



Duelo patológico

M. Cristina Cevo Caire E.U.*

Los duelos son inherentes a la muerte y otras pérdidas, depende de la forma de vivirlos o enfrentarlos, de su posibilidad de elaboración depende el destino que puede adoptar el resto de nuestras vidas, siendo el crecimiento o enriquecimiento interior el premio a su elaboración, y la regresión o empobrecimiento cuando no se logra elaborarlo.

Es a partir de la experiencia del autor de haber trabajado con numerosos pacientes en estado de duelo patológico, que elabora esta recopilación presentando casos clínicos para una mayor comprensión del tema.

Un tema siempre vigente para las personas que trabajamos en salud, son las vicisitudes entre la vida y la muerte. Así como esta última no es evitable, tampoco lo son los duelos inherentes a ella, dependiendo de la forma de vivirlos o enfrentarlos, de su posibilidad de elaboración, es el destino que puede adoptar el resto de nuestras vidas. Siendo el crecimiento o enriquecimiento interior el premio a su elaboración, o bien, la regresión o empobrecimiento en la imposibilidad de hacerlo.

A fin de aumentar el conocimiento general del que disponemos las enfermeras en esta área, presento esta compilación de autores psicoanalíticos, a partir de S. Freud, ampliando estos conceptos con Grinberg y desarrollando otros con Bowlby.

El lenguaje psicoanalítico es sumamente especializado, me excuso por introducir algunos términos que no corresponden exactamente al significado del concepto, pero lo acerca a una comprensión más general (espero), conservando entre paréntesis el término original.

Es a partir de mi propia experiencia, trabajando con numerosos pacientes en estado de duelo patológico, que elaboro esta compilación,

sintetizando en algunos casos y ampliando en otros los conceptos originales, presentando casos clínicos propios para mayor comprensión del tema.

Espero contribuir con esta síntesis, a que mis colegas que no siendo especialistas, tienen interés en lograr una mayor información y comprensión del tema, tanto para su desarrollo personal, cuanto puedan informar y derivar con mayor precisión a pacientes que se encuentren en estos estados y así contribuir a aminorar la pérdida que significa permanecer por tiempos prolongados y aún la vida entera, en un estado de empobrecimiento y depresión cada vez mayor.

DESARROLLO:

Cuando en 1917 S. Freud escribe "Duelo y Melancolía" señaló textualmente..."vamos a intentar esclarecer la esencia de la melancolía comparándolo con la aflicción, afecto normal paralelo a ello. La aflicción es por lo general la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, un ideal, etcétera - Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una predisposición morbosa, la melancolía en lugar de la aflicción. Es muy nota-

* Prof. Adjunto Escuela de Enfermería U.C.

ble también que jamás se nos ocurra considerar la aflicción como un estado patológico y someter al sujeto afligido a un tratamiento médico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos en que al cabo de un tiempo desaparecerá por sí sola y juzgamos inadecuado e incluso perjudicial perturbarla”.

Se puede experimentar un duelo por otras pérdidas que no son de tanta magnitud como la muerte de un ser querido. Así por ejemplo se puede reaccionar de este modo, frente a un cambio o separación que puede angustiar y deprimir como un viaje, la separación de un amigo, la pérdida de un objeto valorado, la pérdida de un trabajo, de un deseo largamente ambicionado, etc.

Para Freud, en contraste al que sufre una pérdida consciente que caracteriza al que sufre un duelo normal, en el duelo patológico parece existir la pérdida de algo que no se sabe qué es (un objeto inconsciente). En el primer caso, el mundo ha quedado pobre y vacío, mientras que en el segundo caso es el mismo melancólico quien se siente empobrecido y despreciable, necesitando expresar mediante quejas, lamentos, autoreproches y críticas el dolor de la pérdida. Los reproches con que se acusa, más que dirigidos a sí mismos van dirigidos a la persona perdida sin consciencia de ello. Se ha producido un desengaño con el objeto perdido, el afecto no se libera ni se desplaza a un nuevo objeto, queda retenido en sí mismo estableciéndose una identificación con la persona muerta. (objeto perdido). El conflicto entonces no es con la persona muerta fuera de sí mismo, sino internamente entre una parte del yo que se defiende y otra que critica- Como dijo Freud”La sombra del objeto cayó sobre el Yo “....

