

EL DUELO: UNA REVISIÓN

Sólo el corazón con su pluma podría expresar todo lo que yo
siento por él, mi gran amor, mi vida.
Nela, febrero de 1998. Houston.

El término duelo¹ o proceso de duelo es objeto de estudio por distintos motivos: En primer lugar, funciona como discurso científico y del habla profana. En segundo lugar, su definición tan amplia constituye tanto elementos de debilidad como de fortaleza, al no quedar nunca plenamente agotado su significado, pudiéndose emplear en gran variedad de contextos. Comparte polisemia con el concepto pérdida² y trae connotaciones de “dolor”, que aluden a una familia de constructos tales como: luto³, aflicción⁴ y pena. Se asocia generalmente con la salud y la psicología, lo cual ha incidido en el diseño de instrumentos psicométricos para su medida, haciéndolo alejarse de ser estudiado por disciplinas de las ciencias sociales.

En las definiciones de duelo, son destacables los aspectos que reconocen en él su factor subjetivo, puesto que lo que interesa es la percepción individual, familiar o social, ya sea ocasionado o no por condiciones objetivas -pérdida de un hijo o familiar, etc.- o razones subjetivas tales como pérdidas de origen simbólico.

El constructo duelo es multidimensional e incluye normas o estándares, expectativas, posición en la sociedad, ideologías religiosas o estéticas, posicionamiento ante el mundo, etc., y permite aludir a dimensiones positivas y negativas del mismo, aunque quienes lo viven se centran fundamentalmente en la ausencia del ser querido.

La aflicción, la pérdida y la resolución⁵ son independientes en el sentido conceptual aunque no lo son en el sentido temporal cuando nos acercamos a quienes lo viven.

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

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

La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. [...] El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior -en todo lo que no recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor -en remplazo, se diría, del llorado-, el extrañamiento respecto de

¹ Duelo. (Del lat. *dölus*, por dolor). 1. m. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2. m. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. m. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales. 4. m. Fatiga, trabajo. U. m. en pl. (Según el Diccionario de la Lengua española en su 22ª edición.)

² La pérdida se refiere a la separación de una parte de la propia vida con la cual se tiene un vínculo emocional.

³ Entendemos el luto como un proceso conductual mediante el cual el duelo es eventualmente resuelto y alterado, influido por la cultura y la costumbre.

⁴ La aflicción alude a las complejas relaciones emocionales, cognitivas y perceptuales que acompañan a la pérdida, es factible suponer una variedad de trayectorias y expresiones cuyo carácter puede moldearse en función de la naturaleza e intensidad de las pérdidas que se experimentan. Varía en cuanto a la forma. Intensidad y duración (Corless, I.; Germino, B. B.; Pittman, M. A., 2005: 203, 209).

⁵ Es el componente final de sobrevivir la muerte de un ser querido.

cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. [...] como en el caso del duelo, un proceso lento que avanza poco a poco. ¿Comienza al mismo tiempo en varios lugares o implica alguna secuencia determinada? No es fácil discernirlo; en los análisis puede comprobarse a menudo que ora este, ora este otro recuerdo son activados, y que esas quejas monocordes, fatigantes por su monotonía, provienen empero en cada caso de una diversa raíz inconciente. Si el objeto no tiene para el yo una importancia tan grande, una importancia reforzada por millares de lazos, tampoco es apto para causarle un duelo o una melancolía. Ese carácter, la ejecución pieza por pieza del desasimiento de la libido, es por tanto adscribible a la melancolía de igual modo que al duelo; probablemente se apoya en las mismas proporciones económicas y sirve a idénticas tendencias.

El duelo normal, también conocido como el “*dolor sin complicaciones*”, abarca una amplia gama de sentimientos y comportamientos que son comunes después de una pérdida. Uno de los primeros intentos por mirar las reacciones de duelo normal en cualquier forma sistemática fue realizado por Lindemann (1944), cuando era jefe de psiquiatría del Hospital General de Massachusetts. Trabajó junto a sus colegas con los miembros de familias que habían perdido seres queridos en la tragedia de Coconut Grove, en el área de Boston, en la que, tras un incendio, cerca de 500 personas perdieron la vida. De sus observaciones con 101 pacientes, escribió su clásico “*la sintomatología y la gestión de la pena aguda*” (1944), en él, descubre un patrón similar en el duelo, describiendo las siguientes características patognomónicas de un duelo normal o agudo: 1. Respuestas somáticas o de angustia de algún tipo; 2. Preocupación por la imagen de la persona fallecida; 3. La culpa en relación con el fallecido o las circunstancias de la muerte; 4. Reacciones hostiles y 5. La incapacidad de funcionar como lo había hecho antes de la pérdida.

Además de éstas, describió una sexta característica, mostrada por muchos pacientes que parecían desarrollar algunos comportamientos semejantes a los que tuvieron sus seres queridos fallecidos.

Algunas de las limitaciones del estudio de Lindemann, fueron descritas por Parkes (2001), quien señala que Lindemann no muestra la frecuencia relativa de los síndromes descritos, ni menciona cuántas entrevistas realizó a los pacientes, ni cuánto tiempo había pasado entre las entrevistas y la fecha de la pérdida, sin embargo, todavía en nuestros días, su estudio sigue siendo muy citado e importante para quienes profundizan en el entendimiento del duelo. Incluso Worden (2009: 18), refiere al respecto, que aún en la actualidad, sesenta años después, los deudos que atiende en el Massachusetts General Hospital presentan comportamientos muy similares a los descritos por Lindemann, a lo que suma, que un número importante de personas sometidas a una reacción de dolor agudo, presenta una lista extensa y variada de comportamientos normales de pena, que él agrupa en cuatro categorías generales: los sentimientos, las sensaciones físicas, las cogniciones y los comportamientos.

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

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

Los antropólogos sociales y culturales centran sus estudios fundamentalmente en la variedad de rituales prescritos, más que en las respuestas emocionales de los deudos.

*Incluso en los pueblos más primitivos, la actitud frente a la muerte es infinitamente más compleja y más similar a la nuestra de lo que por lo general se supone... Los familiares más cercanos se sienten conmovidos en lo más hondo de su vida emocional (Malinowski. *Magia, Ciencia y Religión.*)*

Desde la realidad de que “*hay muy pocos rasgos o prácticas universales comunes a todas las sociedades humanas*” tal como refiere Gorer (1973: 23-24):

Todas las sociedades humanas estudiadas hablan un idioma, conservan el fuego y cuentan con algún tipo de instrumento cortante; todas ellas organizan en los sistemas de parentesco los vínculos biológicos de progenitores, vástagos y descendencia; todas las sociedades tienen alguna forma de división del trabajo basada en la edad y el sexo; todas ellas tienen prohibiciones con respecto al incesto y normas que regulan la conducta sexual, que definen los matrimonios adecuados y legitimizan la descendencia, y todas las sociedades tienen reglas y rituales con respecto al tratamiento de los muertos y la conducta adecuada de los deudos.

En la actualidad (tabla 1), siguen siendo muchos los profesionales que ven el duelo como un proceso configurado por etapas, una secuencia enumerada de las mismas que, según sus autores pueden llegar a ser de 3 a 5, lo cual aporta una dificultad a la hora del entendimiento de quienes viven el duelo, pues ellos no pasan por etapas de forma habitual. Existe además una tendencia en los neófitos que estudian el duelo en tomarse las etapas demasiado literalmente. Un ejemplo de ello es la literalidad en la manera en que la gente respondió al entendimiento de las etapas del morir del trabajo de Kübler-Ross.

Autores	Año	Etapas
Lindemann	1944	1. Shock/incrédulidad, 2. Aflicción aguda, 3. Reanudación de la vida diaria, 4. Disminución de la imagen de estar muerto.
Engel	1964	1. Conmoción inicial e incredulidad, 2. Conocimiento y cólera, 3. Aceptación.
Kübler-Ross	1970	1. Negación y aislamiento, 2. Rabia, 3. Negociación, 4. Depresión, 5. Aceptación.
Parkes	1976	1. Desconcierto y embotamiento, 2. Anhelos y búsqueda de la pérdida, 3. Desorganización y desesperación, 4. Reorganización y recuperación.
Horowitz	1976	1. Protesta, negación, 2. Intrusión, 3. Obtención, 4. Conclusión
Schulz	1978	1. Inicial, 2. Intermedia, 3. Recuperación
Davidson	1979	1. Incapacidad para sentir, 2. Búsqueda del otro y anhelo, 3. Desorientación, confusión, pérdida de referentes, 4. Reorganización.
Bowlby	1980	1. Embotamiento, 2. Anhelos y búsqueda, 3. Desorganización y desesperanza, 4. Reorganización.
Backer y otros	1982	1. Ansiedad, 2. Ira y culpabilidad, 3. Desorganización.
Martocchio	1985	1. Shock e incredulidad, 2. Anhelos y protesta, 3. Angustia, desorganización y desesperación, 4. Identificación, 5. Reorganización y restitución.
Delisle-Lapierre	1984	1. Crítica, 2. Crucial, 3. Creadora.
Clark	1984	1. Negación e incredulidad, 2. Aceptación creciente de la pérdida, 3. Restitución y recuperación
D'Angelico	1990	1. Shock / negación, 2. Ira / depresión, 3. Comprensión / aceptación.
Worden	1997	1. Aceptar la realidad de la pérdida, 2. Experimentar el dolor/ la pena del duelo, 3. Adaptarse a un medio en el que el difunto está ausente, 4. Retirar la energía emocional de la relación con el difunto e invertirla en relaciones vivas con los demás.

Tabla 1. Teóricos del duelo y etapas que asignan al mismo.

Tras la publicación de su libro *On Death and Dying* (1969), mucha gente esperaba que los pacientes moribundos pasaran por las etapas que figuran en su estudio y que daban al proceso el orden deseado. Algunos se sintieron decepcionados si el paciente se saltaba una etapa, incluso les corregían orientándolo a que pasara por éstas. De igual modo, sus etapas sobre el morir se han utilizado también para describir el proceso de duelo con las mismas limitaciones (Maciejewski, Zhang, Block y Prigerson, 2007).

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

Otros autores han optado por el establecimiento de fases; un enfoque alternativo que ha sido utilizado por Parkes (1996), Bowlby (1993, 1997, 1998), Sanders (1989, 1999) y otros. Parkes (1996), definió cuatro fases en el proceso de duelo: Fase I, es el período de adormecimiento o entumecimiento que se produce cerca del momento de la pérdida y que experimentan la mayoría de sobrevivientes, tras el cual, la persona pasa a través de la fase II, la fase de anhelo, en la que suspira por la pérdida, deseando el retorno del ser querido. Para el autor, la ira juega un papel importante en esta fase. En la fase III, la fase de desorganización y de desesperación, la persona en duelo tiene dificultades para relacionarse con su medio y por último, la persona entra en la fase IV, de reorganización de la conducta y empieza a salir adelante (Parkes, 1972, 2001, 2006).

Bowlby ([1980] 1997), cuyo trabajo e intereses coinciden con los de Parkes, reforzó la idea de las fases y plantea que el doliente debe pasar por una serie similar de fases antes de que el duelo sea finalmente resuelto.

Sanders (1989, 1999), también utilizó la idea de las fases para describir el proceso de duelo en cinco fases: 1. Shock, 2. Pérdida de la conciencia, 3. Retirada de conservación, 4. Curación y 5. Renovación.

La consideración de etapas o fases implica que el doliente debe pasar a través de ellas y, por tanto, en cierto modo desempeña un papel pasivo; mientras que el concepto de tareas es mucho más acorde con el concepto freudiano de trabajo de duelo, pues implica que el doliente necesita tomar acción y hacer algo. Es decir, el duelo puede ser influido mediante intervenciones externas. En otras palabras, el doliente puede ver las etapas o fases como algo por lo que se pasa, mientras que el enfoque por tareas puede darle al doliente, en cierto modo, la sensación de influencia y la esperanza de que hay algo que él o ella puede hacer activamente para adaptarse a la muerte de un ser querido.

