

DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO

Material de estudio
Recopilado por:
Jorge Rubio Espíndola
Psicólogo
Universidad de Concepción



“La tristeza es uno de los dos extremos de mi continuo emocional: el otro es la alegría. La tristeza es una represión que se me produce en el cuerpo cuando sufro una pérdida y se me bloquea la energía como un dragón que se devora la cola.

La tristeza es como una manta que me envuelve y no se ve nada más allá de la manta.

Es un estado temporal que puede llegar a transformarse en un modo de ser.”

Libro: Lillah. El juego del conocimiento de si mismo. Harish Johari

INTRODUCCIÓN

El duelo, en términos generales, se refiere al estado psicológico de aflicción extrema, provocado por la pérdida o muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas emocionales, cognitivos y conductuales característicos de un episodio depresivo mayor.

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

Este autor destaca dos aspectos diferenciales en la reacción de pesar o duelo:

1. Las consecuencias de la pérdida y las acciones del individuo encaminadas a la adaptación.
2. Superación de la pérdida o cierre.

En esta definición se circunscribe el concepto clásico del psicoanálisis, postulado por Sigmund Freud (1912), en que se concibe el duelo a la “pérdida del objeto amado”. Lo anterior incluye como “pérdidas objetales” tanto a la muerte de un ser querido, la ruptura sentimental o la pérdida de empleo, es decir todo objeto que indique deseo.

Sigmund Freud compara el **duelo** con la **melancolía** en sus escritos de "duelo y melancolía" (1915-1917). Ambas son reacciones ante la pérdida de un ser amado o un objeto de deseo (pérdida de relación objetal). Freud estableció la diferencia entre aflicción y melancolía, al señalar que en la aflicción se cumple el "duelo", ya que el yo logra negociar con la realidad, y admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar con ello el deseo para buscar nuevos objetos de amor o deseo. En el duelo la pérdida es real, o sea la persona experimenta la pérdida de un objeto del mundo externo y sabe perfectamente cual es ese objeto amado, y comienza con conductas anormales que se superan con el paso del tiempo. Freud hacía hincapié en que todas las personas que sufren pérdidas afectivas importantes, atraviesan por un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante tal acontecimiento. En la aflicción o duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal, pero a esta reacción no se le considera una respuesta patológica. En el caso de la melancolía, el sujeto rechaza la idea de la pérdida, no es capaz de desprenderse del objeto de deseo, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo. La melancolía sería el equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede ser real o imaginaria, donde se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, auto reproches, auto denigración, insomnio, productividad inhibida, y la persona siente un vacío interno.

En un sentido más amplio podemos entender el duelo y procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales (cognitivas y emocionales) y conductas vinculadas con una pérdida afectiva. Es decir, el proceso de duelo se puede aplicar a todas las experiencias psicológicas y/o psicosociales que aparecen frente a cualquier tipo de pérdida. El duelo, puede ser la respuesta emocional a la pérdida de un rol social, de status, a la salud física o mental, a la separación de los hijos en la edad adulta (nido vacío), etc.

Por ejemplo, en el caso de perder el trabajo o ser sacado de un puesto de trabajo dentro de una empresa, la persona atraviesa de manera inevitable en un proceso de duelo, ya que el puesto de trabajo implica un arraigo o vinculación a personas, a un lugar físico y psicológico, costumbres y hábitos, los que deberán ser modificados en el nuevo puesto de trabajo donde comience a laborar. La persona también se enfrenta a la incertidumbre hacia el futuro o miedo a enfrentar las exigencias, y además acarrea la pérdida de la identidad que proporcionaba la empresa a la que pertenecía. En el ámbito familiar, hay una pérdida de un proyecto de vida que se había configurado alrededor del trabajo (formar una familia, tener hijos, comprar una casa, el prestigio social de ser parte de esa empresa, etc.).

Tipos de pérdidas:

- La muerte de un ser querido,
- La pérdida del trabajo, y los fracasos escolares,
- La partida a un lugar lejano de una persona amada,
- Las situaciones de abandono,

- Divorcio o separación,
- Rechazo de los padres,
- Los cambios de domicilio,
- El diagnóstico de una enfermedad crónica, grave o invalidante,
- Un incendio o accidente.
- La pérdida de aspectos del si mismo
- La pérdida de algún miembro o capacidad física

Todos los seres humanos sufrimos distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida, por lo que es inevitable atravesar un proceso de duelo. Todos estos factores estresantes de la vida pueden originar reacciones desadaptativas con manifestaciones depresivas o cambios emocionales como ansiedad, angustia, tristeza, llanto, sentimientos de desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de una disfunción importante a nivel social y laboral, sobre todo cuando los síntomas emocionales llegan a ser discapacitantes (semejantes a una depresión mayor).

Buda refiere que la vida es un constante cambio, lo que implica pérdida, y considera el dolor como la incapacidad del hombre de tolerar esa pérdida.

“La causa del dolor radica en que el hombre toma por realidad la ilusión y se afana por poseer y conservar objetos que están destinados a extinguirse.

El dolor proviene de dirigir toda nuestra energía a un mundo cambiante donde nada perdura, donde todo se desvanece, salvo tal vez nosotros que contemplamos mudos de angustia como el tiempo se nos escurre entre las manos”

(Buda)

Desde el punto de vista nosológico, el duelo, se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas del DSM-IV y CIE-10, como sigue:

En la DSM IV (1994): se diagnostica en el código V, no atribuible a trastorno mental.

En la CIE 10 (1992): se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico.

Es decir, el duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE 10 clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Para nuestros fines, revisaremos el duelo como el sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido. Además consideraremos al Duelo como

un síndrome, ya que clínicamente la persona presenta determinadas manifestaciones y síntomas emocionales, muchas veces disfuncionales. Abordaremos a lo largo de este trabajo lo que se considera duelo normal y el duelo patológico, y cuando se requiere intervención o tratamiento y quienes deben ser los participantes en un proceso de recuperación de un duelo. Es importante hacer notar que independiente del enfoque psicoterapéutico, lo primordial en el proceso de duelo, es el vínculo que se establece con la persona afectada, y respetar la experiencia subjetiva de pérdida, ya que una pérdida es interpretada de manera distinta por cada persona.

DUELO, LUTO Y SENTIMIENTO DE PÉRDIDA

El Luto o sentimiento de pérdida son términos que normalmente se utilizan en lugar de la palabra duelo, y se refiere a las reacciones psicológicas y sociales de los que sobreviven a una pérdida significativa.

Para nuestros fines, diferenciaremos el luto del duelo. Donde el luto lo relacionaremos con los aspectos sociales o culturales (externos), y el duelo a los aspectos subjetivos o personales (internos)

El luto es el proceso psicosocial que nos permite resolver el duelo, a través de la expresión social de la conducta y las prácticas posteriores a la pérdida. El luto refiere entonces a aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos psicológicos del duelo. La forma de expresar el luto está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos (por ejemplo vestirse de negro), a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina.

El duelo es el sentimiento de pérdida que se relaciona con el estado subjetivo de sentirse privado de algún ser querido a consecuencia de la muerte, es decir, el duelo y los procesos de duelo son los componentes psicológicos, psicosociales del fenómeno de pérdida. Éste va a abarcar distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación, aturdimiento.

Por elaboración del duelo o trabajo de duelo se entiende como la serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad. Es un proceso psicológico complejo donde se intenta deshacer los vínculos establecidos, elaborar el dolor de la pérdida, y establecer nuevos vínculos. La mal elaboración del duelo, genera problema psicológicos importantes, ya que el mal desarrollo de los procesos emocionales, puede dejar atrapada a la persona en emociones disfuncionales como la angustia, ansiedad, depresión, u otras.

CONCEPCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL DEL DUELO

Perspectiva psicológica.

Incluye los sentimientos de las personas acerca de su propio deceso cuando están próximos a éste y la muerte de quienes están cerca. Es importante la aceptación de la muerte como parte inherente a la existencia humana.

Como hemos visto anteriormente, no es posible evitar los duelos ya que son parte de la vida, y lo que importa desde un punto de vista subjetivo, son las formas de reaccionar ante ellos, las cuales varían entre una persona y otra.