Grinberg en su libro “Culpa y Depresión” plantea: “el examen de la realidad demuestra que en el caso de la muerte de un ser querido, el objeto amado no existe ya y exige que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Surge entonces la resistencia natural que a veces, puede llevar a la psicosis. Con el duelo, la realidad triunfa finalmente y sobreviene la resignación, pero demanda que se realice en forma paulatina, con un gasto de tiempo y energía

anímica muy grande; cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituían el punto de enlace con el objeto, es sucesivamente sobrecargado, realizándose en el la sustracción de la libido. Freud recalca “ que no es fácil indicar porqué la transacción que supone esta lenta y paulatina realización del mandato de la realidad, ha de ser tan dolorosa. Al final de su labor en el duelo, el yo vuelve a quedar libre y exento de toda inhibición”.

Bowlby en su libro “La pérdida afectiva”, describe las variedades patológicas de duelo, basándose en sus propias observaciones de un número considerable de deudos y sus reacciones y las observaciones de investigadores como Parbis, Clayton y otros. En general señala que las formas patológicas de duelo a menudo afectan la capacidad para entablar y mantener relaciones de amor quedando en mayor o menor medida deterioradas. También estas formas patológicas afectan la capacidad para organizar el resto de su vida.

Las variedades patológicas del duelo pueden asumir todos los grados de gravedad y formas, que van desde las leves hasta las extremadamente graves. En sus formas mas leves no es fácil distinguirlas del duelo normal.

Una de las formas patológicas descritas por Bowlby es el duelo crónico caracterizado por respuestas emocionales intensas y prolongadas frente a la pérdida de un ser amado, asociadas por lo general a accesos de cólera y autoreproches como nota dominante, pero sin que se observe pena alguna. Mientras permanecen estas respuestas la persona afectada mantiene su vida en una triste desorganización. La depresión constituye el síntoma principal, caracterizado por tristeza, abatimiento, desgano, desaliento. Puede haber además pérdida de apetito o de peso, dificultades para dormir, fatiga, sensación de inquietud o retardo, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpabilidad, deseos de morir o pensamientos suicidas (autor). Pueden alternarse o combinarse con ansiedad, agorafobia, hipocondría y alcoholismo.

En estudios realizados por Gorer y Parke, (de los cuales se puede deducir incidencia) de los hallazgos encontrados, destacan que del to-

tal de una muestra, más del 10% de las personas deprimidas por la pérdida de un familiar cercano como un hijo o un esposo a los doce meses de la pérdida, se encontraban en un estado de desesperanza crónica. Por otra parte, estudios realizados por Harvard, en una muestra de viudos y viudas, mostraron que en lugar de mejorar durante el primer año como ocurre con los que llevan a cabo un duelo razonablemente bueno, estas viudas, y viudos continuaban en estado de depresión y desorganización. Como resultado de su estudio, Glick y sus colegas llegan a la conclusión de que si la recuperación no comenzó ya al fin del primer año no son buenas las perspectivas de evolución.

De acuerdo a estos estudios Clayton señala que la depresión a un mes de la pérdida demostraba ser estadísticamente el factor de predicción más importante, haciendo notar que las dos terceras partes de aquellos que fueron considerados en estado de depresión al mes de la pérdida, evolucionaban razonablemente bien un año después.

Otros síntomas mencionados por Bowlby como predictores de duelo crónico, son los sentimientos de cólera y resentimiento cuando persisten después de las primeras semanas.

Relatos que se dan repetidas veces en personas cuyos duelos evolucionan desfavorablemente son: la muerte súbita del ser amado, una respuesta demorada por la persistencia del estado de shock u omnubilación, pesadillas relacionadas con la muerte, riñas con parientes y otras personas, intento de escapar del escenario habitual y antes de la pérdida sufrida, una historia de una niñez inestable y una educación inhibidora de sentimientos.