Ciertamente, el duelo necesita de tiempo. La frase tan manida de “el tiempo lo cura todo” es cierta; pero también es verdad y es más importante, lo que hacen los dolientes en “su tiempo”. La idea de que el duelo crea las tareas que deben llevarse a cabo, aunque pueda resultar abrumador para la persona en medio de su dolor, puede ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo. El que haya un camino a través del duelo, puede ser un antídoto poderoso frente a los sentimientos de impotencia que viven la mayoría de los dolientes por la pérdida de un ser querido.

A su vez, el crecimiento y el desarrollo humano pueden ser vistos como influidos por diversas tareas y, de igual modo, el duelo -la adaptación a la pérdida- puede considerarse como un conjunto de las cuatro tareas, tal como establece Worden (2009: 38-39) (tabla 2), aunque no

necesariamente abordadas con un orden específico, que requieren de un esfuerzo en el entendimiento desde la realidad de que no todos experimentamos la pérdida y los retos de estas tareas en la misma forma. El duelo se considera un proceso cognitivo y de confrontación con la reestructuración de pensamientos sobre el difunto y la experiencia de la pérdida, debido a que el mundo en el que tienen que vivir los dolientes ha cambiado (Stroebe, 1992-1993).

J. William Worden	Thomas Attig
1ª tarea: Aceptar la realidad de la pérdida.	Faceta <i>intelectual y espiritual</i> de nuestro afrontamiento activo.
2ª tarea: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.	Faceta <i>emocional y psicológica</i> de nuestro afrontamiento activo.
3ª tarea: Adaptarse a un medio donde el difunto está ausente.	Faceta <i>conductual</i> de nuestro afrontamiento activo.
4ª tarea: Recolocar emocionalmente al ser querido	Faceta <i>social</i> de nuestro afrontamiento activo.

Tabla 2. Paralelismo entre las tareas de Worden y las facetas de afrontamiento activo de Attig

El profundo y duradero impacto que puede ocasionar la pérdida de los seres queridos en las vidas de los individuos y grupos sociales, es señal de la importancia del tema que nos trae y del protagonismo que ha de cobrar su estudio y la investigación e intervención desde las distintas disciplinas sociales y médicas, en lo relativo a los discursos en torno a la pérdida, el duelo y la muerte. El paradigma del positivismo, da prioridad a los métodos cuantitativos frente a las experiencias subjetivas de los individuos y de los significados que dan a sí mismos, a sus vidas y al mundo. Al elaborar experiencias y respuestas de lo privado sin tener en cuenta el mundo social y partir de formas psicológicas establecidas “del afligirse normal y sano”.

El discurso moderno se basa en las experiencias de lo privado (Hockey, 1996), que requiere para su entendimiento aproximaciones cualitativas al encuentro con el otro, activo y empático (Bradbury, 1999: 26) lo cual permite desarrollar trabajos delicados, cargados de significados elaborados desde la complejidad del ser humano en sus relaciones, intersubjetividad, interpretaciones y narrativas de vida.

El interés del tema, rebasa ampliamente el campo de la Salud Mental y afecta a todo el ámbito sociocultural que intenta dar respuesta a las preguntas que se plantean los dolientes, bien expresadas en boca de Raquel días después de la muerte por suicidio de su padre: “¿Cómo se puede vivir sin alguien que uno amaba tanto? ¿Se puede... no?”.

La actitud de las sociedades ante la muerte y la pérdida de los seres queridos es uno de los elementos claves del desarrollo de las manifestaciones culturales y el arte, pero mientras nuestro sistema de enseñanza ofrece cursos, seminarios y cursillos que nos preparan ante cualquier situación: desde hacer un pastel, hasta tocar el violín o escalar una montaña, sin embargo, de modo sorprendente nos encontramos con que no existe nada que nos enseñe a afrontar una experiencia tan devastadora como es la muerte de un ser querido.

Desde una perspectiva interdisciplinaria amplia, los fenómenos de la pérdida, de la pena y del duelo están atravesados por múltiples significados. Aunque a un cierto nivel las reacciones humanas del duelo se basan en la historia evolutiva compartida con otros animales sociales, la propensión humana, que nos distingue, construye un universo simbólico sobrepuesto a uno natural al que atribuye significados que conforman nuestra adaptación a la muerte y a la pérdida de una forma humana única. Siendo nuestro gran reto, ser capaces de comprender *sociológicamente* la respuesta humana a la pérdida desde el reconocimiento del rol del ritual, de la cultura local y del discurso que le atribuye significados, *psicológicamente* considerando el

duelo como un esfuerzo para renegociar una autonarrativa coherente que adapte las transiciones dolorosas, tanto si son normativas como traumáticas, y *psiquiátricamente*, revisando las pruebas de que un duelo complicado constituye un diagnóstico diferente al cual las personas con historias problemáticas de apego pueden ser particularmente vulnerables. La gran capacidad de los humanos de crecer a través del duelo, y de reafirmar o revisar los mundos de creencias que la pérdida ha puesto en peligro es también, sin lugar a dudas, un área nunca suficientemente explorada y de necesario entendimiento.

Implícitamente se encuentra una visión expandida del concepto de significado, que trasciende el discurso muchas veces limitado que lo equipara a las “cogniciones” en las mentes de los individuos (Neimeyer, 2000), y a pesar de que el significado muchas veces se enfoca en términos de interpretación, creencias o autoafirmaciones, la conciencia individual representa simplemente un sitio para la construcción del significado, que también reside y deriva del lenguaje, las prácticas culturales, las tradiciones espirituales, y las conversaciones interpersonales, todas las cuales interactúan para moldear y formar el proceso del duelo para un individuo o grupo determinado. Una implicación de este punto de vista del significado más “socializado” es incluso aquello que parece irreductiblemente personal -es decir, nuestros “modelos operativos” implícitos del *self*⁶ y del mundo, anclados en nuestros lazos de apego con las personas importantes para nosotros. Por eso, el significado de cualquier pérdida sólo puede entenderse con el trasfondo de los factores evolutivos, sociales o culturales que son irreductibles a los significados explícitos de la persona en duelo. Esperamos que el lector comparta nuestra opinión por esta matriz de significado, y que se una a nosotros en la búsqueda de la comprensión del rol del duelo, entendido no como un impedimento sino como un incentivo al crecimiento humano y a la realización.

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

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

Los investigadores del proceso del duelo, han estudiado muchas cuestiones: la descripción y explicaciones sociológicas, los rasgos clínicos de las reacciones “normales” y “anormales” en las diferentes edades, el sexo y las culturas, los programas de prevención, la relación entre el duelo y otras clases de pérdida, así como las diversas formas culturales del luto. Por todo ello partimos de una inmensa madeja de información disponible, de la cual vamos a extraer diversos aspectos y a la luz de las conclusiones de las investigaciones de los últimos veinticinco años.

Cuando hablamos de *duelo* nos referiremos a la respuesta total a la experiencia emocional de la pérdida que se manifiesta no sólo a través de pensamientos sino de sentimientos y conductas siendo las formas culturales e institucionales que puede adoptarse diversas, y que en su conjunto denominamos luto. Al mencionar pérdida estamos aludiendo a una situación real o

⁶ El término inglés *self* tiene varias acepciones en el idioma español: “Sí mismo”, “auto”. El espectro semántico es amplio y difícilmente traducible, por lo que preferimos dejarlo en inglés (Nota del autor).

potencial - en la cual una persona o familia experimenta una respuesta humana natural que abarca reacciones psicosociales y psicológicas, ante la pérdida real o subjetiva (de una persona, objeto, función, posición social, relación) (Carpenito, 2002: 314). De igual manera el término congoja, así como pena y dolor, se refiere exclusivamente a las respuestas subjetivas ante la pérdida y sus manifestaciones.

Modelos generales en torno al duelo

Mi madre me contó que yo lloré en su vientre.
A ella le dijeron, tendrá suerte.
Alguien me habló todos los días de mi vida
al oído, despacio, lentamente.
Me dijo: ¡vive, vive, vive!
Era la muerte.
Jaime Sabines. *Del mito*. Recuento de poemas 1950-1993: 54.

La pérdida de una relación de apego íntima a causa de la muerte supone un profundo desafío a nuestra adaptación como seres humanos. En parte, como expresión de la herencia evolutiva compartida con otros animales sociales, respondemos a esta separación, con un conjunto de reacciones entremezcladas, que incluyen: llorar, desorientación conductual y anhelo por la figura de apego perdida (Bowlby, 1973). Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como la falta de respiración, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, polaquiuria, trastornos digestivos y sensación de asfixia (Rando, 1995). Unidas a otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular y el insomnio, las respuestas pueden entenderse como un patrón afín a la respuesta del estrés de separación (Parkes, 1996). A pesar de que la investigación longitudinal a gran escala indica que la mayoría de las personas que han perdido a alguien se enfrentan eficazmente a estos síntomas agudos de malestar (McCrae y Costa, 1993), un 40% de las personas investigadas, muestra signos prolongados de trastornos neuroendocrinos y dificultades para dormir (Hall e Irwin, 2001), así como síndromes de pánico o ansiedad diagnosticables durante el primer año de la pérdida (Jacobs, 1993). Por eso, el impacto biológico básico de la pérdida puede ser profundo, y para una gran mayoría, prolongado.

Los primeros estudios sobre el duelo partieron de abordajes psicoanalíticos y en su evolución incorporaron numerosos aspectos e investigaciones en series de pacientes. Muchos trabajos profundizan en la clínica del duelo, repasan las aportaciones psicoanalíticas fenomenológicas, y los estudios más importantes de casos de pacientes presentan resultados de la aplicación de protocolos a una población determinada afectada por la pérdida: estudios de corte retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas.

Dentro de las aportaciones psicoanalíticas conviene recordar algunos elementos básicos. Sigmund Freud (1917 [1915]) señaló ya las características clínicas frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces. Para él, el trabajo del duelo consiste en aceptar la realidad de la pérdida e ir desligando la libido del objeto perdido: La melancolía, como consecuencia de una pérdida de objeto, según Freud sustraída a la conciencia, conduce a un gran empobrecimiento del Yo, en relación con el predominio de elección del objeto de tipo narcisista. Otros autores psicoanalíticos como Fenichel (1994: 437-457) señalaron el papel que la ambivalencia con relación al objeto perdido puede estar en la génesis del duelo patológico, mientras Grinberg postula que toda pérdida objetual presupone para el inconsciente una pérdida de la parte de Yo ligada al objeto; a partir de las ideas de Klein (1989: 310-346), quien distingue dos tipos de culpa: culpa depresiva en la que predominan la reparación, la pena y la

preocupación por el objeto, que son propios del duelo normal, y la culpa persecutoria vinculada a componentes destructivos, en la que predominan el resentimiento y el autorreproche, que se manifiesta más en los duelos patológicos. Grinberg señala la importancia de la readaptación del Yo frente a la realidad, tras la aceptación de la pérdida, y el papel de los mecanismos de identificación en el restablecimiento interior de la imagen del objeto perdido. Incide en la importancia de realizar el duelo por las partes perdidas del *self* para poder elaborar el duelo por los objetos. En definitiva, la relación de la identidad con la elaboración de los duelos y la necesidad de cierta estabilidad para la resolución de las crisis.

En la *teoría psicodinámica*, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto percibido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal y predecible que tiende a evolucionar favorablemente en circunstancias normales no siendo necesaria, en esos casos, la intervención terapéutica. Cuando este proceso no ocurre, los sentimientos negativos respecto al fallecido o la pérdida se manifiestan en forma de autorreproche o culpabilidad (Barreto y Soler, 2007: 23-24).

En la consideración freudiana, el dolor del duelo no es un dolor narcisista sino un dolor psíquico necesario para la maduración, en palabras de Lemoine y Lemoine (1980) “*el duelo es hacer las paces con el muerto, lo cual supone la pérdida de alguien para el que somos objeto de su deseo*”.

