

INTRODUCCIÓN: EL DUELO UNA REVISIÓN

Alfonso Miguel García Hernández¹

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 profundo y duradero impacto que puede ocasionar la pérdida 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, 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. En palabras de Christine Valentine (2006:57-78) en la actualidad se ha producido una fractura conceptual y disciplinaria en el modo de entender la pérdida en el mundo moderno, al ser psicologizada y medicalizada, mientras que el luto y el duelo, a modo de ritual de comportamiento ha sido romantizado y abordado como algo exótico (Hockey, 1996, 2001; Walter, 1999).

Esto ha ocurrido dentro del paradigma del positivismo, en el cual se da prioridad a los métodos cuantitativos excluyéndose las experiencias subjetivas de los individuos, y de sus significados del mundo. Elaborándose experiencias y respuestas de lo privado sin tener en cuenta el mundo social y partiendo de formas psicológicas “de afligirse normal y sano”. El discurso moderno se basa en las experiencias de lo privado (Hockey, 1996), que requiere para su entendimiento aproximaciones cualitativas un encuentro con el otro, activo y empático (Bradbury, 1999: 26). Permitiendo trabajos ricos de significados elaborados desde la complejidad del ser humano en sus relaciones, intersubjetividad e interpretaciones y narrativas.

El interés del tema, rebasa ampliamente el campo de la Salud Mental y afecta a todo el ámbito sociocultural. El duelo, como experiencia humana, es en parte natural y en parte construido, ya que las características centrales de nuestra

Desde un punto de vista amplio, el fenómeno del duelo y la pérdida del un ser querido requieren un análisis en términos sociológicos, psicológicos y psiquiátricos.

respuesta a la pérdida reflejan nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivadas de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia, mientras, por otro lado, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y

¹ Director Académico del Master Universitario en Cuidados al final de la vida (Tanatología) de la Universidad de La Laguna (Tenerife. España). Presidente de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología (SEIT). DEA en antropología por la Universidad de La Laguna, Licenciado en enfermería y Profesor Titular de la Universidad de La Laguna.

colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o de una comunidad más amplia.

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 piano o escalar una montaña, sin embargo, es sorprendente que no exista 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 al 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 reconociendo el rol del ritual, de la cultura local y del discurso que le atribuye un significado, *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 significado 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 y del mundo- anclados en nuestros lazos de apego con las personas significativas. 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 como un impedimento como un incentivo al crecimiento humano y a la realización.

La muerte es una realidad e inherentemente tan natural como la vida misma, que hace que todos seamos iguales. Habiendo 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 habitualmente atienden a personas que evidencian respuestas psicológicas y psicosociales que afectan a su salud como consecuencia de pérdidas, por lo cual debe saber distinguir y predecir distintos modelos personales de desarrollarse del duelo, además de como afecta a la salud si se mantiene en el tiempo o se distorsiona. Como no se habla de eso, 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, dudando en muchas ocasiones sobre si serán capaces de comportarse de manera correcta.

Las culturas occidentales contemporáneas están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del duelo, la idea de que el duelo representa una respuesta “natural” a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios o intentos presumiblemente universales (Neimeyer, 2002). Esta perspectiva sitúa, además, el dolor *dentro* de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad humana a los estados interiores o a las características de las personas afectadas, más que a sistemas y estructuras sociales más amplias (Foucault, 1970). Esta tendencia a “psicologizar” el duelo se hace particularmente evidente en la cultura americana de finales de siglo XX, apoyada por los avances en la investigación médica y psicológica, y por un clima optimista que prescribe el *counseling* o la psicoterapia como la respuesta adecuada a un amplio abanico de problemas.

A pesar de los beneficios humanitarios y científicos de los enfoques psicológicos, el fenómeno de la muerte y del duelo también necesita un análisis desde unas perspectivas disciplinarias más amplias, sobre la que los antropólogos, durante mucho tiempo se mostraron intrigados: por la forma en que diferentes culturas han construido creencias y prácticas únicas mediante las cuales otorgan un significado a la mortalidad y a su rol en la vida humana (Campbell, 1988). Efectivamente, el intento prehistórico de formular teorías mitológicas, cosmológicas sagradas y seculares sobre la vida y la muerte define en un sentido la cultura, entendida como una respuesta distintiva del grupo a las eternas cuestiones “¿*Quiénes somos? ¿De dónde venimos? y ¿A dónde vamos?*”. Desde este punto de vista englobador, la muerte se convierte no solamente en un hecho meramente biológico al cual sucumbimos, sino también en un catalizador para la construcción de marcos culturales evolutivos de significado que unen miembros de sistemas a través de las generaciones.