Desde el punto de vista psicológico se sabe que la no elaboración de un duelo durante la vida, predispone hacia dificultades con otros duelos posteriores. Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados puede cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología (depresión, ansiedad, somatizaciones, etc), así mismo puede hacer recaer al individuo en su psicopatología de base o ya existente (distimias o trastornos de personalidad).

Perspectiva psicosocial, etológico-antropológica.

Se relaciona con los rituales funerarios y de duelo, y las disposiciones legales con respecto a la herencia de poder y riqueza.

La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. Es por ello que se le da importancia a la situación que el luto, la que ritualiza ciertas conductas como la obligada permanencia de la persona en duelo en casa, prohibiendo socialmente diversiones, uso de vestidos vistosos, etc.; para así poder concentrarse en el “trabajo interno” de elaboración del duelo.

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo tienen una triple función:

1. Permitir la expresión al nivel de la sociedad de los procesos de pérdida.
2. Tender a ayudar psico-social en el proceso psicológico del duelo (de ahí de la importancia de los ritos como los funerales)
3. Facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los vivos ocasión de consagrarse con los muertos y allegados, y preparándolos para nuevas relaciones a través de los actos sociales.

Perspectiva biológica.

Se refiere a dos parte: a) la persona fallecida, y b) las reacciones neurovegetativas y voluntarias del deudo.

1. Respecto de la persona fallecida: Se considera como el cese de las funciones corporales. Una persona se considera que muere cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o se detiene la actividad eléctrica del cerebro
2. Respecto del deudo, el duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros eventos estresantes, se puede sufrir una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune puede también alterarse como consecuencia de un duelo, ya que disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales. Se desconoce si los cambios inmunológicos son significativos, pero el índice de mortalidad de viudos en un periodo próximo al fallecimiento de su cónyuge es mayor que el de la población general. En general se han evidenciado complejas interacciones psico-neuro-endocrino-inmunitarias, con alteración del eje hipotálamo- hipófisis-suprarrenal.

DUELO NORMAL O NO COMPLICADO

El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, al fallecimiento de un ser querido.

Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, ansiedad, angustia, recuerdo reiterativo de la persona muerta, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. Hay casos en los cuales también aparecen manifestaciones de mayor significancia psicopatológica, como desmayos, conversiones, alucinaciones con el difunto (alucinaciones de carácter emocional), ilusiones con el difunto, sueños y pesadillas.

Las personas que viven un proceso de duelo normal pocas veces requieren o solicitan asistencia psiquiátrica, por lo tanto el psicólogo y/o el médico de atención primaria no debe derivar a la persona en duelo con un psiquiatra. El psicólogo o el médico de atención primaria debe estar preparado para acompañar a las personas en el proceso de duelo, y que soliciten su ayuda. Deben estar capacitados para reconocer cuándo la evolución de un duelo no es la norma, y requiere de una intervención o tratamiento más cuidadoso. Para ello es importante tener en cuenta la relación entre procesos de duelo y la psicopatología. Los duelos mal elaborados dan a lugar a la aparición de psicopatología, así como un trastorno mental establecido o de base, puede provocar dificultades en la elaboración de un trabajo de duelo.

El duelo normal o duelo no complicado es una respuesta normal ante una pérdida, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo. Al principio suele manifestarse como un estado de "shock" caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como ansiedad, llanto y suspiros. También suelen presentarse sensación de debilidad, desmayos, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio; son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño.

Es común el auto reproche, menos intenso que en un duelo patológico, caracterizado por pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer con el difunto.

Las personas que se sienten aliviadas de que se haya producido la muerte del otro y no la suya suelen experimentar lo que se denomina culpabilidad del superviviente; creen, a veces, que son ellos los que deberían haber muerto.

A lo largo del proceso del duelo tienen lugar varias formas de negación; con frecuencia la persona que experimenta el duelo se comporta o reacciona como si la muerte no se hubiera producido, y mantienen la convicción de que la persona está viva o la fantasía de que la persona está de viaje, y que en algún momento volverá. Los intentos por perpetuar la relación perdida se manifiestan en actitudes tales como seguir comprando objetos que gustaban al difunto o estimulan su recuerdo (objetos de unión).

Es frecuente la sensación de presencia del fallecido, que puede ser tan intensa que llegue a provocar ilusiones o alucinaciones (oír la voz o sentir la presencia del difunto), en un duelo normal, sin embargo, el superviviente reconoce que la percepción no es real. Muchas veces, creen ver a la persona fallecida entre una multitud, y la buscan hasta comprobar que era una equivocación.

También pueden presentarse fenómenos de identificación, en los que el superviviente puede adoptar cualidades, gestos, movimientos, ademanes, y características de la persona fallecida con objeto de perpetuarla de un modo concreto. Estas maniobras muchas veces pueden alcanzar proporciones potencialmente patológicas, desarrollando síntomas físicos similares a los que padeció el fallecido o que sugieren la misma enfermedad que provocó la muerte.

Las formas de respuesta emocional frente a la muerte, son diferentes según el marco cultural, por lo que es importante considerar que en la actualidad, sobre todo en los países desarrollados, han surgido nuevas situaciones relevantes como son, las reacciones por el fallecimiento de jóvenes por accidentes de tráfico, las reacciones de aflicción por la muerte de un neonato o abortos espontáneos, los enfermos de SIDA, cáncer, o patologías como la enfermedad de Alzheimer, que

han requerido cuidados prolongados, han generando duelos anticipatorio, generando una progresiva “medicalización” por parte de los deudos, para disminuir las respuestas emocionales, es decir, comienza un uso de ansiolíticos y antidepresivos que son utilizados como soporte ante la respuesta de adaptación a la pérdida.

Las complicaciones potenciales que una reacción de duelo anormal, puede provocar, el uso y abuso de fármacos, alcohol y/o drogas, el aislamiento social, la aparición de patologías ansioso-depresivas e incluso el incremento de la mortalidad y suicidio, más común entre viudos y ancianos afligidos, con poco soporte socio-afectivo.

La tristeza después de la muerte de un ser querido, es difícil de distinguir de la aflicción anormal, estando igualmente deficientemente definidos los factores de riesgo predictores de un duelo patológico, aunque entre estos últimos se hayan señalado como relevantes, el estado previo de salud física y psicológica de la persona que sufre el duelo así como, el carácter inesperado o calamitoso de la muerte.

Desgraciadamente esta inespecificidad, dificulta la detección y por consiguiente el tratamiento eficaz de las situaciones de duelo complicado, que según los casos precisarán de una psicoterapia individual, la integración en grupos de autoayuda o medicación farmacológica.

Todo ello hace imprescindible que el psicólogo y/o el médico de atención primaria esté alerta para identificar los síntomas de aflicción patológica y poder realizar un tratamiento eficaz en las personas con dificultades para resolver los estados de luto.

PROCESO DE DUELO

El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona (no se extiende a lo largo de toda la vida).

Con relación a la duración del duelo, existen grandes diferencias culturales aceptándose en nuestro entorno cultural que la duración normal es aproximadamente de un año. El duelo puede tener una duración variable que, normalmente es de seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento. Hay algunos autores que dicen que el duelo de los padres es de un año, desde que fallece, llegando a término al año con un rito o ceremonia de conmemoración. Otros autores refieren que en el caso del duelo de un hijo, se extiende hasta dos años.

Lo anterior tiene que ver con la distribución de los afectos, siendo fuerte en el caso de cónyuge y padres, pero de mayor complejidad en el caso de los hijos. Algunas explicaciones tienen que ver con la naturalidad de ver la muerte de los adultos, y una dificultad de ver la muerte en los más jóvenes.

Se calcula que aproximadamente un 16 % de las personas que han padecido la pérdida de un ser querido presentaron un cuadro de depresión durante un año o más después del fallecimiento.

El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida, así como recuperarse y establecer nuevos vínculos.

ETAPAS DEL DUELO NORMAL

Los diversos autores, distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo

Podemos dividir el proceso de duelo normal en tres etapas, tal como lo hace J. T. Brown:

- La fase 1 es la fase de “Shock”: La persona suele presentar aturdimiento, nudo en la garganta, llanto, desconfianza, negación (comportarse como si la muerte no se hubiera producido), suspiros, sentido de irrealidad, vacío en el estómago, negación, y desconfianza..

