto puede ser normal, y no plantea necesariamente ningún problema especial, pero atribuir a otra persona la identidad personal completa de alguien muerto es una cuestión muy diferente, porque se hacen inevitables y graves de formaciones en la relación.

1.3 Euforia. Aunque se reconoce a la euforia como una respuesta atípica a una pérdida, este no es un fenómeno frecuente. En algunos casos la respuesta eufórica se da asociada con una respuesta negativa a creer que la muerte ocurrió; y en otros casos ocurre lo contrario, se reconoce la muerte y se pretende que ocurrió para beneficio del deudo (Bowiby, 1983). Las respuestas eufóricas suelen desvanecerse siendo reemplazadas por una intensa aflicción, y en algunos casos ese estado puede persistir acompañado de episodios hipomaníacos.

2. Personalidades propensas a elaboraciones patológicas del duelo.

La mayoría de los individuos que responden a una pérdida con un duelo patológico son personas que durante toda su vida fueron propensas a establecer relaciones afectivas con rasgos especiales, sus apegos afectivos son inseguros y ansiosos, y están predispuestos a brindar compulsivamente cuidados; se deben incluir aquellos individuos que proclaman su autosuficiencia emocional como establece Bowlby (1983); en todas estas personas sus relaciones suelen estar penetradas por una fuerte ambivalencia.

La importancia de los rasgos emocionales de los deudos queda de manifiesto con las opiniones de terapeutas con gran experiencia en programas de apoyo para personas en proceso de elaboración del duelo con trayectorias proclives a patologías, pudiéndose citar en primer término a Kübler-Ross (1984) quien postula que cualquier cosa que no hayamos terminado en nuestras vidas puede ser transmitida como "asunto pendiente" a nuestros hijos, lo que impedirá balancear las partes físicas, espirituales, emocionales e intelectuales de la persona y exteriorizar la intuición. En segundo término, Krupnick y Horowitz (1985) plantean que una terapia breve podría ayudar a los deudos vulnerables para realizar un trabajo psicoterapéutico y prevenir una fuerte caída después de un acontecimiento traumático en su vida, como pudiera ser la pérdida de un ser querido; asimismo, la terapia breve pudiera servir a los deudos vulnerables como un vehículo para el crecimiento psicológico.

Con base en las opiniones anteriores, la vulnerabilidad ante el fallecimiento de un ser querido, no es producto de ese hecho en sí mismo, sino que por un lado, procesos de pérdidas o separaciones anteriores pueden no haber sido resueltos en su totalidad; y por otro lado, hay deudos cuya estabilidad emocional tiene una predisposición de debilidad frente a las crisis; por lo tanto, en ambos casos señalados, el fenómeno de la muerte no es sino un detonador de las cargas emocionales establecidas con anterioridad a la pérdida.

De acuerdo con Bowlby (1983) , las personas propensas a establecer relaciones con apego ansioso y cargado de una ambivalencia manifiesta o encubierta forman una de las categorías de las personalidades propensas a duelos patológicos. Este autor cita a Freud y los psicoanalistas, quienes señalan que las personas que muestran un trastorno depresivo después de haber sufrido una pérdida, tienen tendencia desde la niñez a establecer relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia con aquellos a quienes aman, combinando una fuerte fijación al objeto de amor con una escasa fuerza de resistencia a la frustración y a la decepción. También hace referencia a estudios de Parkes (1972) y Maddison (1968) sobre viudas y viudos, en los cuales se obtuvieron resultados acerca de que las parejas que se habían involucrado en mayor número de disputas, se mostraron en general durante el primer año de duelo más tensas, con más sentimientos de culpa, con más autoreproches, con más síntomas físicos y más aislados al cabo de un año, que aquellas personas que habían tenido pocas disputas o no las habían tenido. Incluso durante las primeras semanas que siguieron a la pérdida experimentaban menos sensación de consuelo en la impresión de la presencia del cónyuge.

Entre las personalidades propensas a duelos patológicos, (Bowlby, 1983) señala como la segunda categoría a las personas con predisposición a prodigar cuidados de manera compulsiva, quienes se caracterizan por ser nerviosas y sobredependientes pero en lugar de experimentar tristeza y aceptar el apoyo que les ofrecen los demás, proclaman que es alguna otra persona quien se encuentra en una situación crítica y con necesidad de que lo cuiden, desplazando así los cuidados. Coincidentemente, Caín y Caín (1964) establecieron que aquellas personas que, después de haber sufrida en la vida adulta una pérdida, caen en un duelo crónico, ya habían mostrado durante años antes una tendencia compulsiva a brindar cuidados, especialmente a un cónyuge o a un hijo. Según Bowlby (1983), las personalidades descritas en esta categoría, casi siempre tienen como antecedente un colapso anterior, en el que predominan los síntomas de ansiedad o depresión.

Finalmente, Bowlby (1983) establece como tercera categoría, entre las personalidades propensas a duelos patológicos a las personas con predisposición a afirmar independencia respecto de los lazos afectivos, quienes hacen intentos enérgicos de pretender autosuficiencia respecto de todo vínculo emocional. Aunque la intensidad misma con que manifiestan estas pretensiones revela a menudo su precaria base, es común que este tipo de personas sea agrupada en los estudios con aquellos cuyo duelo progresa favorablemente, asimismo, estas personas son las menos dispuestas a participar en estudios del problema. Cabe destacar, que algunas de las personas con características como las descritas para esta categoría, sí son en efecto relativamente inmunes a la pérdida.

De acuerdo con Bowlby (1983) los individuos que muestran una fuerte predisposición a afirmar su autosuficiencia van desde aquellos cuya proclamada autosuficiencia tiene bases débiles hasta aquellos en quienes la autosuficiencia está firmemente organizada. Dentro de la escuela del Psicoanálisis, Anna Freud (1983) menciona que ciertas actitudes corporales como la rigidez y la tiesura, o ciertas maneras peculiares de ser, como son una sonrisa estereotipada, un comportamiento burlón, irónico y arrogante, son residuos de antiguos procesos defensivos que originalmente son vigorosos en la lucha contra los instintos o afectos, pero que se transforman en rasgos permanentes del carácter.