Los investigadores del proceso del duelo, han estudiado muchas cuestiones, ocupándose de la descripción y explicaciones sociológicas, de los rasgos clínicos de las reacciones "normales" y "anormales" en las diferentes edades, sexo y las culturas; de los programas de prevención, de 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, la cual vamos a desglosar desde diversos aspectos y a la luz de las conclusiones de las investigaciones.

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 potencial (posible o condicional) en la cual un objeto o persona valiosa se hace inaccesible o deja de percibirse como tal*. De igual manera el término *congoja* (así

como *pena y dolor*) se refiere exclusivamente a las *respuestas subjetivas ante la pérdida y su manifestación*.

Los primeros estudios sobre el duelo partieron desde aportaciones psicoanalíticas y en su evolución han incorporado numerosos aspectos e investigaciones en series de pacientes. Muchos trabajos profundizan en la clínica del duelo, repasando las aportaciones psicoanalíticas fenomenológicas, y los estudios más importantes de series de casos de pacientes presentando 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 consistía 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, conducía a un gran empobrecimiento del Yo, en relación con el predominio de elección de objeto de tipo narcisista. Otros autores psicoanalíticos como O. Fenichel (1994: 437-457) señalaron el papel que la ambivalencia con relación al objeto perdido puede tener en la génesis del duelo patológico, mientras L. 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 M. 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 es la propia del duelo normal, y 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 por tanto, 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. Igualmente 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 consideración freudiana, el dolor del duelo no es un dolor narcisista sino un dolor psíquico necesario para la maduración, en palabras de P. y G. Lemoine “el duelo es hacer las paces con el muerto y que 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, se encuentra como clasificación diagnóstica en el DSM-IV atribuyéndole al mismo 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 déficit 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.

A través de este proceso el sujeto escapa a la repetición y logra su lugar en el discurso de las generaciones. 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, por ello que

la palabra duelo se aplique también al grupo o cortejo de personas que despiden al difunto y acompañan a sus seres 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 J. William 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 corporal última, en esa dinámica universal y constitutiva de la vida. Distribuyendo las pérdidas en dos grandes grupos: Las reales (las cuales pueden ser verificadas por otros) y las sentidas o percibidas (son experimentadas por una persona pero no son verificadas por los demás), y 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 para un mejor entendimiento agrupamos en cuatro categorías de factores: *Fisiopatológicas* (biológicos o psicológicos), *relacionada con los tratamientos, de situaciones* (personales, ambientales), y *de maduración*.

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 (Therese A. Rando, 1995). Unidas a otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular y el insomnio, respuestas se 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 & Costa, 1993), un 40% muestra signos prolongados de trastornos neuroendocrinos y dificultades para dormir (Hall & 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.

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 por separado a los niveles humanos diferenciados de ruptura y readaptación de la experiencia. Este enfoque más amplio, reorienta la atención de los *síntomas* y a 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, 2001c)- enfatiza la tendencia humana general a organizar la experiencia de forma narrativa, a construir explicaciones que “den sentido” a las transiciones problemáticas de nuestras vidas enmarcándolas en una estructura llena de significado (Neimeyer & 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 cruelmente, provocando una revisión

substantial 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 y de mantener la dirección deseada. La pérdida de aquellas personas, además, 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 respecto a nosotros nadie ocupa, ahora, 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 importantes que puedan ser éstos. Esta forma relativamente normativa de pérdida también introduce la necesidad de reorganizar la estructura diaria de la vida del superviviente, de abandonar los planes conjuntamente elaborados para la jubilación que prometían estructurar los capítulos restantes de la vida narrativa compartida, y de conseguir una nueva validación social de la caracterización del superviviente de quién es más allá de la relación de rol marital. Así mismo, el adulto que pierde el último progenitor superviviente 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 todos estos y otros sentidos, la pérdida nos lleva al “reaprendizaje del self” y al “reaprendizaje del mundo” (Thomas Atting, 1996).

Modelos generales en torno al duelo

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 la universalidad de tal experiencia. Pensamos que 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 un ser querido y por ello esta no debería ser excesivamente minimizada. Ello en definitiva es el luto: un proceso conductual mediante el cual el duelo es eventualmente resuelto y alterado, siendo en la mayoría de los casos influido por la cultura y la costumbre.

Modelos en torno al proceso de duelo		
	Submodelos	Raíces, 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	G. Pollock, J. W. Worden T.A. Rando, M Cleiren G.M. Humphrey, .G.;Zimpfer.