- La fase 2 ó de “Preocupación”: Se observa ira, insomnio, tristeza, agotamiento, debilidad, anorexia (pérdida de apetito y de peso), anhedonia (desinterés en las actividades placenteras), introversión, pensamientos sobre el difunto, culpabilidad, dificultad en el sueño (problemas para dormirse, despertares repentinos) y para concentrarse, sueños con la persona fallecida, anhedonia e introversión..

- La fase 3 ó de “Resolución”: La persona puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades, establece nuevas relaciones.

Estas tres fases pueden variar y presentarse emociones, síntomas o pensamientos de una de ellas en otra de las etapas. Además estas emociones suelen variar entre hombres y mujeres.

Puede aparecer auto reproche, pero con menos intensidad que en el duelo patológico. Suele estar relacionado con actos triviales que se hicieron o dejaron de hacer con la persona perdida.

El sobreviviente suele sentir culpa, deseos de haber sido él/ella quien debería haber muerto y no el otro. En el adulto son más frecuentes los deseos de morir, de no seguir viviendo sin el ser querido.

Los adultos suelen presentar una tendencia a la idealización y un recuerdo selectivo de los atributos valorizados.

También puede producirse la sensación de "presencia del fallecido", que puede tener una magnitud tal que aparezcan alucinaciones o ilusiones (oir al difunto, verlo, olerlo). Pero, al tratarse de un duelo normal, la persona puede darse cuenta de que esto no es real.

Cada persona va a manifestar el duelo de una forma distinta, porque somos distintos y cada persona es única e irrepetible.

Está comprobado que las personas en duelo son más vulnerables físicamente, lo que implica una mayor posibilidad de presentar algún tipo de enfermedad física.

A su vez Bowlby planteó cuatro fases en el duelo:

- La fase 1, "fase de entumecimiento o shock", es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

- La fase 2, "fase de anhelo y búsqueda", es un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.

- La fase 3 o "fase de desorganización y desesperanza", en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

- La fase 4, "fase de reorganización", es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida.

Otros autores plantean también 3 Etapas del duelo (Silverman, Parkes y Clayton)

1.- Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton): de pocas horas a una semana.

Una primera etapa denominada “de impacto”, que dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática.

Es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia.

2.- Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman): de un mes a un año.

La segunda etapa clasificada de “repliegue” o depresiva, se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, que se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento.

Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc.

Durante este período el estado de ánimo es superponible al de un trastorno depresivo.

3.- Fase de recuperación, curación o restitución: después del año.

La tercera etapa o de “recuperación”, se produce al cabo de seis meses o un año.

Durante la misma se retorna al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el deudo del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente esta etapa coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo.

Además del parámetro temporal, el curso de la reacción de duelo, viene influenciado por diversos factores.

DUELO ANTICIPATORIO

El duelo anticipatorio es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable. El duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y el individuo expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce.

VARIABLES QUE AFECTAN AL CURSO DE UN PROCESO DE DUELO

Variables antropológicas.

Hay pérdidas que suelen desencadenar, en la mayoría de las personas, procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de un hijo o la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen “contra la secuencia natural de la vida” (por ejemplo, en los niños o jóvenes).

La infancia y la senescencia, hacen más difícil la completa elaboración de los duelos graves, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención tanto intra personales como psicosociales.

Variables relacionadas con las circunstancias de la pérdida.

Tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se llega a poseer seguridad de su muerte o cuando el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras o las pérdidas inesperadas pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.

Variables psicosociales.

Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.

Variables intra personales.

Todas las circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del sujeto en duelo. Asimismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración de un proceso de duelo, como en el caso de relaciones ambivalentes o de dependencia con el fallecido.

EL DUELO EN POBLACIONES ESPECIALES

Duelo en los niños

El proceso de duelo en los niños es un proceso similar al de los adultos, sobre todo cuando el niño es capaz de entender la irreversibilidad de la muerte. Las diferencias dependen del hecho de que los niños son más sensibles que los adultos a las condiciones que preceden, rodean y siguen a una pérdida. Además del estado de dependencia de los niños del mundo que los circundante.

El proceso de duelo se parece al de separación porque ambos tienen tres fases: protesta, desesperación y ruptura del vínculo.

1. En la fase de **protesta** el niño añora amargamente a su madre o a su sustituto fallecidos y llora suplicando que vuelvan;
2. en la fase de **desesperanza**, el niño empieza a perder la esperanza de que su madre regrese, llora de manera intermitente y se sumerge en un estado de abandono y apatía;
3. en la fase de la **ruptura del vínculo**, el niño empieza a renunciar a parte del vínculo emocional con el fallecido y a mostrar un cierto interés por el mundo que le rodea.

Una muerte vivida en la primera infancia requiere un trabajo psíquico extra, ya que el persistente anhelo por la figura perdida conlleva un dolor inevitable para el niño, como sucede en el duelo por su carácter doloroso.

Las diferentes etapas del desarrollo cognitivo y emocional de los niños desempeñan un papel fundamental en la percepción, interpretación y comprensión de lo que es la muerte. La habilidad de los niños para entender la muerte se refleja en la habilidad general para entender los conceptos abstractos. Por ejemplo, los niños de 4 años aproximadamente, son animistas, y creen que todo, incluso las cosas inanimadas, están vivas, solo entienden la muerte como una especie de separación parecida al sueño. En el caso la muerte de uno de sus progenitores tienen dificultad de imaginárselo sin vida y se refieren a éste como si estuviese durmiendo.

La duración de un período de duelo normal en niños puede variar y depende particularmente del apoyo que recibe.

El niño se encuentra en un estado de dependencia, por eso, lo primero que va a buscar ante la muerte es un sustituto de la persona fallecida (que puede ser el padre sobreviviente, otro familiar, un vecino o amigo de la familia), para no perder la seguridad que le brindaba el objeto perdido. Los niños no se van a retraer del mundo externo, sino que se torna demandante, porque necesitan comprobar que existen suministros para la satisfacción de sus necesidades. Cuando las condiciones que rodean a la pérdida no son favorables o cuando la pérdida no es compensada por un sustituto, puede aparecer en el niño una desilusión con respecto al objeto perdido. Es así como puede desarrollarse un desapego defensivo, distancia afectiva, pueden aparecer pensamientos tales como haber sido abandonado, traicionado y desilusionado por el objeto perdido, y pérdida de confianza que se va a generalizar en el otro. Al tratar a un niño en duelo, el psicólogo o el médico debe reconocer su necesidad de encontrar un sustituto del padre o la madre perdidos. Los niños suelen transferir esa necesidad a varios adultos, en lugar de a uno solo. Si no encuentra a nadie que pueda satisfacer sus necesidades, puede sufrir un daño psicológico grave que le impida seguir buscando o esperar encontrar intimidad en ninguna relación futura.

John Bowlby, establece como condiciones favorables en el duelo de los niños de 4 años aproximadamente:

1. El haber mantenido una relación razonablemente segura y afectuosa con sus padres antes de sufrir la pérdida.
2. El recibir pronto información precisa sobre lo ocurrido.
3. La posibilidad de hacer toda clase de preguntas y que sean contestadas del modo más honesto posible, permitiendo al niño que participe en la aflicción de la familia e incluso en las ceremonias funerarias.
4. El hecho de contar con la consoladora presencia de su padre sobreviviente o de un sustituto de confianza, y tener la seguridad de que esa relación habrá de continuar.

Si se reúnen estas condiciones las respuestas esperables que se observan en los niños son:

1. Anhelo de la presencia de su madre o padre, suele ser expresada a una persona que muestra simpatía.
2. Esperanza de que la persona fallecida volverá, lo que lo llevará a ponerse triste o llorar.

Se lo puede observar buscando a su ser amado perdido, decir que habla con él, fantasear que vive con él por las noches, que juegan juntos, que lo abraza y hasta sentirlo, incluso puede manifestar que lo ve, y tener una viva sensación de la presencia de éste; puede temer perder también al otro progenitor u otra persona.