Otro síntoma que puede darse en el duelo crónico es la momificación, término introducido por Gorer para designar un síntoma consistente en conservar las cosas del muerto iguales a lo que habían sido antes de la muerte, representando de esta manera en forma más o menos consciente, que la persona muerta regresará y el deseo de asegurarse que será bien recibido cuando lo haga. Este puede ser el contenido de una fantasía más o menos consciente, pero desde otro punto de vista, si se espera

el regreso de un muerto es porque no está muerto sino desaparecido. Una cosa es "saber" que una persona amada murió, otra distinta es la fantasía inconsciente. Puede darse entonces que la persona en duelo sepa que la persona amada murió, pero tener una dificultad enorme para conectarse afectivamente con esa realidad, como se puede ejemplificar en el caso de una paciente de 30 años que a los dos años de la muerte de su madre con la cual había sostenido una relación ambivalente, al pasar en su auto por un nuevo Centro Comercial pensó "le voy a escribir a mi mamá, esto la va alegrar mucho para cuando vuelva.... la madre había muerto repentinamente de un accidente vascular, pero para la paciente quedó viajando en su inconsciente.

Las ideas de suicidio concebidas especialmente como un medio de reunirse con la persona muerta, son comunes en los primeros meses de duelo. Intentos de suicidio serios o cometidos realmente son menos comunes. De acuerdo a estudios realizados por Bunch, la incidencia que tiene la pérdida de un padre o un cónyuge ocurrida los dos años anteriores al suicidio era cinco veces más elevada que lo ocurrido en un grupo control. Un grupo especialmente expuesto al peligro era el de hombres solteros que habían perdido a su madre.

Bowlby describe una segunda variedad de duelo patológico lo llama ausencia prolongada de aflicción consciente, de modo tal que la vida del individuo continua organizada aproximadamente como antes, no obstante la persona puede verse afectada por una serie de dolencias psicológicas o fisiológicas; y de manera repentina e inexplicable llega a un estado de depresión aguda.

Una fase breve de embotamiento de la sensibilidad, es una consecuencia muy común de una pérdida, pero no se espera que dicha fase dure más de unos cuantos días o acaso una semana. Cuando se prolonga por más tiempo tenemos motivos para preocuparnos, la continuación de esa fase durante semanas o meses puede ser presagio de un duelo de esta naturaleza. Como ejemplo de esta variedad de duelo, puedo citar el caso de una adolescente de 17 años que sufrió la pérdida de su madre en un accidente carretero, en el momento de producirse

el mismo, ella se encontraba en una prolongada disputa con la misma por su autonomía. Durante la primera entrevista un año más tarde, describía así su reacción: quedé sin sentir nada, no lo podía creer, aunque sabía de su muerte, no me decía nada. Quería poder llorar, sabía que tenía que tener pena, pero lo único que sentía era un gran vacío y soledad. Ha pasado un año y no es distinto mi estado al del primer momento, no lo puedo entender, "no puedo sentir nada, más bien me siento cada vez más pobre y vacía".

Abundantes pruebas, acota Bowlby, muestran que la persistencia parcial o completa de la fase puede extenderse aún más, años, décadas y en algunos casos el resto de la vida de una persona.

Helen Deutsch fue la primera en llamar la atención sobre esta anomalía (1937). Durante el tratamiento psicoanalítico descubrió que pacientes adultos que padecían de depresiones periódicas, estas se remontaban a pérdidas que experimentaron estos mismos durante la niñez, pero que nunca fueron objeto de duelo.

En cada caso la vida emocional del paciente había quedado en cierto modo desconectada de aquel suceso. Sin embargo, este trastorno puede también seguir a una pérdida sufrida durante la adolescencia a la vida adulta.

Las personas que manifiestan una prolongada ausencia de aflicción consciente de acuerdo a este mismo autor, son por lo general personas autosuficientes, orgullosas de su independencia y del dominio de sí mismas, desheñan los sentimientos, consideran las lágrimas como signos de debilidad. Después de haber sufrido una pérdida se muestran orgullosas de continuar llevando una vida regular como si nada hubiese ocurrido, son activos y eficientes y pueden dar la impresión de que se desenvuelven esplendidamente. Pero un observador sensible advierte que están tensos e irascibles. No hacen la menor referencia a la pérdida, evitan cualquier cosa que pudiera recordárselas y ni siquiera permiten que otras personas simpaticen con ellos o hagan alusión al suceso.