El duelo normal, como reacción emocional ante la pérdida de un ser querido 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 lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideran anormales por sus manifestaciones o contenidos. Se le atribuyen síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficits funcionales ni de inhibición psicomotora. Por lo que presenta múltiples aspectos para la reflexión y la investigación clínica, siendo frecuente en las tareas asistenciales, ya sea como motivo de consulta, desencadenante o factor relacionado con la psicopatología que emerge en la historia biográfica o en las intervenciones psicoterapéuticas.

El *modelo médico* plantea el proceso de duelo como una enfermedad o posible disfunción psiquiátrica. Por tanto, sería una desviación del estado de salud y del bienestar al considerar la pérdida de un ser querido tan traumática como puede ser el hecho de hacerse una herida o quemarse. Se asocia a problemas de salud tan prevalentes como la depresión (Harlow y otros, 1991), ansiedad (Parkes, 1991; Jacobs y colaboradores, 1991), abuso de alcohol y uso de fármacos (Parkes, 1964; 1991); a un aumento de la mortalidad (durante el primer año del proceso) por eventos cardíacos y suicidio (Kaprio y col. 1987); y a una mayor utilización de recursos sanitarios (Parkes, 1964; Tudiver y col., 1995).

Para la comprensión clínica del proceso de duelo debe tenerse en cuenta que la muerte y las reacciones en torno a ella comportan aspectos ritualizados, de modo que la palabra duelo se aplique también al grupo o cortejo de personas que despiden al difunto y acompañan a sus seres queridos más cercanos. Pudiendo cumplir una función de apoyo, ayuda a la expresión de la pena, evocación de recuerdos, recapitulación, idealización o reconciliación con el fallecido tal como refiere Worden (1997: 27-36).

Concebimos para un mayor entendimiento de la variedad de pérdidas en nuestra vida la imagen de una rueda que circula desde nuestro nacimiento hasta nuestra vejez, en esa dinámica universal y constitutiva de la vida, que distribuye las pérdidas en dos grandes grupos: Las reales, que pueden ser verificadas por otros y, las sentidas o percibidas que son experimentadas por una persona pero no son verificadas por los demás. Pudiendo ambas ser anticipadas, es decir ser experimentadas antes de que la pérdida se produzca en realidad. Situaciones comunes que

pueden contribuir al sentimiento de la pérdida y que para un mejor entendimiento agrupamos en cuatro categorías de factores: *Fisiopatológicos* (biológicos o psicológicos), relacionada con los tratamientos médicos, las *situaciones* (personales y ambientales), y los de *maduración* del individuo (atribuidos al envejecimiento) (Carpenito, 2002: 314).

En la *teoría del estrés*, el duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se insiste en la relevancia de las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunitario y en la necesidad de estudiarlas. Algunos estudios han demostrado que el estrés producido por el duelo, altera entre otras, la respuesta inmunológica de los linfocitos T y B, los granulocitos, los macrófagos y las células “natural killer”, además del funcionamiento neuroendocrino, afectando al estado de salud del superviviente (Hall e Irwing, 2001).

La *perspectiva funcional*, tal como refieren Bonanno y Keltner (1997), considera que las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones consideradas negativas y positivas (Barreto y Soler, 2007: 25).

Por muy graves que sean las respuestas psicofisiológicas a la pérdida, sus efectos devastadores sólo se pueden apreciar si se presta el mismo grado de atención a los niveles humanos diferenciados de ruptura y de readaptación de la experiencia. Este enfoque más amplio, reorienta la atención de los *síntomas* y su *significado*, de las reacciones biológicas básicas a las psicológicas más sutiles pudiéndose considerar *que los individuos que han sufrido una pérdida intentan afirmar o reconstruir un mundo personal de significado que ha sido puesto a prueba por una pérdida* (Neimeyer, 2002). Este cambio constructivista, evidente a lo largo de los desarrollos más avanzados de la teoría, investigación y práctica del duelo (Neimeyer, 2001) enfatiza la tendencia humana general a organizar la experiencia de forma narrativa, que construye explicaciones que “den sentido” a las transiciones problemáticas de nuestras vidas enmarcadas en una estructura llena de significado (Neimeyer y Levitt, 2001). Las grandes pérdidas, sin embargo, dificultan los esfuerzos por mantener una auto-narrativa coherente, ya que las personas significativas de quien dependían nuestras vidas han desaparecido, provocando una revisión substancial de los objetivos de nuestra vida a corto y largo plazo en la medida en que nuestras vidas deben ser capaces de conseguir un cierto grado de predictibilidad para mantener la dirección deseada.

La pérdida de aquellas personas, que han sido testigos íntimos de nuestro pasado, pareja, padres, abuelos, hermanos o amigos de años, pueden minar incluso nuestra autodefinición más básica, ya que nadie ocupa ahora, respecto a nosotros, la posición relacional especial necesaria para hacer surgir y validar el fondo único de recuerdos compartidos que sostienen el significado de lo que hemos sido. Por eso, la muerte de la pareja en el momento de la jubilación, quizás después de un período prolongado de cuidados debido a una enfermedad crónica, enfrenta a la pareja a mucho más que a los síntomas de ansiedad provocados por la separación, a pesar de lo importante que puedan ser éstos. Esta forma relativamente normativa de pérdida también introduce la necesidad de reorganizar la estructura diaria de la vida del superviviente, abandonar los planes que habían elaborado conjuntamente para la jubilación, que prometían estructurar los capítulos restantes de la vida narrativa compartida, y conseguir una nueva validación social de la caracterización del superviviente que va más allá de la relación de rol marital. De igual modo, el adulto que pierde el último progenitor puede experimentar una sensación sutil de discontinuidad de su propia identidad, que estaba anclada en una única historia relacional, al mismo tiempo que necesita integrar la conciencia de que es la “próxima generación” que morirá. En estos y otros sentidos, la pérdida nos lleva al “reaprendizaje del *self*” y al “reaprendizaje del mundo” (Attig, 1996).

Cada persona siente el duelo según su idiosincrasia, personalidad y recursos personales. Es evidente que la gama del pesar, su intensidad y su duración varían según la personalidad de cada uno. Sin embargo, emergen algunos modelos generales que revelan entendimientos distintos de tal experiencia (tabla 3). Considerar la muerte como una simple crisis puede hacer creer a los profesionales y cuidadores erróneamente que una intervención a corto plazo dará resultados positivos en el caso de la experiencia de duelo, sin embargo, es complejo e intensamente emotivo el enfrentamiento a la pérdida de un ser querido y por ello esta no debería ser excesivamente minimizada.

Modelos en torno al proceso de duelo		
Modelos	Submodelos	Autores
Modelos psicoanalíticos	Freudiano Freudiano contemporáneo Kleiniano	Sigmund Freud A. Freud y otros analistas K. Abraham y M. Klein
Modelos psicosociales	De base clínica Como proceso adaptativo Como transición psicosocial	E. Lindemann; E. Kübler-Ross G. Pollock, J. Bowlby; DSM-IV G. Caplan; J.L. Tizón
Modelos cognitivos	Como cumplimiento de tareas Como facetas	G. Pollock; J. W. Worden; T.A. Rando; M Cleiren; G.M. Humphrey; G.;Zimpfer; T. Attig
Modelos mixtos: bio-psico-sociales (de base psicoanalítica)	Como adquisición ante la pérdida Como alteración del desarrollo psicosocial	J. Bowlby E. Ericsson, D. Meltzer, J. L. Tizón
Modelos sociológicos - psico-culturales	Marcos culturales y sociales	J. W. Nadeau; M. Stroebe y H. Schut; P. Rosenblatt; R. A. Neimeyer

Tabla 3. Modelos de entendimiento del proceso de duelo.

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

El proceso de duelo, frecuentemente descrito como restaurativo, se ha referido principalmente a un proceso que cursa con tres fases con semejantes inicios y finales, en el que “el trabajo del duelo” progresa según la mayoría de los autores en un periodo que oscila de seis meses a dos años (Bowlby, 1961, 1976, 1980; Brown y Stoudemire, 1983; Engel 1964, 1980-81, 1981; Lindemann 1944, 1976; Parkes 1970, 1971; Clark 1984; D’Angelico 1990).

Cada uno de estos modelos, explicitan además *fases típicas de respuestas afectivas* en el proceso del duelo, bien es cierto, que durante este se produce un reagrupamiento de estados intelectuales y afectivos de diversa duración que sobrevienen en un momento propicio para luchar contra el derrumbamiento de la personalidad del individuo y de su filosofía de vida. Pero de ahí a determinar que sean cuatro, cinco o siete los estadios y que se den en el orden establecido o cualquier otro, por mucho que se les tache de universal, hace que nos mostremos en desacuerdo además de considerar que ello en ocasiones puede aportar dificultades comprensivas del proceso de duelo en lugar de facilitarlos. Dicho planteamiento, de estos modelos descriptivos no debe confundirnos y hacernos creer a las personas que han perdido a un

ser querido pasan por dichas fases. La idea básica es que el dolor no se acomoda a un sistema preestablecido.

Nosotros somos más partidarios de hablar de estados emocionales y emociones puntuales que acontecen en el proceso personal desde que se produce el dolor por la pérdida o la “herida emocional”, hasta que se cicatriza o se restablece dicha herida. Es importante que sepamos que nuestro modo de aceptar o experimentar una pena tiene bastante en común con el de otras

Manifestaciones del duelo en adultos			
Cognitivas	Físicas Síntomas de separación	Conductas	Lesiones de la pérdida
Incredulidad Confusión	Reacción simpática al estrés	Aislamiento social	Enfermedades cardiovasculares
Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes relacionadas con el difunto	Aumento de la morbimortalidad Sensaciones en el estómago y de vacío Respiración entrecortada	Hiperactividad desasosegada	(infarto de miocardio, fallo cardiaco congestivo)
Irrealidad (extrañeza ante el mundo)	Sequedad de boca Taquicardia (pulso irregular, acelerado)	Conducta distraída. Hipoactividad	Alteración de la función inmunitaria, con riesgo de infecciones y cáncer
Vivencia de abandono de la sociedad	Hipersensibilidad a ruidos	Buscar, llamar o hablar con el fallecido	
Añoranza	Desasosiego Alteraciones del sueño (insomnio)	Conductas impulsivas y dañinas para la salud	Cirrosis hepática, por ingesta abusiva de alcohol
Insensibilidad	Dolor de cabeza		
Sensación de presencia del fallecido	Astenia y debilidad	Visitar lugares que frecuentaban con el fallecido	
Dificultades de atención, concentración y memoria	Opresión en el pecho y la garganta	Suspirar y llorar	Suicidio
Desinterés	Trastornos alimentarios		
Obsesión por recuperar al ser querido	Palpitaciones Sensación de ahogo. Ansiedad y pánico	Usar ropas y atesorar objetos que recuerdan o pertenecían al fallecido	
Ideas de culpa y autorreproche	Problemas digestivos	Evitar recuerdos del fallecido	
	Sudores, orinar con frecuencia		
Alucinaciones: visuales, auditivas, táctiles	Mayor tensión muscular	Soñar con el fallecido	
Liberación	“Punzadas” de dolor en las semanas posteriores		
Búsqueda de sentido y/o cuestionamiento religioso	Anhelo y búsqueda Depresión		

Tabla 4. Manifestaciones del duelo en adultos.

personas, y también, que revela mucho de nosotros mismos y de nuestras relaciones, lo cual facilita la comprensión incluida por algunos teóricos de las formas de sintomatología usual del duelo tales como: Arrebatos de dolor, depresión pensamientos suicidas, angustia, estar absorto con imágenes del difunto, alucinaciones de todo tipo (visuales, auditivas), aislamiento

emocional, inestabilidad anímica, cólera, llanto, etc., en sus fases respectivas como progresión natural del duelo (tabla 4).