	Como facetas	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	Neimeyer (2002)

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 siendo pocos los que han establecido teorías individuales que describen las diversas fases de adaptación psicológica a la muerte, aunque la teoría del apego vinculada a J. Bowlby (1969, 1973, 1983) es uno de los pilares fundamentales en la aproximación contemporánea más aceptada como explicación al proceso del duelo. Pero hasta llegar a nuestros días han sido algunos los modelos planteados para un entendimiento de la pérdida y el duelo y consecuentemente las intervenciones llevadas a cabo.

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.- Insensibilidad, 2.- Anhelos, 3.- Desesperación, 4.- Conducta reorganizada.
Horowitz	(1976)	1.- Protesta, negación, 2.- Intrusión, 3.- Obtención, 4.- Conclusión
Schulz	(1978)	Inicial, 2.- Intermedia, 3.- Recuperación
Davidson	(1979)	1.- Incapacidad para sentir, 2.- Búsqueda del otro y anhelo, 3.- Desorientación, 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.
--------	--------	---

El proceso de duelo, frecuentemente descrito como restaurativo, se ha referido principalmente cursando 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 & Stoudemire, 1983; Engel 1964, 1980-81, 1981; Lindemann 1944, 1976; Parkes 1970, 1971; Clark 1984; D'Angelico 1990).

Cada uno de estos modelos de los autores referidos, 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 facilitarlas. La idea básica es que el dolor no se acomoda a un sistema preestablecido. Antes era normal pensar que la pena significaba pasar por una serie de fases. Nosotros somos más partidarios de hablar de estados emocionales y emociones puntuales que acontecen en el proceso personal desde que se produce la herida emocional hasta que se cicatriza o se cronifica dicha herida. Es importante que sepamos que nuestro modo de aceptar o experimentar una pena tiene bastante en común con el de otras personas pero que también revela mucho de nosotros mismos y de nuestras relaciones. Aún así para facilitar la comprensión los teóricos han incluido todas 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.

Modelos recientes de pérdida (Stroebe & Schit, 1999), sugieren una forma “oscilante” entre una orientación interna hacia los sentimientos y reacciones personales y una orientación externa a experimentar el nuevo sentido del lugar que uno ocupa en el mundo es común en el duelo. Además, 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 tiene en sus relaciones mutuas (Nadeau, 1997; Rosenblatt, 2000).

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 G. A. Bonanno y otros autores

(2004: 260-271) relacionada con viudas, documenta de forma clara las diferentes formas en que ellas se adaptaron a la pérdida, mostrando que demostraron una capacidad de recuperación y adaptación impresionantes en los primeros meses tras la pérdida, mientras otras cayeron en pena y depresión crónicas, y aún otras (en especial las abrumadas por haber cuidado a su pareja durante una enfermedad crónica) demostraron 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 fuentes, tanto de la capacidad de recuperación como la de complicación ante la pérdida.

Según W. Worden 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, 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.

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

Paralelismo entre las tareas de Worden y las facetas de afrontamiento activo de Attig

Ninguno de estos diagnósticos ha sido plenamente satisfactorio, levantándose en los últimos años gran controversia con respecto a la inclusión o exclusión del duelo patológico de las categorías existentes en las nosologías actuales (Margaret Stroebe y otros, 2000: 904-910), Horowitz y otros (1997: 904-910), Jacobs (1993), Zisook (1990: 307-322), Holly G. Prigerson (1999: 67-73), 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. Jhon Bowlby, un clásico en la investigación en torno al duelo, ha recogido y realizado estudios en los que hace hincapié en la teoría del apego o facultad para establecer relaciones de amor, en las características de éstas y su influencia, junto con la capacidad de responder a situaciones estresantes, en la elaboración de las pérdidas. Gorer (1965)

encontró un diez por ciento de casos que presentaban un cuadro depresivo prolongado con desesperanza crónica. Los estudios con viudos de Parkes en Londres y Glick en Boston hallaron resultados semejantes, mientras S. Zisook (1995: 160-166) refiere un 17% de duelos no resueltos en un Centro de Atención psiquiátrica en California. D. Madison (1969: 1057-1067), G.W. Brown y T. Harris, 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 (M. Biondi y A. Picardi, 1996:224- 245): 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. J. W. Worden también destaca las muertes perinatales o en la primera infancia, los abortos y las muertes por SIDA, como de especial dificultad para la elaboración. El tipo de relación o vínculo con el fallecido, aspecto este en el que han insistido especialmente los autores psicoanalistas; las muertes de padres o parejas, en relaciones muy dependientes o ambivalentes.

En la actualidad las críticas más habituales en torno a las aportaciones de los modelos tradicionales del duelo son: 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.

