

# **EL DUELO NORMAL Y DUELO PATOLÓGICO**



Enrique Echeburúa y Paz de Corral



## **1. INTRODUCCIÓN**

La mayoría de personas admite fácilmente que todos hemos de morir, pero, con todo, se muestra reacia a considerar de cerca su propia muerte o la de las personas queridas, a no ser como un suceso situado en un futuro remoto.

La muerte de una persona cercana es siempre una experiencia amarga. El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por la pérdida de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida. En estas circunstancias hay una mayor vulnerabilidad a las enfermedades físicas y a los trastornos mentales (Raphael, 1983).

La pérdida de un ser querido puede ser el factor más estresante en la vida de una persona, especialmente si se produce de forma imprevista y se trata de un hijo. Cuanto más afecte esa pérdida a la vida diaria del sujeto y cuanto más rápida e imprevista sea la muerte, mucho mayor será el impacto emocional. En concreto, hay una diferencia notable entre el duelo y la aflicción por la muerte de un joven y el dolor experimentado por el fallecimiento de una persona adulta que ha visto completada su vida. La muerte de un hijo es un hecho antinatural, una inversión del ciclo biológico normal, lo más parecido a la propia muerte.

Casi el 5% de la población sufre anualmente la pérdida de un ser querido muy cercano. El tiempo medio de duración del duelo suele ser de 6 a 12 meses, pero en el 10% de los casos persiste más allá de 18 meses y se cronifica. Es más, alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca.

El duelo supone una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida desde una perspectiva distinta (Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999).

En cualquier caso, hay muchas diferencias de unas personas a otras en la forma de vivir el duelo. Hay quienes están afectados profundamente durante años y sólo con dificultad consiguen llevar un

tipo de vida normal, pero muy limitado. Otros sufren intensamente, pero durante un período corto de tiempo. Y, por último, hay quienes superan sus pérdidas casi de inmediato y reanudan su vida en condiciones de normalidad (Bonanno y Kaltman, 2001).

## 2. REACCIONES PSICOLÓGICAS A LA MUERTE DE UN SER QUERIDO

El duelo se manifiesta en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente). La intensidad de estos síntomas depende de la personalidad del sujeto, de la intensidad del lazo que le unía al fallecido y de las circunstancias de la pérdida.

La tristeza –y la ansiedad en segundo lugar– es el sentimiento más común tras la muerte de un ser querido, como si a una persona se le hubiese aniquilado una parte de sí misma y se disipasen las perspectivas y esperanzas de futuro. La persona que no pierde temporalmente el apetito y el sueño ni tiene dificultad para concentrarse en el trabajo y retomar la vida *normal* después de la muerte de un ser querido realmente puede considerarse muy extraña. La tristeza acompaña a todas las personas sanas en ciertos momentos como una forma de adaptación. La tristeza y el duelo –incluso el luto, la celebración de la fiesta de Todos los Santos, el poner el nombre del fallecido a un recién nacido, etcétera–, así como la aceptación del hecho de la muerte (pésames, esquelas, funeral, entierro, etcétera), pueden ser una señal social de manifestación de desvalimiento y de petición de ayuda. La religión ayuda a ofrecer el ritual de la transición: el pésame, el funeral, la reunión de familiares y amigos, etcétera.

Por ello, no es bueno cauterizar el corazón con fármacos y abortar un llanto quizá saludable. La figura del “duelo incompleto” –es decir, no alcanzar la catarsis del dolor, especialmente durante la infancia y la adolescencia– puede dejar una pena reprimida que crea en ocasiones daños emocionales irreparables (Morganett, 1995).

A veces pueden aparecer también sentimientos de culpa, por no haber realizado todo lo posible para evitar el fallecimiento o por no haber hecho al difunto lo suficientemente feliz en vida o incluso por

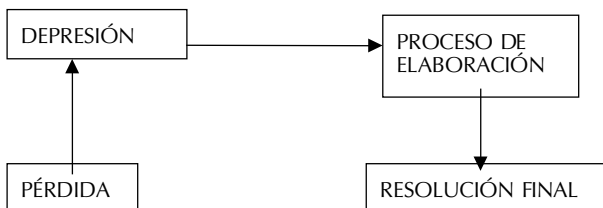
experimentar una sensación de alivio tras la muerte (especialmente, después de una enfermedad prolongada que ha requerido de una asistencia constante o de la desaparición de una persona que ha ejercido un dominio despótico sobre el superviviente).