En un estudio realizado por Ragan y McGlashan (1986) con pacientes psiquiátricos que habían experimentado la muerte de al de los padres cuando niños, comparándolos con otros pacientes psiquiátricos que no habían sufrido esa pérdida, se obtuvieron resultados acerca de que, los primeros, tenían una menor capacidad de integración y desempeño

familiar, un historial familiar de adicción y psicopatología paterna y materna; también tenían problemas en su desempeño heterosexual, un establecimiento de relaciones interpersonales inestables, sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento; esto último se ve confirmado en el estudio denominado “Efectos a largo plazo por la pérdida de un cónyuge o de un hijo en un accidente automovilístico” realizado en 1987 por Lehman, Wortman y Williams.

Aunque Ragan y McGlashan (1986) concluyen que, los resultados no apoyan la hipótesis de que la muerte temprana de los padres es un factor de riesgo no específico en el desarrollo de una enfermedad mental severa, no se puede excluir la importancia que tiene la muerte de un padre en el desarrollo de alguna enfermedad mental en ciertos pacientes. Una segunda conclusión es que, no hubo asociación significativa entre la muerte temprana de un padre y el diagnóstico de una cierta patología, pero sí sugieren una asociación entre la pérdida temprana del padre y un cierto factor cuantitativo en la psicopatología diagnosticada. La pérdida durante la niñez puede no afectar etiológicamente a la forma de enfermedad mental que se desarrollará, sin embargo, sí puede afectar patológicamente a su gravedad en forma aún no comprendida.

3. Factores que intervienen en la trayectoria del duelo.

3.1 Identidad y papel de la persona perdida. Cuanto más haya contado una persona con los bienes y servicios que le proveía el desaparecido, mayor daño provocará la pérdida, plantea Bowlby (1983), y concluye diciendo que los esfuerzos a realizar por el deudo, para reorganizar de nuevo su vida, serán mayores, aunque una relación dependiente en este sentido probablemente no contribuya a determinar el curso del duelo.

En un estudio llevado a cabo por Barnes y Prosen (1985), se encontraron indicios de que la muerte del padre se encuentra significativamente asociada con la depresión, y en mayor grado que la pérdida de la madre, y hacen referencia a la Teoría Psicoanalítica, la cual menciona que la pérdida de la madre tiene mayor importancia que la del padre; estos autores se apoyan en Spitz (1946) quien observó que la pérdida muy temprana o la separación de la madre, produce un tipo de depresión anaclítica en los niños y que dejaba una estela depresiva para el resto de la vida de los deudos.

Al comparar la intensidad del duelo, Sanders (1979), observó que la muerte de un hijo produjo las mayores intensidades en las emociones de los deudos, así como la mayor

amplia gama de reacciones. Esta autora dice que coincide con la conclusión de Gorer (1965) de que la muerte de un hijo es el duelo más difícil y duradero.

3.2 Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida. En ninguno de los estudios analizados por Bowlby (1983) se pudo determinar una tasa diferencial de edad y sexo en las personas que sufrieron pérdidas, tampoco se encontró correlación alguna entre la edad en que se sufre la pérdida y el curso del duelo. Este mismo autor establece que no hay edad después de la cual una persona no pueda responder a una pérdida con un duelo patológico. Evidencias que indican claramente una directa asociación entre la pérdida del padre y la depresión, fueron encontradas por Barnes y Prosen (1985), particularmente cuando el padre murió entre los seis y los quince años de edad de los deudos; coinciden así con los resultados de la investigación de Heinicke (1973), quien también concluyó que la pérdida de alguno de los padres tiene relevancia para los deudos que se encuentren entre los cinco y los catorce años de edad, teniendo mayor importancia si se trata del progenitor. Sobre la importancia de las figuras parentales en los niños, Klein (1983) hace referencia a Freud quien postula que la conciencia de la persona es un resultado de las primeras relaciones con los padres, o sea, en cierto modo los niños incorporan a sus padres a su persona.

En el caso de los ancianos, Osterweis (1985) concluyó que las pérdidas son cada vez más frecuentes y pueden tener problemas especiales después del duelo, debido a problemas de mala salud previos, a falta de apoyo social y a la carencia de recursos.

Señala que los ancianos a veces sobreviven a sus hijos, hermanos y amigos.

Con respecto al sexo de la persona que sufre la pérdida, hay más mujeres que hombres que sucumben a un duelo patológico, pero como las tasas de mortalidad no son las mismas en los dos sexos no se puede asegurar que las mujeres sean más vulnerables (Bowlby, 1983). Concluye que cualesquiera que sean las correlaciones que pueda haber entre la edad y el sexo y la tendencia a que el duelo tenga una evolución patológica no están muy claras y probablemente tengan poca importancia al ser comparadas con otras variables. En este aspecto, Osterweis (1985) dice que la evidencia epidemiológica indica que los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres de consecuencias negativas al elaborar un duelo cuando se trata de ancianos.

3.3 Causas y circunstancias de la pérdida. Sin lugar a dudas, plantea Bowlby (1983), una muerte súbita e inesperada, produce un choque inicial mucho mayor que una muerte

predecible, no sólo se registra un grado mayor de perturbación emocional, sino que la duración es mayor, y frecuentemente la evolución final puede ser patológica. Hay otras circunstancias relacionadas con una muerte que hacen que la pérdida resulte más o menos difícil de sobrellevar: si el género de muerte exige un prolongado período de cuidados; si el género de muerte entraña alguna deformación o mutilación del cuerpo; la manera como llega al deudo la información sobre la muerte; cómo eran las relaciones entre las dos partes antes de la muerte; a quién se echa la culpa de la muerte.