El *modelo de proceso dual*, es un modelo reciente en el entendimiento del proceso de duelo (Stroebe y Schut, 1999, 2001a, 2001b), que sugiere una forma fluctuante y dinámica, una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento: entre una orientación interna hacia los sentimientos y las reacciones personales y una orientación externa a experimentar el nuevo sentido del lugar que uno ocupa en el mundo es común en el duelo. En el proceso “orientado a la pérdida”, el doliente realiza un intenso trabajo en relación con el duelo y experimenta, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tiene el mismo en su vida. En el proceso “orientado a la reconstrucción”, el superviviente se centra en los múltiples ajustes internos realizados a partir de la pérdida: en las responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones y todo lo que favorece la reorganización. Estudios cualitativos sobre las familias en duelo destacan las prácticas conversacionales intensamente interactivas mediante las cuales las personas negocian el significado de la muerte, buscan el apoyo de sus propias perspectivas del significado práctico y espiritual, y afirman o luchan con las implicaciones que tienen en sus relaciones mutuas (Nadeau, 1997; Rosenblatt, 2000).

Se han abierto en la actualidad, nuevos modelos y visiones para mejorar el entendimiento del duelo, la consejería y la psicoterapia de individuos que han tenido pérdidas, que buscan promover un verdadero sentido de construcción y de renovación entre aquellos que nunca consideraron necesario buscar ayuda profesional. En este sentido compartimos los planteamientos teóricos, vanguardistas sobre el duelo referidos por Robert A. Neimeyer (2006), que en términos prácticos es accesible a las personas en duelo y a los que los que las ayudan. De la misma manera, nos ilusiona un modelo de reconstrucción que profundiza en nuestro entendimiento científico de las narrativas de la pérdida, un área de investigación creciente al que se siguen sumando profesionales que se inspiran en un sinnúmero de enfoques contemporáneos, cuyo objetivo es un entendimiento más certero de cómo las personas reorganizan las historias de sus vidas tras el duelo y cómo encuentran significado y propósito en los capítulos de su vida aun por escribir.

Duelo y emociones desde una perspectiva cultural

¡Poseía otra vez
es tan delicioso!
¡Que no se olvide nunca
para tormento propio!
J. W. von Goethe. *En la luna*.

Los antropólogos⁷ han estudiado la diversidad de ritos y han tratado de establecer por qué los ritos funerarios desempeñan un papel tan importante en la vida social de un pueblo. Al respecto escribe Firth (1961), que “*su objetivo ostensible es la persona muerta*” (...) “*pero no beneficia al muerto sino a los vivos... en realidad el ritual se lleva a cabo en beneficio de quienes sobreviven*”. Postulando que el funeral cumple las siguientes funciones básicas: Sirve de ayuda para proporcionar a los deudos el desvanecimiento de la incredulidad al demostrar que la pérdida es real, proporciona una oportunidad para la manifestación pública del dolor y de esta manera, limita la duración del duelo, posibilitando la asignación de un nuevo rol social a los deudos, que a partir de ese momento deben cumplir; el funeral permite que otros miembros de la comunidad se enteren públicamente de la pérdida y que, de una manera prescrita, no sólo se despidan de uno de sus integrantes sino que expresen las intensas emociones de dolor, temor y cólera que a menudo experimentan. Cumple una función social y canaliza la conducta emocional en formas aceptables, de modo que los ritos funerarios sirven para mantener la integridad de la sociedad a lo largo del tiempo. La tercera función postulada por Firth y que define como económica, es que proporciona la oportunidad para un complejo intercambio de bienes y servicios entre familias y grupos.

La muerte de un niño, especialmente de un niño mayor, es una de las mayores tragedias de la vida (Riches y Dawson, 1996a, 1996c, 1998a, 1998b; De Vries y otros, 1997; Handsley, 2001). De modo que cuando la “calamidad” y la muerte afectan a una familia o grupo, todas las familias y grupos expresan su disposición a ayudar, aunque sólo sea de forma simbólica. De esta forma, todos pueden afirmar su derecho, ya sea por implicación o por tradición, a reclamar ayuda de los demás si la adversidad llegara a afectarlos también en el futuro.

La muerte de un hijo se describe como la más traumática de las pérdidas cuando, además, es “súbita e inesperada”, pudiendo afectar el equilibrio de la familia. A su estudio nos ayuda el empleo de la observación participante y el estudio de casos individuales, que nos presentan una visión de los efectos residuales que quedan en los dolientes de la “muerte súbita” y nos permite explorar e identificar los posibles cambios en las construcciones que tienen de sí mismos y de la propia identidad: los efectos sobre las interrelaciones familiares, hombre-mujer, expresividad-inexpresividad, creencias religiosas y filosofías del mundo (Rando, 1991; Timmermans, 1994).

Cómo las personas construyen conceptos erróneos y perjudiciales sobre la muerte y cómo dichos aspectos, en última instancia, afectan a sus mecanismos de supervivencia influidos por las circunstancias de la muerte, que condicionan la forma en que los dolientes responden, tanto con los fallecidos como con los demás. De modo que el tipo de muerte y cómo se interpreta: si es vista “con” o “sin culpa” y si se considera a la persona fallecida, de algún modo culpable,

⁷ Autores clásicos como Hertz ([1907] 1990), Frazer ([1919] 1981), Tylor ([1888] 1987), Radcliffe-Brown ([1922] 1964), Malinowski ([1932] 1975), Max Gluckmann (1937), Evans-Pritchard ([1940] 1977), Godoy (1962), Strauss y Glaser (1965), Gennep ([1969] 2008), Durkheim (1993) e incluso Lévi-Strauss ([1962] 2002, 1966) desarrollaron algunas interpretaciones teóricas en relación con las dimensiones sociales de la muerte, y construyeron parte de los fundamentos metodológicos que ayudarían posteriormente a abordar su significado y función en las diferentes culturas, opciones que siguen sirviendo de referencia teórica en trabajos posteriores, a su vez suplementados con enfoques teóricos diversos, como son los trabajos de Thomas ([1975] 1983), Humphreys (1978), Bloch y Parry (1982), Palgi y Abramovich (1984), Jaulin (1985), Hockey (2001), Barley ([1995] 2000), Robben (2005). Otras etnografías y trabajos sociológicos de interés a tener en cuenta también son los de: Mitford ([1963] 1968), Huntington y Metcalf (1979), Ziegler, 1976), Dantforth (1982), Cátedra (1988), Scheper-Hughes (1997) y Terradas (2002); además de algunas aportaciones importantes realizadas por historiadores sobre los cambios individuales y sociales ante la muerte: Ariès, ([1975] 2000), Morin ([1974] 1999), Vouelle (1975), Hernández (1990), Martínez Gil (1993). Todos ellos comienzan a interesarse por el estudio de las mentalidades, en las que las actitudes ante la muerte y su representación en la sociedad moderna adquieren un papel relevante (Citado en A. M. García, 2010: 8).

puede tener un efecto directo y duradero en el discurso de la pareja y en los paradigmas de la familia (Moos, 1995).

Del mismo modo, Lundin (1987), refiere que los sobrevivientes de una “muerte súbita” son más propensos a experimentar repercusiones psicológicas y físicas más prolongadas que cuando la muerte es esperada y natural, ya que no es posible un duelo anticipado. Por ello, hacer frente a la muerte de un niño, independientemente de las circunstancias, requiere un reajuste de los padres y familiares, pues consideran esta muerte “fuera de tiempo” en lugar de “a tiempo” (Cook y Oltjenbruns, 1989), y supone no sólo un reto en el que la persona debe dar orden y significado a lo acontecido, sino requiere también de una reevaluación fundamental de sus estrategias de vida.

Según De Vries (1997: 150), las historias de pérdidas rara vez se escuchan, por ello que para corregir este desequilibrio se oriente la investigación al empleo de la investigación cualitativa que busca descubrir el impacto a menudo no revelado de la muerte súbita. Una muerte prematura, que se opone a la pena anticipada que ocasiona la ruptura de la seguridad existencial y ontológica de la familia. Además, las posibles consecuencias nefastas e irreparables de relación conyugal y familiar por la diferencia en la trayectoria de los procesos de duelo de la pareja pueden afectar las relaciones conyugales (Nelson y Frantz, 1996; Riches y Dawson, 1996b, 1996c).

Sin embargo, las pérdidas se extienden más allá de la pareja y su relación con la salud de la familia y la de sus miembros. De hecho, distintas investigaciones sugieren que, mientras algunas relaciones sobreviven e incluso se refuerzan por la tragedia, otras se deterioran y sufren daños irreparables, teniendo un efecto devastador en la intimidad conyugal (Gottlieb y otros, 1996; De Vries, 1997). La localización de los efectos positivos y negativos en relación con los padres y hermanos son un intento de mostrar cómo la sensibilidad de la situación produce un cóctel de hostilidad y armonía en la familia, que hace que cada miembro busque lo que Giddens denomina “*un nuevo reordenamiento de la propia narrativa*” (Giddens, 1991: 244).

En una cultura que “denuncia” la expresividad masculina, los hombres sufren una “doble pérdida”: reciben poco apoyo y se espera que sigan siendo fuertes, ocultando su dolor, mientras que al mismo tiempo, su falta de expresividad entra en oposición con la necesidad de expresión de sus esposas (Cook, 1988).

El análisis del estado de ánimo de los amigos íntimos y familiares que asisten a los funerales (Bowlby, 1987: 141), tiene entre sus funciones la de proporcionar a los vivos la oportunidad de expresar su gratitud al muerto y permitirles hacer algo que consideran beneficioso para la persona que ha fallecido. Estos motivos aparecen explicitados en el ceremonial y en el entierro y estarán acordes con los deseos del muerto mediante plegarias en las que se ruega por su futuro bienestar.

Desde la aceptación de que no hay universales, podemos acercar posturas de patrones comunes o cercanos, tales como que el doliente se sentirá conmovido y socialmente desorientado. Los tipos de respuesta y creencias que más destacan, en la mayoría de las sociedades, es que, a pesar de la muerte corporal, la persona no sólo sigue viviendo sino que mantiene sus relaciones con los vivos, por lo menos durante un tiempo. En muchas culturas estas relaciones se consideran beneficiosas, en cuyo caso existen rituales para preservarlas. En otras culturas, en cambio, se considera que el mantenimiento de relaciones persistentes es nocivo en cierta medida puesto que “no deja irse al ser querido fallecido”, en cuyo caso hay reglas y rituales para proteger a los vivos y librarlos de los muertos (Frazer, 1933-34). Malinowski considera que estas relaciones son más beneficiosas que dañinas: “*los elementos negativos nunca aparecen solos ni son siquiera predominantes*”. Lo importante es cómo

entiende la cultura estas relaciones con la presencia del muerto, que sanciona socialmente o prescribe como adecuada.

En parte, algunas culturas esperan que los dolientes sientan enojo contra todos aquellos a los que se hace responsable de la muerte. Rabia que se vuelve comprensible si tenemos en cuenta que en casi todas las comunidades, fuera de la cultura occidental, la muerte afecta a niños, adolescentes y adultos jóvenes más que a los ancianos, siendo una parte importante de los decesos entre prematuros. De modo que cuanto mayor es la sensación de que la muerte ha sido injusta y prematura, más intensa es su respuesta siendo más probable que se responsabilice a alguien de lo ocurrido y se experimente ira contra él. Por tanto, muchas de estas sociedades y culturas, tienen la figura a la que es correcto acusar y, por implicación, a las que no corresponde hacerlo, puesto que cada cultura tiene sus creencias y reglas, sus acciones permitidas y prohibidas.

Los grados del enojo expresado por los dolientes, así como la manifestación de cólera difieren de unas sociedades a otras, y pueden ser una parte de los ritos funerarios. En otras, en cambio, las costumbres imponen fuertes sanciones a la expresión de violencia, orientando los sentimientos hostiles hacia personas que no están presentes en la ceremonia, o que viven a poca distancia del lugar; por ejemplo, los miembros de una aldea o tribu vecina, tal como narra Rosaldo (2000: 23) en el duelo del pueblo *Ilongot* del norte de Luzón (Filipinas), a los que la ira nacida de la aflicción les impulsa a matar a otros seres humanos, y en el acto de decapitar y arrancar la cabeza de la víctima, desfogan la ira de su duelo por la muerte de su ser querido, de manera que ira y cacería de cabezas van juntas. Ya Durkheim ([1915] 1993: 400) refirió que la venganza de sangre y la cacería de cabezas humanas puede haberse originado de esta manera.

