

El proceso de duelo y estrategias de manejo

Ps. Anneliese Dörr
Ps. María Elena Gorostegui
Ps. Sonia Jara
Ps. Claudia Ornstein.

1. Definiciones de muerte y duelo

2. Fases del duelo

- 2.1. Fase de embotamiento de la sensibilidad
- 2.2. Fase de anhelo y búsqueda
- 2.3. Fase de desorganización y desesperanza
- 2.4. Fase de reorganización

3. Enfrentamiento de la muerte y ciclo vital

- 3.1. Duelo en el niño
- 3.2. Duelo en el adolescente
- 3.3. Duelo en la adultez

4. Duelo patológico

- 4.1. Duelo crónico
- 4.2. Duelo evitado
- 4.3. Duelo crónico o dependiente
- 4.4. Duelo distorsionado por pérdida repentina
- 4.5. Duelo conflictivo o retardado

5. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en el paciente terminal

- 5.1. Fase de negación
- 5.2. Fase de rabia
- 5.3. Fase de negociación
- 5.4. Fase depresiva
- 5.5. Fase de aceptación

6. Enfrentamiento y terapias de duelo

7. Cuidados paliativos

- 7.1. Instrumentos básicos de los cuidados paliativos

**Propongo borrar los capítulos en rojo, no corresponden acá.
Propongo incluir el tema de duelo extremo (O.Dörr) sólo en la parte atingente, y citada por nosotros. Creo que como excursio quedaría bien**

6. Excurso:

Duelo extremo

- A. Dörr
- B. M.E. Gorostegui

El proceso de duelo y estrategias de manejo

Ps. Claudia Ornstein L.,
Ps. Sonia Jara T.

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar información de los procesos psicológicos que se vivencian frente a la pérdida de un ser querido como también del proceso de duelo que padece un enfermo terminal y su familia. Además se describen distintas terapias dirigidas a enfrentar el duelo y se propone los cuidados paliativos como modelo de atención integral al paciente terminal y su familia. Por su complejidad requiere de la revisión de la multiplicidad de variables asociadas.

1. Definiciones de muerte y duelo

La definición de muerte es algo que nadie conoce a ciencia cierta, su significado, varía según el pueblo y la cultura, pero lo que sí podemos decir es que es algo delicado y complejo, y a la vez absolutamente simple ya que es el dejar el mundo material, lo físico,

Etimológicamente duelo viene del latín dolus que significa dolor. Es la respuesta a una pérdida o separación.

Sigmund Freud en su texto de 1915 (Duelo y Melancolía) introdujo el término de duelo para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como "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. "En este sentido el duelo no solo se presentaría frente a la muerte de un ser querido, sino también

con relación a situaciones que impliquen la evidencia para el sujeto de una falta, o de algo que ha de dejar atrás y que no volverá a recuperar, pero que deja siempre un recuerdo". ." Esta definición corresponde a lo que hoy conocemos como duelo normal, sin embargo existe una forma particular de vivir el duelo que S. Freud llamó melancolía, en este caso el deudo se siente empobrecido y la pérdida es experimentada en el propio Yo (1).

Existen tres conceptos de muerte:

a) Muerte Biológica.

Considera como un cese de las funciones corporales. Una persona se considera que muere cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o se detiene la actividad eléctrica del cerebro.

b) Muerte Social.

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

c) Muerte Psicológica.

Incluye los sentimientos de las personas acerca de su propio deceso cuando están , próximos a este y la muerte de quienes están cerca, es importante la aceptación de la muerte como parte inherente a la existencia humana².

En términos generales durante el proceso del duelo se describen una multiplicidad de sentimientos, cogniciones y conductas más o menos típicas Entre los Sentimientos que se expresan durante duelo están: tristeza, rabia, culpa y auto reproche, ansiedad, soledad, fatiga, apatía, indiferencia, impotencia, anhelo, liberación, alivio, insensibilidad, etc.

Las sensaciones físicas también se ven intensificadas en este proceso, las personas las describen como "vacío del estomago", "opresión en el pecho o garganta", "hipersensibilidad al ruido", "sensación de irrealidad", "falta de aire", "debilidad muscular", "alta de energía", " sequedad de la boca". Con relación a lo cognitivo la persona se vuelve más incrédula, existe confusión, sensaciones de que la persona esta aquí y alucinaciones, dificultad en la memoria, falta de atención y concentración.

Las conductas más comunes que adquiere la persona son trastornos del sueño, comer demasiado o demasiado poco, anda continuamente distraído, se genera un aislamiento social, comienza a soñar con la persona perdida, evita los recuerdos, comienza a buscar y llamar en voz alta, suspira continuamente, hiperactividad, llanto, se visitan de lugares significativos y se realiza un atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido.

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

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

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

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

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

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

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

Entre los factores que determinan el proceso de elaboración del duelo se señalan la Personalidad del doliente, relación con el difunto, los duelos previos, tipo de muerte, edad del difunto y contexto.

2. Fases del duelo

John Bowlby ha sido un estudioso del tema del apego y la pérdida, él realiza una clasificación que ordena el proceso del duelo, distinguiendo cuatro fases³:

2.1. Fase de embotamiento de la sensibilidad.

Comienza cuando se muere el familiar y se prolonga desde algunas horas hasta una semana. Los deudos se sienten aturridos e incapaces de aceptar la realidad. Suelen continuar con sus actividades cotidianas en forma casi automática, como si , " la muerte no fuera una realidad, como si fuera un sueño. En esta etapa aparecen episodios de rabia y dolor muy intensos.

2.2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida.

Comienza algunas horas o días después de la muerte y suele durar algunos meses e incluso un año. En la medida en que comienza a aparecer la realidad de la pérdida, surgen pensamientos obsesivos respecto a la figura perdida (se le confunde en la calle, se le sueña como si estuviera viva, etc.). Aún cuando la persona sabe racionalmente que su ser querido ha muerto, experimenta un fuerte impulso a tratar de encontrarlo y a la vez de olvidarlo. En esta fase, entonces, se mezclan el dolor, la rabia, la búsqueda inquieta y la ingratitud hacia quienes brindan ayuda. Todos estos sentimientos expresan la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida.

2.3 Fase de desorganización y desesperanza.

Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, la persona acepta finalmente la muerte y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía.

2.4 Fase de reorganización.

Esta última fase se inicia aproximadamente luego de un año de ocurrida la pérdida. El deudo se encuentra en condición de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a si mismo y al nuevo contexto, el cual no incluye a la persona perdida. Esta redefinición de si mismo es tan penosa como determinante, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa. Hasta que no se logra esta nueva definición, no pueden hacerse planes a futuro.

M. Horowitz, distingue cinco frases en el proceso del duelo²:

a) Reacción inicial de shock.

Corresponde a la reacción inmediata luego de conocer la noticia de la muerte o pérdida. Esta confrontación súbita con la información de la pérdida provoca la aparición inmediata de una serie de estados.

b) Negación.