También pueden sobrevenir síntomas físicos: dolor de cabeza, palpitaciones, dolores en general; el insomnio es común y también los sueños desagradables. Existen muchas variedades de esta dolencia y es imposible describirlas todas, pero quisiera hacer una consideración en relación a la incapacidad de conectar la intensa pena o aflicción por la persona perdida desde las primeras semanas de la muerte y en proporción a la importancia o cercanía que esta persona tuvo para el deudo, esto lleva, en numerosas ocasiones, a hacer la pérdida en alguna parte que implica una concretización de la pérdida anterior, como pueden serlo las pérdidas económicas o materiales por decisiones equivocadas, y quedar expuesto a accidentes, robos, olvidos importantes, etc.

Otras características de esta forma de duelo se da en algunas personas de manera que la alegría parece forzada, otras se muestran groseras y torpes o demasiado formales. En casi todos los casos se da un exceso de bebida alcohólica. Evitan cuidadosamente ciertos temas. Estallidos de lágrimas o estados de depresión pueden sobrevenir sin causa aparente. Nunca buscan palabras de consuelo ni las acogen bien.

En contraste a la momificación del duelo crónico, aquellos que evitan la aflicción, tienden a desechar ropas y otros objetos que pudieran recordarles a las personas que perdieron. Se deshacen precipitadamente y sin elección alguna de objetos que podrían tener valor para otros y que de esta manera quedan relegados al olvido. Hay excepciones, pacientes que a pesar de no haberse afligido por la muerte de un paciente conservaron de manera secreta algunas de sus pertenencias. Objetos que fueron guardados, pero no usados, solo eran mirados ocasionalmente y en privado.

Para graficar estas últimas situaciones. Un paciente de 35 años, que consulta por insistencia de su familia, habiendo perdido a su mujer en un accidente 8 meses antes de consultar, y que se encuentra en un estado que él llama de tristeza, pero que en la transferencia se siente robotizado, lento, disociado, desconectado. Al mes del trágico accidente "vende" (se deshace)

el auto y camioneta de su mujer porque se la recuerdan demasiado", lo hace a la mitad de su valor y le son canceladas parcialmente. Regala al mismo tiempo objetos valiosos de ella y no puede volver al departamento que compartieron. No puede mirar sus fotos y no puede hacerse cargo, ni siquiera enterarse bien, de una pequeña fortuna que hereda. Ocasionalmente durante su tratamiento tiene estallidos de llanto, pequeñas o grandes explosiones, que ocurren al darse cuenta de distintas formas de abandonos que hizo a su mujer poco antes de morir. Su estado desconectado, aislado y frío se mantiene a pesar de llevar una vida organizada y aparentemente normal.

Tarde o temprano, por lo menos algunos de los que no experimentaron aflicción consciente sufren una crisis por lo general con alguna forma de depresión. Ahora sabemos, dice Bowlby, que existen ciertas clases de hechos que pueden obrar como factores que precipitan una crisis de postración: un aniversario de la muerte que no ha sido sometido al adecuado proceso de duelo, otra pérdida de importancia relativamente menor, llegar a la misma edad que tenía el padre o la madre al morir, una pérdida sufrida por una persona que es objeto de cuidados compulsivos y con cuya experiencia puede estar identificándose la persona que los brinda y que no pasó por el debido proceso de duelo en su momento (Identificación proyectiva).