Aunque es corriente que la cólera vivida por una pérdida se oriente fuera del grupo, hay sociedades que aceptan que la censura y la cólera se dirijan hacia uno mismo y, aunque menos comúnmente, a la propia persona que murió.

Mandelbaum (1959) (citado por Wass, Berardo y Neimeyer, 1987: 258) comenta que para los indios Hopis de Arizona, la tradición prescribe que se dé la menor importancia posible a la muerte en los funerales: “*Sus ritos funerarios son pequeñas ceremonias privadas que pasan rápidamente y se olvidan enseguida. Las personas afligidas pueden sentir el dolor de la pérdida tan profundamente como los que están en duelo en cualquier sociedad*” (p. 201), y se desapueba la expresión abierta de dolor. En un estudio anterior realizado por Kennard (1937), el autor comprobó que las respuestas personales no concordaban con la prescripción pública, especialmente cuando quien moría era un joven o adulto de mediana edad. El deudo, que busca una causa posible de la muerte, puede haber decidido que la persona desaparecida murió deliberadamente para atormentar a los vivos, mereciendo en este caso con justicia la cólera de que era objeto. Describe cómo una mujer abofeteaba el rostro de un cadáver mientras exclamaba: “*¡Qué ruin eres por hacerme esto!*” (pp. 491-496).

En algunas culturas, dirigir la cólera contra un mismo no está sólo permitido sino prescrito, mientras el polo opuesto, al que estamos más acostumbrados, se halla en otras sociedades, que prohíben manifestar ira por el muerto. Palgi (1973), comenta cómo mujeres judías en duelo de Marruecos, tienen por costumbre desgarrar sus carnes con las uñas hasta que brota la sangre.

Los ritos de duelo también prescriben unos tiempos, tras los cuales el duelo debe terminar, aunque dicha duración difiere enormemente de una cultura a otra, por lo que no es extraño encontrar culturas que promueven acciones totalmente dispares con respecto a otras, por ejemplo, en el judaísmo tradicional, a lo largo del año siguiente tras el fallecimiento, se busca que la persona en duelo encuentre los medios para retornar a una vida social “normal”.

Muchos pueblos conservan varios rituales que hablan de la muerte individual y colectiva, celebraciones complementarias, donde la acción ritual no es un simple discurso ritual sino una “performance”, una modalidad específica de actuación dialéctica social que no puede reducirse a las reglas ilustradas de un discurso especulativo, porque su propia lógica metonímica lo impide. La función del ritual y, en concreto de los ritos de paso, es esencialmente reproductora de la lógica ambigua de un determinado mito fundacional, en el que descansa, antropológicamente hablando, la eficacia social de la relación significativa y complementaria entre mitos históricos y práctica ritual, donde el análisis discursivo sobre el ritual se convierte en un discurso de segundo grado, en un discurso sobre el ritual, en un metadiscurso.

Paradójicamente, el discurso metarritual adquiere su validez como discurso, no en la práctica misma del ritual, sino en su adecuación a las reglas del juego discursivo impuestas por la “comunidad científica” como referente sociológico garante de interpretaciones históricamente verdaderas, al reconocérsele, por este procedimiento de transferencia cultural, su carácter intersubjetivo y, por tanto, universal.

La lógica del discurso metonímico, que estructura el significado histórico-social de los ritos de paso como actuaciones públicas legitimadas y legitimadoras, permite comprender, a través de su interpretación explicativa, el papel privilegiado que adquieren los ritos de paso como reproductores dinámicos de la ambigüedad estructurante de los mitos fundacionales de cada sociedad. La lógica del “*pars pro toto*” (Cassirer, 1975: 52) de los ritos de paso representa, en el desarrollo social de los diferentes procesos rituales sistémicos, la especificidad significativa de designar “*rituales que tienen la función de exaltar la trascendencia del todo sobre las partes*” (Douglas 1978: 167).

Las culturas consideran incluidas las emociones en las formas de narrar: los comportamientos, los gestos y las reacciones de las personas, pueden ser vistos como una gramática de las relaciones sociales en las que emoción y corporalidad constituyen dimensiones que organizan las explicaciones que esas personas nos ofrecen. La comprensión de dicha gramática implica atender tanto a las formas con que se construyen los relatos, los gestos que desarrollan los individuos como actores de los mismos, los comportamientos que las acompañan y todo lo que ello evidencia. Se configura así una gramática que da cuenta de una determinada forma de experimentar y vivir, en particular el proceso de duelo, que relaciona al individuo con sus emociones, con la cultura y la sociedad.

La investigación de las emociones va más allá del arraigo individual de las mismas, que las considera como algo privado e íntimo, y que ha sido estudiado en multitud de ocasiones como un fenómeno psicológico. Van más allá de esta esfera, pues son significados legitimados culturalmente o socialmente articulados (Rosaldo, 1984; Lutz, 1986; Leavitt, 1996) que dan cuenta de situaciones, relaciones y posiciones morales.

Señala Leavitt (1996), al respecto que las asociaciones afectivas o sentidas “*son tanto colectivas como individuales y operan a través de una experiencia común o similar entre miembros de un grupo que vive circunstancias similares, a través de la estereotipación cultural de la experiencia y de las expectativas, memorias y fantasías compartidas*” (p. 527). El ámbito de lo emocional resulta así íntimamente ligado a una serie de significados sociales, en el que se da una expresión de narrativas, imágenes y prácticas que se escalonan a lo largo de la vivencia común de la realidad. Sentimientos y emociones se vuelven así modalidades para la articulación de la experiencia, en tanto definen y orientan al sujeto en su mundo social y aluden a lo que significa ser una persona en ese grupo (Myers, 1979). Las emociones se convierten de este modo en un saber emocional que no sólo señala al sujeto la dirección en que es “normal” desarrollar su emotividad, sino que le sugiere cómo sentirse, y lo vincula a un entorno social, a una particular comunidad emotiva.

En este sentido, la explicitación de las emociones no implica sólo una afirmación sobre el estado interno de las personas, sino también una afirmación sobre las relaciones, que las vinculan con acontecimientos, relaciones y comportamientos sociales, y que potencian y posibilitan la manifestación o no de las mismas.

En palabras de Bruner (2006):

Por ambiguo o polisémico que sea nuestro discurso, seguimos siendo capaces de llevar nuestros significados al dominio público y negociarlos en él. Es decir, vivimos públicamente mediante significados públicos y mediante procedimientos de interpretación y negociación compartidos. La interpretación, por “densa” que llegue a ser, debe ser públicamente accesible, o la cultura caerá en la desorganización y sus miembros individuales con ella (p. 32).

Centramos en relatos que atañen a hombres y mujeres que viven el proceso de duelo, nos ayuda a explicitar no sólo en qué consiste el proceso sino también las emociones y corporalidades que incorpora, dando cuenta tanto de las formas en que se desarrolla el proceso, como del control y recuperación del mismo, y en el sentido de resistirse, vivirlo ambivalentemente, negociararlo o aceptarlo.

La emoción no es acción *per se*, sino la energía interna que nos impulsa a un acto, lo que da cierto “carácter” o “colorido” a un acto (Illouz, 2007). La emoción, entonces, puede definirse como el aspecto “cargado de energía” de la acción, en el que se entiende implicado al mismo tiempo cognición, afecto, evaluación, motivación y el cuerpo (Rosaldo, 1984; Nussbaum, 2001). Lejos de ser presociales o preculturales, las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable y es esa fusión, lo que le confiere la capacidad de impartir energía a la acción. Lo que hace que la emoción tenga esa “energía” es el hecho de que siempre concierne al yo y a la relación del yo con otros situados en la misma posición cultural.

Illouz (2007), refiere como las emociones tienen otra importancia cardinal para la sociología, porque buena parte de las disposiciones sociales son también disposiciones emocionales. Resulta trivial decir que la distinción y la división más fundamentales que organizan la mayor parte de las sociedades del mundo -es decir, entre hombres y mujeres- se basan y se reproducen a través de las culturas emocionales. Para ser un hombre de carácter hay que dar muestras de valor, fría racionalidad y agresividad disciplinada. La femineidad, por su parte, exige amabilidad, compasión y alegría, de manera que la jerarquía social que produce las divisiones de género contiene divisiones emocionales implícitas, sin las cuales hombres y mujeres no reproducirían sus roles e identidades. Esas divisiones, a su vez, producen jerarquías emocionales, según las cuales la racionalidad fría por lo general se considera más confiable, objetiva y profesional que la compasión. También las emociones se organizan de modo jerárquico y, a su vez, ese tipo de jerarquía emocional organiza implícitamente las disposiciones sociales y morales (pp. 16-17).

A pesar de la importancia del género, dicha categoría no ha sido abordada en profundidad como un elemento central del presente libro, sino más bien como el resultado de la negociación o el beneficio en el proceso de duelo, como una crisis de vida, que surge en las personas, de modo que la cuestión de género y las identidades del mismo pueden o no afirmarse o re-formularse.

Escepticismo sobre la universalidad de la teoría de las etapas

La renuencia a generalizar sobre el duelo como un proceso que puede conducir de forma predecible de un desequilibrio psicológico a un reajuste, ha aumentado en conjunto con la apreciación de unos patrones más complejos de adaptación (Attig, 1991; Worden, 1991). En efecto, una investigación longitudinal realizada por Bonanno y otros autores (2004: 260-271) a

un grupo de viudas, documenta de forma clara las diferentes formas en que ellas se adaptaron a la pérdida, lo cual demuestra una capacidad de recuperación y adaptación impresionantes en los primeros meses tras la pérdida, mientras otras viudas cayeron en pena y depresión crónicas. En particular, las abrumadas por haber cuidado a su pareja durante una enfermedad crónica, experimentaron una mejoría considerable en el estado de ánimo y en su funcionamiento tras la muerte de su ser querido. Estos resultados apuntan de forma clara a la necesidad de identificar los factores que explican la diversidad de respuestas al duelo y nos ayudan a entender las múltiples razones que nos permiten conocer tanto de la capacidad de recuperación como la de complicación ante la pérdida. Raphael y Maddison (1976) indica que individuos socialmente aislados o que están educados para no expresar su dolor o en el caso de viudas jóvenes con hijos hacen que sean más vulnerables al luto.

La frase “tareas de duelo”, acuñada por Freud en 1917, fue rápidamente adoptada por otros autores (Parkes y Weiss, 1983, Raphael, 1984; Worden, 1991, 1997) que defendieron la recuperación en el duelo como un periodo en el que se trabajan los pensamientos, los recuerdos y las emociones asociadas a los mismos.

Lindemann, desde la perspectiva psicoanalítica, propuso para el desarrollo del proceso de duelo las fases: emancipación del lazo con el fallecido, reajuste al ambiente en el que falta el ser querido y formación de nuevos vínculos.

Parkes y Weiss, desde la teoría de los constructos, consideran que son tres las tareas que debe llevar a cabo el superviviente para recuperarse del duelo: reconocimiento intelectual y explicación de las pérdidas, aceptación emocional de la pérdida y asunción de una nueva identidad.

Según Worden, desde una perspectiva psicoanalítica, la elaboración del proceso de duelo supone cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor consiguiente, adaptarse a un medio en el que está ausente el fallecido, al que se debe recolocar emocionalmente y continuar viviendo. Pudiendo las manifestaciones patológicas del duelo ser múltiples, no siempre bien delimitadas ni reconocibles. Entre ellas, negación o marcada dificultad para aceptar la pérdida, fuertes sentimientos de culpa, rabia, abandono, excesiva prolongación en el tiempo, alteración o detención del curso biográfico, cambios emocionales bruscos o aparición de diversos cuadros psicopatológicos, con sintomatología de tipo depresivo, ansioso, somático, trastornos de la conducta, dependencias e incluso síntomas psicóticos. Habitualmente incluidos dentro de las clasificaciones actuales (DSM-IV, ICD-10) como episodio depresivo mayor si los síntomas tienen una duración mayor de los dos meses, si el deterioro funcional es importante o existe sintomatología depresiva grave; como trastorno adaptativo, cuando la reacción es en exceso o más prolongada de lo que cabría esperar; o como trastorno por estrés postraumático en el caso de una muerte súbita o violenta.