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 que incluya: 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 sin embargo mayor inversión emotiva. Creemos que es preciso admitir que el objeto de nuestro amor es nuestro amor. Nosotros somos amor y por lo tanto nunca podemos perderlo y de hecho nuestro amor está presente aún cuando estamos en duelo. En definitiva ocasionando fenómenos que: Rompen o alteran los patrones de vínculo personales establecidos previamente; Alteran el mundo interior: recuerdos, vivencias, experiencias, relaciones objetuales y/o interiorizadas; Alteran provisionalmente las capacidades y expresiones personales; Se expresan fundamentalmente a nivel psicossomático; Se expresan y apoyan a nivel sociocultural; Incluyen movimientos variados no estereotipados (entrópicos y negentrópicos); Pueden provocar ansiedad, sufrimiento, dolor, enfermedad, desestructuración psicossocial, marginación, etc., dando lugar a organización, integración y/o creatividad.

No podemos obviar la situación de pérdida y el modo en que sucede lo cual repercute y condiciona las reacciones de los supervivientes. Las causas de avanzan en un sentido de mayor o menor aceptación. La muerte a una edad avanzada o la muerte de un niño comportan en algunos momentos justificaciones bipolares. Mientras el anciano ha completado un ciclo cronológico al niño se le ha " arrebatado " la vida, de hecho el luto de los padres es particularmente duro pues ven la muerte como algo antinatural e injusto.

Algunos autores consideran la muerte de un hijo menor como el acontecimiento estresante vital más importante. La existencia de antecedentes previos: psiquiátricos, situaciones de discapacidad física, pérdidas no resueltas y rasgos de personalidad como tendencia a la baja autoestima, hiperacusaciones y dificultad para expresar las emociones. - Situaciones sociales de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores donde se tiende a evitar las situaciones de dolor.

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. En el caso particular del suicidio los supervivientes quedan además de con el dolor que ello supone, con interrogantes sin respuestas y el sentimiento de culpa de no haber podido prevenir la muerte.

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, en el que desempeñaba unos roles, con determinadas funciones, y relaciones, dando diversos significados a la relación, que influye en el proceso de nuestro luto, más allá de los distintos grados de parentesco: padre o madre, hijo, cónyuge, rol desempeñado por el fallecido, roles sexuales, creencias espirituales, calidad de la relación mantenida con el difunto tanto psicológica como económico - social. La sensación de culpa acentuada sobre todo en el caso de relaciones problemáticas y de incomunicación, tal como hemos referido, y el haber tenido o no otras experiencias de pérdidas y duelo anteriores, además de el hecho de que factores culturales faciliten o no la expresión de determinadas conductas de duelo.

Defendemos un enfoque sobre el duelo ampliado que incluya, no sólo la experiencia idiosincrásica de los duelos individuales, sino también el impacto recíproco de la pérdida en las familias y grupos (sub)culturales (K. R. Gilbert, 1996: 269-284. J. W. Nadeau, 1997). Un estudio de E. S. Traylor y otros (2003: 575-601) realizado desde la perspectiva de los sistemas familiares, atestigua sobre la manera de cómo la cohesión y la comunicación familiar predice a largo plazo el camino del duelo, mucho más de lo que los niveles tempranos de duelo pueden predecir en cuanto a la posterior cohesión familiar. Está claro que el duelo es un proceso tanto social como individual y que se necesita prestar más atención a cómo las familias y otros grupos sociales pueden propiciar o impedir la adaptación de sus miembros.

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 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: amigos, voluntarios, información y aportaciones específicas para superar momentos críticos, los cuales suelen venir dados por profesionales tales como terapeutas, enfermeros, médicos, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes, etc.

Un sistema de apoyo que otorga ayuda importante a individuos en situación de duelo está 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 como Pangrazzi (1988). Este fenómeno que ha avanzado de manera considerable en el mundo anglosajón en España haya correspondencia en grupos de asistencia a alcohólicos, toxicodependientes, enfermos renales, portadores y enfermos de SIDA, personas que sufren un duelo.

Cada uno de los eslabones sociales mencionados representa un apoyo potencial o real para quien está de luto y un espacio a tener en cuenta para dirigir nuestra mirada, atención y recursos afectivos y creativos. El individuo con sus características y recursos personales es quien puede elaborar de manera positiva una pérdida luctuosa, pudiendo ser sus reacciones diversas y/o ambivalentes: pudiendo ser devastadoras y paralizantes a ser una experiencia de crecimiento personal. De encontrarse perdido a descubrirse, de abandonarse a intentar salir por todos los medios.

Son diversos los factores internos del individuo que explican sus reacciones: La edad, la personalidad, su capacidad para afrontar el estrés, su visión de la vida, la confianza en sí mismo. Una investigación llevada al efecto por 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.