En los ancianos las reacciones del duelo duran más tiempo como consecuencia de las dificultades de adaptación, la soledad y el temor al futuro. De hecho, hay un mayor porcentaje de mortalidad en el primer año de viudedad. La muerte de un cónyuge puede ser el acontecimiento aislado más temible que un anciano puede sufrir, sólo amortiguado por una adecuada red de apoyo familiar (una buena relación con los hijos) y social.

Las reacciones psicológicas del duelo varían en intensidad y contenido a medida que transcurre el tiempo. Las fases habituales del duelo, en todo caso variables de unas personas a otras, están expuestas en la **tabla 1** y el esquema representativo en la **figura 1**.

**Tabla 1. Fases del duelo**

FASES	MOMENTO	SÍNTOMAS
Shock o parálisis	Inmediato a la muerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embotamiento afectivo</li> <li>• Apatía</li> <li>• Agitación</li> </ul>
Dolor y alivio	Dos primeras semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación de la muerte</li> <li>• Pena y dolor</li> <li>• Resignación</li> </ul>
Resentimiento	Dos semanas a cuatro meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Inseguridad</li> </ul>
Recuerdo	Tres a doce meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reminiscencias del fallecido</li> <li>• Pena</li> </ul>



**Figura 1. Esquema del duelo**

Las primeras reacciones no marcan necesariamente la evolución del duelo. Hay personas que al principio tienen una respuesta emocional ligera y más tarde el duelo se cronifica. Hay otras, en cambio, que se expresan con un desahogo total, para luego ir superando el duelo más fácilmente.

### **3. DUELO PATOLÓGICO**

Lo que diferencia la tristeza patológica de la tristeza normal es la intensidad de los síntomas, la duración de la reacción (más allá de 1 año) y la aparición de síntomas que no tienen las personas normales (por ejemplo, alucinaciones o ideas delirantes) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1998).

Las manifestaciones clínicas de la pena mórbida o del duelo patológico se manifiestan psicológica y físicamente. A nivel psicológico, los pacientes pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente por el difunto, incluso si han extremado de modo admirable sus atenciones durante su última enfermedad, o mostrar una irritabilidad, inhabitual en ellos, contra terceras personas (médicos, sacerdotes, yerno o nuera, etcétera). A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etcétera. Y a nivel físico, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos, etcétera), dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, etcétera, que les hacen consultar con mucha mayor frecuencia de lo habitual al médico de cabecera. En general, el apetito tiende a recuperarse antes que la readquisición de un sueño reparador. Incluso a veces manifiestan síntomas de la enfermedad del fallecido. En concreto, los síntomas de las viudas tienden a manifestarse en forma de síntomas físicos: fatiga, insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, etcétera, que son reflejo de la depresión existente (Alario, 1996; Hinton, 1974).

No obstante, en las fases iniciales del duelo pueden predominar los síntomas físicos; sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden decaer, pero se hacen más frecuentes los síntomas psicológicos (desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etcétera) (Clayton, 1985).

La tasa de mortalidad en los dos primeros años tras la pérdida es también superior a la esperada en este rango de edad (especialmente, en los viudos mayores de 55 años). La mortalidad de las viudas recientes es 2 veces mayor que la de las de las mujeres casadas de la misma edad, pero la mortalidad de los viudos recientes es 4 veces mayor que la de las de los hombres casados de la misma edad, en parte por la incidencia del suicidio y en parte por el abandono de sí mismos.