No hay consenso diagnóstico en lo que se refiere al “duelo complicado”, y de hecho no está incluido como clasificación en el DSM-IV-TR. Sin embargo, se indican seis síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal y que pueden ser útiles para diferenciarlos del episodio depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2002) que suelen ser objeto de atención clínica. Prigerson y col. (1999) y Prigerson y Jacobs (2001), elaboraron los primeros criterios de duelo complicado, criterios (CDC-R) que fueron adaptados al español por García-García y otros (2002).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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. Los pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.3. La preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad. |
|--|

4. El enlentecimiento psicomotor acusado.
5. El deterioro funcional acusado y prolongado
6. Las experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

DSM-IV-TR. Diferencia entre duelo normal y episodio depresivo mayor.

Criterio A: Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

1. Pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido
2. Añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido
3. Búsqueda -aún sabiendo que está muerto- del fallecido
4. Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento

Criterio B: Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional
3. Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido
5. Sentir que se ha muerto una parte de si mismo
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él
7. Excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento
8. Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

Criterio C: Cronología

La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses

Criterio D: Deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

Criterios de duelo complicado.

En los últimos años se ha abierto una gran controversia con respecto a la inclusión o exclusión del duelo patológico de las categorías existentes en las nosologías actuales: Zisook (1990: 307-322), Jacobs (1993), Horowitz y otros (1997), Prigerson (1999: 67-73) y Stroebe y colaboradores (2000), apuntan hacia una diferenciación como entidad propia. Habiendo refundido recientemente una serie de criterios útiles para clasificar este síndrome, en un panorama en que los estudios con grupos de pacientes han sido poco desarrollados en nuestro país.

Bowlby (1973) propuso tres estilos de apego que derivan de modelos operativos inseguros y que predisponen a las personas que han perdido a alguien a reacciones de duelo complicado: *“los adultos cuyo duelo tomó un curso patológico probablemente antes de la pérdida eran propensos a las relaciones afectivas... marcadas por un alto grado de apego ansioso, (...) y cuidados compulsivos. Las personas que forman este grupo generalmente se las describe como nerviosas, sobredependientes, temperamentales, pegajosas... En un tercer y contrastado grupo se intenta desesperadamente conseguir una auto-suficiencia emocional y una independencia de los lazos afectivos...”* (p. 202). Por eso, cabe esperar que las personas que han sufrido una pérdida cuya forma dominante de relación con los demás encaja con uno de estos tres estilos de apego-dependencia excesiva, cuidados compulsivos, separación defensiva-

así como un estilo de apego desorganizado o inestable que oscila entre el acercamiento y la evitación en las relaciones, tengan grandes posibilidades de padecer un duelo complicado⁸.

Gorer (1965) encontró un diez por ciento de casos que presentaban un cuadro depresivo prolongado con desesperanza crónica, mientras en los estudios con viudos de Parkes en Londres y Glick en Boston se hallaron resultados semejantes, mientras Zisook (2009) refiere como son un 17% los duelos no resueltos en un Centro de Atención psiquiátrica en California. Maddisom y colaboradores (1969) y Brown y Harris (1978), han aportado observaciones y realizado estudios sobre la influencia negativa de la acumulación de factores de estrés o situaciones de crisis en la resolución del duelo.

Es de especial interés identificar los factores que predicen una mayor vulnerabilidad para padecer un duelo patológico, pudiendo relacionarse éstos con las siguientes variables (Biondi y Picardi, 1996): El sexo. Mujer; la edad. Edades medias; las circunstancias de la muerte. Las muertes súbitas o en situaciones dramáticas y dolorosas, como mención especial las muertes por suicidio. Worden también destaca las muertes perinatales o en la primera infancia, los abortos y las muertes por SIDA, como circunstancias de especial dificultad para la elaboración. El tipo de relación o vínculo con el fallecido son los aspectos en los que han insistido especialmente los autores psicoanalistas, y las muertes de padres o parejas, en relaciones muy dependientes o ambivalentes.

En la actualidad las críticas más habituales a las aportaciones de los modelos tradicionales del duelo son que consideran la muerte y la pérdida como una realidad objetiva, que parte de la suposición de la existencia de etapas o tareas universales en la recuperación, que otorgan al afligido un papel pasivo, que son prescriptivas, que patologizan la pena que consideran como “anormal”, que se concentran en las reacciones emocionales excluyendo los significados y las acciones, enfatizan el retorno eficaz al funcionamiento “normal” y ven la aflicción como una experiencia privada del individuo aislado de su entorno.

Creemos que una perspectiva completa y actualizada, requiere de un consenso de modo que confluya en torno a criterios para una teoría útil de la aflicción tal como justifica Neimeyer que: *“Revela la realidad personal e individual de la pérdida, se concentra en las respuestas idiosincrásicas a la pérdida, considera a la gente enfrentándose activamente a los retos de la vida, es descriptiva, explora las implicaciones de las diferentes respuestas, se concentra en los significados apasionados que dan forma a las acciones, enfatiza hasta qué punto el mundo queda transformado para siempre por la pérdida y sitúa la aflicción en un contexto social o familiar”*.

⁸ Por extensión, podríamos deducir que los miembros de una familia que demuestran unos comportamientos altamente dependientes, cuidados compulsivos, o evitación defensiva en el contexto de los cuidados ofrecidos a un ser querido durante los últimos días de su vida, serían candidatos a un duelo complicado después de que se produjese la muerte. Sin embargo, mantenemos esta hipótesis sólo de forma tentativa, dada la carga emocional de la atmósfera que caracteriza la muerte de un ser querido, así como las amplias variaciones culturales que caracterizan las muestras de emoción e intimidad, particularmente en este punto crítico del ciclo de la vida de la familia. Es necesario investigar más acerca de las interacciones familiares normativas durante los últimos días de vida de un miembro si se quiere ofrecer una base para determinar las variaciones clínicamente significativas en los comportamientos de apego ante la anticipación de una pérdida.

Críticas a las teorías tradicionales del duelo

Consideran la muerte y la pérdida como una realidad objetiva
Suponen que existen etapas o tareas universales en la recuperación
Otorgan al afligido un papel pasivo
Son prescriptivas; patologizan la pena “anormal”
Se concentran en las reacciones emocionales excluyendo los significados y las acciones
Enfatizan el retorno eficaz al funcionamiento “normal”
Ven la aflicción como una experiencia privada del individuo aislado

Criterios para una teoría útil de la aflicción

Revela la realidad personal e individual de la pérdida
Se concentra en las respuestas idiosincrásicas a la misma pérdida
Considera a la gente enfrentándose activamente a los retos de la vida
Es descriptiva; explora las implicaciones de las diferentes respuestas
Se concentra en los significados apasionados que dan forma a las acciones
Enfatiza hasta qué punto el mundo queda transformado para siempre por la pérdida
Sitúa la aflicción en un contexto social o familiar

La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido sino del valor que se le atribuye a dicho objeto, lo cual explica que una persona reaccione menos intensamente ante la muerte de una persona cercana que ante la pérdida de un objeto aparentemente insignificante, en el que había puesto mayor inversión emotiva. Creemos que es preciso admitir que el objeto de nuestro amor es nuestro amor, que somos amor y por lo tanto nunca podemos perderlo estando presente aún cuando estamos en duelo. En definitiva, ocasionando fenómenos que rompen o alteran los patrones de vínculos personales establecidos previamente, que modifican el mundo interior: recuerdos, vivencias, experiencias, relaciones objetuales y/o interiorizadas, de modo que alteran provisionalmente las capacidades y expresiones personales. Expresados fundamentalmente a nivel psicossomático y apoyados a nivel sociocultural, que incluyen movimientos variados no estereotipados (entrópicos y negentrópicos). Pueden provocar ansiedad, sufrimiento, dolor, enfermedad, desestructuración psicossocial, marginación, etc., y dar lugar a organización, integración y/o creatividad en el individuo.

No podemos obviar la situación de pérdida y el modo en que sucede, repercute y condiciona las reacciones de los supervivientes debido a causas que avanzan en un sentido de mayor a menor aceptación. La muerte a una edad avanzada o la muerte de un niño comportan justificaciones bipolares: mientras el anciano ha completado un ciclo cronológico al niño se le ha “arrebatao” la vida, de hecho el luto de los padres es particularmente duro pues ven la muerte como algo antinatural e injusto en los estudios realizados en sociedades avanzadas.

Las reacciones más fuertes y prolongadas se manifiestan cuando la muerte es imprevista y no ha habido tiempo para programar o anticipar el suceso. De pronto los supervivientes se encuentran frente a un drama: un accidente de tráfico, un infarto, un suicidio, un embarazo interrumpido, un asesinato, provocando un fuerte shock a quienes conocían a la víctima que disminuye enormemente la capacidad de afrontamiento de forma que el funcionamiento pleno tarda en recuperarse. La muerte inesperada deja a los dolientes con sentimientos de pérdida de control y de confianza en el mundo en el cual ellos habían depositado su fe. En el caso particular del suicidio los supervivientes quedan además de con el dolor que ello supone, con interrogantes sin respuesta y el sentimiento de culpa de no haber podido prevenir la muerte. Stroebe y Schut (2001b) señalan la escasa evidencia empírica que apoye la mayor dificultad del duelo por suicidio, debido probablemente a problemas metodológicos puesto que este tipo de muerte favorece tal como hemos referido sentimientos de culpa y rumiación sobre el desenlace

y las situaciones previas a la muerte de su ser querido, que hacen más difícil la recuperación. Dentro de este grupo, puede verse agravada la dificultad en caso de una pérdida múltiple (que mueran varios miembros de la familia en un accidente, atentado o asesinato) o de una incierta circunstancia de la que no se tiene certeza de la pérdida, ya sea por la desaparición o imposibilidad de reconocer el cadáver del fallecido.

Los *factores situacionales* se refieren a los aspectos que afectan al curso del duelo, e incluyen el modo en que se ha producido la muerte, la ausencia del objeto de duelo, la duración de la enfermedad, la existencia de crisis concurrentes, los recursos materiales escasos y las muertes estigmatizadas, tal como hemos comentado.

Los familiares en luto viven su duelo en el contexto de una realidad social que tiene sus consecuencias en el proceso de recuperación de la pérdida, condicionado a su vez por la existencia o no de redes de sostén social, las cuales tienen un rol propio según las situaciones y las necesidades de cada uno.

Decimos adiós a alguien en un contexto con sus *factores personales, interpersonales, mundo cultural y red de soporte social*.

Los *factores personales* se refieren fundamentalmente a las variables individuales del superviviente que influyen en el proceso de recuperación de la pérdida. Los recursos personales que permiten al individuo canalizar sus energías, diversificar el uso del tiempo y del ambiente social se convierten en el camino hacia la curación y la salud, y entre ellos cabe destacar: la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad, la apertura a la amistad, etc.

La edad del doliente y la salud del mismo se relacionan casi universalmente en los trabajos de investigación. Los grupos más jóvenes presentan mayor malestar físico (dolores de cabeza o estómago) más que psicológicos como consecuencia del duelo (Stroebe y Schut, 2001b). En el caso de los cónyuges, los viudos más jóvenes presentan una intensidad de pena mayor, aunque hay una mejoría significativa a los dos años. Mientras las viudas ancianas muestran una pena inicialmente menor, dos años después su salud es más frágil y su futuro no lo ven tan claro como en el caso de las más jóvenes. Miller (1999), refiere como los apoyos sociales, las creencias religiosas firmes, la buena salud mental previa y los recursos abundantes se relacionan con una menor disfunción psicosocial o física. Una investigación longitudinal relacionada con viudas, documenta de forma clara las diferentes formas en que se adaptaron a la pérdida, muchas de ellas demostraron una capacidad de recuperación y adaptación impresionantes en los primeros meses tras la pérdida, mientras otras cayeron en pena y depresión crónicas, en especial las que más cuidaron a su pareja durante una enfermedad crónica, demostraron una mejoría considerable en el estado de ánimo y en el funcionamiento tras la muerte (Bonanno, Wortman y Nesse, 2004). Estos resultados apuntan de forma clara a la necesidad de identificar los factores que explican la diversidad de respuestas al duelo y nos ayudan a entender las múltiples fuentes, tanto de la capacidad de recuperación como la de complicación ante la pérdida.