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.

Somos conscientes de que el duelo termina, pero ¿cuándo termina?

Nuestro objetivo con respecto al duelo va a ser que *La persona en duelo sea capaz de conseguir recordar el objeto o la persona perdida sin un dolor intenso y ser capaz de dirigir la energía emocional dentro de la propia vida y recuperar la capacidad de amar.*

“Seguiremos confrontando y siendo desafiados para reconocer y dar sentido a las diferencias que han ocasionado nuestras pérdidas hasta que muramos” (Attig, 1996, p.49).

“Trataremos intelectual y espiritualmente, emocional y psicológicamente, conductualmente, socialmente y biológicamente con nuestras mayores pérdidas mientras vivamos” (Attig, 1996, p.49).

“El duelo nunca acaba. Sólo que a medida que pasa el tiempo irrumpe con menos frecuencia” (Bowlby, 1980).

“El duelo acaba cuando la persona ya no necesita reactivar el recuerdo del fallecido con una intensidad exagerada en el curso de la vida diaria” (Volkan, 1974).

“Cuando la persona recupera el interés por la vida, se siente más esperanzada, experimenta más gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles” (Shuchter y Zisook, 1986).

“La disponibilidad de un superviviente para empezar nuevas relaciones depende no de “renunciar” al cónyuge muerto sino de encontrarle un lugar apropiado en su vida psicológica, un lugar que es importante pero que deja un espacio para los demás (Shuchter y Zisook, 1986: 117).

Existe gran cantidad de pruebas que apoya la visión de que la capacidad de encontrar sentido en las experiencias de pérdida predice una adaptación positiva, mientras que una lucha persistente y fracasada en esa búsqueda del sentido, se asocia con formas de duelo complicadas, intensas y crónicas (Uren y Wastell, 2002: 279-308. Davis, Nolen-Hoeksema, y Larson, 1998: 561-574; y Prigerson, 2004: 38-40). Asimismo, estudios llevados a cabo con gran cantidad de personas que han perdido a alguien en muertes violentas (por ejemplo, suicidio, homicidio y accidente) demostraron que la falta de capacidad para lograr entender la pérdida del ser querido, es quizás el factor principal que los aleja de aquéllos cuyas pérdidas fueron anticipadas en el contexto de que padecían una enfermedad terminal (Currier y otros, 2006).

Aunque no todos los individuos o familias son iguales, ni se enfrentan al mismo nivel de pérdida, un estudio sobre familias con un miembro que tiene un cáncer terminal nos ofrece un buen ejemplo (Davies, Chekryn-Reimer, Brown y Martens, 1995), al referir que las familias se encuentran en la transición de “lenta desaparición”: desde vivir con un cáncer a la experiencia de la muerte por cáncer, les implica varios componentes que ocurren a lo largo del tiempo, pero no de forma lineal, sino que se acumulan, se sobreponen y se repiten, pero que deben empezar con la redefinición del self del paciente y la redefinición de la familia del paciente. En un primer paso esencial, la familia y el paciente ajustan o redefinen su enfoque para encajar en la realidad lo que el paciente parece y lo que el paciente puede hacer actualmente. Todos los miembros de la familia deben ajustar su visión del paciente, de sí mismos y de la familia como unidad, iniciando un proceso que no tiene un final claro, pero que en cambio lleva a escena otros componentes del proceso de desaparición. El paciente se enfrenta a la posibilidad de ser una carga y los miembros de la familia se enfrentan a una verse cargados con una responsabilidad extra. La familia lucha contra la paradoja del paciente que vive con un cáncer y, a la vez, muere a causa de él. Todos los miembros de la unidad familiar sufren grandes cambios en sus vidas y buscan un significado en las experiencias que viven. Los pacientes muchas veces emprenden este viaje privadamente, intentando dar un sentido a la situación conectando con su yo interno y espiritual, quizás considerando los demás como un bastión contra la desesperación: El

matrimonio busca un significado pasando más tiempo juntos y apreciándose más, y también evalúan sus vidas y reordenan sus prioridades. Los hijos adultos en estas familias se enfrentan con su propia mortalidad y el impacto de la muerte inminente de su padre o madre en su futuro, responden mediante la reevaluación de muchos aspectos de sus vidas: actitudes respecto a sí mismos, a su familia y estilo de vida.