La experimentación de un duelo patológico depende de una serie de factores:

1. *Edad de la persona fallecida.* Resulta antinatural para un padre enterrar a sus hijos. El estrés que causa la pérdida de un hijo (el *fantasma de la habitación vacía*) es tan intenso que puede llegar incluso a provocar el divorcio de la pareja. A menudo, un cónyuge sufre más que otro y eso genera acusaciones, culpabilidad y rabia.
2. *Tipo de muerte,* sobre todo cuando es prematura, inesperada o trágica. Es el caso, por ejemplo de las enfermedades cortas y repentinas o de las muertes súbitas, evitables y que afectan a personas jóvenes, como ocurre en los accidentes de tráfico, y, más aún, de las muertes violentas (asesinatos o suicidios, en los que hay una imputación de responsabilidad propia). Asimismo una muerte precedida de una enfermedad dolorosa, no asumida por el paciente, puede dificultar la superación del duelo del superviviente.

Por el contrario, la muerte ideal es la de la heroína de *La Traviata*, de Verdi: acompañada de las personas amadas y con el perdón de todos los que la tuvieron que perdonar. Hay personas que transforman el acto final en una oportunidad para expresar amor, para curar viejas heridas, para superar prejuicios, para descubrir en ellos mismos fuerzas y virtudes ocultas y, en definitiva, para realizarse. Todo ello facilita la superación del duelo en los supervivientes.

3. *Variables psicosociales,* como estar en una situación económica precaria, hacerse cargo de niños pequeños, no tener posibilidades de rehacer la vida, contar con una familia muy reducida, etcétera. Las reacciones de carácter grave ante una pérdida tienen lugar frecuentemente entre las mujeres. Por otra parte, los niños de 3 a 5 años y los adolescentes, así como los viudos solos

y las viudas con niños pequeños y sin apoyo social, constituyen un factor de riesgo importante.

4. *Inestabilidad emocional previa del paciente.* En concreto, las personas con antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad (dependientes emocionalmente, obsesivas, acomplejadas, etcétera) corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico en el caso del fallecimiento de una persona próxima.

Asimismo las personas con una falta de salud física son las que tienden a caer más fácilmente enfermas durante el duelo (Clayton, 1985)

5. *Experiencia negativa de pérdidas anteriores.* Es más probable sufrir un duelo patológico cuando una persona ha experimentado muchas o recientes pérdidas y cuando la reacción ante las anteriores ha sido particularmente intensa o duradera.

#### **4. SUPERACIÓN DEL DUELO**

Adoptar estrategias de afrontamiento sanas, junto con el transcurso del tiempo, es fundamental para hacer frente adecuadamente a la situación creada. Un primer paso es aceptar la realidad de la pérdida. La experiencia compartida del dolor y de la pena es un segundo paso para la superación del duelo. En realidad, el principal antídoto contra la pena es poder compartirla. Como dice un proverbio sueco, la alegría compartida es doble alegría y la pena compartida es media pena. Un tercer paso es proceder a la reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto. Y un cuarto paso es establecer nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual no es siempre fácil por el sentimiento de lealtad al fallecido y por el temor a nuevas pérdidas. En ocasiones, la resignación y el consuelo religioso, así como el apoyo emocional de otros seres queridos (otros hijos, familiares, amigos, etcétera), contribuyen a acelerar este proceso de superación (Lee, 1995; Rando, 1993).

En concreto, las fases para superar el duelo por un hijo perdido suponen aceptar la realidad de la pérdida y de la irreversibilidad de



la muerte y eliminar la negación (“mi hijo ha fallecido y debo aceptar el hecho, por doloroso que sea”), experimentar los sentimientos negativos asociados a este hecho (ansiedad, desconsuelo, etcétera), arreglárselas en la vida sin este ser querido y recolocar (no sustituir) los recuerdos, reinterpretándolos de forma positiva y llegando incluso a evocarlos de forma placentera (Pérez Trenado, 1999).

Por el contrario, el duelo se elabora negativamente cuando el paciente niega el hecho (en forma, por ejemplo, de tener visiones de los seres desaparecidos, de poner la mesa para la persona fallecida, de no ocupar la silla del difunto, etcétera), sigue anclado a los recuerdos (dando vueltas una y otra vez a lo sucedido, sin poder apartar de la mente la pérdida acontecida o las circunstancias en las que se produjo), realimenta el dolor (acudiendo continuamente al cementario o recreándose en las fotos del fallecido), mantiene sentimientos de culpa o de ira respecto al fallecido o a las circunstancias de la muerte o se plantea preguntas sin respuesta posible. Algunas personas tienen dificultades para expresar su pena, como si tuvieran las lágrimas congeladas detrás de los ojos, pero sin poder hacer que brotaran.