La muerte por suicidio es un caso especial, según lo establece Bowlby (1983) , siempre se le siente como un acontecimiento innecesario, con frecuencia aumenta enormemente la tendencia censurar y culpar a alguien del suceso, ya sea al propio suicida o a alguno de los parientes, al que se considera responsable. Muy a menudo se culpa del suceso a un pariente íntimo, en el caso de matrimonio al cónyuge sobreviviente; a los padres en el caso de niños o adolescentes, o a veces el cónyuge sobreviviente culpa a un hijo por el suicidio del cónyuge fallecido. Por el fuerte potencial de censura y sentimientos de culpa, la muerte por suicidio deja secuelas psicopatológicas que afectan no sólo a los sobrevivientes inmediatos sino también a sus descendientes, incluso, muchos parientes y vecinos en lugar de ayudar a los deudos, suelen rehuirlos y echarles la culpa del suceso de forma abierta o encubierta. Los sobrevivientes también pueden estar sufriendo desde tiempo atrás dificultades emocionales e incluso pueden sentirse atormentados por autoreproches y obsesionados también por ideas de suicidio.

La culpabilidad sólo puede ser vencida compartiéndola con un grupo de aceptación, de gente incondicionalmente amorosa (Kübler—Ross, 1984); si la culpabilidad es asumida con entereza el deudo será capaz de derramar lágrimas, de afligirse, y entonces aprenderá a autoperdonarse.

4. circunstancias y sociales que afectan al deudo.

Ciertas circunstancias psicológicas y sociales que afectan a un deudo pueden influir en gran medida en el curso que asuma el duelo, aunque algunas de esas circunstancias no pueden ser modificadas.

4.1 Condiciones de vida. Por ejemplo, vivir solo o si se tiene descendientes. Clayton (1975) estableció que los viudos y viudas que viven solos después de haber sufrido una pérdida tienen tendencia a evolucionar mucho peor que los que viven con otras personas. En este mismo sentido, Bowlby (1983) también establece que si el hecho de vivir con

parientes cercanos adultos tiene relación con un desenlace mejor no ocurre lo mismo cuando se vive con hijos pequeños, cuya responsabilidad hay que asumir. La responsabilidad del cuidado de hijos es a la vez un consuelo y una carga, de modo que las ventajas y desventajas se equilibran.

4.2 Nivel socioeconómico. Las personas que sufren una pérdida que afecte su nivel de ingreso familiar al momento de la pérdida, son aquellas que mayores problemas presentan en la elaboración del duelo, concluyen Lehman, Wortman y Williams (1987), aunque ya en 1983 Roy y Sumpter, en un estudio realizado con el apoyo del Departamento de Servicio Social del Centro Médico de Massachusetts, habían señalado como uno de los principales temas a discusión en grupos de apoyo para personas en proceso de elaboración del duelo, a la importancia de los papeles sociales, precisando que estos tienen especial significado cuando el deceso afecta al nivel socioeconómico de los deudos. El problema social radica en saber cuál es la mejor manera de asegurar el bienestar de los deudos sin sacrificar a ninguna de las partes. Las adecuadas provisiones económicas son de importancia, así como la vivienda; es decir, que existan las oportunidades que faciliten la organización de un nuevo modo de vida social y económico (Bowlby, 1983).

Al analizar la relación entre la pérdida del padre a edad temprana y la depresión, Barnes y Prosen (1985), hacen mención de la Teoría Sociológica que trata de explicar dicha asociación en base a los problemas socioeconómicos, que ocasiona la pérdida de uno de los padres; la pérdida del padre tiende a verse acompañada por un deterioro económico y social en la familia.

De todas las variables demográficas que se cree afectan las intensidades del duelo, el nivel socioeconómico es primordial, plantea Sanders (1979) Al igual que Lehman, Wortman y Williams (1987) cita a Harvey y Bahr (1974) quienes escribieron que el impacto negativo a veces atribuido a la viudez, se deriva no sólo de esta en sí misma, sino más bien al nivel socioeconómico; concluyen que los sentimientos de abandono y depresión estuvieron más correlacionados con un nivel menor de ingresos que con el cambio en el estado marital; en este mismo sentido, Bowlby (1983) indica que el desajuste que sigue al duelo por la muerte del esposo, es una consecuencia de la inseguridad en la posición económica.

4.3 Creencias y prácticas en la elaboración de un duelo sano. Según investigaciones de Parkes (1972) , cita Bowlby (1983) , se comprobó que no existe una clara relación entre el credo religioso y la resolución del duelo. Los miembros de la familia y los amigos

desempeñan un papel importante para facilitar el proceso de duelo normal o ponerle obstáculos. Existe una gran diferencia entre aquellas personas que tienen una elaboración sana del duelo, que coincide con pocas interacciones negativas; y aquellos con una elaboración patológica, que les habían dificultado la expresión de sus sentimientos.

Aunque se cuestiona que la religión traiga consuelo a los jóvenes durante el duelo, (Sanders, 1979) , existen autores que investigaron la muerte entre personas de edad, los cuales indican que la religión podría ser un factor de ayuda para ellos. En este sentido también esta autora hace referencia a Heyman, Gianturco y Long (1973), quienes señalaron que tanto los viudos como las viudas logran obtener valor y paz espiritual a través de las actividades religiosas, cita a Chappell (1975), quien también encontró que entre los pacientes ancianos con enfermedades terminales, uno de los elementos que les permite conservar una perspectiva de vida futura, es la asistencia a servicios religiosos; menciona a Jackson (1965) quien contempló a la religión como un elemento que ofrece a los deudos por un duelo un marco de referencia de seguridad en el cual pueden expresar cabalmente las emociones, así como un sustituto de su vínculo con el fallecido.

Finalmente, esta misma autora señala, que en los resultados de su estudio encontró que los deudos que asistían frecuentemente a la iglesia era más probable que respondieran con mayor optimismo y adaptabilidad social, pero con una mayor represión de sus respuestas al duelo, esto en comparación con quienes asistían a la iglesia con menor frecuencia.

C A P I T U L O V I I I .

CONCLUSIONES

La muerte es un fenómeno irreversible, le muestra al hombre su fragilidad, vulnerabilidad y, por lo tanto, le recuerda que su permanencia en la vida está constreñida a un período que aunque indeterminado, finalmente deberá de cumplirse. Toda esta situación provoca en el inconsciente del hombre una de las angustias básicas que es el temor a la muerte. Cuando el hombre de manera inconsciente asume su papel frente al fenómeno de la muerte, se prepara no para evitarla sino para defenderse de ella y organiza sus sistemas orgánicos y mentales.