La muerte de los niños

En la sociedad occidental, la muerte de un hijo parece fuera del orden natural, algo que hace estremecer los fundamentos de nuestro mundo de creencias. En el caso de las muertes perinatales o neonatales y de niños mayores, describe Lewis (1978) que a los padres no les es posible incorporar en sí mismos ninguna parte del indefenso recién nacido y hacerla adaptable. Según él, el duelo por la muerte de un niño se comprende mejor si se lo compara con la pérdida de un miembro. La muerte del hijo lo cual provoca que quienes les rodean los esquiven, tal como harían con un mutilado, puesto que incita en ellos miedo y ansiedad. Otro autor, Knapp (1986) nos refiere que la imagen de sí mismo del padre y de la madre se modifica, habiendo encontrado seis características principales comunes a todos los padres que han perdido a un hijo, a modo de *pautas modales comunes de respuesta*, tal como las denominó pues se daban en una amplia mayoría de los padres de su muestra tanto en la forma como en la intensidad, entrañando unas connotaciones beneficiosas y otras perjudiciales. Sin tener en cuenta las connotaciones estas pautas modales de respuesta representan aspectos naturales del complejo fenomenológico del proceso del duelo. Las seis pautas modales comunes de respuesta identificadas son: 1. - La promesa de no olvidar nunca al hijo. 2. - El deseo de morir. 3. - Una revitalización de las creencias religiosas. 4. - Un cambio de valores. 5. - Una mayor tolerancia. 6. - Sombra de dolor.

En el proceso de la pena está inmersa una sensación de afrenta que emerge, en especial tras la muerte de los niños, como una necesidad de justicia. Nuestro sentido de rectitud sobre la vida se siente profundamente ofendido cuando un niño muere y a menudo tratamos, en nuestra pena, de enderezar esta situación, Lee (1995).

Muchas mujeres, desde el momento de la confirmación del embarazo se ven inundadas por ilusiones, sueños y la esperanza de un recién nacido saludable. Pero cuando se diagnostica al niño alguna condición que le limitará la vida, como anomalías congénitas o enfermedades metabólicas o neuromusculares progresivas, desembocan en un duelo profundo de los padres. Según Ross (2002) la “pena crónica” que conllevan estas pérdidas implica no sólo la renuncia a los sueños del pasado y una constante revisión de los planes presentes y patrones de enfrentamiento, sino también una anticipación de un futuro que está “privado” de “marcadores” que estructuran normalmente el ciclo de vida familiar (por ejemplo, el día de la graduación y la boda). Pero incluso ante esta erosión del mundo de creencias existente, muchas familias encuentran significado, poder, y valor en su experiencia de ser padres de niños discapacitados. Milo (1997), en su investigación cualitativa de madres cuyos hijos discapacitados habían muerto, explicó que la mayoría de las madres conseguían encontrar un significado y un beneficio en la vida y muerte de su hijo y eran capaces de continuar viendo el mundo de forma positiva y finalista. A pesar de la gran cantidad de responsabilidades en el cuidado y la triste doble pérdida -del hijo “deseado” y del hijo real- estas madres atribuyen a esta experiencia el mérito de haberles hechos más conscientes de lo esencial de la vida y del poder del amor. Como resultado de la supervivencia al período de cuidados y a la pérdida, se volvieron más pacientes,

confiadas, empáticas y no juzgaban a nadie. A pesar de que seguro que no habrían deseado nunca pasar esta experiencia, ni se la hubieran deseado a nadie, estaban agradecidas por haber aprendido esta lección. Similares beneficios agri dulces aparecen con la pérdida de hijos no discapacitados.

La investigación sobre la crisis de significado en el duelo paterno indica que la búsqueda de significado es primordial para el proceso de reajuste después de la muerte del hijo, y que los padres que son capaces de encontrar estos significados volviéndose más compasivos y más fuertes, aceptando la mortalidad humana o profundizando en su espiritualidad se enfrentan mejor con la pérdida (Braun y Berg, 1994; Davis y otros. 1998; Wheeler, 2001). Incluso después de un suicidio de un joven, una pérdida terrible para los padres y los miembros de la familia, los supervivientes pueden superarlo cuando buscan su fortaleza interior y su capacidad de enfrentamiento y deciden comprometerse con la vida (Kalischuk y Davies, 2001).

La muerte de un hijo no sólo afecta profundamente a los padres, sino que también puede tener un efecto duradero en los hermanos supervivientes, ya que afrontan su propio duelo así como lo hacen sus padres y los demás en el sistema familiar. Los datos de estudios sin embargo, sugieren, que la experiencia también ofrece a los niños el ímpetu para el crecimiento psicológico. Por ejemplo, la investigación en familias en las cuales un hijo había muerto de cáncer hacía 7 o 9 años demostró que el auto-concepto de los hermanos era más alto que el de los grupos de niños normativos (Martinson, Davies & McClowry, 1987). Además, diversas entrevistas con los hermanos indicaron que habían crecido psicológicamente como resultado de su experiencia. Por ejemplo, un chico de 16 años comentó *“tengo una mejor actitud frente a la vida ahora; es decir que me doy cuenta de lo importante que es la vida como resultado de la muerte de mi hermana.”* Los datos de las entrevistas con los padres también indicaron que se consideraba que los niños eran individuos sensibles, responsables, que maduraron como resultado de la experiencia.