La persona no vivencia claramente el hecho traumático. El foco de conciencia se dirige a otras preocupaciones entrando en una especie de anestesia emocional en relación al evento penoso. La persona frecuentemente está consciente de estar funcionando en forma automática, sin embargo, esto sirve como defensa frente al intenso dolor emocional experimentado. Esta etapa no es permanente, puede durar días, semanas o meses.

c) Intrusión del pensamiento.

El individuo comienza a recordar a la persona muerta apareciendo en la conciencia imágenes o pensamientos relacionados con el suceso penoso, volviendo a activarse emocionalmente. En esta fase el reconocimiento del significado de la pérdida para sí mismo adquiere relevancia, pudiendo aparecer una identificación con el difunto y por lo tanto una mayor percepción de la propia vulnerabilidad ante la muerte. También en ocasiones puede aparecer culpa por haber sobrevivido al difunto.

d) Elaboración.

En este período aparece una mayor racionalidad tanto para analizar lo sucedido como para considerar sus consecuencias. El dolor psíquico disminuye, como también disminuyen los altibajos emocionales. Esta etapa es denominada trabajo de duelo, ya que en ella se revisa a propia relación con el muerto en términos de sí mismo, del otro y de la relación entre ambos. En esta etapa también pueden establecerse nuevas relaciones que no son vistas como sustitutas o reemplazantes del difunto, sino que como personas diferentes con características propias.

e) Completación

Esta es la etapa final del proceso de duelo, aquí disminuyen las oscilaciones emocionales propias de las fases anteriores, existiendo una mayor coherencia interna y estados emocionales más positivos. Cuando se completa el trabajo de duelo, la persona perdida no es olvidada, sino integrada como un recuerdo positivo que muchas veces proporciona fuerza interior para enfrentar los nuevos desafíos que trae la vida.

3. Enfrentamiento de la muerte y ciclo vital

En la literatura se describen distintas características y actitudes hacia el morir y la muerte a través del ciclo vital².

3.1 Duelo en el niño

Los conceptos de irreversibilidad, terminación de funciones y de universalidad de la muerte suelen desarrollarse en el momento en que los niños pasan de la etapa preoperacional a la de pensamiento de operaciones concretas.

Los niños en la etapa preoperatoria no suelen entender la muerte, porque está más allá de su experiencia personal. Tiene un pensamiento egocéntrico. Pueden creer que alguien con suerte puede evitar la muerte y que ellos mismos podrán vivir para siempre. Pueden creer que una persona muerta piensa y siente.

Con relación a la actitud hacia la muerte, los niños en general, expresan su aflicción con ira, indiferencia o rehusándose a reconocer la muerte. Se les puede ayudar en su comprensión si se les presenta el concepto desde una edad temprana, en el contexto de su propia experiencia y se les da la oportunidad de hablar acerca de los aspectos que rodean la muerte.

Aunque resulte muy doloroso y difícil hablar de la muerte con el niño, es mejor hacerlo lo antes posible. Se le debe explicar con un lenguaje adecuado a su edad, lo ocurrido.

Para los niños menores de 3 años, la muerte es algo provisional y reversible. Será pues necesario ser pacientes para explicarle una y otra vez lo ocurrido y lo que significa la muerte. Recordar que para que pueda iniciar adecuadamente el proceso de duelo, es necesario que deje de esperar a su ser querido, y llegar a comprender que éste no regresará nunca. Para que el niño entienda qué es la muerte, suele ser útil emplear ejemplos traídos de la naturaleza: las hojas en otoño, la muerte en los animales, etc.

Los tres temores más frecuentes del niño: ¿Causé yo la muerte? ¿Me pasará esto a mí? ¿Quién me va a cuidar? Aunque el niño sepa que su ser querido ha muerto, siente necesidad de seguir manteniendo una relación afectiva, y así la persona fallecida puede por un tiempo convertirse en un padre o madre imaginario. Con sus compañeros y amigos puede jugar a morirse, al entierro... Todos estos comportamientos son absolutamente normales y tiene que ser respetados como necesarios para que el niño realice de forma adecuada el duelo.

Lo más habitual, es que el niño elabore el duelo alternando fases de preguntas y expresión emocional, con intervalos en que no menciona para nada el asunto.

El niño intuye enseguida que la muerte va a tener muchas consecuencias en la familia. Es bueno decirle que, aunque estamos muy tristes por lo ocurrido, vamos a seguir ocupándonos de él lo mejor posible. El niño puede temer también ser abandonado por el familiar sobreviviente. Asegurarle que, aunque está muy afectado por la pérdida, se encuentra bien y no le va a pasar lo mismo. Asegurarle que vamos a seguir queriendo a la persona fallecida y que nunca la olvidaremos.

El niño afectado puede presentar dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, miedo de quedarse solo. Puede presentar un comportamiento infantil (enuresis, hablar como un bebé, pedir comida a menudo...) durante tiempo prolongado. A veces, puede presentar imitación excesiva de la persona fallecida, expresiones repetidas del deseo de reencontrarse con el fallecido. Pueden alejarse de sus amistades y presentar una negativa de ir a la escuela.

3.2 El duelo en el adolescente

Los adolescentes tienden a presentar ideas muy románticas acerca de la muerte. Están interesados en el cómo vivirán y no cuánto vivirán. Muchos aún piensan en forma egocéntrica y se hallan en un mito personal. Piensan que pueden tomar cualquier riesgo sin exponerse al peligro. No existe ninguna forma en la cual la muerte o el dolor que ella causa haga que los adolescentes actúen. Su manera de manejar la situación es fruto de su propia personalidad.

Generalmente se le pide a los adolescentes el que sea fuerte. Muchas veces el adolescente, aunque sufra intensas emociones, no las comparte con nadie, porque se siente, de alguna manera, presionado a comportarse como si se las arreglara mejor de lo que realmente lo hace. No se siente capaz de sobrevivir a su propio dolor y además se les exige que sostengan a otros.

Este tipo de conflictos puede tener como resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo (duelo aplazado o congelado). El adolescente puede sentir mucha rabia, miedo, impotencia... y preguntarse por qué y para qué vivir. La adolescencia suele ser ya una etapa difícil. El adolescente tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido, al mismo tiempo que hace frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad.

Aunque exteriormente parezca ya un adulto, el desarrollo del cuerpo no va siempre a la par con la madurez afectiva. Es por eso que necesita todavía mucho apoyo afectivo para emprender el doloroso y difícil proceso de duelo. Es por eso que a veces puede faltarles ayuda.

Como hemos mencionado antes, es frecuente que se espere del adolescente que sea adulto y se haga cargo e cuidar y ayudar al resto de la familia, sobretodo al padre o madre sobreviviente o a los hermanos más pequeños.

Podemos pensar que entonces puede encontrar alivio y ayuda en sus amigos. Pero cuando se trata de la muerte, salvo que se haya vivido una situación similar, los amigos se sienten impotentes y pueden ignorarlo totalmente.