En el caso específico de México, la muerte tiene un papel preponderante a nivel cultural, esto queda demostrado con el tono festivo con que es tratada la muerte; lo que proviene no de una falta de respeto sino de la falta de importancia que le damos a la vida y por lo tanto a la muerte.

Resultado de la presente investigación se puede concluir que el proceso de duelo, fases que lo integran y características que lo afectan, planteadas básicamente por Bowlby en su libro "La pérdida afectiva. Tristeza y depresión" de 1983, es una de las clasificaciones más apegadas a la fenomenología del duelo, así como que la mayoría de las investigaciones revisadas presentan resultados análogos y que confirman en gran medida los postulados de este autor. Las cuatro fases que postula Bowlby, denominadas de Embotamiento, de Anhelo y búsqueda de la figura perdida, de Desorganización y desesperanza, y de Reorganización, y las características con las que siempre van acompañadas quedan plenamente demostradas por las investigaciones revisadas.

El duelo es la respuesta típica y normal ante la pérdida de un ser querido, no importando las causas del deceso. Este proceso incluye una gran variedad de emociones, sentimientos y afectos, que se entremezclan para dar lugar a cuatro grandes fases, las cuales aunque no pueden ser definidas en tiempo, sí tienen una secuencia generalizada y características propias muy definidas. La duración del duelo no puede ser cuantificada, pero sí es posible establecer que la elaboración de un duelo sano y resuelto en su totalidad, contribuyen al desarrollo de la estabilidad emocional de la persona, aunque para su logro el deudo involucrado tenga que ver, en algunas ocasiones, disminuida esa estabilidad emocional, momentáneamente.

— El duelo no solamente se ve afectado por la personalidad de quien lo está elaborando, sino que la forma en que la sociedad visualiza al deudo, y algunas otras variables como

serían la edad y sexo del fallecido y de quien sufre la pérdida, las condiciones socioeconómicas de los deudos y familiares, las creencias religiosas, culturales y usos sociales, tienen un gran impacto en el desarrollo de cada una de las fases para la elaboración del duelo.

— Aunque es cierto que en el proceso de duelo normal hay cuatro fases, establecidas por Bowlby, es necesario reconocer que de acuerdo a las causas del fallecimiento, el tipo de duelo está determinado, así como las fases que lo integrarán y las características de cada una de ellas. Básicamente se puede hablar de dos tipos de duelo normal, el primero de ellos a causa de una muerte súbita en la que los deudos son afectados primeramente por un factor sorpresa de la noticia, generalmente asociado con un alto grado de culpabilidad por haber hecho o dejado de hacer algo con respecto a la persona fallecida. El segundo tipo de duelo es el que está relacionado con una muerte por enfermedad crónica o terminal, en la que en mayor o menor grado existe una anticipación de los deudos respecto del posible fallecimiento del ser querido, aquí también está presente la culpabilidad, pero en menor medida, generalmente está dirigida hacia uno de los deudos y no al grupo en general. En ambos casos están presentes todas las emociones y sentimientos del proceso para la elaboración del duelo normal, pero también en ambos, las fases tienen diferentes nombres porque la distribución de las características y su intensidad es distinta.

— Dentro del proceso de duelo normal postulado por Bowlby en su libro “La pérdida afectiva. Tristeza y depresión” (1983) y adoptado para la presente revisión bibliográfica, se encontró que la primera fase es la de Embotamiento, en la que la reacción frente a la muerte varía de una persona a otra y de un momento a otro. Una reacción inicial se da con un estado de aturdimiento, con una incapacidad de aceptar la realidad, con tensión y ansiedad; pasado este primer momento se presentan síntomas de dolor, estados de depresión, negación, enojo, todo ello con una gran variación en su intensidad de acuerdo con el grado de culpabilidad que sienta el deudo.

— Como una segunda etapa ha sido mencionada la Fase de Anhelos y búsqueda de la figura perdida, en donde se produce un cambio de la respuesta frente a la pérdida, la realidad va siendo aceptada acompañada de un intenso anhelo, espasmos de congoja y accesos de llanto, se tiene una gran inquietud, pensamientos obsesivos e insomnio. Se interpretan algunos sonidos o señales como indicios de que la persona fallecida ha regresado. Es normal que en esta segunda fase se alternen dos estados de ánimo, uno

en donde la muerte es aceptada y otro de incredulidad. También la ira está presente, la necesidad de buscar y recuperar es intensa, los síntomas de dolor son una forma de expresar y sobrellevar la aflicción. La ayuda que otras personas tienden a proporcionar a los deudos puede ser rechazada por estos e incluso con gran hostilidad. Hay una gran ambivalencia respecto a la figura perdida, ya que se oscila entre atesorar recuerdos y librarse de ellos.

— Como tercera fase se ha planteado a la denominada como de Desorganización y desesperanza, en la que el deudo al aceptar la realidad de la muerte y no encontrar el nuevo papel que deberá desempeñar, se crea un estado de confusión que puede ir acompañado de síntomas físicos y mentales. La reacción del deudo deberá ser de reflexión ante las posibles alternativas de la nueva situación y papel que debe desempeñar redefiniéndose a sí mismo y a las responsabilidades que esta nueva situación conlleven. Generalmente en esta fase se presentan estados de depresión y angustia y el deterioro socioeconómico de la familia se ve incrementado.

— La cuarta y última etapa es la fase de Reorganización, y es en la que los deudos descubren un camino que afrontar ante una nueva realidad, en algunos casos recurriendo a la ayuda de un profesional. Se reconoce y acepta que la pérdida es permanente y que esto debe dar forma a una nueva vida, los deudos deberán hacer un intento por desempeñar nuevos papeles y desarrollar nuevas habilidades, es decir, se tiene una nueva identidad producto de la emancipación de la pérdida del ser querido, y con ello se da lugar a nuevas relaciones y compromisos, superando la soledad y los efectos físicos y mentales que en un inicio ceso de duelo para los deudos.