Cuatro estudios longitudinales (McMahon y Pugh, 1965; Bunch, 1972; Bojanovsky, 1980; Kaprio y otros, 1987) han demostrado un aumento del riesgo de suicidio entre las personas en duelo: Bojanovsky (1980), estimó que el período de mayor riesgo de suicidio en personas viudas, en una investigación realizada en una muestra de 58 viudos y 91 viudas que se habían suicidado, comparados con un grupo control de 110 viudos y 210 viudas que habían muerto por otras causas, se encontraba más estrechamente relacionado en los hombres poco después del duelo y en más de una cuarta parte aconteció en los primeros seis meses de viudez.

Según Kaprio y col.⁹, el riesgo es mayor durante la primera semana de duelo y se incrementa diez veces en muertes por suicidio entre las mujeres y es sesenta y seis veces mayor en los hombres. Los padres y los hijos están en riesgo, así como los cónyuges (Bunch, 1972).

Osterweis y colaboradores (1984) refieren que las tres principales causas de suicidio están relacionadas con la cirrosis y el paro cardíaco: “*Las tres condiciones tienen antecedentes clínicos (alcoholismo, depresión y enfermedad cardiovascular) que podrían ser detectados antes o muy poco después del duelo, identificando tres grupos de riesgo para los que la intervención temprana puede ser útil*”. La pregunta por tanto es: “*¿Qué tipo de intervención es la conveniente?*”.

Respecto al efecto del género en la resolución del duelo, son desiguales las conclusiones de los resultados de las investigaciones, mientras algunos no consideran que haya diferencias significativas, otros concluyen que las viudas sufren más problemas de salud que los viudos aunque otros investigadores señalan lo contrario.

Los *factores interpersonales* hacen referencia a los aspectos relevantes de la relación con el fallecido y con la red social, y dentro de esta categoría destaca el parentesco, la relación ambivalente o dependiente, la ausencia o no de apoyo social y el recuerdo doloroso.

En el caso de la muerte de los hijos, se ha dicho en sobradas ocasiones que los padres no están preparados para sobrevivir a un hijo, pues cuando esto sucede es como si muriera una parte de ellos, pudiendo el por qué convertirse en una rumiación obsesiva, y el sentimiento de pérdida de control sobre sus vidas, en un mundo circundante y de inseguridad muy fuerte. Siendo las reacciones somáticas, la rabia, la culpabilidad y el grado de depresión superiores a los expresados en la pérdida de la pareja o del padre. Hay diferencias en la expresión de las madres y los padres en lo que respecta a los niveles de culpa, rabia o aislamiento y, los sentimientos mostrados.

La familia también está inserta en un *mundo cultural*, con sus comportamientos, tradiciones, valores sociales, expectativas, etc., y las distintas culturas afrontan el problema del duelo y de la muerte de maneras diferentes. Mientras existen culturas en las que se alienta y exterioriza la expresión de los sentimientos en otras se impone una actitud de reserva y anonimato, resultando evidente que el clima cultural con sus condicionamientos y múltiples facetas influye en la elaboración de la experiencia luctuosa.

De gran importancia es también como la *red de sostén social* da ayuda a los supervivientes ya sea en el caso de la dimensión religiosa que la iglesia aporta mediante sus ritos y valores, o a través del consuelo y guía de la familia, amigos y voluntarios. La información y aportaciones específicas para superar momentos críticos, también viene dada por profesionales tales como terapeutas, enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, sacerdotes, etc.

⁹ La mortalidad de 95.647 personas, viudas durante 1972-1976. Identificaron mediante la vinculación de la Registro Civil finlandés las causas de muerte, de las cuales un total de 7.635 muertes en 225.251 personas. Se observaron las ratios estandarizadas por causas específicas de mortalidad a lo largo del tiempo después del duelo. El mayor riesgo relativo de mortalidad se encuentra inmediatamente después del duelo. Para todas las causas naturales, la mortalidad durante la primera semana fue más de dos veces en comparación con los índices esperados. El riesgo relativo fue mayor para la enfermedad cardíaca isquémica (RR = 2,3 para los hombres, y RR = 3,5 para las mujeres), un efecto que se encuentran en todos los grupos de edad. Entre los hombres menores de 65 años, el exceso de mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica se observó también durante años después de la viudez. Por causas violentas, exclusivo de los accidentes que afectan al mismo tiempo uno de los cónyuges, la mortalidad fue más de dos veces superior durante el primer mes de duelo. La mortalidad por suicidio fue mayor de lo esperado durante los primeros años de viudez. Si bien el mayor aumento de la mortalidad después del duelo parece deberse principalmente a los efectos agudos de convertirse en viuda, también parece haber más posibilidad de muerte en las viudas más jóvenes durante más tiempo.

Un sistema de apoyo que otorga ayuda importante a individuos en situación de duelo es el representado por los llamados grupos de ayuda (sup-port-groups) formados por personas que han sufrido pérdidas y que tienen un encuentro cada cierto tiempo para intercambiar sus experiencias, para darse ánimo y crear una red de mutuo sostén tanto dentro como fuera del grupo. Nuestra experiencia directa con algunos de estos grupos confirma el beneficio que pueden obtener de ello los participantes y así a sido confirmado por autores (Pangrazzi, 1988; Poletti y Dobbs, 2004: 144; Silverman, 2005; García, 2008), no siendo de extrañar que tras los resultados de investigaciones en este sentido en distintos países: médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales hayan creado estructuras para ayudar a personas sin el apoyo adecuado. Formándose grupos de ayuda desde unidades de cuidados paliativos u organizaciones tanatológicas, que buscan facilitar la expresión de sentimientos y emociones relacionados con la pérdida y en última instancia la curación.

Este fenómeno que ha avanzado de manera considerable en el mundo anglosajón haya correspondencia en todo el territorio hispanohablante en grupos de asistencia a alcohólicos, toxicodependientes, enfermos renales, portadores y enfermos de SIDA, personas que sufren un duelo.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, (2002. Reimpr. 2008.). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Attig, T. (1991). The importance of conceiving of grief as an active process. *Death Studies*, 15, 385-393.
- Attig, T. (1996). *How we grieve. Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- Bailly, D. (1997). *Angustia de separación*. Barcelona: Masson.
- Barreto, M. P.; Soler, M. C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bauman, H. (1990). *Como vivir bajo la aflicción*. Bilbao: Mensajero.
- Biondi, M.; Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(5), 229- 245.
- Bojanovsky, (1980). When is suicide a risk in the widowed? *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatry*, 127(1), 99-103.
- Bonanno, G. A.; Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Bonanno, G. A.; Wortman, C. B.; Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19, 260-271.
- Bonanno, G.; Boerner, K.; Wortman, C.B. (2008). *Trajectories of grieving*. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice*, pp. 287-307. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowlby, J. ([1980] 1997). *El apego y la pérdida 3. La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1. El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bradbury, M. (1999). *Representations of death: A social, psychological perspective*. London, New York: Routledge.
- Braum, M. L.; Berg, D.H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of bereavement. *Death Studies*, 18, 105-129.
- Brothers, J. (1992). *Vivir sin él*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Brown G.W.; Harris T. (1978). *The social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publication.

- Bruner, J. ([1990] 2006). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bunch, J. (1972). Recent Bereavement in relation to suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (3), 208-212.
- Campbell, J. (1988). *Historical atlas of world mythology*. New York: Harper & Row.
- Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. (9ª Ed.) Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Cassirer, E. (1975). *Esencia y efecto del concepto de símbolo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Christine, V. (2006). Academic constructions of bereavement. *Mortality*, 11(1), 57-78.
- CIE 10. (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Ed. Menitor.
- Cook, A. S., Oltjenbruns, K. A. (1989). *Dying and grieving: lifespan and family perspectives*. Chicago: Holt, Rinehart and Winston.
- Cook, J. S. (1988). Dads' double binds: rethinking fathers' bereavement from a men's studies perspective. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17, 285-308.
- Corless, I.; Germino, B. B.; Pittman, M. A. (2005). *Agonía, muerte y duelo. Un reto para la vida*. México: Manual Moderno.
- Currer, C. (2001). *Is grief an illness?* En J. Hockey, J. Katz, y N. Small (Eds.), *Grief, mourning and death ritual*, 49-60. Buckingham: Open University Press.
- Currier, J.; Holland, J.; Coleman, R.; Neimeyer, R.A. (2006). *Bereavement following violent death: An assault on life and meaning*. En R. Stevenson y G. Cox (Eds.). *Violence*. Amityville, NY: Baywood.
- Davies, B. (1999) *Shadows in the sun: The experiences of sibling bereavement in childhood*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Davies, B.; Chekryn-Reimer, J.; Brown, P.; Martens, N. (1995). *Fading away: The experience of transition in families with terminal illness*. Amityville, NY: Baywood.
- Davis, C.G.; Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Davison, A. D. (1979). Coping with stress reactions in rescue workers: A programme that worked. *Police Stress*.
- De Vries, B.; Davis, C. G.; Wortman, C. B.; Lehman, D. R. (1997). Long-term psychological and somatic consequences of later life parental bereavement. *Omega*, 35, 97-117.
- Delisle- Lapierre, I. (1986). *Vivir el morir*. Madrid: Paulinas.
- Dickenson, D.; Johnson, M. (1993). *Death, dying and bereavement*. Part 4; Bereavement: Private grief, collective responsibility. The Open University. SAGE Publications. London. Newbury Park. New Delhi.
- Douglas, M. ([1978] 1970). *Símbolos naturales*. Madrid. Alianza Editorial.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson.
- Durkheim, E. ([1915] 1993). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Alianza Editorial.
- Engel, G. L. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93-98.
- Fenichel, O. (1994). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Barcelona: Paidós.
- Firth, R. (1961). *Elements of social organization* (3ª Ed.). London: Tavistock Publications.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets
- Frazer, J. G. (1933-34). *The far of the dead in primitive religion*. London: Macmillan.

- Freud, S. ([1917] 1973). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, Vol. XIV. Madrid: Biblioteca Nueva; pp. 235-255.
- Freud, S. (1973). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, A. (2008). Continuidad de lazos entre madres y padres y sus hijos fallecidos. Experiencia con padres participantes en un grupo de duelo. *ENE. Revista de Enfermería*, 3, 33-44.
- García, A.; Rodríguez, M. (2007). En torno al duelo y sus significados. *Tánato's. Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología*, 10, 16-25.
- García-García, J. A.; Landa, V.; Prigerson, H.; Echeverría, M.; Grandes, G.; Mauriz, A.; Andollo, I. (2002). *Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC)*. *Medicina Paliativa*, 9(2), 10-11.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press.
- Gilbert, K. R. (1996). We've had the same loss, why don't we have the same grief? Loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20, 269-284.
- Glick, I. O.; Weis, R. S.; Parkes, C. C. (1974). *The first year of bereavement*. Nueva York: John Wiley. Interscience.
- Gorer, G. (1965). *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. Londres: Tavistock Publications.
- Gorer, G. (1973). Death, grief and mourning in Britain. En E. J. Anthony, y C. Koupornik (Eds.), *The child in his family: The impact of disease and death* (Ed.). Nueva York: John Wiley.
- Gottlieb, L. N.; Lang, A.; Amsel, R. (1996). The long-term effects of grief on marital intimacy following an infant's death. *Omega*, 33, 1-19.
- Grinberg, L. (1963). Sobre dos tipos de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de Psicoanálisis*, 4, 321-332.
- Grinberg, L. (1994). *Culpa y Depresión. Estudio psicoanalítico*. Madrid: Alianza Universidad.
- Grinberg, L.; Grinberg, R. (1980). *Angustia frente al cambio y duelo por el self*. En *Identidad y cambios*. Barcelona: Paidós.
- Grollman, E. A. (1986). *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Barcelona: Ediciones 29.
- Hall, M.; Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. En M. S. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research*, pp. 473-491. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Handsley, S. (2001). But what about us. The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*, 6(1), 9-29.
- Harlow, S. D.; Golberg, E. L.; Comstock, G. W. (1991). A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *American Journal Epidemiology*, 134, 526-38.
- Hockey, J. (1996). *The view from the west*. En G. Howardth; P. C. Jupp (Eds.), *Contemporary issues in dying, death and disposal*, pp. 3-16. Basingstoke: Macmillan.
- Hockey, J. (2001). *Changing death rituals*. En J. Hockey, J. K.; N. Small (Eds.), *Grief, mourning and death ritual*, pp. 185- 211. Buckingham: Open University Press.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.; Siergel, B.; Holen, A. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz Editores.
- Jacobs, C. (1993). *Pathologic grief. Maladaptation to loss*. Washington D.C. *American Psychiatric Press*.