El esfuerzo del adolescente para ser cada vez más independiente de sus padres, suele acompañarse de conflictos y problemas en la relación. Atraviesan un período de desvalorización de su familia es una forma normal, aunque difícil, de separarse de ellos.

Si su padre o su madre fallecen mientras está alejándose física y emocionalmente de ellos, puede experimentar un gran sentimiento de culpa y de tarea inconclusa. Aunque la necesidad de separarse es completamente natural, esta experiencia puede hacer el proceso de duelo más complicado.

Los signos de un proceso de duelo en un adolescente y que requieren intervención terapéutica serían: Síntomas de depresión, insomnio, inquietud psicomotriz, baja autoestima. Se agregan fracaso escolar, o indiferencia frente a las actividades extraescolares. También deterioro de las relaciones familiares y con los amigos. Conductas de riesgo como abuso de alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales impulsivas y sin medidas preventivas..Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez.

3.3 Duelo en la Edad Adulta Temprana.

El adulto joven tiene mayor probabilidad de sentir la muerte con mayor intensidad emocional que en otra etapa de la vida. Suelen sentirse frustrados frente a la muerte de un ser querido, ya que no le permite proyectarse con el futuro. Su frustración se transforma en rabia, lo cual dificulta el proceso de ayuda.

a) Duelo en la edad Adulta Intermedia.

En esta etapa el adulto tienen más conciencia de la muerte, con el fallecimiento de sus padres constituyen la generación mayor. La percepción del tiempo es diferente y es posible que generen cambios positivos en su proyecto de vida, producto de la resolución exitosa de la crisis de la mitad de la vida.

b) Duelo en la edad Adulta Tardía

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

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

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

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

4. El duelo patológico

El duelo es un proceso, además de normal, necesario. "La evitación del duelo conlleva problemas psicológicos que pueden redundar en formas atípicas o patológicas del duelo"

Tanto J. Bowlby (1983) como C.M. Parkes (1985), describen dos tipos de duelos patológicos².

4.1 Duelo Crónico

Las respuestas emocionales que se siguen a la pérdida perduran por largo tiempo y generalmente con mucha intensidad. Estas respuestas son, por lo general: pena, accesos de cólera y auto reproches. El síntoma principal que aparece es la depresión, la cual a menudo se combina con ansiedad. El individuo es incapaz de replanificar su vida, apareciendo una triste desorganización. Este tipo de duelo, según C.M. Parkes, suele desarrollarse cuando la relación existente con la figura perdida se caracterizaba por la dependencia.

4.2 Duelo Evitado

El sujeto es incapaz de elaborar el duelo, manteniendo la organización de su vida de manera muy similar a como era antes. Sin embargo, aparecen dolencias psicológicas y fisiológicas, llegando repentinamente a un estado de depresión aguda.

Este tipo de duelo, según C.M. Parkes, puede ocurrir frente a:

Pérdida inesperada. Frente a esto surgiría una reacción defensiva de shock que impediría comenzar a elaborar el duelo.

Pérdida de personas con quienes se ha tenido una relación muy ambivalente. Frente a esto surgiría una primera sensación de alivio y baja ansiedad, para posteriormente aparecer la desesperación y la pena, caracterizadas por una actitud autopunitiva.

R. Florenzano, en 1983, señala la clasificación de E.K. Rynearson, la cual distingue tres tipos de duelo patológico o anormal⁶

4.3 Duelo Crónico o Dependiente

Este se produce cuando existió una relación de sobre apego con la persona perdida. Hay una relación de dependencia en la que se requiere de un continuo intercambio con el otro, para así mantener una imagen coherente de sí mismo. La muerte de esa persona lleva a una nostalgia aguda por este y un duelo prolongado. El sobreviviente se siente débil, desvalido e incapaz. Esto hace que la autoimagen del sobreviviente se organice deformándolos pensamientos y las conductas centrándose en la persona perdida.

4.4 Duelo Distorsionado por pérdida repentina o inesperada.

En este caso lo inesperado de la noticia lleva a una angustia excesiva, junto con esto aparecen pensamientos o recuerdos intrusivos intensos. La muerte repentina puede sobrepasar a la persona, que enfrenta una y otra vez los sucesos que rodearon las circunstancias de la muerte. La elaboración del duelo en este caso se estanca en la etapa de pensamiento intrusivo y es difícil completar esta elaboración sin ayuda terapéutica.

4.5 Duelo Conflictivo o Retardado.

En este caso en un comienzo se observa una respuesta mínima al duelo para evolucionar posteriormente en angustia o depresión prolongada. En estos casos hay

dificultad en elaborar los esquemas del otro y del sí mismo, estos tienden a confundirse produciéndose una contaminación de las emociones negativas hacia la figura perdida con la propia autoimagen empobrecida y defectuosa con una baja autoestima. Al parecer en estos casos la ambivalencia emocional frente a la persona perdida es intensa.

En la literatura se observan indicadores clínicos para detectar complicaciones en el duelo, los cuales son:

- Excesiva sensibilidad y vulnerabilidad ante las experiencias que impliquen pérdida o separación.
- Conductas y respuestas psicológicas hiperactivas, de desasosiego, aceleración o necesidad de mantenerse ocupado como si el silencio o la sensación de movimiento amenazaran permitir la aparición de contenidos reprimidos indicadores de ansiedad.
- Temores ante la muerte, en especial de los seres queridos, demasiados exacerbados.
- Idealización excesiva de quien murió
- Conductas rígidas, compulsivas que limitan la libertad y bienestar del doliente.
- Pensamientos obsesivos, "rumiativos" y persistentes sobre el muerto y de las circunstancias de la pérdida.
- Dificultad para experimentar las reacciones emocionales de dolor naturales ante la pérdida, debido a excesiva constricción de la parte afectiva.
- Confusión e inhabilidad para articular pensamientos y sentimientos relativos a quien murió.
- Temor a intimidad de la relación con los demás y otros indicadores de dificultad en la vida afectiva relacionados con la idea y miedo de volver a perder.
- Un patrón de relaciones y/o conductas autodestructivas, entre ellas la necesidad compulsiva de cuidar y proteger a los demás a cualquier costo emocional.
- Sensación crónica de aturdimiento, confusión y despersonalización que aleja al doliente de su entorno.
- Rabia e irritabilidad crónica unida con depresión.
- Dificultad de hacer relato coherente de la experiencia.

5. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en el paciente terminal

La gravedad de la condición médica de los pacientes terminales hace que tengan una mayor vulnerabilidad a experimentar complicaciones, tanto psicológicas como psiquiátricas, relacionadas con la enfermedad. La falta de control sobre la sintomatología psicológica y psiquiátrica incide negativamente no sólo sobre la calidad de vida del paciente, sino también sobre sus mecanismos de afrontamiento y el nivel de adaptación psicosocial alcanzado por la familia. De ahí surge la necesidad de que los cuidados paliativos integren atención psicológica en el cuidado de los enfermos terminales, proporcionando un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible su proceso de muerte y ofreciendo ayuda a la familia para afrontar la enfermedad y resolver su propio duelo de la manera más adaptativa posible.

Ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, el paciente pone en marcha una serie de mecanismos para enfrentar la amenaza física y psicológica que supone su condición médica.

Se han descrito 3 aspectos básicos en el proceso de adaptación a una situación amenazadora, como es el diagnóstico de una enfermedad terminal. En primer lugar, hay un intento por darle un sentido a la realidad que se está viviendo, por dominar la situación o la propia vida y por último, por conservar la propia autoestima.

Estos mecanismos tienen como objetivo mantener la angustia dentro de unos límites manejables, conservar un sentimiento de valoración personal y reestablecer o mantener relaciones con las personas significativas.

Los pacientes terminales presentan una serie de reacciones psicológicas o mecanismos que le permiten "protegerse" de la amenaza de las pérdidas inminentes^{4,5}.

Kübler-Ross, en su libro "Sobre la muerte y los moribundos", fue la primera en describir las fases psicológicas por las que pasa un enfermo terminal:

5.1. Fase de Negación

Consiste en la resistencia del enfermo a aceptar la realidad de su situación, reacción que es muy frecuente frente a una muerte inminente. La negación es un mecanismo adaptativo ya que cumple una función protectora que permite al enfermo enfrentarse de un modo gradual a su condición. Algunas manifestaciones propias de esta fase pueden ser, por ejemplo, el intento de buscar opiniones médicas que desconformen su pronóstico, pensar que el médico se equivocó en los exámenes, etc. Llevada al extremo, la negación puede convertirse en un obstáculo para la comunicación y planificación de los tratamientos, por ejemplo, si el paciente simplemente deja de tomar las medidas necesarias para su propio cuidado al negar la gravedad de su condición, por lo

cual, la negación pasa a convertirse en un mecanismo desadaptativo. En estos casos será muy importante brindar al paciente atención psicológica oportuna, la cual es necesaria para superar este problema.

5.2. Fase de Rabia

Esta surge del sentimiento de impotencia que produce al paciente el hecho de saber que va morir pronto. La rabia, que puede manifestarse como irritabilidad o agresión, puede estar dirigida a los "cuidadores" o hacia Dios. Es importante no reaccionar frente a esta rabia y comprenderla desde el dolor que está sufriendo el paciente.

5.3. Fase de Negociación

En esta fase, el paciente hace un intento de aplazar la muerte, muchas veces con la intención de solucionar un asunto pendiente o llegar a vivir hasta una fecha determinada. Entonces, recurre a "ofrecer" algo a cambio para obtener el plazo que desea. Esta reacción surge de la esperanza de vivir más, que es la que sostiene emocionalmente al paciente hasta su muerte.

5.4 Fase Depresiva

Esta fase surge al enfrentarse el paciente a diferentes pérdidas asociadas a su condición de enfermo terminal pérdidas como por ejemplo, la de independencia y de control, de su propia salud, el miedo a convertirse en una carga y el alejamiento de sus seres queridos. Esta fase se presenta en el momento en que ya es imposible continuar ignorando la gravedad de su enfermedad.

5.5 Fase de Aceptación

Según Kübler-Ross, esta fase se alcanza cuando se resuelve la fase depresiva. Consiste en una separación gradual de los lazos afectivos, de los roles y objetos y de la vida en general; aquí el paciente ya ha comprendido su situación y realiza una conciliación existencial⁵.

Según algunos autores, este modelo no es del todo completo puesto que no incluye reacciones bastante comunes como el temor y la ansiedad, que interfieren en el proceso de adaptación y que requieren de un tratamiento psicológico.

Cabe agregar además, que no todos los pacientes pasan de igual modo por todas las fases antes descritas, pueden ir de la negación a la aceptación, sin pasar por la rabia y la negociación; también se ha visto que no todas las fases se dan necesariamente en el mismo orden, pueden sobreponerse dos fases a la vez o no surgir nunca, y otras, que ya se consideraban superadas, volver a aparecer más adelante⁶.

El enfermo terminal puede experimentar elevada ansiedad, temor, irritabilidad, resignación, culpa, sentimientos de impotencia y tristeza. Estas reacciones emocionales van surgiendo al enfrentarse a las sucesivas pérdidas (fenómenos corporales, roles laborales, sociales, familiares, a la vida en general). Se puede generar más, una baja en la autoestima producto de la pérdida del control sobre sus síntomas.

Describen temor y confusión al enfrentarse a una situación desconocida donde predominan sentimientos de inutilidad e incapacidad, asociadas a la disminución de la autoestima, dignidad e integridad del individuo.^{7,8}

Se ha demostrado que existe poca correlación entre el grado de " discapacidad física de un paciente y su reacción psicológica, la cual dependerá no sólo de su condición médica sino que también de su adaptación psicosocial premórbida, de su historia personal y familiar, de los trastornos psiquiátricos asociados, de sus maneras de enfrentar y resolver conflictos y pérdidas previas, y del apoyo social y familiar disponibles. Conflictos que el paciente no haya resuelto durante su vida, familiares por ejemplo, se acentúan en esta etapa de tensión.

La falta de comunicación puede ser otra fuente de angustia y depresión en pacientes terminales. Una buena comunicación, tanto verbal como no verbal, influye en una buena relación médico paciente y puede aumentar la satisfacción con los servicios prestados y permitir a los pacientes tomar decisiones informadas acerca de su cuidado. Kübler-Ross, plantea que los moribundos, además del lenguaje verbal y no verbal, se comunican muchas veces en un lenguaje verbal simbólico, hablando de un modo indirecto o simbolizado de sus necesidades y temores. Este tipo de lenguaje, además del no verbal, puede no ser fácil de entender para la mayoría de la gente, por lo cual hay que prestar mucha atención a estos aspectos de la comunicación del paciente para poder realmente llegar a comprenderlo.

La comunicación con la familia será muy importante, en tanto reduce los sentimientos de aislamiento del enfermo y favorece una dinámica familiar adaptativa.

Todo esto reviste gran relevancia, no sólo porque se asocia a la calidad de vida del paciente y su familia, sino que también existen estudios que demuestran que las adecuadas relaciones con los demás favorecen una mayor sobrevida del enfermo.

Para poder predecir cual es la capacidad del paciente para asimilar la información médica sobre su enfermedad y tratamiento hay que evaluar la percepción que tiene acerca de la utilidad de la información recibida como adecuada a sus necesidades. Las necesidades de información de los pacientes pueden variar a medida que avanza la enfermedad. De ahí la importancia de evaluar e identificar cuales son estas necesidades en un momento determinado.^{9,10}

Se estima que la frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes terminales es de alrededor del 47% .

Los aspectos psiquiátricos que deben ser evaluados en los pacientes con cáncer, y en especial en aquellos que están en fase terminal, son la depresión y trastornos depresivos adaptativos, delirium y demencia, efectos secundarios a medicamentos, trastornos de ansiedad, alcoholismo, disfunción sexual y riesgo suicida.