No conocemos, dice Bowlby, la frecuencia con que se producen hechos de esta índole, en parte, porque no han sido registrados por quienes aún conociéndolos son pasados por alto, pero de acuerdo a mi propia experiencia con pacientes que han tenido dificultad en la elaboración de sus duelos, estas situaciones se han presentado invariablemente en el cien por ciento de los casos atendidos, siendo lo más llamativo, que situaciones de pérdida menor como pueden serlo pequeños cambios o separaciones son vividos como pérdidas mayores sin conciencia de ello, pero denotadas por sentimientos de pena, vacío, soledad, irritabilidad y fundamentalmente por sentimientos de abandono que no corresponden al estímulo que las provocó. Estos, no son posibles de ser registrados en entrevistas, pero si a lo largo de un tratamiento

donde esta situación es evidente al comienzo sólo para el terapeuta y posteriormente luego de un trabajo lento y penoso, para el paciente.

Para casi todo el que llora una muerte, plantea Bowlby, cada aniversario representa una repetición de los mismos pensamientos y sentimientos experimentados en ocasión de aquello. Sabemos que los que caen en estado de depresión crónica se conmueven muy especialmente en esas ocasiones.

Muchas personas que no llevaron a cabo el duelo por la pérdida de alguien importante para ellos, aunque no sufran verdadera postración, no por ello dejan de sentirse profundamente insatisfechos con sus vidas. Poco a poco suelen llegar a comprender que sus relaciones personales son en cierto modo vacías especialmente las relaciones con miembros del sexo opuesto y con niños.

Linderman cita a una viuda con expresiones típicas de este estado. "Todo ocurre como si estuviera representando en una obra de teatro", nada me interesa. No puedo experimentar sentimientos cálidos. Si experimentara algún sentimiento, sería el de enojo con todo el mundo. "El enojo y la ira están dirigidos a la persona muerta, sin conciencia de ello; si puede llegar a tenerla, descubriría en su fuero interno también anhelo por el esposo y pena por su pérdida.

Opuestos en muchos aspectos, estas dos variedades sin embargo presentan algunos rasgos comunes. Puede comprobarse que en ambas el paciente cree, conscientemente, que la pérdida aún puede repararse. Por eso el impulso a la búsqueda puede continuar poseyéndolo, ya incesantemente, ya episódicamente, y entonces se dan accesos de ira y autoreproche aunque están ausentes el pesar y la tristeza. En las dos variedades el proceso de duelo queda inconcluso...

..... Tomando en cuenta que las dos variedades principales de duelo patológico tienen rasgos comunes, no sorprende la existencia de condiciones clínicas con rasgos que participan en ambas o que representan una fluctuación entre ellas. Una combinación corriente es aquella

en la que, después de haber sufrido una pérdida, una persona no muestra durante unas semanas o meses signos de aflicción consciente y luego, quizás de manera repentina, se ve sobrecogida por intensas emociones que lo llevan a un estado de duelo crónico. Atendiendo a las fases de duelo, la falta de aflicción consciente puede considerarse como una extensión patológicamente prolongada de la fase de embotamiento de la sensibilidad, en tanto que las varias formas de duelo crónico pueden considerarse como versiones extendidas y deformadas de las fases de anhelo y búsqueda, de desorganización y de desesperanza....

Grinberg citando a Bowlby en su libro "Culpa y Depresión" destaca que lo más importante en un duelo es tolerar la desorganización y poder llevar a cabo la reorganización dirigida a un nuevo objeto. Este es su principal carácter adaptativo. Sugiere también que la persistente búsqueda de unión con el objeto definitivamente perdido es el principal motivo presente en el duelo patológico, aunque debido a la depresión y al mecanismo disociativo aparece en forma enmascarada o distorsionada.

Además de las dos variedades principales de duelo patológico ya descritas, hay una tercera, señala este mismo autor, que es menos común: la euforia.

En algunos individuos esta forma puede ser de tal gravedad que se presenta como un episodio maníaco.

Mientras el individuo no cree que su pérdida sea irreparable, alimenta esperanzas y se siente impulsado a la acción, sin embargo, esta actitud engendra toda la ansiedad y el dolor del esfuerzo frustrado. La alternativa (que el individuo crea que su pérdida es definitiva) podrá ser más realista, pero al principio es demasiado penosa y quizás demasiado terrible para que alguien pueda permanecer mucho tiempo en ella. Es por esta condición que se dan procesos mentales que acuerdan una tregua o un respiro. Sin embargo, este respiro sólo puede ser limitado y siempre queda la tarea de resolver el problema personal. De la manera que el individuo lo haga dependerá el desenlace de su duelo e irá reconociendo poco a poco las cambiadas circunstancias de su vida, modificará sus modelos representacionales y redefinirá las metas de su

vida o bien se encaminará hacia un estado de desarrollo suspendido en el cual queda preso a causa de un problema que no puede resolver.