La reacción ante la noticia de la muerte de un ser querido va a depender de la edad. Por ejemplo en el caso de un niño de 4 años se espera que sea con lágrimas. La tendencia al llanto va en aumento con la edad.

Pueden haber fantasías de destino (de que todo podría haber sido tan diferente); pueden llegar a pensar que sería mejor si ellos también estuviesen muertos. Podríamos escuchar frases tales como "Quiero desaparecer para siempre" o "Tienes que hacerme morir". Además puede ocurrir lo contrario, que tengan miedo de morir ellos también.

Los niños mantienen la esperanza de que el progenitor que falleció volverá, y en ocasiones reconocen de mala gana que eso no sucederá y se ponen tristes.

Los niños pueden hacer infinitos intentos para ver y reencontrarse con el progenitor desaparecido, como ser buscar escondites que le puedan llegar a agradar a éste para que venga a jugar o hablar y no los pueda ver nadie; esperarlo con regalos, portándose bien.

Todo esto que le sucede al niño es importante para que pueda distanciarse de este progenitor, sustituyéndolo por otra persona significativa del entorno, para comenzar a aceptar la finitud del mismo y la imposibilidad de poder verlo, escucharlo, dialogar y/o jugar con él.

En un estudio hecho por Kliman (1965) vemos que algunos niños en ocasiones tienen vívidas imágenes del padre muerto vinculadas con esperanzas de retorno.

Cuando el niño comienza con estas conductas de "resurrección" y encuentro con el padre o madre muerto las personas que lo rodean no deben impedirlo. Pero también es importante que le aclaren que esto no va a dar resultado, que su padre o madre no va a poder volver a la vida.

Anna Freud y Dorothy Burlingham sostienen que ningún niño antes de los 2 años tiene un aparato mental con suficientes capacidades como para realizar un trabajo de duelo. Este implica un esfuerzo por aceptar un hecho del mundo externo y efectuar cambios correspondientes en el mundo interno. Autores como el Dr. J. Villena Aragón plantean que el duelo en los niños se pospone y se realiza en la adolescencia o la adultez. Siendo la reacción de no duelo adaptativa antes de la pubertad.

Una pérdida temprana no necesariamente conlleva a una patología. Son, por lo tanto, las condiciones que siguen a la pérdida los más importantes factores para que no se genere una condición patológica -disponer de un sustituto que brinde seguridad, protección, afecto, contención-, como así también la influencia del vínculo con la persona antes de la pérdida, que va a depender más de su cualidad que de su duración.

En cuanto a la patología que puede producir la falta de presencia de estas circunstancias frente a una pérdida en la niñez, encontramos como las más benignas reacciones a la vergüenza, la disminución de la autoestima; y como los efectos más perniciosos las depresiones infantiles, los trastornos de conducta y aprendizaje, entre otras.

La importancia de manejar la reacción de duelo en los niños se avala por pruebas de que los trastornos depresivos y los intentos de suicidio son más frecuentes entre los adultos que vivieron durante su infancia la pérdida de uno de sus padres.

Una duda que suele plantearse es si el niño debe o no acudir al funeral de sus padres. No existe una regla clara. La mayoría de los expertos coinciden en que, si el niño lo desea se debe respetar su decisión; si el niño se muestra reacio o se niega a asistir, se debe también respetar su deseo. En la mayoría de los casos es mejor, probablemente animar al niño a que asista, para que la ceremonia no quede envuelta en un misterio o fantasía aterradora.

Los niños que se encuentran en un periodo típico de duelo pueden también cumplir criterios de trastorno depresivo mayor cuando los síntomas persisten más de dos meses después de la pérdida.

El duelo en los padres

Este tema va a estar relacionado con la muerte de un hijo, con el nacimiento de un hijo malformado, con la pérdida perinatal (pérdida que va desde las 20 semanas de gestación al primer mes de vida).

Los padres reaccionan ante la muerte de un hijo o ante el nacimiento de un hijo deforme siguiendo unas fases similares a las que describió Kubler-Ross en los enfermos terminales: "shock", negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. La muerte de un niño puede ser una experiencia emocional más intensa que la de un adulto. Los sentimientos parentales de culpa y de desolación pueden ser insoportables; los padres creen que de alguna manera no supieron proteger a su hijo. Una causa adicional del dolor es la destrucción de las esperanzas, deseo y expectativas que se habían puesto en la nueva generación. Las manifestaciones del duelo pueden muy bien perdurar para toda la vida.

La muerte repentina suele ser más traumática que la muerte prolongada, porque cuando la muerte es inminente puede iniciarse el duelo anticipatorio. El estrés que provoca la muerte de un hijo puede provocar la desintegración de un matrimonio en el que hubiera conflictos previos. Uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad mortal del hijo, sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. Algunos estudios indican que más del 50% de los matrimonios que pierden un hijo o que tienen un hijo con malformaciones terminan en divorcio.

Hasta hace poco se infravaloraba en los casos de muerte peri-natal, el valor de los lazos que se establecen entre el feto y el neonato y sus futuros o recientes padres. En la actualidad se considera que la pérdida peri-natal es un importante trauma para ambos padres. Los padres que experimentan esta pérdida atraviesan por un período de duelo similar al que se produce con la muerte de un ser querido. También se produce un sentimiento de pérdida ante el nacimiento de un feto muerto o ante un aborto inducido a causa de una anomalía fetal diagnosticada previamente. Como se ha mencionado antes, el vínculo con el hijo no nacido se establece incluso antes del nacimiento y el luto y el duelo acompaña a su pérdida, independientemente del momento en que ésta se produzca. Sin embargo, el duelo que se experimenta después de una pérdida producida en el tercer trimestre de embarazo suele ser más intenso que el que acompaña a la pérdida en el primer trimestre. Algunos padres no quieren ver el feto muerto y sus deseos deben respetarse. Otros prefieren tenerlo en sus brazos y este acto puede contribuir al proceso de duelo.

En cuanto a la pérdida peri-natal, lo normal es que se presente un dolor más intenso cuando una pérdida ocurre en el tercer trimestre que antes de este tiempo. Este sentimiento de dolor se atenúa con otro embarazo, pero no llega a eliminar la necesidad del duelo.

Las fuentes utilizadas con respecto a este tema son estudios sobre padres de niños con una enfermedad mortal, sobre todo leucemia. En éstos, las reacciones de duelo comienzan en el momento en que reciben el diagnóstico.

En estos padres suelen aparecer ciertas reacciones que se suceden en etapas, tales como shock (se sienten aturdidos y nada les parece real, incluso pueden parecer indiferentes), negación, rabia (buscan demostrar que los médicos se han equivocado), depresión y aceptación. Además del enojo contra los médicos común en padres de niños enfermos con estas características, suele aparecer la culpa (por no haber prestado la suficiente atención a los primeros signos de la enfermedad).

Debido a que la enfermedad ha estado presente desde hace quizás meses, los padres pueden transitar un duelo anticipado.

Es común que algunos padres nieguen la muerte del hijo durante los meses siguientes a que esta se produjo.

El resultado del duelo es más favorable cuando los padres pueden compartir este proceso y se apoyan y consuelan mutuamente. Hay estudios que señalan que se produce un 50% de divorcios en matrimonios en los que muere un hijo o nace un niño malformado. Esto puede deberse a la falta de apoyo y contención entre los padres, a conflictos previos en éstos, entre otras cosas.

En cuanto a la conducta de los hermanos, gran parte de los trastornos que presentan se deben a las consecuencias de la conducta alterada de los padres para con ellos, y no son un efecto directo de la muerte del hermano.

La muerte de un niño acarrea una reacción emocional más intensa que la de un adulto. Esto se relaciona con los sentimientos de culpabilidad e impotencia.

La muerte de un hijo es un trauma muy significativo para ambos padres. Estos viven un trauma más largo que el habitual, incluso puede acarreararse durante toda la vida, al igual que sus manifestaciones.

No es aconsejable el reemplazo inmediato del niño muerto por un bebé (antes de un año), debido a que se corre el riesgo de no completar el duelo y de ver al nuevo bebé como un reemplazante o regreso del fallecido. Los niños que nacen para "sustituir" a otro suelen ser sobreprotegidos, y presentar problemas emocionales futuros.