— El proceso de duelo no es posible afirmar en qué momento ha llegado a su fin y si en realidad este proceso tenga un punto final; lo habitual es que se tengan estados de recurrencia, pero cada vez con menor intensidad y con una mayor conciencia de los involucrados. Lo que sí es posible asegurar es que un duelo con una trayectoria normal y una resolución favorable de cada una de sus fases es lo que da como resultado un estado de maduración en la personalidad de los deudos.

— Para el caso de la elaboración del duelo por muerte súbita cabe hacer algunas consideraciones de carácter general, como sería establecer que este tipo de muerte es la que mayor grado de dificultad tiene para los deudos, casi siempre provoca serios trastornos sociales y económicos a los deudos, debido primeramente al grado de culpabilidad que el deudo siente y al que la sociedad le señala, asimismo si el fallecido tiene un lugar predominante en la estructura económica de la familia, la falta de previsión

o el efecto a corto plazo de su desaparición está reflejado directamente en el nivel de ingreso económico de la familia.

— Como caso especial dentro de la muerte súbita se puede citar al suicidio que es el que mayor grado de culpabilidad involucra para los deudos en términos comparativos con cualquier otro tipo de muerte, debido a que la sociedad tiende a juzgar con gran severidad a los deudos de una persona que fallece en estas condiciones.

— Dentro del proceso establecido en la presente investigación para la muerte súbita, la primera fase es la denominada de Embotamiento; una primera característica de esta fase sería el impacto que sufren los deudos ante la noticia inesperada de un ser querido, involucrando sentimientos de angustia, consternación, embotamiento e incredulidad; también puede dar lugar a sentimientos de ira, cólera y frustración. La intensidad de todas estas emociones están en relación directa con el grado de culpabilidad que los deudos sientan frente a la noticia del fallecimiento.

— La segunda fase es la llamada Anhelos y búsqueda de la figura perdida, en la que una primera reacción se da frente al estado de angustia, con sentimientos obsesivos y de culpabilidad; en algunos casos acompañado de inquietud, insomnio y accesos de llanto, con estados de soledad, embotamiento y consternación, sentimientos de vacío; se presenta también una tendencia a interpretar sonidos y señales como indicaciones de que la persona perdida está viva, algunos estallidos de cólera es normal que se presenten.

— La fase de Desorganización y desesperanza es la tercera de este proceso; los deudos se encuentran incrédulos ante lo inesperado del evento, se sienten inseguros ante el fenómeno de la muerte, se encuentran en un estado de ansiedad por recuperar al ser querido y de desesperanza frente al reconocimiento de la realidad. El riesgo de que se presenten síntomas físicos y mentales es muy alto en esta etapa del proceso, fundamentalmente por los cambios en los patrones de alimentación, de sueño y a las presiones personales y sociales a que está sujeto el deudo, esto último se presenta con mayor fuerza para quienes han sufrido la desaparición de un ser querido por suicidio.

— Finalmente, la fase de Reorganización es la cuarta etapa señalada y es en la que las emociones y sentimientos que caracterizan a las fases anteriores van siendo aceptados y superados por los deudos. Se da inicio a una reorganización de las actividades y del papel que deben desempeñar los deudos, se establecen nuevas relaciones y compromisos. La vulnerabilidad y la ansiedad son dominadas y aceptadas regresando los deudos al ritmo de vida que tenían con anterioridad a la pérdida. La total y correcta resolución de todo este proceso no está definido en tiempo, pero los efectos que tienen

sobre las personas involucradas siempre son de carácter positivo, ya que como se ha señalado con anterioridad, la elaboración de un duelo debe servir para un desarrollo de la estabilidad emocional de los deudos.

— Como en los procesos de elaboración del duelo normal y para muerte súbita, también en este punto han sido utilizadas las fases planteadas por Bowlby (1983), y son cuatro:

En este tipo de muerte cabe destacar que no da inicio el proceso de duelo al momento del fallecimiento, sino que al haber noticia de que un ser querido está enfermo y que pronto morirá se inicia el proceso de duelo para los futuros deudos. Esto da origen a la primera etapa denominada Fase de Embotamiento de la sensibilidad, que tiene entre sus características principales el de suceder antes del fallecimiento del enfermo terminal o crónico; esta etapa afecta no solamente a los futuros deudos sino al paciente que está consciente de la inminencia de su muerte, los familiares se encuentran aturridos y una primera reacción ante la noticia de la enfermedad es alentar esperanzas vanas e infundadas; otro tipo de respuesta de algunos familiares es el desapego y la indiferencia, pero en los dos casos señalados el aturdimiento está presente durante los primeros instantes posteriores a la noticia del dictamen médico. Una consideración que vale la pena establecer es que la enfermedad crónica y la enfermedad terminal tienen períodos de resolución distintos, y producto de esta investigación queda comprobado que un mayor tiempo de preparación ante el posible deceso de un ser querido tiene como efecto principal una elaboración y trayectoria más sana del duelo. Por último, en esta etapa es muy importante la presencia de una angustia básica ante el fenómeno de la muerte, lo que representa un período de crisis familiar severa, con grandes sentimientos de dolor y necesidad de ayuda emocional.

— La segunda fase propuesta por Bowlby es llamada Incredulidad e intentos de revertir el desenlace, nuevamente la primera característica de esta etapa consiste en que el paciente continúa vivo, pero en esta parte los familiares cambian su actitud ante el fenómeno de la muerte, pero continúan negándose a aceptar la inminencia del desenlace; esta incredulidad puede servir para controlar algunos efectos negativos de la crisis que se está viviendo, pero llevado a extremos puede resultar contraproducente. Los accesos de ira o cólera son una característica fundamental en esta fase las relaciones familiares se ven afectadas por el nivel de compromiso que cada uno de los deudos asuma en este período. Paulatinamente la incredulidad y la cólera van disminuyendo ante el reconocimiento de que el diagnóstico médico es acertado y realista. Los sentimientos de

culpa se hacen presentes ante la terminación de una relación en la que no siempre se pudo demostrar todo lo bueno que uno hubiese querido.