La presencia de una enfermedad crónica aumenta la prevalencia de depresión, mientras más grave es la enfermedad, más probable es la presencia de depresión concomitante.

La depresión agrava la enfermedad médica, empeora el pronóstico y deteriora la calidad de vida del paciente y, por lo tanto, siempre debe ser tratada. Se sabe, por ejemplo, que cuando las personas se dan por vencidas y desean ya estar muertas, la muerte ocurre más precozmente que en aquellos que mantienen la esperanza y la motivación.

Es importante no confundir depresión con otras condiciones patológicas como compromiso orgánico cerebral, o no patológicas como la tristeza. Desgraciadamente el término depresión ha sido sobreutilizado.

Para el diagnóstico de depresión, los criterios del DSM IV (14) para depresión mayor son los más utilizados, pero dado que al menos cuatro de los nueve síntomas incluidos en dichos criterios pueden ser secundarios a la enfermedad médica, Endicott ha desarrollado una lista de síntomas que pueden orientar al diagnóstico de depresión y que han sido observados en pacientes con enfermedades médicas como la apariencia temerosa o deprimida, retirada social o mutismo, autocompasión o pesimismo y la disminución de la reactividad emocional frente a los estímulos del medio.

El Delirium y la Demencia son cuadros frecuentes en pacientes terminales. Muchas veces no es posible determinar si el compromiso de las funciones cognitivas es transitorio, debido a factores funcionales o definitivo por daño tisular.

Se observa confusión, inatención, desorganización del pensamiento, del lenguaje y de la acción. Cuando el cuadro obedece al inicio de una demencia estos síntomas son progresivos llevando al paciente a la incapacidad para pensar, a la pérdida de la perseverancia en la realización de las tareas, al deterioro de la capacidad de abstracción, a la alteración del juicio, a la alteración de la personalidad como también a la presencia de afasias y apraxias.

En relación a los trastornos de ansiedad, es importante diferenciar la angustia normal de la patológica. La angustia normal siempre es proporcional a la causa que la provoca, adaptativa y no ocupa la mente por completo, es decir, no coarta la libertad del sujeto.

La angustia es frecuente, en general, en todas las situaciones de enfermedad, y especialmente en la situación terminal en que la muerte es inminente, lo que genera una grave ansiedad en el paciente y en su familia.

En un estudio realizado por Chochinov¹² en doscientos pacientes terminales, se demostró que sólo el 8.5% presentaban ideación suicida seria. La mayoría de los pacientes que la presentaban estaban deprimidos. El deseo de morir se asocia fundamentalmente a la depresión o al dolor, por lo cual siempre estas condiciones deben de ser tratadas.

Siempre debe evaluarse el riesgo suicida cuando el paciente manifiesta deseos de morir; el mayor riesgo se asocia a historia familiar de suicidio, intentos previos, alcoholismo, rechazo de la ayuda terapéutica, historia psiquiátrica previa, grado de letalidad del método y una pobre red de apoyo social. Los planes suicidas de los pacientes siempre deben explicitarse, incluso violando la confidencialidad que implica la situación terapéutica. El riesgo suicida de un paciente debe ser permanentemente monitorizado por el equipo terapéutico¹³.

\6. Enfrentamiento y terapias de duelo

En los procesos de duelo existen tareas que cumplir, estas apuntan a superar el impacto de la pérdida y son necesarias de alcanzar en las etapas de elaboración de éste.

Aceptar la realidad de la muerte. Al momento de enfrentar la pérdida hay siempre una sensación inicial de que eso "no pasó". Por lo tanto la primera tarea del proceso del duelo es enterrar al otro psicológicamente, esto implica aceptar que la persona querida está muerta y que no se la volverá a ver más.

Experimentar el dolor del duelo. Se refiere a experimentar física y psíquicamente el dolor de la pérdida. Es necesario que este dolor sea vivenciado y enfrentado para luego en algún momento superarlo.

Adaptarse al nuevo ambiente en el cual la persona perdida ya no participa. Cuando ya se ha aceptado la realidad de la pérdida, es necesario elaborar la propia relación con la persona perdida y con las funciones que ésta cumplía. Esto implica muchas veces tener que desarrollar nuevas capacidades, así como nuevas conductas a las cuales no se estaba habituado.

Retirar la energía emocional puesta en la persona .reinvertirla en otra relación. Esta tarea se refiere a situar a la persona perdida en un lugar especial del mundo interno, siendo posible reinvertir la energía emocional que se había colocado en dicha persona, poniéndola en otras actividades y relaciones. El cumplimiento de esta tarea lleva a que el recuerdo de la persona perdida se active sin exceso de emocionalidad, existiendo la posibilidad de representaciones más objetivas y tranquilizadoras acerca de ésta.

6.1 Terapias de duelo

La aproximación general al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de este proceso dependerá, tal como lo hemos planteado reiteradamente de las variables asociadas. El profesional deberá diagnosticar la normalidad o patología del duelo.

Es conveniente distinguir distintos tipos de trabajo clínico con relación a las terapias de duelo, es así que existen:

- Terapia de duelo reciente.
- Terapia para duelos patológicos.
- Terapia de duelos específicos: aborto provocado, duelo de seres queridos desaparecidos.
- Terapia de duelo en medio de una terapia que tenía otros objetivos.

- Terapia de duelo en situaciones traumáticas: atentados, catástrofes, accidentes, guerras.
- Terapia de pérdida de pareja: infidelidad, violencia intrafamiliar, separación.

Los principios generales del proceso terapéutico se basan en una actitud empática y de contención por parte del terapeuta. Si se presenta sintomatología depresiva y/o angustiada muy intensa será necesario el uso de psicofármacos. El médico será cuidadoso, tendiendo a prescribir más bien dosis bajas de antidepresivos (algún inhibidor de la recaptación de la serotonina y/o sí hay insomnio antidepresivos con efecto sedante e hipnótico. Obviamente, serán utilizados psicofármacos apropiados para los cuadros clínicos concomitantes: síndrome de pánico, psicosis reactivas, trastornos del ánimo, esquizofrenia.

Dentro de una terapia convencional, el terapeuta trabajará intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida.

Se puede optar por terapias individuales, grupales y/o de autoayuda, desde distintos paradigmas: psicoanalítico, sistémico, humanista, cognitivo-conductual.