La manía o estado maníaco, tiene como finalidad contrarrestar la angustia depresiva, el dolor y la culpa. Freud señaló que la peculiaridad más singular de la melancolía es la tendencia a transformarse en manía. En tal caso el yo, aparentemente, supone haber dominado la pérdida del objeto y haber quedado libre del sufrimiento que tuvo que soportar. Procura entonces ejercer sus fantasías omnipotentes, tanto para controlar y dominar los objetos que se han vuelto peligrosos y perseguidores, como también para intentar salvar y reparar los objetos que siente haber dañado. La reparación que se utiliza entonces no es la auténtica, sino que se trata de una reparación maníaca, basada en la omnipotencia, o bien el yo trata de reparar en forma desplazada a objetos sustitutos muy alejados de los originales sin una ligazón afectiva y despreciados en el fondo. Algunos ejemplos de este tipo de reparación lo constituyen ciertos actos de filantropía o de caridad.

Por último, para Bowlby "los criterios que distinguen más claramente las formas saludables de las formas patológicas, son la duración del tiempo durante el cual persisten esos procesos defensivos y en qué medida influyen sólo en una parte del funcionamiento mental o llegan a dominarlo por completo. Así por ejemplo, el proceso que aparta la atención y la actividad de pensamientos y recuerdos penosos y los dirige hacia cosas neutras o agradables.

Cuando estos procesos dominan sólo de manera episódica, es probable que sean perfectamente compatibles con la salud. En cambio, cuando se establecen de manera rígida determinan una prolongada inhibición de todas las respuestas habituales a la pérdida de un ser querido. Con frecuencia resulta difícil determinar hasta qué punto se encuentran bajo control voluntario los procesos de exclusión defensiva. En realidad, hay un aspecto continuo que va desde los que parecen claramente procesos involuntarios (como el embotamiento de la sensibilidad que es una reacción común e inmediata a la pérdida sufrida) hasta el hecho de evitar deliberadamente lugares y personas capaces de suscitar congoja, languidez y llanto. En lo que se

refiere a la conciencia del sujeto, los procesos que consideran la creencia de que la pérdida no es definitiva y que aún es posible la reunión con la persona perdida, se extienden desde una creencia clara y consciente de que la pérdida no es definitiva hasta una creencia tan mal definida y alejada de la consciencia que puede exigir mucho trabajo terapéutico hacerla manifiesta “.

“Además de estos varios tipos y formas de procesos defensivos, hay por lo menos otros dos tipos que se dan durante el duelo y que, a

menos que se presenten sólo fugazmente, nunca se revelan como compatibles con un desenlace normal y saludable. Ellos son: procesos que apartan la rabia de la persona que la provocó y la reorientan hacia alguna otra y que se conocen habitualmente como desplazamientos y por último, procesos en los cuales todas las respuestas emocionales a la pérdida sufrida estén cognitivamente desconectadas de la situación que las provocó y que en la terminología tradicional se designan como represión, escisión o disociación.

REFERENCIAS

1. Bowlby J: Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida.
2. Edit. Morada S.A. Madrid, 1986.
Bowlby J: La pérdida afectiva. Edit. Paidós. Bs. Aires, 1983.
3. Bowlby J: La separación afectiva Edit. Paidós Bs. Aires, 1985.
4. Freud S. :Obras completas. Vol 1. Duelo y Melancolía. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
5. Grinberg L.: Culpa y Depresión. Edit. Paidós Bs. Aires, 1976.
6. Jacobson E.: Depresión. Edit. Amorrortu. Bs. Aires, 1990.

Mayor Información
M. Cristina Cevo C.
Vicuña Mackenna 4686
Casilla 6177
Correo 22 Stgo - Chile