— La fase de Desorganización ocupa el tercer lugar del proceso establecido por Bowlby, y es aquí donde el paciente vive sus últimos momentos y fallece, mezclando los sentimientos de impotencia y culpabilidad de los familiares, viviéndose el desapego del paciente para las relaciones familiares y con la vida en general; es decir, el paciente acepta la muerte y decide despedirse de la vida, los familiares no pueden participar en forma directa en este proceso propio del moribundo; pero por su lado deben iniciar un propio proceso de elaboración del duelo y por lo tanto de una aceptación y superación de la crisis.

— Y por último, la Reorganización es la cuarta fase planteada por Bowlby como primer paso debe tenerse el reconocimiento de la realidad, hacer intentos por superarla, aceptando y desarrollando nuevos papeles y compromisos, algunos efectos físicos o mentales sufridos van disminuyendo o desapareciendo, la estabilidad emocional de los deudos se va recuperando.

— Existen tres tipos de variedades patológicas en el proceso de elaboración del duelo, y son las planteadas por Bowlby (1983); la primera de ellas es el Duelo crónico caracterizado básicamente por una depresión combinada con ansiedad, el proceso del duelo permanece inconcluso, es una versión extendida y deformada de las tres primeras fases del proceso de duelo normal. La ira y el resentimiento son persistentes al igual que la tensión, la intranquilidad y el anhelo intenso. Son comunes los fenómenos de momificación, memorialización e ideas de suicidio.

— La segunda variedad es la Ausencia prolongada de aflicción consciente, en la que están presentes personalidades generalmente autosuficientes, orgullosos de su independencia y del dominio de sí mismos, desdeñosos de los sentimientos, después de la pérdida pueden llevar una vida regular, pero están tensos e irascibles. Algunos de los síntomas físicos presentes en esta variedad son los dolores de cabeza y el insomnio, también hay efectos mentales o de actitud como es el grado de sociabilidad con el que la persona actúa. Las creencias religiosas tienen un gran impacto entre los deudos con ausencia de aflicción consciente, es común que se tengan crisis recurrentes por reacciones de aniversario.

— La Euforia es la tercera variedad patológica y es una respuesta atípica ante la pérdida, sólo bajo dos perspectivas se puede presentar, momentáneamente, la primera de ellas es como una respuesta negativa a aceptar el suceso, y la segunda

de ellas es en el caso contrario, es decir, se re conoce a la muerte y se pretende que ello sucedió para beneficio del deudo.

- Una clasificación de personalidades propensas a elaborar patológicamente el duelo es la siguiente: La primera de ellas son las personas que tienden a establecer relaciones con apego ansioso y cargadas de ambivalencia, presentan un cuadro depresivo después de la muerte y desde la niñez han mostrado tendencias a establecer relaciones de este tipo.
- Una segunda clase son las personas con predisposición a prodigar cuidados de manera compulsiva, caracterizados por ser nerviosos y sobredependientes, en lugar de experimentar tristeza y aceptar apoyo buscan a otras personas que se encuentran en situaciones críticas prodigando cuidados que ellos mismos requieren. Al igual que en la categoría anterior, si se han sufrido crisis la respuesta ha sido exactamente igual que en la presente.
- La tercera categoría son las personas con predisposición a afirmar independencia respecto de los lazos afectivos, siempre pretenden tener una autosuficiencia respecto de los vínculos emocionales. Las personas incluidas en esta categoría varían desde quienes tienen bases grandes y fuertes hasta aquellas en las que solamente es una respuesta momentánea y sin bases emocionales.
- Entre las variables analizadas que tienen un mayor efecto sobre la trayectoria del duelo, encontramos que la identidad y papel de la persona perdida tiene importancia en la proporción en que el fallecimiento haya proveído algunos bienes y servicios a los deudos. También es importante en el caso del fallecimiento de uno de los padres, diferenciar entre la pérdida de la madre y del padre; en este sentido existe evidencia de que la muerte del padre se encuentra significativamente asociada con la depresión, y por otro lado la Teoría Psicoanalítica menciona al fallecimiento de la madre como de mayor importancia. De entre todas las muertes, el fallecimiento de un hijo es el que produce las mayores y más grandes emociones
- Otra variable analizada es la edad y sexo de los deudos; no se encontró ninguna relación entre la edad en que se sufre la pérdida y el curso del duelo, sí en cambio se pudo establecer que a cualquier edad se puede responder con un duelo patológico. Nuevamente cabe mencionar que la muerte del padre fue mayormente significativa que la de la madre. Con respecto al sexo de la persona que sufre la pérdida es mayor el número de mujeres que tiene una elaboración patológica del duelo, aunque no se puede asegurar que las mujeres tengan una mayor

vulnerabilidad. Finalmente, se puede decir que la edad y el sexo de los deudos no tienen una influencia claramente definida en la evolución de un duelo.

- Una última variable analizada se refiere a las causas y circunstancias del fallecimiento. Se estableció una clara diferenciación entre la muerte súbita y el resto de las muertes, debido a lo inesperado del suceso y al grado de perturbación emocional involucrado. También dentro de esta variable una característica que tiene un gran impacto sobre el proceso de duelo es el género de muerte o si el cuerpo sufre alguna mutilación o deformación. Dentro de las muertes súbitas la del suicida es un caso especial, ya que involucra un alto nivel de culpabilidad y de censura. El efecto social sobre los deudos tiene una gran repercusión.
- La elaboración de un duelo está determinada por la personalidad de los deudos, pero la estabilidad emocional se encuentra determinada por una serie de circunstancias psicológicas y sociales que los afectan, por lo que se consideró necesario revisar tres variables que con mayor frecuencia impactan en las reacciones de los involucrados de un duelo. La primera de ellas son las condiciones de vida, referidas al apoyo familiar con que cuentan los deudos, diferenciándose entre los adultos y los niños básicamente, los mayores que tienen hijos y los niños con parientes cercanos adultos.
- La segunda variable revisada fue el nivel socioeconómico y en ella las pérdidas de seres que contribuían al nivel de ingreso familiar son aquellas que mayor impacto tienen; son importantes dentro de esta variable las características de las provisiones que se hayan hecho tanto de carácter social como económico, es decir, la vivienda, la educación y los ingresos económicos asegurados para la subsistencia del grupo familiar.
- Las creencias y prácticas en la elaboración de un duelo sano, es la tercera variable que se revisó para esta investigación. Se confirmó en la bibliografía consultada que las creencias religiosas, así como las relaciones con los miembros de la familia y los amigos tienen un gran efecto para la elaboración de un duelo normal.
- Respecto de la ayuda que pueden brindar los profesionales de cualquier rama de la medicina, de la psiquiatría y la psicología, no existe un patrón claramente definido para determinar en qué momento deba de buscarse la ayuda de un profesional, pero sí se puede afirmar que pueden servir de apoyo para una mejor y más pronta resolución del duelo. Así mismo, también se puede asegurar que no se debe aplicar sedantes o medicamentos que disminuyan las reacciones de los deudos, salvo en aquellos en los que