6. Cuidados paliativos

Hacia el año 1966 Kübler-Ross y Saunders, pioneras en la preocupación por el cuidado de los enfermos moribundos, reconocieron públicamente la necesidad de los Cuidados Paliativos para los enfermos terminales, sin embargo, recién en 1996, tres décadas después, en USA se aprueba oficialmente este tipo de atención.^{5,14}

Se considera que un enfermo ha entrado en la fase terminal de su existencia, cuando ha sido diagnosticada con certeza de una enfermedad o padecimiento incurable y progresivo, el cual lo conducirá a morir probablemente en un plazo inferior a los 6 meses.¹⁵

Se ha definido el término Cuidados Paliativos como la "Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares, por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares, Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo".¹⁶

Consecuentemente con lo anterior, Gómez ha definido cinco elementos que conforman las bases de la terapéutica en pacientes terminales. En primer lugar la Atención Integral, es decir, la consideración de los aspectos tanto físicos como psicológicos, emocionales, sociales y espirituales en el contexto de una atención continuada e individualizada. En segundo lugar, se define al enfermo y su familia como la unidad a tratar. La familia, como núcleo fundamental del apoyo del enfermo, requiere de medidas específicas de ayuda y educación. En tercer término, se considera la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo, intentando elaborar en conjunto con él los objetivos terapéuticos. El cuarto elemento tiene que ver con una concepción terapéutica activa, que implica una acción rehabilitadora y activa en la situación de terapia. Por último, hay que considerar la importancia del ambiente. Es necesario crear un ambiente de respeto, confort, soporte y adecuada comunicación, lo cual estará estrechamente ligado a las actitudes de los profesionales y de la familia¹⁶.

7.1 Instrumentos básicos de los cuidados paliativos

Los elementos básicos en los que se basan los cuidados paliativos en su operar son:

- a) Control de Síntomas: Implica el reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los síntomas existentes y que inciden directamente (sobre el bienestar del paciente. "El plan de tratamiento debe dirigirse al alivio del dolor, de los otros síntomas y componentes del sufrimiento".¹⁵
- b) Apoyo emocional y Comunicación: Esto está dirigido al enfermo, su familia y al equipo terapéutico, siendo el objetivo el establecimiento de una buena relación entre todas estas instancias.
- c) Cambios en la Organización: Que la organización permita el trabajo interdisciplinario y posibilite una adaptación flexible a los objetivos cambiantes, según los requerimientos del paciente en cada momento de la enfermedad.
- d) Equipo Interdisciplinario: Enfrentar los cuidados paliativos en el contexto de un equipo multidisciplinario es indispensable para el logro de los objetivos.

Las decisiones en esta etapa de la enfermedad terminal deben ser consideradas como un proceso dinámico que requiere de una escucha atenta, reflexión, discusión y evaluación; además del conocimiento cabal, por parte del equipo, de la ética médica y sus implicancias, la cual debe estar a la base de la toma de decisiones. Los principios éticos que deben sustentar este trabajo, así como cualquier acto médico son: el respeto a la autonomía, el no causar daño o principio de no maleficencia, el principio de beneficencia, la justicia y el respeto a la debilidad de la vida.^{15,16}

Los cuidados paliativos al enfermo se dan tanto dentro del hospital como en el domicilio. En cualquiera de estos contextos, es necesario que los enfermos y sus familias reciban cuidados y apoyo de parte de todo el equipo, quienes deberán estar dispuestos a acudir al domicilio. Tanto médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., deben trabajar en forma coordinada junto con el enfermo y la familia, ya que en última instancia es ésta la que decide el rumbo de los cuidados.

El objetivo de la psicoterapia en cuidados paliativos es el de construir sobre las habilidades que posee el paciente, estableciendo una relación empática con él, facilitando el uso de sus mecanismos defensivos. Es importante evaluar si las defensas empleadas por el paciente son adaptativas o no antes de intervenir terapéuticamente y ayudarlo a recobrar y utilizar aquellos mecanismos psicológicos que le han sido de utilidad para resolver crisis pasadas satisfactoriamente. Además, se debe ayudar al paciente en sus reconciliaciones, facilitarle el alcanzar deseos y esperanzas no satisfechas.

Para que la ayuda terapéutica resulte efectiva, se debe:

- a) Prestar atención a la Alianza Terapéutica.
- b) Asegurarse de que el paciente tenga un fuerte sistema de apoyo.
- c) Ser flexibles en la satisfacción de las necesidades del paciente: ya que estas pueden variar.
- d) No reaccionar frente a la rabia del paciente.
- e) No restarle importancia a los temores o pensamientos del paciente.
- f) No se debe considerar la angustia y/o depresión como "reacciones normales en esta fase terminal, ya que esto las dejaría sin tratar.
- g) Ayudar a resolver el primer impacto de ansiedad y confusión
- h) Clarificar y definir la realidad del paciente
- i) Proporcionar un apoyo continuado.
- j) Ayudar en la resolución de los duelos a los que se enfrenta el paciente por todas sus pérdidas
- k) Ayudar a mantener el respeto por uno mismo.
- l) Facilitar la regresión sin generar conflicto o culpabilidad.
- L .Facilitar las visitas.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud, Sigmund (1915); "Duelo y melancolía", en *Obras Completas*. Amorrortu Editores. Buenos Aires..
2. Papalia, D.E.: (1984) *.Desarrollo humano*. Edit Mc Graw-Hill, Mexico
3. Taylor, S.E.: (1983) Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychological*, 38. 1161-1173.
4. Kübler- Ross, E.: (1969) *On dead and dying*. Mc Millan. New York,.
5. Die Trill, M.: (1998) Síntomas Psicológicos durante la enfermedad terminal (Cap. 41). En : *Cuidados Paliativos: Atención Integral a enfermos Terminales*. Vol I. Ed. ICEPSS. Las Palmas..
6. Plumb, M., Holland, J.C. : (1981) Comparative studies of psychologic function in patients with advanced cancer: II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. *Psychosomatica medicine*, 43: 243-254.
7. Massie, M.J.: (1989) *.Anxiety, panic and phobias*. En *Handbook of Psychooncology . Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University press. New York.
8. Kübler- Ross, E.: (1974) *.The languages of dying*. *Journal of Clinical Child Psychology* 3:22-24. En: *Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales*. Vol. II. Ed. ICEPSS, Las Palmas.
9. Sanz Ortiz, J.: (1992) La comunicación en medicina paliativa. *Medicina Clínica* 98: 416-418.
10. American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Washington D.C.
11. Chochinov, H.M., Willson, K.G., Enns, M., Mowchun, N.: (1992) Desire for dead in the terminally ill. *American journal of psychiatry*, (8): 1185-1191.1995.
12. Derogatis, L.R.; Morrow, G.R.; Felling, J.; Penaman, D.; Plasetsky, S.; Schemale, A.M., et al.: *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. *JAMA*, 249; 751-757.1983.

13. Gómez Sancho, M.: (1998) *Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales*. Vol I. Ed. ICEPSS. Las Palmas
14. Astudillo, W., Mendinueta, C.: (1996) *Los cuidados Paliativos: Una apuesta por una fase terminal más humana*. Rev. Soc. Esp. Dolor. 3: 262-267.
15. Sanz Ortiz, J., Gómez Batiste, X., Gómez Sancho, M., Núñez Olarte, J. M.: (1993) *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Vol. 10. Madrid..

Excurso

Duelo extremo

A. Dörr
M.E.Gorostegui

Excurso

Desde la psicología, el duelo es uno de los procesos humanos que ha recibido mayor atención en la literatura especializada, ya sea desde la Psicología General, la psicoterapia, los procesos afectivos, etc. Pero también es un tema de honda reflexión filosófica, religiosa, poética, artística, en fin, es un tema que atraviesa todas as etapas y niveles vitales del ser humano.