Un estudio sobre los efectos a largo plazo de la muerte de hermanos, basado en entrevistas con adultos quienes en su infancia perdieron a un hermano (Davies, 1999), refiere como muchos hermanos sentían que esta experiencia les había enseñado a apreciar más la vida, a disfrutar de cada día ya que sabían de primera mano que la vida es limitada. Aprendieron a apreciar a sus seres queridos aún más y se sentían seguros hablando con personas muy enfermas. También se ha observado una reconstrucción de la identidad y un crecimiento personal similar en estudiantes universitarios que se han enfrentado a grandes pérdidas (Neimeyer, 2001b).

En palabras de Robert A. Neimeyer: Cuando los pacientes u otros miembros de la familia, no redefinen la situación de manera que tenga en cuenta la realidad de la muerte inminente del paciente, hay pocas probabilidades de que busquen un significado, ocasionando que se centren en la parte negativa de la situación, y deseen que las cosas sean distintas. A veces estos miembros de las familias buscan el significado en el pasado, y en estos casos, más que encontrar esperanza y algún elemento de crecimiento o paz, sólo consiguen aumentar su frustración. Dependiendo del grado de capacidad de los miembros de una familia para redefinir la nueva situación, serán capaces o no de reconstruir una vida llena de significado, ajustarse y crecer psicológicamente con la experiencia de la pérdida.

Este enfoque visualiza a los seres humanos como *constructores de sentido*, tejedores de historias que ofrecen significado y argumentos a sus vidas. Una visión “constructivista” es que las historias de vidas que construyen las personas son tan variadas como sus biografías personales y tan complejas como su interrelación con las creencias culturales, las cuales informan sobre los intentos de construir nuevos significados.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4^a Ed. Washington. D.C.: *American Psychiatric Press*; pp. 424.
- 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*. Oxford University Press. New York.
- Bailly, D. (1997) *Angustia de separación*. Masson. Barcelona.
- Bauman, H. (1990) *Como vivir bajo la aflicción*. Mensajero. Bilbao.
- Biondi, M.; Picardi, A. (1996) Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychother psychosom*. 65; 224- 245.
- Bowlby, J. (1993) *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Ediciones Paidós. Barcelona - Buenos Aires - México.
- 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*. Ediciones Grijalbo. Barcelona.
- Brown G.W.; Harris T. (1978). *The social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publication.
- Campbell, J. (1988) *Historical atlas of world mythology*. New York: Harper & Row.
- Christine, V. (2006) Academic constructions of bereavement. *Mortality*, Vol. 11, (1): 57-78.
- Currer, C. (2001). Is grief an illness?. In J. Hockey, J. Katz, & N. Small (Eds.), *Grief, mourning and death ritual* (pp. 49 – 60). Buckingham: Open University Press.
- Currier J, Holland J, Coleman R, Neimeyer RA. (2006) Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. In: Stevenson, R & Cox G (eds). *Violence*. Amityville, NY: Baywood.
- Davidson, A.D. (1979) *Disaster. Coping with stress. A program that worked*. Vol. 1. Pp. 20-22.
- 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.
- Davies, B. (1999) *Shadows in the sun: The experiences of sibling bereavement in childhood*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Delisle- Lapierre, I. (1986) *Vivir el morir*. Paulinas. Madrid.
- 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.
- Engel, G.L. (1964) Grief and grieving. *American Journal of Nursing*. Vol 64. pp. 93-98.
- Fenichel, O. (1994) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Barcelona: Paidós; pp. 437-457.
- Freud, S. (1973) *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, Vol. XIV. Madrid: Biblioteca Nueva; pp. 235-255. (Trabajo original publicado en 1917)
- Freud, S. (1973) *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets
- 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.
- Grinberg, L.; Grinberg, R. (1980) Angustia frente al cambio y duelo por el self. En *Identidad y cambios*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- Grollman, E.A. (1986) *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Ediciones 29. Barcelona.
- Hall, M.; & Irwin, M. (2001) Physiological indices of functioning in bereavement. In M. S. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 473-491). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Hockey, J. (1996) The view from the west. In G. Howardth; P.C. Jupp (Eds.), *Contemporary issues in dying, death and disposal* (pp. 3 - 16). Basingstoke: Macmillan.
- Hockey, J. (2001) Changing death rituals. In J. Hockey, J. K.; N. Small (Eds.), *Grief, mourning and death ritual* (pp. 185 – 211). Buckingham: Open University Press.
- Horowitz, M.; Siergel, B.; Holen, A. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*; 154: 904-910.