la opinión de un profesional que haya analizado la situación y los factores que convergen en ella dictaminen que hay que aplicar este tipo de soluciones. Pero en todo caso nunca debe alargarse la aplicación de medicamentos en individuos que se encuentren sujetos a un proceso de elaboración del duelo, porque solamente se está prolongando el período de embotamiento de la sensibilidad y de ninguna manera se está contribuyendo a la superación de la crisis. Los deudos deben aprender a soportar las emociones con las que responden a la pérdida, deben aceptar la realidad, deben decidir superar la crisis emocional, buscar nuevos incentivos, determinando los papeles y compromisos que deben establecer para el desarrollo de su personalidad.

B I B L I O G R A F Í A

BIBLIOGRAFÍA

Aguilera, D. C.; Messick, E. T. (1980); Control de los conflictos emocionales. México; Editorial Interamericana, segunda edición.

Barnes, G. E.; Prosen, H. (1985); "Parental death and Depression". Journal of Abnormal Psychology; Winnipeg, Canada. Vol 94 (1): 64—69.

Beauvoir, S. de. (1975). Una muerte muy dulce; México; Editorial Hermes.

Becker, E. (1973); El eclipse de la muerte; México; Fondo de cultura Económica.

Berger, M.; Beetschen, A.; (1979). "Medicine, Psychiatry and death". Confrontation Psychiatriques; St—Etienne, France N° 17: 217-248.

Birtchnell, J. (1981) . "In search of correspondences between age at psychiatric breakdown". British Journal of Medical Psychology; Chichester, England. Vol 54 (2): 111—120.

Bowlby, J. (1983); La pérdida afectiva. Tristeza y Depresión; Argentina; Editorial Paidós; Biblioteca de Psicología Profunda.

Calhoun, L. O.; Selby, J. W. y Walton, P. B.; (1985—1986); "Suicidal death of a spouse; the social perception of the survivor"; Omega; Journal of Death & Dying; University Charlotte, North Carolina; vol 16 (4): 283—288.

Caruso, I. (1985); La separación de los amantes. Una fenomenología de la muerte; México; Siglo Veintiuno Editores; 12a. edición.

Cerney, M. S.; (1985); "Imagery and grief work". psychotherapy Patient Topeka, Ks. Vol 2(1); 35—43.

Cuenca, A.; Segón, A.; (1986), Estudio Comparativo del perfil de personalidad de un grupo de adolescentes con cáncer y un grupo de adolescentes sin cáncer, a través de la prueba del MMPI. Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología. México: Universidad Iberoamericana.

Doltó, F.; (1981); Niños agresivos o niños agredidos; España; Paidós—Pomaire. Colección Padres e hijos.

Espejel, E.; (1988). "El terapeuta familiar ante la muerte prevista e imprevista de uno o más miembros de la familia. Aletheia; N° 8.

Fabry, J. B.; (1968); La búsqueda de significado; México; Fondo de Cultura Económica.

Favarger, C.; (1964); El hombre frente a la muerte; Argentina: Ediciones Troquel.

Ferrel, B. R.; (1985). "Bereavement Outcome in a comparison of home and hospital cancer deaths"; Dissertation Abstracts International; Texas Woman's U. Vol 46 (3B); 793.

Frankl, V. E.; (1970); Psicoanálisis y Existencialismo; México: Fondo de Cultura Económica.

Freud, A.; (1983); El yo y los mecanismos de defensa; México; Editorial Paidós; Biblioteca de Psicología Profunda.

Freud, S.; (1981); Duelo y Melancolía; España; Editorial Biblioteca Nueva; Cuarta edición; Vol. II.

Freud, S.; (1981); Consideraciones sobre la guerra y la muerte; España; Editorial Biblioteca Nueva; Cuarta edición; Vol. II.

Freud, S.; (1981); Inhibición, Síntoma y Angustia; España; Editorial Biblioteca Nueva; Cuarta edición; Vol. II.

Fromm, E.; (1972); El arte de amar; Argentina; Biblioteca del Hombre Contemporáneo; Editorial Paidós.

Fromm, E.; (1986); El miedo a la libertad México; Editorial Paidós.

Geyman, J. P.; (1983); "Dying and death of a family member"; Journal of Family Practice; Seattle. Vol 17 (1); 125—134.

Gibson, L.; Ivancevich, M. y Donnelly, J. Jr.; (1985); Organizaciones, conducta, estructura, proceso; México; Nueva Editorial Interamericana.

Jacobsen, R.H.; (1986); "Unresolved grief of 25 years duration exacerbated by multiple subsequent losses"; Journal of Nervous & Mental Disease; Sepulveda, Ca.; Vol 174 (10) : 624—627.

Johnson, P. A. Rosenblatt, P. C.; (1981); "Grief Following childhood of a parent"; American Journal of Psychotherapy; St. Paul, Minnesota; Vol 35 (3); 419—425.

Kaiser Stearns, A.; (1986); Living through personal crisis; México; Selecciones del Reader's Digest.