- Jacobs, S.; Hansen, F.; Kasl, S.; Ostfeld, A.; Berkman, I.; Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *Journal Clinical of Psychiatry*, 51, 269-74.
- Kalischuk, R. G.; Davies, B. (2001). A theory of healing in the aftermath of youth suicide. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 19, 163-186.
- Kaprio, J.; Koskenvuo, M.; Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, 77 (3), 283-287.
- Kavanagh, D. J. (1990). Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions. *British Journal of Psychiatry*, 157, 373-383.
- Kernard, E. A. (1937). Hopi reactions to death. *American Anthropologist*, (39), 491-496.
- Klein, M. (1989) *El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos*. Obras completas. Tomo I. Barcelona: Paidós, pp. 310-346.
- Knapp, R. J. (1986). *Beyond Endurance: When a child dies*. Referido por Savage, J. A. en su libro: *Duelo por las vidas no vividas*. Barcelona: Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Leavitt, J. (1996). Meaning and feeling in the anthropology of emotions. *American Ethnologist*, 23(3), 514-539.
- Lee, C. (1995). *La muerte de los seres queridos*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Lemoine, P.; Lemoine G. (1980). *El afecto y el duelo*. En Fugar, gozar. Barcelona: Gedisa.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lindemann, E. (1976). Grief and grief management: Some reflections. *Journal of Pastoral Care*, 30 (3), 198-207.
- Lundin, T. (1987). The stress of unexpected bereavement. *Stress Medicine*, 3, 109-114.
- Lutz, C. (1986). Emotion, thought and estrangement: Emotion as cultural category. *Cultural Anthropology*, 1(3), 287-309.
- Maciejewski, P. K.; Zhang, B.; Block, S. D.; Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297, 716-723.
- MacMahon, B.; Ipsen, J.; Pugh, T. F. (1969). *Métodos de epidemiología*. Prensa Médica Mexicana, México.
- Maddisom, D.; Viola A.; Walker, W. L. (1969). Further studies in bereavement. *Amst and MZ J Psychiatry*, 113, 1057-67.
- Malinowski, B. ([1922] 1973). *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Península.
- Malinowski, B. ([1932] 1975). *La vida sexual de los salvajes del Noroeste de Melanesia*. Madrid: Morata.
- Marris, P. (1974). *Loss and Change*. New York: Pantheon Books.
- Martinson, I.; Davies, B.; McClowry, S. (1987). The long-term effects of sibling death on self-concept. *Journal of Pediatric Nursing*, 2, 227-235.
- Martocchio, B. C. (1985). Grief and bereavement: Healing through hurt. *Nursing Clinics of North America*, 20, 327-341.
- Mc Crae, R.; Costa, T. (1993). Psychological resilience among widowed men and women. En M. Stroebe, W. Stroebe y R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, C. (1999). *Nursing care of older adults*. (3ª Ed.) Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Milo, E.M. (1997). Maternal responses to the life and death of a child with developmental disability. *Death Studies*, 21, 443-476.
- Moos, N. (1995). An integrative model of grief. *Death Studies*, 19, 337-364.
- Morris, S. (1972). *Grief and how to live with it*. Grosset and Dunlap. New York.

- Murray, C. (1993). *Bereavement*. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Pp. 663-678. Nueva York: Oxford University Press Inc.
- Myers, F. (1979). Emotions and the self: A theory of personhood and political order among pintupi aborigines. *Ethos*, 7(4), 343-370.
- Nadeau, J. W. (1997). *Families Making Sense of Death*. Newbury Park, CA, USA: Sage.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-557.
- Neimeyer, R. A. (2001b). Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 171-183.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Lessons of loss: A guide to coping* (2ª Ed.). New York: Brunner Routledge.
- Neimeyer, R. A. (2005). La pérdida de un ser querido y la búsqueda del significado: Rescribiendo historias de pérdida y dolor. *Tanato's. Revista de la SEIT*, 7, 6-10
- Neimeyer, R. A. (Ed.) (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A.; Levitt, H. (2001). Coping and coherence: A narrative perspective on resilience. En R. Snyder (Ed.), *Coping with stress*, pp. 47-67. New York: Oxford.
- Nelson, B. J.; Frantz, T. T. (1996). Family interactions of suicide survivors and survivors of non-suicidal death. *Omega*, 33, 131-146.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of thought: The intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Palgi, P. (1973). The socio-cultural expressions and implications of death, mourning and bereavement arising out of the war situation in Israel. *Israel Annual Psychiatry*, 11, 301-329.
- Pangrazzi, A. (1993). *La pérdida de un ser querido*. Paulinas. Madrid.
- Parkes, C. M. (1964). Effects of bereavement on physical and mental health-a study of the medical records of widows. *British Medical Journal*, 2, 274-9.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Parkes, C. M. (1991). *Attachment, bonding, and psychiatric problems after bereavement in adult life*. En: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P. Attachment across the life cycle. London: Routledge, pp. 268-292.
- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement* (2ª Ed.). London y New York: Routledge.
- Parkes, C. M. (2001). *A historical overview of the scientific study of bereavement*. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, pp. 25-45. Washington, DC: American Psychological Association.
- Parkes, C. M. (2006). *Love and loss: The roots of grief and its complications*. New York: Routledge.
- Parkes, C. M.; Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in Adult Live*. Londres: Tavistock Publications.
- Parkes, C.M. (1975). *Bereavement*. Harmondsworth: Penguin.
- Prigerson, H. (2004). Complicated grief: When the path to adjustment leads to a dead end. *Bereavement Care*; 23, 38-40.
- Prigerson, H. G.; Shear, M. K.; Jacobs, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G.; Shear, M. K.; Jacobs, S. C.; Reynolds, C F.; Maciejewski, P. K.; Davidson, J. R. T.; Rosenheck, R. A.; Pilkonis, P. A.; Wortman, C. B.; Williams, J. B.; Widiger, T. A.;

- Frank, E.; Kupfer, D. J.; Zisook, S. (1999). *Consensus criteria for traumatic grief*. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G.; Jacobs, S. (2001). *Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test*. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds, *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 613-645.
- Rando, T. A. (1991). *Parental adjustment to the loss of a child*. En D. Papadatou y C. Papadatos (Eds.), *Children and death*, pp. 233-253. New York: Hemisphere Publishing.
- Rando, T.A. (1986). *A comprehensive analysis of anticipatory grief, perspectives processes, promises and problems*. En T. A. Rando (Ed.), *Loss and anticipatory grief*. Lexington, MA: Lexington Books. New York.
- Raphael, B. (1984). *The Anatomy of bereavement*. London (Reimp. en 1992): Routledge.
- Riches, G.; Dawson, P. (1996a). An intimate loneliness: evaluating the impact of a child's death on parental self-identity and marital relationships. *Journal of Family Therapy*, 18, 1-22.
- Riches, G.; Dawson, P. (1996b). Communities of feeling: the culture of bereaved parents. *Mortality*, 1, 143-161.
- Riches, G.; Dawson, P. (1996c). Making stories and taking stories: methodological reflections on researching grief and marital tension following the death of a child. *British Journal of Guidance and Counselling*, 24, 357-365.
- Riches, G.; Dawson, P. (1998a). Lost children, living memories: the role of photographs in processes of grief and adjustment among bereaved parents. *Death Studies*, 22, 121-140.
- Riches, G.; Dawson, P. (1998b). Spoiled memories: problems of grief resolution in families bereaved through murder. *Mortality*, 3, 143-159.
- Roos, S. (2002). *Chronic sorrow*. New York: Brunner Routledge.
- Rosaldo, M. (1984). *Toward an anthropology of self and feeling*. En R. Shweder y R. LeVine (Ed.), *Culture theory: Essays in mind, self, and emotion*, pp. 137-157. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosaldo, R. (2000). *Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social*. Quito. Ecuador. ABYA-YALA
- Rosenblatt, P. (2000). *Parent grief Narratives of loss and relationship*. Philadelphia: Brunner Mazel.
- Sanders, C. (1989). *Grief: The mourning after*. New York: John Wiley.
- Sanders, C. (1999). *Grief, the mourning after: Dealing with adult bereavement* (2ª Ed.). New York: John Wiley.
- Shuchter, S. R.; Zisook, S. (1986). Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach, *Psychiatric Annals*, 16, 295-305.
- Silverman, P. P. (2005). *Apoyo social y ayuda mutua para los dolientes*. En I. Corless.; B. B. Germino; M. A. Pittman. *Agonía, muerte y duelo. Un reto para la vida*, pp. 223-238. México: Manual Moderno.
- Stroebe, M. S. (1992-1993). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega*, 26, 19-42.
- Stroebe, M.; Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M.; Schut, H. (2001a). *Models of coping with bereavement: A review*. En M. S. Stroebe y otros (Eds.) *Handbok of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 375-403.
- Stroebe, M.; Schut, H. (2001b). *Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review*. En M. S. Stroebe y otros (Eds.) *Handbok of bereavement research:*

Consequences, coping, and care. American Psychological Association. Washington, pp. 349-371.

Stroebe, M.; Van Son, M.; Stroebe, W. (2000). On the classification and diagnosis en pathological grief. *Clinical Psychological Review*, 20(1), 904-910.

Timmermans, S. (1994). Dying of awareness: the theory of awareness contexts revisited. *Sociology of Health & Illness*, 16, 322-339.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Traylor, E. S.; Hayslip, B.; Kaminski, P. L.; York, C. (2003). Relationships between grief and family system characteristics: A cross lagged longitudinal analysis. *Death Studies*, 27, 575-601.

Tudiver, F.; Permaul-Woods, J. A.; Hilditch, J.; Harmina, J.; Saini, S. (1995). Do widowers use the health care system differently? Does intervention make a difference? *Can Fam Physician*, 41, 392-400.

Uren, T. H.; Wastell, C. A. (2002). Attachment and meaning making in perinatal bereavement. *Death Studies*, 26, 279-308.

Valentine, Ch. (2006). Academic constructions of bereavement. *Mortality* 11(1), 57-78.

Volkan, V. D.; Paul, N. L. (1974). *Normal & Pathological Responses to Bereavement*. MSS Information Corp, New York.

Walter, T. (1999). *On bereavement: The culture of grief*. Oxford: Oxford University Press.

Wass, H.; Berardo, F. M.; Neimeyer, R. A. (Eds.) (1987). *Dying, facing the facts* (2ª Ed.). New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25, 51-66.

Worden, J. W. (1991). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (2ª Ed.). Nueva York: Routledge.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Worden, J. W. (2009). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner* (4ª Ed.). New York: Springer Publishing Company.

Zisook, S.; Lyons, I. (1990). Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega*, 20, 307-322.

Zisook, S.; Shuchter, S. R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1346-52.

Zysook, S.; Shear, M. K.; Invin, S. A. (2009). *Death, dying, and bereavement*. En B. J. Sadock; V. A. Sadock y P. Ruiz. (Eds.) Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry, 9ª Ed. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. Pp. 2378-2406.