Duelo en adultos

Un duelo es normal, cuando las respuestas de una persona a la pérdida son esperables y presentan síntomas y un desarrollo predecibles. Generalmente suele ser breve.

Las manifestaciones del duelo suelen perdurar en el tiempo. La duración e intensidad del duelo van a depender de las condiciones que rodearon a la muerte, es decir si ha sido una muerte más o menos inesperada:

Si la muerte es repentina, el shock y la negación perdurarán más tiempo.

Si la muerte es esperable o inevitable el duelo puede darse desde tiempo antes de que ésta se produzca y culminar cuando se produce efectivamente la muerte. (duelo anticipatorio).

Lo normal y esperable es una duración de entre 6 meses y un año. Puede ocurrir que luego de uno o dos años persistan signos y síntomas del duelo, e incluso puede suceder que permanezcan toda la vida. Pero los duelos normales se resuelven finalmente, logrando, recuperar el ánimo productivo. Generalmente a los 2 meses del fallecimiento, los signos y síntomas más agudos suelen ir perdiendo fuerza, pudiendo la persona adaptarse mejor (recuperar el sueño, el apetito y el funcionamiento normal).

Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar. Por lo general los síntomas agudos del duelo se van suavizando y entre el primer y segundo mes posterior a la pérdida, la persona en duelo es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas.

El duelo en ancianos

La pérdida es el tema principal que caracteriza a las experiencias emocionales de los ancianos. Tienen que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (del esposo o esposa, los amigos, los familiares, los colegas), el cambio de estatus laboral y de prestigio y el declive de las capacidades físicas y de salud. Gastan cantidades elevadas de energía física y emocional en el duelo, la resolución y la adaptación a los cambios que produce la pérdida. Muchos ancianos pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas (familiares, amigos, compañeros del hogar de jubilados). En esta situación, las sucesivas manifestaciones afectivas del duelo son menos intensas, pero sin embargo, no desaparecen por completo.

El duelo en el anciano es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo. La dependencia que presenta el anciano lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida.

También necesitan un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida.

El anciano en condición de dependencia, parecería estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia.

La ancianidad presenta más dificultades para elaborar el duelo y tienden a reaccionar con manifestaciones somáticas.

DUELO PATOLÓGICO

El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos.

Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido.

Otras formas anormales de duelo se producen cuando aspectos normales de un duelo se distorsionan o intensifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el muerto o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es, u oír la voz del difunto persistentemente y no en forma espontánea o efímera (Oír la voz efímera y momentánea del fallecido puede ser normal); no obstante las alucinaciones auditivas complejas y persistentes no son normales. La negación de ciertos aspectos de la muerte es normal; sin embargo, la negación que implica la certeza de que la persona muerta sigue viva, no lo es.

El duelo negado es la ausencia de la expresión de duelo en el momento de la pérdida. Este tipo de duelo es patológico, ya que la persona que sufre la pérdida intenta evitar la realidad. Pueden aparecer reacciones físicas similares a las que causaron la muerte de la persona fallecida. También pueden presentar reacciones desmedidas en el primer aniversario de la muerte.

Hay también un duelo patológico cuando la persona presenta una falsa euforia.

Las variedades patológicas del duelo abarcan alteraciones de la salud tanto física como mental. Los grados de estas alteraciones van desde leves hasta graves.

Factores de riesgo:

1. Una pérdida inesperada.
2. Presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida.
3. Aislamiento social.
4. Sentimientos de responsabilidad por la muerte.
5. Historias de muertes traumáticas.
6. Intensa dependencia al individuo que falleció.
7. La personalidad de deudo
8. La naturaleza de vínculo de relación
9. El tipo de muerte
10. Los antecedentes personales del deudo
11. Las características de entorno

Tipos de duelo patológico

1. Duelo complicado o no resuelto

Se incluyen en esta categoría, las alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (es decir, manifestaciones excesivas o atípicas, duración más allá de lo socialmente aceptado), o bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar).

La incidencia y prevalencia de este cuadro clínico oscilan, según diferentes autores entre el 5 y el 20 % de las reacciones de duelo.

Bourgeois, distingue diferentes modalidades de duelo complicado, alguna de las cuales se superponen entre sí:

- **Duelo ausente o retardado:** Se produce una negación de fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.
- **Duelo inhibido:** Se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- **Duelo prolongado o crónico:** Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
- **Duelo no resuelto:** Similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado”, en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
- **Duelo intensificado:** Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- **Duelo enmascarado:** Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
- **Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas:** Más allá del primer año, se presupone que las reacciones de aniversario, no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones.

2. Duelo psiquiátrico

En esta forma de duelo, se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. En general es posible observar que este tipo de duelo es frecuente en personas que poseen una predisposición mental, ya que vienen con una patología de base como un trastorno de la personalidad.

Hanus, señala la predisposición de las personalidades de tipo narcisista a sufrir esta modalidad de duelos porque son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados. Distingue varios tipos clínicos:

- **Histérico:** El deudo se identifica con la persona fallecida, presentando el mismo cuadro que motivó su fallecimiento.
- **Obsesivo:** La ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva, crea en él fuertes sentimientos de culpa, que suelen abocar en una depresión grave y prolongada.
- **Melancólico:** Este cuadro clínico destaca, la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
- **Maníaco:** (Manía del duelo). Se produce un cuadro de excitación psicomotriz y humor expansivo que evoluciona posteriormente a un cuadro depresivo.
- **Delirante.** Se produce un cuadro Psicótico breve, caracterizado por ideas delirantes respecto de la muerte del ser querido. Tales como que esta vivo, y la persona muerta es un impostor, etc...

Hanus insiste en que “casi todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa”.

Predictores del duelo patológico

Aunque no existe unanimidad en la bibliografía consultada, a cerca de las variables pronóstico que van a provocar la transformación de una reacción de pesar normal en una reacción de duelo patológico, señalaremos las siguientes

- La falta de salud física o mental previa es el mejor predictor de desenlace negativo. Es acusado el riesgo de suicidio en sujetos alcohólicos.
- La ambivalencia afectiva con agresividad en la relación preexistente con el difunto.
- La frecuencia de duelos repetidos.
- Se acepta una mayor fragilidad en el varón con respecto a la mujer.
- La muerte repentina no es un factor general que acentúe la intensidad de los desajustes de los familiares. Incluso la prolongación de la enfermedad terminal, puede provocar con mayor facilidad un desenlace negativo.
- La presencia de los siguientes síntomas de alarma: Ideas de suicidio en el primer mes; Retardo psicomotor; Culpabilidad morbosa

EVALUACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO

Aunque es frecuentemente difícil distinguir la reacción de pesar de la depresión mayor, los objetivos del médico de atención primaria se centrarán en valorar

1. La gravedad del cuadro depresivo
2. La presencia de un trastorno psicótico
3. La existencia de alcoholismo u otra drogodependencia
4. El riesgo suicida

PAUTAS DE ACTUACIÓN CON EL PACIENTE AFLIGIDO

Tanto si la reacción de duelo es normal, como si es patológica, la actuación terapéutica, deberá buscar dos objetivos:

1. La facilitación normal del proceso del duelo
2. El tratamiento de los trastornos asociados

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la pérdida de un ser querido, la reacción normal, es con frecuencia un síndrome depresivo típico, caracterizado por: bajo estado de ánimo, sentimientos

de culpa, ideas de muerte, anorexia, pérdida de peso, insomnio, abandono de sus actividades socio-laborales

En estos casos cuando están presentes los sentimientos o ideas de culpa, éstos suelen centrarse en lo que el superviviente podría haber hecho o en lo que no hizo en el momento de la muerte el ser querido. Las ideas de muerte se limitan, por lo general a pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida o de haber fallecido con ella, incluso, pueden producirse algunos trastornos senso-perceptivos transitorios en forma de alucinaciones en las que el paciente refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida.

En cualquier caso, el duelo no complicado considera sus sentimientos depresivos como “normales”, aunque acuda en busca de ayuda profesional, para liberarse de síntomas como el insomnio o la anorexia.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), señala, que cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren los síntomas que exponemos a continuación (Tabla 7.6.), se debe plantear el diagnóstico de “trastorno depresivo mayor”.