El duelo

Independientemente de los contenidos reseñados en este capítulo dedicado al duelo, comentaremos el artículo *Duelo extremo y depresión* (Dörr, 2006), en consideración a que ofrece una visión diferente sobre el tema, que sin duda contribuirá a una mejor comprensión a través de los aportes de la Filosofía, la Antropología, la Literatura, el arte, desde la perspectiva de la Fenomenología.

Según Otto Dörr (2006) tanto las personas como los animales experimentan un particular estado que se llama duelo cuando han perdido a un ser querido. Darwin, en su obra "*Expression of emotions in man and animals*" (1872), exploró el diferente modo de expresar y comunicar emociones el hombre adulto, el niño y el animal, concluyendo, entre otras cosas, que las conductas de duelo son instintivas y tienen por finalidad el ayudar a los individuos a reestructurar sus vidas en ausencia del objeto perdido. Sigmund Freud (1917) también consideró el duelo como una fuente

de renovación e incluso de creatividad. Otra serie de autores, en cambio, entre los cuales destacan George Engel (1961) y John Bowlby (1980), han concebido el duelo como una forma de enfermedad. El duelo sería una herida profunda que puede curar mejor o peor y que como tantas otras enfermedades se asocia con dolor, sufrimiento, aumento de la morbilidad y de la mortalidad, baja de la productividad, etc. El problema está en que estas dos formas tan contrapuestas de conceptualizar el duelo van a determinar el modo como los sujetos afectados por un duelo van a ser vistos y eventualmente tratados. Si se piensa que el duelo es un fenómeno normal habrá que estimular a la gente a vivirlo, a tener la experiencia de pasar a través suyo porque así alcanzará un mayor nivel de madurez, sabiduría o fortaleza. Si lo consideramos, en cambio, una enfermedad, se tratará fundamentalmente con medicamentos, considerando que el momento psicoterapéutico será, por lo menos en un comienzo, secundario.

Si se considera lo anterior, no es un tema menor la conceptualización que se haga del duelo, ya sea como un proceso natural o como una forma de enfermedad, ya que de allí se deriva la forma en que se debe considerar y tratar a la persona en duelo.

Freud (1917) describe dos tipos de duelo: uno normal y otro patológico, describiendo incluso algunos elementos diagnóstico-diferenciales entre ellos. Común a ambos estados sería la tristeza, la pérdida del apetito, el insomnio, la dificultad de concentración y la percepción del mundo como vacío de sentido. La severa pérdida de la autoestima, tan característica de la enfermedad depresiva, en cambio, no sería un hecho propio del duelo normal (pp. 2091 y 2092). Sólo el duelo normal sería el que contiene elementos positivos.

La distinción entre duelo normal y patológico, tiene apoyo en la literatura: Lindemann (1944) al igual que Freud, también distinguió entre reacciones de duelo normales y patológicas, pero estudió sus similitudes y diferencias en forma más detallada. Él fue quien describió también lo que se ha llamado el “trabajo de duelo”, el cual consiste en un proceso de “emancipación con respecto a los vínculos con la persona fallecida, en una readaptación al ambiente en el cual la persona perdida se desenvolvía y ahora falta, así como en la formación de nuevos vínculos”. Lindemann descubrió que las reacciones de duelo patológico se desarrollaban en aquellas personas que eran incapaces de hacer este “trabajo de duelo” o que simplemente se negaban a hacerlo. La forma de ayudarlas consistiría en persuadirlas a que se sometieran al proceso de duelo y acepten todo lo que tiene éste de doloroso. También sugirió que para poder superar una situación de duelo tenía que tener alguna participación la voluntad. A diferencia de lo que ocurre en la depresión, en el duelo normal empieza a ocurrir un cambio después de algunas semanas, cuyo rasgo central es la conciencia que adquiere el sujeto de que para poder sobrevivir va a tener que readaptarse. La duración total de este proceso oscila alrededor del año.

Darwin y luego Freud habían insistido en que el duelo es algo útil y adaptativo y que sus aspectos positivos siempre superan a los negativos si lo miramos desde una perspectiva que abarque la totalidad de la vida del sujeto que sufrió la pérdida. El duelo normal ayuda casi instintivamente a las personas a reestructurar sus vidas y a crear un nuevo orden de valores. Aquellos que no son capaces de hacer el duelo o de crear ese nuevo orden pueden caer en una depresión o en complicaciones peores, como conductas adictas o una enfermedad somática del tipo del cáncer. El mismo Darwin describió en los animales una primera etapa de inactividad y de disminución de la receptividad, pero cuyo fin era indudablemente el guardar energía para el ulterior proceso de reajuste y de creación de nuevas tareas. Otro argumento a favor de los elementos normales y “positivos” del duelo sería el comprobar que muchas de las grandes obras literarias y artísticas de la humanidad han surgido a raíz de una situación de duelo del escritor o del artista.

Recordemos como Marcel Proust, después de años de escribir artículos frívolos e intrascendentes, es capaz de comenzar su obra capital “En busca del tiempo perdido” recién al morir su madre, a quien adoraba y esto en medio de un trabajo de duelo que se prolongó hasta su propia muerte. Otro ejemplo impresionante de lo mismo es la serie de canciones que compusiera Gustav Mahler a raíz de la muerte de su hija y tituladas “Canciones para los niños muertos”, música que de algún modo concentra en ella todo el infinito dolor que un padre o una madre experimentan frente a la pérdida de un hijo. La obra creativa como respuesta a un duelo es la versión más digna de otro fenómeno que con alguna frecuencia lo acompaña, cual es la necesidad de narrar, de contarle a alguien lo ocurrido, pues este acto posee un efecto evidentemente aliviador. Hay un cuento de Chejov que ejemplifica magníficamente esta situación: Un cochero pierde a su hijo y en un estado de total desesperación busca a alguien con quien compartir su dolor y no lo encuentra. Entonces se abraza a su caballo, le cuenta su desgracia y se siente aliviado (Dörr, 2006)

Niveles de profundidad del duelo

En relación a los diferentes enfoques y estudios sobre el duelo, que en general se centran en las etapas del proceso del duelo, pero sin hacer las debidas diferenciaciones sobre la relación entre la persona muerta y el doliente, Dörr (2006) afirma que no todos los duelos son iguales en cualidad e intensidad. Es muy distinto acompañar a la tumba al padre o a la madre, por mucho que se los haya querido, que al cónyuge, cuando ha sido una relación lograda, o a un hijo. En el primer caso la pérdida es vivida como algo natural, por dolorosa que sea. Podríamos, desde otro paradigma, decir que se trata de una *crisis normativa*. En el segundo, como un duro golpe del destino, de esos con los cuales uno tiene en cierto modo que contar

cuando llega a la edad adulta, así como se cuenta con la posibilidad de enfermar uno mismo. El tercer caso, en cambio, el de la muerte de un hijo, es vivido como algo completamente antinatural, como una traición del destino, de la vida e incluso, de Dios. Se trataría en los últimos dos casos, de *crisis no normativas*. Distintos autores se han referido a las peculiaridades del duelo por la muerte de un hijo. Uno de los que ha escrito páginas más impresionantes al respecto es el alemán Johann-Christoph Student (2005). Él afirma, entre otras cosas, que la muerte de un niño amenaza con romper las leyes de la naturaleza, que cuando los padres entierran a sus hijos se están enterrando también ellos mismos y que este dolor tan extremo es reconocido instintivamente por los demás, quienes tienden a evitar la cercanía de estos deudos, como si ese sufrimiento infinito que los aflige fuese contagioso.