Kamm, J. A.; (1985); "Grief and therapy: two processes in interaction"; Psychotherapy Patient; Southfield, Mi. Vol 2 (1); 59—64.

Klein, M. (1983); Psicoanálisis del desarrollo temprano; Argentina; Ediciones Hormé. Breviarios Psicoanalíticos; 3a. edición.

Kübler-Ross, E.; (1975); Sobre la muerte y los moribundos; España; Ediciones Grijalbo.

Kübler-Ross, E.; (1986); Una luz que se apaga; México; Editorial Pax—México.

Kübler-Ross, E.; (1984); "Unfinished business"; Family Therapy Collections; Escondido, Ca.; Vol 8; 1—10.

Krupnick, J. L.; Horowitz, M. J.; (1985); "Brief Psychotherapy with vulnerable patients: an outcome assessment"; Psychiatry; Georgetwon U.; Vol 48 (3): 223—233.

Lehman, D. R.; (1986); "A comparison of spouse and child loss from motor vehicle crashes"; Dissertation Abstracts International; Michigan; Vol 46; (11—E): 4065.

Lehman, U. R.; Wortman, C. B. y Williams A. F.; (1987); "Long—term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash"; Journal of Personality & Social Psychology; U. California, Los Angeles; Vol 52 (1): 218—231.

Levitan, H.; (1985); "Onset of Asthma during intense mourning"; Psychosomatics; Montreal, Canada; Vol 26 (12): 939—941.

Martin, D.; Martin, M. y Pierce, L.; (1984); "The Dying child: understanding developmental processes for parents and therapists"; Journal of child & adolescent psychotherapy; Illinois; Vol 1(2): 107—110.

Meneses Morales E.; (1982); **Manual para la elaboración de la tesis**; México; Universidad Iberoamericana; Departamento de Psicología.

Merani, A. L.; (1980); Diccionario de Psicología México; Editorial Grijalbo.

Miles, M. S.; Perry, K.; (1985); "Parental responses to sudden accidental death of a child"; Critical care quarterly; Chapel Hill; North Carolina; Vol 8 (1): 73—84.

Northouse, L.; (1984); "The impact of cancer on the family: an overview"; International Journal of Psychiatry in Medicine; Michigan; Vol 14 (3): 215—242.

Océano; (1982); El desarrollo del niño; Enciclopedia de la Psicología; España; Océano Ediciones; Tomo 1.

Océano; (1982); Diccionario; Enciclopedia de la Psicología; España; Océano Ediciones; Tomo 6.

Oñate Rivadeneyra, M. C.; (1984); El manejo psicoterapéutico del paciente con cáncer terminal: diversos enfoques.; Tesina para obtener el título de licenciado en Psicología. México: Universidad Iberoamericana.

Osterweis, M.; (1985); "Bereavement and the elderly"; Aging; Washington, D. C.; N° 348 8-13, 41.

Panides, W.; (1984); "Helping parents deal with loss: a psychoanalytic perspective"; Pediatric Social Work; University Mississippi; Vol 3 (2): 53-57.

Paisley, W. J.; (1969); The Analysis of Communication Content: Developments in Scientific Theories and Computer Techniques. Studying "style" as deviation from encoding norms; New York; Wiley.

Parkes, C. M.; (1986); "The caregiver's griefs"; Journal of Palliative care; London, England; Vol. 1 (2) 5—7.

Parson, E. R.; (1986); "Life after death: Vietnam Veterans' struggle for meaning and recovery"; Death studies; Northport, N. Y.; Vol 1, 11—26.

Paz, O.; (1986); El laberinto de la soledad; México; Fondo de Cultura Económica.

Pérez, L. S.; (1965); Muerte y neurosis; Argentina; Biblioteca del Hombre Contemporáneo.

Pieper, J.; (1970); Muerte e inmortalidad; España; Editorial Herder.

Pouliquen, A.; Fellion, G.; (1983); Aspects cliniques et indemnisation des deuils pathologiques apres mort violente chez les conjoints ou parents survivants; Annales Medico – Psychologiques; Vol 14 (9), 1011-1022.

Ragan, P. V.; McGlashan, T. H.; (1986); “Chi parental death and adult psychopathology”; American Journal of Psychiatry; Bethesda; MD. Vol. 143 (2); 153—157.

Real Academia Española; (1970); Diccionario de la Lengua Española.

Roy, P. F.; Sumpter, H.; (1983); “Group support for the recently bereaved”; Health & Social Work; Massachusets; Vol 8 (3): 230—232.

Sanders, C. M.; (1979—1980); “A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child and parent”; Omega: Journal of death & Dying; Framingham, Ma.; Vol 10 (4): 303—322.

Shanfield, S. B.; Swain, E. J.; (1984); “Death of children in traffic accidents”; Journal of Nervous & Mental Disease; Tucson, Arizona; Vol. 172 (9): 533—538.

Solomon, P.; Patch, y. D.; (1976); Manual de Psiquiatría; México; El Manual Moderno; p. 154.

Soricelli, E. A.; Utech, C. L.; (1985); “Mourning the death of a child: the family and group process”; Social Work; Chicago; II; Vol. 30 (5): 429-434.

Steele, L.; (1986); “A comparative study of program of care and place of death and the grief experience of survivors of termina ill persons”; Dissertation Abstracts International; Austin, Texas; Vol. 47, (2-B): 575.

Thomas, L. V.; (1975); Antropología de la muerte; México; Fondo de Cultura Económica.

Torre Villar, E. de la; Navarro de Anda, R.; (1981); Metodología de la Investigación; México; Editorial Mc Graw Hill.

Vargas, L. A.; (1983); “Early bereavement in the four modes of death in whites, blacks, and Hispanics”; Dissertation Abstracts International; Lincoln, Nebraska; Vol. 43 (11—B): 3746.

Warren, H. C.; (1984); Diccionario de Psicología; México; Editorial Fondo de Cultura Económica.

Zisook, S.; Schuchter, S.; Schuckit, M.; (1985); "Factors 1 in the persistence of unresolved grief psychiatric outpatients"; Psychosomatics; San Diego, Cal.; Vol. 26 (6): 497-503.