1. La culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional intenso y prolongado.

PAUTAS DIAGNÓSTICAS DEL DUELO PATOLÓGICO

La descripción más precisa de lo que constituye una definición de duelo, se encuentra en la obra de S. Freud (1917) llamada Duelo y melancolía". Aunque muchos no comparten su interpretación del duelo, es importante reconocer que su descripción clínica es muy precisa. Freud, destaca como las características propias del duelo:

- A. Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc).
- B. El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).
- C. Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por el.
- D. Sin embargo, lo anterior constituiría las características de un duelo normal. El duelo patológico, además, tendría las siguientes características:

E. Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido). Tras un año de la pérdida el sujeto manifestaría (Ramsay, 1977):

- Estado de ánimo depresivo.
- Recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la pérdida, o sueños recurrentes respecto a la persona perdida.
- Reacciones de estrés (insomnio, ansiedad..etc).

EL MODELO COGNITIVO DEL DUELO PATOLÓGICO: EL MODELO DE BOWLBY (1980)

El modelo de Bowlby (1980) referente al duelo patológico consta de tres grupos de variables esenciales:

(1)

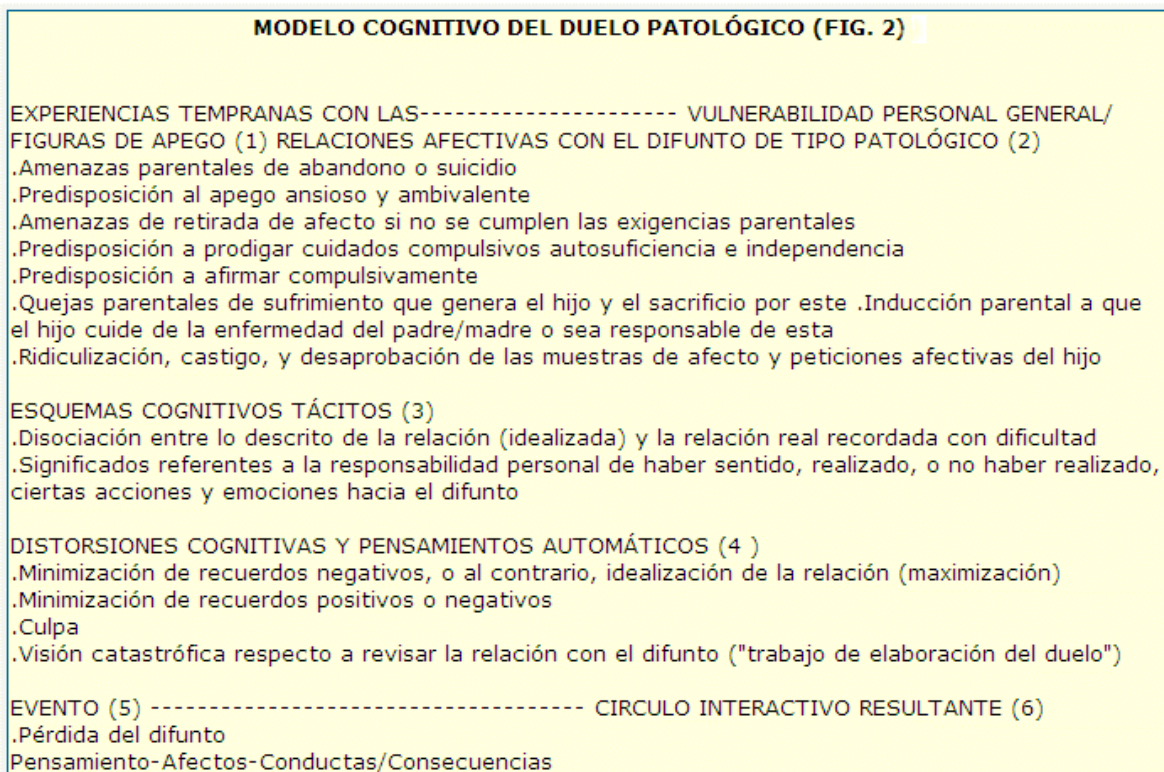
Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos:

1. Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (apego ansioso);
2. aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros; y
3. aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos.

Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción prolongada que produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores, debido a determinadas experiencias. Así, las personas con un apego ansioso tuvieron experiencias con sus padres (o sustitutos) donde estos le amenazaban con el abandono o suicidio, o bien con amenazas más sutiles como la retirada de afecto si no cumplían sus exigencias, o bien le referían lo detestable que era el sujeto para sus padres y lo que les hacía sufrir. En cambio las personas predispuestas a prodigar cuidados compulsivos, tuvieron experiencias por parte de sus padres en el sentido de que estos le hacían sentir responsables de su enfermedad (padres enfermos reales, o hipocondriacos) o bien de inducirles la obligación de cuidarlos, o ambos aspectos conjuntamente. Por último las personas predispuestas a mostrar compulsivamente autosuficiencia e independencia solieron recibir críticas y castigos por mostrar sus emociones o necesidades afectivas. Estos tres grupos de personas, posteriormente "reproducirían" relaciones similares (p.e pareja); y reaccionarían a la pérdida con un intenso sentimiento de culpa.

Sin embargo la conexión entre el hecho de la pérdida, las experiencias infantiles, la predisposición personal, y la respuesta patológica, es vinculada cognitivamente. Bowlby (1980) defiende que el sujeto ha desarrollado un disociación cognitiva entre lo que él describe de como eran las relaciones con la persona perdida y lo que él atribuye como causa de la pérdida (representado en la memoria episódica). Esta última información a menudo no es accesible a la conciencia, y su procesamiento suele ser "inconsciente". La explicación que da Bowlby a este hecho es que los padres de alguna manera "presionaron" para que el chico/a tuviera una buena imagen de ellos, y esa presión introdujo una regla cognitiva que prohibía revisar el funcionamiento real con ellos (que se reproduce de alguna manera con la persona perdida).

Los terapeutas cognitivos-conductuales han adoptado la anterior formulación "cognitivo-dinámica" en general. Especialmente Ramsay (1977) han definido el duelo patológico como un estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida. El sujeto mantendría un esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona pérdida y errores cognitivos (maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos; visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar al difunto, y culpa por haberse conducido/o haber dejado de realizar ciertas tareas hacia el difunto; e incluso culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos hacia el difunto, en vida). En la figura N° 2 representamos de modo integrado el modelo de Bowlby-Ramsay.



DUELO FRENTE A DEPRESIÓN

El duelo y la depresión comparten muchas características: tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten y las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente poco importantes. En el duelo las fluctuaciones son normales, se experimenta en forma de oleadas, en las que la persona en duelo se hunde y va saliendo, incluso en el duelo intenso pueden producirse momentos de felicidad y recuerdos gratos.

Depresión, culpa y tristeza son tres sentimientos que ocurren inevitablemente tanto en el duelo patológico como en el normal. Pero duelo y depresión no son sinónimos. No necesariamente el hecho de sufrir una pérdida y atravesar un duelo va a desencadenar en una depresión. Lo que ambos sentimientos tienen en común es su expresión a través de tristeza, llanto, tensión, pérdida del apetito y/o de peso, insomnio, pérdida del interés sexual, abandono de actividades externas. La diferencia radica en que el proceso de duelo va virviendo a medida que pasa el tiempo, recuperando el estado de ánimo normal.

Tanto en el duelo como en la depresión aparecen auto reproches, pero en el duelo se refieren a las cosas que se dejó de hacer con la persona fallecida, mientras que en la depresión la autoinculpación está centrada en sí mismo. Los sentimientos de culpa que aparecen en el duelo, suelen estar motivadas porque se piensa que no se ha hecho lo suficiente por el fallecido antes de morir, y en la depresión la culpa es porque el individuo tiene la certeza de que es despreciable e inútil.

Los sentimientos de inutilidad, deterioro en el funcionamiento, y retardo psicomotor surgieren un cuadro depresivo grave.

En cuanto a la duración, en el duelo normal los síntomas agudos suelen durar de 1 a 2 meses, mientras que en las personas con un trastorno depresivo la duración es más prolongada. La certeza de que el duelo tiene un límite temporal es fundamental. La mayoría de las personas deprimidas se sienten desesperanzadas y no pueden imaginar que algún día puedan mejorar.