En definitiva, pensar sin culpa sobre la pérdida, expresar nuestros sentimientos sobre ésta, hacerse cargo de la nueva realidad asumiéndola intelectual y emocionalmente y proyectar la vida hacia el futuro, con la posible implicación en proyectos ilusionantes, es una forma adecuada de superar el duelo (Lee, 1995; Morganett, 1995).

## 5. CONCLUSIONES

La muerte de una persona querida puede dejar al superviviente como al rey Lear, el personaje de Shakespeare: viejo y loco. Sin embargo, la mayor parte de las personas (del 50% al 85%) son capaces de superar adecuadamente esta situación, siempre que se tenga en cuenta que el duelo es un proceso de transición y no un mero estado (Bonanno y Kaltman, 2001; Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999).

La forma de superación adecuada del duelo es variable de unas personas a otras. Así, por ejemplo, hablar y expresar sentimientos redundan positivamente sólo en aquellas personas que *necesitan* hablar de esto. En estos casos no hay que poner velos a su dolor.

Pero hay otras personas, más bien introvertidas, que no tienen necesidad de hablar y de expresar lo que sienten ante la pérdida. Por eso, es erróneo pensar que una pérdida lleva necesariamente a una depresión, que la ausencia de depresión es un pronóstico negativo de recuperación y que es preciso *elaborar* (o *resignificar*) cognitivamente el duelo (es decir, prestar atención a lo que ha pasado, concentrarse en las consecuencias e intentar vivenciar y expresar las emociones negativas y los pensamientos asociados a esa pérdida) para disipar el dolor y afrontar fríamente los hechos ocurridos. No siempre es beneficioso hablar acerca de las emociones y sentimientos implicados en la muerte de un familiar próximo (Avia y Vázquez, 1999).

Es un error considerar la ausencia de síntomas como un *duelo inhibido o enmascarado* o como precursora de un *duelo diferido*. La ausencia de síntomas en los primeros meses tras la pérdida es un indicador de adaptación, no una respuesta patológica o anormal (Bonanno y Kaltman, 2001).

No es fácil establecer un límite temporal para la superación del duelo, pero tiende a situarse en torno a los doce meses del fallecimiento. En general, el tiempo corre a favor del sujeto. La superación se da cuando la persona recupera el interés por la vida, experimenta satisfacciones en la vida cotidiana y es capaz de pensar en el fallecido sin sentirse abrumado por el recuerdo, prestando atención a las vivencias positivas compartidas y dejándose llevar por un recuerdo sereno (Latiegui, 1999).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALARIO, S. (1996). Pena mórbida. En *Muerte y neurosis*. Valencia. Promolibro.
- AVIA, M.D. y VÁZQUEZ, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza Editorial.
- BONANNO, G.A. y KALTMAN, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- CLAYTON, P.J. (1985). Duelo. En E.S. Paykel (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid. Pirámide.

- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 61-83.
- HINTON, J. (1974). *Experiencias sobre el morir*. Barcelona. Ariel.
- LATIEGUI, A. (1999). Prevención y tratamiento del duelo patológico. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta y I. Vega de Seoane (Eds.). *La familia en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- LEE, C. (1995). *La muerte de los seres queridos. Cómo afrontarla y superarla*. Barcelona. Plaza Janés.
- MORGANETT, R.S. (1995). Afrontar la aflicción y pérdida de los seres queridos. En R.S. Morganett. *Técnicas de intervención psicológica para adolescentes*. Barcelona. Martínez Roca.
- PARKES, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York. International Universities Press.
- PÉREZ CUESTA, M. y NICUESA, M.J. (1999). Afrontar el proceso de duelo. En W. Astudillo, A. García de Acilu, C. Mendinueta y C. Arrieta (Eds.). *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- PÉREZ TRENADO, M. (1999). El proceso de duelo y la familia. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta y I. Vega de Seoane (Eds.). *La familia en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- RANDO, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL. Research Press.
- RAPHAEL, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York. Basic Books.
- WORDEN, J.W. (1998). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.