- Horowitz, M. J. (1976) *Stress response syndromes*. Jason Aronson. New York.
- Jacobs, C. (1993) Pathologic grief. Maladaptation to loss. Washington D.C.: *American Psychiatric Press*.
- Kalischuk, R. G.; Davies, B. (2001) A theory of healing in the aftermath of youth suicide. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 19, 163-186.
- Kavanagh, D.J. (1990) Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions. *British Journal of Psychiatry*, 157, 373-383.
- Klein, M. (1989) *El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos*. Obras completas. Tomo I. Barcelona: Paidós; pp. 310-346.
- Knapp (1986) *Beyond Endurance: When a child dies*. Referido por Savage, J. A. en su libro: *Duelo por las vidas no vividas*. Luciérnaga. Barcelona.
- Kübler-Ross, E. (1969) *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo. Barcelona.
- Lee, C. (1995) *La muerte de los seres queridos*. Plaza & Janés Editores. Barcelona.
- Lemoine, P.; Lemoine G. (1980) *El afecto y el duelo*. En Fugar, gozar. Barcelona: Gedisa.
- Lindemann, E. (1976) Grief and grief management: Some reflections. *Journal of Pastoral Care*, 30 (3), pp. 198-207.
- Mc Crae, R.; & Costa, T. (1993) Psychological resilience among widowed men and women. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maddisom, D.; Viola A.; Walker, W. L. (1969) Further studies in bereavement. *Amst and MZ J Psychiatr.* 113: 1057-67.
- Marris, P. (1974) *Loss and Change*. Pantheon Books. New York.
- Martinson, I.; Davies, B.; McClowry, S. (1987) The long-term effects of sibling death on self-concept. *Journal of Pediatric Nursing*, 2, 227-23 5.
- Martocchio, B.C. (1985) Grief and bereavement: Healing through hurt. *Nursing Clinics of North America*. Vol. 20. Pp. 327-341.
- Milo, E.M. (1997) Maternal responses to the life and death of a child with developmental disability. *Death Studies*, 21, 443-476.
- 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. Oxford University Press Inc., New York.
- 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, 54 1-557.
- Neimeyer, R.A.; Levitt, H. (2001) Coping and coherence: A narrative perspective on resilience. In R. Snyder (Ed.), *Coping with stress* (pp. 47-67). New York: Oxford.

- Neimeyer, R.A. (2001b) Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 171-183.
- Neimeyer, R.A. (Ed.) (2001c) *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Neimeyer, R.A. (2002) *Lessons of loss: A guide to coping (2nd 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*. Pp. 6-10
- Pangrazzi, A. (1993) *La pérdida de un ser querido*. Paulinas. Madrid.
- Parkes, C.M. (1972) *Bereavement: Studies of grief in Adult Live*. Londres: Tavistock Publications.
- Parkes, C.M. (1975) *Bereavement*. Harmondsworth: Penguin.
- Prigerson, H.G.; Shear, M.K.; Jacobs, S. (1999) Consensus criteria for traumatic grief. *Br J Psychiatr*; 174: 67- 73.
- Prigerson, H. (2004) Complicated grief: When the path to adjustment leads to a dead end. *Bereavement Care*; 23: 38-40.
- Rando, T.A. (1986) *A comprehensive analysis of anticipatory grief, perspectives processes, promises and problems*. In T. A. Rando (Ed.), *Loss and anticipatory grief*. Lexington, MA: Lexington Books. New York.
- Raphael, B. (1984) *The Anatomy of bereavement*. Reprinted 1992 by Routledge. London.
- Roos, S. (2002) *Chronic sorrow*. New York: Brunner Routledge.
- Rosenblatt, P. (2000) *Parent grief Narratives of loss and relationship*. Philadelphia: Brunner Mazel.
- Shuchter, S.R.; Zisook, S. (1986) Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach, *Psychiatric Annals*, 16: 295-305.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999) The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M.; Van Son, M.; Stroebe, W. (2000) On the classification and diagnosis en pathological grief. *Clin Psycholog Review*; 20 (1): 904-910.
- Tizón, J.L. (2004) *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona. Págs. 41-51.
- 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.
- 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*, Vol. 11, No. 1, pp. 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.

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

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

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

Zysook, S. (1995) *Death, dying, and bereavement*. En: Kaplan H. I., Sadock B. J. Eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins. Psicopatología, Tratamiento. 39(2): 160-6.