Es muy importante considerar que las personas deprimidas tienen un mayor riesgo de presentar conductas o ideas suicidas en tanto que las personas que atraviesan un duelo normalmente no presentan estas ideas. Las personas deprimidas hacen más intentos de suicidio que las personas en duelo, las cuales, salvo en circunstancias especiales como por ejemplo, un anciano físicamente dependiente, no desea realmente morir, aunque aseguren que la vida se les hace realmente insoportable.

Avery y Weisman, califican el fallecimiento, como "socialmente normal", cuando se trata de un adulto o anciano, y los familiares han tenido una

preparación suficiente para asumir el desenlace (más de dos semanas para percatarse de la gravedad y más de tres días para esperar la muerte inminente).

Un fallecimiento “intempestivo”, por el contrario es aquel que es prematuro (niño, adolescente o joven), inesperado (con preparación corta) o bien calamitoso, por homicidio, suicidio o accidente inesperado. Las características de la muerte que ocasiona el duelo, pueden modular la evolución de éste especialmente en el caso de las muertes violentas o catastróficas.

El duelo no siempre es consecutivo al fallecimiento. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido, provoca una reacción emocional que se denomina “duelo anticipado”.

Esta situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior o bien estrechar la relación entre el moribundo y el doliente intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la correcta evolución.

Las personas en riesgo de presentar una depresión en lugar de un duelo patológico, son aquellas que ya han sufrido un cuadro depresivo en algún momento de sus vidas. Por lo que es importante tener en cuenta en la anamnesis que las personas con episodios previos de depresión tienen riesgo de recaer cuando se produce una pérdida importante. Algunos pacientes con duelo complicado terminan presentando un trastorno depresivo mayor; la diferenciación está basada en la gravedad de los síntomas y en su duración.

Según el DSM-IV el diagnóstico de trastorno depresivo mayor sólo se hace cuando los síntomas prevalecen dos meses después de la pérdida. La presencia de síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal pueden ayudar a diferenciar entre un episodio depresivo y una reacción de duelo. Los síntomas que se ven con mayor frecuencia en el trastorno depresivo mayor que aparece tras un duelo son:

- Preocupaciones mórbidas sobre la propia valía.
- Culpa asociada a temas que van más allá de los que rodean la muerte de un ser querido (sobre cosas distintas de lo que se hizo o se dejó de hacer en el momento de la muerte).
- Preocupación por la muerte, independientemente de los pensamientos de estar muerto para estar con el fallecido o más allá de la sensación de que hubiera sido mejor morirse él mismo en lugar del fallecido.
- Retardo psicomotor importante.
- Alteraciones funcionales graves y prolongadas: pérdida de peso, trastornos del sueño, y dolores inespecíficos.
- Ideación suicida.
- Sentimientos de haber hecho algo que ha provocado la muerte del ser querido.
- Experiencias alucinatorias diferentes a las percepciones transitorias de oír o ver a la persona fallecida.

Los médicos deben determinar cuándo un duelo se ha convertido en patológico y ha evolucionado a un trastorno depresivo mayor. El duelo es un proceso normal, aunque intensamente doloroso que responde bien al apoyo, la comprensión y el paso del tiempo. El trastorno depresivo mayor en cambio, exige la intervención inmediata para impedir futuras complicaciones, como el suicidio.

LA ATENCIÓN A LOS PROCESOS DE DUELO

El duelo por la muerte de un ser querido es una situación no deseada que sumerge a la persona en una importantísima crisis vital, y que como en todas ellas, podrá concluir con su superación y mayor crecimiento personal, o por el contrario debilitarle y predisponerle a todo tipo de crisis y trastornos.

No puede suponerse que todas las personas dispondrán de recursos suficientes para enfrentarse y elaborar adecuadamente una pérdida. Puesto que existen continuas muertes y la mayoría de las personas no consultan por trastornos derivados de ella, parecería lógico suponer que será porque no lo necesitan, luego de ahí se deduce que la tendencia natural del duelo sea hacia su fácil superación, pero esto no es totalmente cierto en un importante número de casos.

Aunque no todo duelo necesita ser atendido, es importante la concienciación de los profesionales en el hecho de que el duelo es una crisis vital con características específicas y que en función de una serie de factores concomitantes puede evolucionar mal, por lo que cada caso que consulte, debería ser evaluado individualmente con cuidado, observando un seguimiento y vigilancia si existieran factores de riesgo.

El profesional de atención primaria puede desempeñar un importante papel en el duelo de esposos, familiares y amigos, en la prevención de algunos duelos patológicos y también en intentar reencauzar duelos que presentan un curso posiblemente desviado.

Según cómo el profesional comunique una “mala noticia”, el duelo subsiguiente podrá verse facilitado en su elaboración o por lo contrario desfavorecido. Cuando se produzca la muerte del paciente, el médico debe invitar a la familia a que manifieste sus sentimientos. Si se inhibe la respuesta emocional, es muy probable que los sentimientos se expresen con más intensidad más adelante. Las manifestaciones del duelo son más favorables si la persona en duelo puede interactuar con los que comprenden o comparten su pérdida.

DUELO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

No todo proceso de duelo implica la indicación de una terapia. Se puede ayudar a los familiares o allegados recomendándoles un tratamiento si se observa que el duelo que atraviesa no es "normal" y que presenta reacciones marcadamente divergentes a la pérdida (por ejemplo en presencia de conductas o intentos de suicidio).

Dentro de una terapia convencional, el terapeuta trabajará intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida. Es muy importante que se le proporcione apoyo emocional a la persona, tanto de parte del terapeuta como de la familia extensa y amigos.

Los tipos de tratamiento recomendados para estos pacientes pueden ser tanto individuales como grupales y grupos de autoayuda.

La terapia grupal permitirá:

- Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico.
- Mejorar la adaptación al medio.
- Aumentar la autoestima.
- Estimular la esperanza.
- Aumentar la auto-eficacia.
- Una visión diferente y positiva de la realidad.
- Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema.
- Enfrentar el duelo, pero en compañía de otros, de los cuales se recibirá apoyo.
- Identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares.
- Estar acompañado y no sentir soledad.
- Reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

El psicólogo o el médico de atención primaria debe centrarse en:

- Acompañar el duelo de los pacientes que lo soliciten o pidan ayuda.
- Atender a la desviación patológica del duelo e intentar intervenir para prevenirla si es previsible; o reencauzarla si ello es posible.
- Atender especialmente a una serie de situaciones en las que es más frecuente la evolución patológica del duelo.
- Poder valorar adecuadamente la posible aparición de psicopatología que precise de la ayuda especializada de los equipos de salud mental.

Como se había mencionado anteriormente no todas las personas en duelo necesitan o solicitan atención. Las personas que viven un proceso de duelo normal rara vez solicitan asistencia psiquiátrica porque aceptan sus reacciones y sus conductas como normales. Por lo tanto el psicólogo o el médico de atención

primaria no debe recomendar de manera rutinaria que la persona en duelo consulte con un psiquiatra, excepto en el caso de que observe reacciones claramente divergentes con el proceso normal.

Especialistas consideran que no es recomendable que se le receten a la persona, solamente, somníferos o sedantes para inducir el sueño, debido a que es necesario que la persona viva el duelo para poder superarlo positivamente.

Se suele solicitar atención profesional del médico de familia para que recete somníferos. En algunos casos, puede estar recomendado el uso de sedantes suaves que induzcan el sueño, pero no suele estar indicado el uso de medicación antidepressiva o de ansiolíticos en el duelo normal. Las personas en duelo deben completar el proceso, por doloroso que sea, para que se produzca una resolución satisfactoria. La administración inadecuada de psicofármacos puede interferir un proceso normal cuyo resultado final es generalmente positivo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Siguiendo la explicación que da Bowlby (1980) a porqué funciona la terapia del duelo, concluimos 3 objetivos de esta:

- 1- Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto.
- 2- Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto.
- 3- Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas.