Intento de una fenomenología de la experiencia de un duelo extremo

Varios son los intentos de clasificar las diferentes etapas por las que se atraviesa durante un proceso de duelo. Sin duda, todas ellas tienen en común el tránsito hacia una progresiva normalización y aceptación de la vida sin la persona que se fue. Otto Dörr (2006) habla de cuatro etapas: el impacto o shock, la toma de conciencia, la desorganización, la reorganización y por último, la resolución. Pero hay otros dos fenómenos quizás si más profundos que todos los anteriores y que no se mencionan en la literatura científica al respecto, cual es la perturbación de la vivencia del tiempo y del espacio.

La alteración en la vivencia del tiempo

Después de una pérdida importante, en especial de una pérdida de la categoría de la pérdida de un hijo, se produce una profunda alteración de la temporalidad, que consiste en primer lugar en una suerte de detención del tiempo vivido. El fluir natural de la vida se enlentece. Los acontecimientos alrededor adquieren una morosidad insoportable. Se mira el reloj, se toma conciencia de la hora, pasa un rato subjetivamente muy largo, se vuelve a mirar el reloj y han transcurrido apenas algunos minutos. Este no fluir del tiempo está por cierto muy vinculado a la incapacidad de hacer cosas que tienen los sujetos en la etapa de duelo. Porque cualquier acción significa adelantar futuro, traer al presente inmediato, en forma de imágenes o de proyectos, trozos de una realidad por-venir y que necesariamente no existe todavía. Y el deudo está, en cambio, atrapado en eso que ocurrió, que es lo único importante que le ha ocurrido en mucho tiempo y probablemente en su vida entera. Y eso le impide el movimiento hacia delante, le es imposible integrar el futuro con el pasado en un presente creador. Y entonces el tiempo se coagula, se enlentece, no avanza, sensación que se constituye en una nueva fuente de angustia.

Pero también el espacio está alterado y no sólo porque el dormitorio del hijo o de la hija estén vacíos o porque uno se encuentre en forma inesperada con algún juguete o algún objeto que él o ella querían mucho.

“No, la alteración del espacio es mucho más profunda y tiene que ver con el hecho que la tierra misma deja de ser habitable. Uno ya no tiene lugar en este mundo y así es como se mueve de un sitio a otro como un sonámbulo y cuando llega a la casa de aquel amigo de quien esperaba algún consuelo quiere retirarse de inmediato, porque no se siente a gusto, pero tampoco quiere volver a casa, porque los recuerdos se agolpan y clavan como cuchillos la piel entera y entonces se va a cualquier lado, vale decir, a ninguno. Los espacios en el duelo pierden su carácter acogedor, dejan de ser el punto de apoyo desde el cual uno parte cada día a enredarse en los afanes del mundo. El único lugar que conserva algo del carácter de refugio, de residencia, en el sentido más amplio de la palabra, es el lecho, es la propia cama donde uno busca encontrar el sueño, vale decir, la inconsciencia. Pero la esperanza de ese alivio dura poco, porque no bien uno ha caído en el sueño empieza el tormento de las pesadillas, en las cuales por lo general se repiten obsesivamente los acontecimientos anteriores a la desgracia y vienen los auto-reproches: que si hubiera hecho esto, que si no hubiera hecho aquello, que por qué le di permiso o por qué no se lo dí, etc. Pesadillas, dormir superficial, despertar con angustia, opresión precordial y la sensación de que el mundo entero se nos viene encima, son otras formas de expresarse el desamparo y la carencia de mundo. Porque el mundo estaba armado, configurado desde y para el otro y al faltar éste se pierden las referencias, las identidades, las orientaciones y cada lugar deja de ser lo que es o al menos pierde la atmósfera (más o menos acogedora, más o menos familiar) que lo caracterizaba” (Dörr, 2006)

De acuerdo a O.Dörr, esta profunda alteración del tiempo y del espacio es válida para las tres primeras etapas del proceso del duelo: el impacto, la toma de conciencia y la desorganización. En esta última se agregan quizás actos impulsivos, y es así como las personas que están viviendo un duelo de grado máximo pueden hacer cosas que no habrían hecho en estado normal, como por ejemplo beber en forma excesiva, cometer actos de infidelidad, mostrar conductas socialmente inadecuadas, hacer negocios “sucios”, etc.

Es esa total pérdida de referencias con respecto al pasado, al futuro, a la propia identidad, a sus ancestros, etc. lo que hace que se pueda caer en esos extremos de desorganización, porque cada acción coherente necesita un punto de apoyo, un desde dónde hacerse. Y todo eso se ha perdido, pues el espacio ya no acoge ni sirve de plataforma para cualquier “desde dónde” ni el tiempo se ordena en secuencias coherentes que permitan consumir acciones.

En síntesis, desde la fenomenología, se presentan cuatro etapas en el proceso del duelo, que no se oponen a las clásicas descritas por los autores, sino que las complementan, enriqueciendo su comprensión. Adicionalmente, Otto Dörr agrega al análisis, la profunda alteración de la vivencia del tiempo y del espacio que afecta al doliente, tanto más intensa cuanto cercana sea la pérdida. La mayor, sin duda y muy lejos de cualquier otro dolor, el que acompaña a la muerte de un hijo.

Referencias

Bowlby, J.: "Loss, sadness and depression". In: Attachment and loss. London: Hogarth Press (1980).

Darwin, Ch.: The expression of the emotions in man and animals. London: John Murray (1872).

Dörr, O.: (2006) *Duelo extremo y depresión*. Ponencia presentada en el Congreso de Chile. 2006 (no publicado a la fecha, facilitado por el autor)

Freud, S.: „Trauer und Melancholie“. Int. Z. Psychoanal. 4 (6): 288-301 (1917).

Lindemann, E.: "Symptomatology and management of acute grief". Am. J. Psychiat. 101: 141-148 (1944).

Pfeiffer, W. M.: "Die Symptomatik der Depression in transkultureller Sicht". In: Das depressive Syndrom. Hippus-Selbach (Hrsg.). München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg (1968), S. 151-167.

Tellenbach, H.: „Psychopathologie der Cyclothymie“. Der Nervenarzt 48: 335-341 (1977).