TAREAS DEL DUELO

- **ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA:** “Enterrar al otro psicológicamente”.
- **ELABORAR EL DOLOR DE LA PERDIDA:** Enfrentar y vivir el dolor: llorar, etc.
- **AJUSTARSE A UN AMBIENTE SIN EL DIFUNTO:** Desarrollo capacidades y roles nuevos.
- **REUBICAR EMOCIONALMENTE AL DIFUNTO Y PROGRESIÓN DE LA VIDA:** Ubicarla en el mundo interno.
- **LA COMPLETACION DEL PROCESO:** Cuando se recupera el interés en la propia vida y se elabora el Futuro.

EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN DUELO PATOLÓGICO

Estamos de acuerdo con Raphael (1977) es dividir el proceso de la terapia del duelo patológico en tres fases:

1ª Alentar al paciente a que hable de las circunstancias que condujeron a la pérdida, su reacción a esta, y el papel que cree que desempeñó en la misma (atribuciones).

2ª Alentar al paciente a que hable de la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos. Se puede utilizar apoyos físicos (fotografías y otros recuerdos) para esta labor.

3ª Una vez que va cediendo la idealización de la relación, se pueden examinar las situaciones relacionales que produjeron cólera, culpa, anhelo, o tristeza inhibida, e introducir alternativas a su conceptualización (diríamos desde un punto de vista más reciente: reatribuciones y construcciones alternativas).

En general el terapeuta puede seguir esta secuencia. Pero Ramsay (1977) ha apuntado una serie de técnicas que pueden contribuir al proceso de "elaboración" del duelo que apuntamos a continuación.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

TÉCNICAS CONDUCTUALES:

Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc) y situaciones ansiógenas externas; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).

- 1- *PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE DOMINIO-AGRADO*: Por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.
- 2- *EXPOSICIÓN SIMBÓLICA*: Por ejemplo ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.
- 3- *EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE REPUESTAS DE EVITACIÓN*: Consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.
- 4- *LA AMPLIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS*: Consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.
- 5- *JUEGO DE ROLES*: Psico-dramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se

puedan experimentar cogniciones y emociones relevante y que han sido evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la gestalt.

TÉCNICAS COGNITIVAS:

Su objetivo es revisar la validez de la cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida; de modo que pueda realizar atribuciones mas ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto.

- 1- *DESCATASTROFIZAR*: Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.
- 2- *REATRIBUCIÓN*: Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas mas plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a internas).
- 3- *AUTOACEPTACIÓN*: Se trabaja con el sujeto sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (p.e agresivos, odio, etc) y se diferencia entre estos y la persona global.

Abordaje terapéutico del duelo patológico

- a. Facilitar el que el paciente hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.
- b. Propiciar la expresión emocional del paciente, siendo frecuente además de las vivencias de tristeza, pesar o desesperación, los sentimientos de hostilidad hacia el fallecido y la cólera hacia el médico o el hospital donde se produjo la muerte del ser querido.
- c. Explicación al enfermo de que los síntomas que padece como: ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por la imagen del difunto, son reacciones normales y que desaparecerán con el paso del tiempo.
- d. Asegurar que aunque inicialmente puede ser necesario que reduzca sus compromisos laborales o sociales, se debe facilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas.
- e. Recomendar el acompañamiento de familiares y amigos y facilitar la realización de las tareas domésticas durante el período inicial.
- f. En las reacciones agudas de duelo, la contemplación del cuerpo de la persona fallecida, evita la cristalización de fantasías, imaginaciones o temores a lo desconocido, ya que para poder iniciar el duelo, muchas personas necesitan la oportunidad de decir "adiós".

Tratamiento psico-farmacológico

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

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

Como antidepresivo de primera elección, recomendamos los I.S.R.S. (paroxetina).

Los fármacos recomendables son los siguientes (Tabla 7.13.):

- Insomnio: Zopiclona o Zolpidem
- Ansiedad: Halazepán o Ketazolán
- Depresión: Paroxetina

CASO CLÍNICO

(Terapeuta: J Rubio, 1994)

Una mujer de 50 años, de nombre Clara, que se atiende en el C-2 de Rancagua. Su hijo había muerto hacía 12 años atrás, en un accidente en la línea férrea, a la edad de 18 años. Después de su muerte, la paciente presentó insomnio con despertar matutino, irritabilidad y aumento de peso, cambios inesperados e inexplicable de la presión arterial, estados disociativos, desmayos, etc... Estos problemas que no habían respondido a un tratamiento intensivo psico-farmacológico, que se había utilizado durante los últimos 10 años. Durante la entrevista de diagnóstico, se descubrió que mantenía la fantasía que su hijo estaba vivo, de viaje, y que pronto regresaría. Había desarrollado diversas rutinas que eran desapercibidas por su familia, tales como mantener la pieza de su hijo tal como la tenía, y se levantaba de noche, desarmaba la cama, y al otro día se levantaba temprano, y se decía... "mi hijo se levantó y se fue a estudiar". Refiere que esto comenzó cuando una persona le dijo que se imaginara que el hijo estaba lejos estudiando o de viaje... El tratamiento supuso primero el convencer de cerrar la pieza de su hijo por un periodo de 4 meses, con la imposibilidad de entrar a ella. Y posteriormente sesiones de exposición en fantasía, a través de técnicas de PNL. Las sesiones consistían en que la paciente imaginaba la pérdida de su hijo, la manipulación de sus pertenencias y la visita a lugares que le recordaban su existencia, y ritos de despedida. La sesión final fue la exposición a la pieza y pertenencia de su hijo. A los diez meses de seguimiento la paciente se encontraba muy mejorada, habiendo subido peso, habiendo desaparecido la mayor parte de la pena mórbida, se había inscrito en diversos clubes, y retomó contacto con una hija que se mantenía lejana, y estableció vínculo con sus nietos. Además disminuyeron significativamente las crisis hipertensivas, mejorando su calidad de vida.

Bibliografía

- Bourgeois, M.L. Le Deuil Clinique Pathology. Press Universitaire de France, 1996.
- Bowlby J. Process of mourning. Int J Psychoanal 1961; 42: 317-328.
- Bowlby, John (1993): "La pérdida afectiva: tristeza y depresión". España, Paidós.
- Brothers, J. Vivir sin él: como superar el drama de la viudedad. Grijalbo, 1992.
- CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid. 1992.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Ed. Masson, Barcelona. 2002.
- Freud, Sigmund (1996): "Obras completas". Tomo XIV, "Duelo y melancolía". Buenos Aires, Amorrortu.
- Fuente: El Dr. Julio Villena Aragón es psicoanalista, miembro de la William Alanson White Psychoanalytic Society de New York, Director del Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo de Buenos Aires, Jefe del Instituto Lanari.
- Grimberg, León (1994): "Culpa y depresión: estudio psicoanalítico". Madrid, Alianza.
- Kaplan H, Sadock B. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana S.A. 8a edición. Madrid. 1999: 78-83.
- Kubler Ross G. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, Grijalvo, 1969.
- Laplanche, J., Pontalis (1993): "Diccionario de Psicoanálisis". Barcelona, Labor.
- Lee, C. La muerte de los seres queridos: como afrontarla y superarla. Plaza & Janés, 1995.
- Macías Fernández, J.A. y cols. Perfil clínico del paciente con reacción de duelo. En: Informaciones Psiquiátricas, nº 146.
- Macías Fernández, José Ángel; y Parrado Prieto, Carmen (2000). Reacción de duelo
- Olmeda MS. Evolución del duelo. En: Olmeda M.S. El duelo y el pensamiento mágico. Ed. Master Line, S.L. Madrid, 1998: 109-136.
- Olmeda MS. La terapia en el duelo. En: Olmeda M.S. El duelo y el pensamiento mágico. Ed. Master Line, S.L. Madrid, 1998: 155-174.
- Ruiz Sánchez, Juan José; y Cano Sánchez, Justo José (2002), Manual De Psicoterapia Cognitiva. Iv. Aplicaciones Clínicas: Elementos Básicos. 11. Tratamiento del Duelo Patológico
- Tizón García J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 1998: 519-540.
- Villena Aragón, Julio (1996): "Psicoanálisis contemporáneo: mitos – creencias – hipótesis - conocimientos". Argentina, Biblioteca de psicoanálisis contemporáneo.
- Villena Aragón, Julio (2003). El Duelo