

El duelo visto desde la Teoría del Apego - Dra. Eliana M. Montuori *¹

Resumen: El objetivo de este trabajo es transmitir los fundamentos de la teoría del duelo desde el punto de vista de la teoría del Apego. Esta teoría plantea una conceptualización del duelo distinta a la clásica de Freud.

La teoría del apego es una teoría del desarrollo y de las vicisitudes de los vínculos de apego a lo largo de toda la vida, se ocupa de los avatares y de los distintos caminos que pueden transitar estos vínculos, ya sea cuando se mantienen sin quebrarse durante muchos años, ya sea cuando se encuentran con dificultades o se rompen debido a separaciones, pérdidas o la muerte de un ser querido.

Las vicisitudes del duelo normal y patológico en las distintas etapas de la vida desde la infancia a la adultez, así como los distintos tipos de duelo por pérdida del cónyuge, de los padres, de un hijo y las condiciones facilitadoras y los factores de riesgo para la elaboración del duelo son inherentes y forman parte de la estructura básica de la teoría.

La teoría del apego de Bowlby implica un cambio a nivel epistemológico en el modelo de construcción de teoría por su asiento en una amplia base empírica, por su enfoque multidisciplinario y prospectivo. La teoría del duelo es un ejemplo más de este cambio conceptual.

Palabras clave: Teoría del Apego, duelo, fases del duelo, vínculos de apego, pérdida afectiva

¹ Médica, psiquiatra, psicoanalista, presidente del Capítulo de Apego, Intersubjetividad y Neuro desarrollo de APSA.

Abstract: The goal of this paper is to review the basic tenets of Bowlby's theory of loss and mourning, within the frame of reference of Attachment theory.

Bowlby's theory of bereavement is deeply embedded in the whole structure of Attachment theory with its similitudes and differences from the classical Freudian theory.

Bowlby's Attachment Theory can be seen as a theory of the development and vicissitudes of the most significant of relationships, the relationship with an attachment figure through the whole course of life. "The making and breaking" of these bonds, in Bowlby's (1979) terms, "the maintenance, formation and disruption" of these relationships are the main subject of its inquiries.

Research on normal and pathological mourning in childhood and adulthood, mourning for the loss of spouse, of a child, of a parent can be seen as inherent to the basic structure of this theory.

Attachment theory implies a change in the epistemological frame of reference, in the way by which theory was construed. Pride of place is given in it to empirical research, to a prospective approach and a multidisciplinary stance, that includes psychoanalysis, ethology, Darwin's theory of evolution, control systems theory, information processing theory and etc.

Theory of mourning, loss and bereavement is therefore another example of this conceptual change.

Key words: Attachment theory, loss, mourning, stages of mourning, patterns of attachment

Introducción

El ser humano es extremadamente social, viene al mundo predispuesto a formar vínculos, a amar, a comprometerse, a disfrutar con éstos y a arriesgarse al sufrimiento de perderlos. Sus relaciones son al mismo tiempo su gran fuerza y su gran debilidad. La felicidad y el bienestar producidos por el amor son equivalentes al dolor y el sufrimiento producidos por su falta. “La pérdida es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede sufrir. Y no sólo es dolorosa de experimentar pero también es doloroso ser testigo de ésta, especialmente porque nos sentimos impotentes para ayudar. Al deudo nada excepto el retorno de la persona perdida puede traerle verdadero consuelo, por ende lo que le proveemos es sentido como un insulto” (Bowlby, 1980)

Este autor define al duelo como todos aquellos procesos psicológicos que se desencadenan a partir de la pérdida de un ser querido. Es largo, doloroso, por lo general desorganizante y produce un desequilibrio en la homeostasis del sistema comportamental de apego, desestabiliza los mecanismos que regulan la relación entre el individuo y su figura de apego.

Podemos decir que el duelo es un proceso complejo que afecta profundamente el bienestar, la salud y la vida del deudo en todos los niveles físico, psicológico y social. Modifica su identidad, su visión de sí mismo, del mundo, de sus relaciones, personales, sociales y laborales. Implica el esfuerzo de aceptar que ha habido un cambio, que su vida ha sido sacudida, que ya no es la misma y que por ende se ve obligado a adaptarse y enfrentar una realidad indeseada, que preferiría olvidar, negar.

No existe en el idioma español un término, un concepto equivalente a la palabra "grief" en inglés, que es usada casi exclusivamente para designar el sentimiento de pesar, de profunda pena relacionado con la muerte de una persona querida, este término subsumido dentro del español duelo caracteriza de una manera diferencial el sufrimiento producido por el duelo distinguiéndolo de otros dolores y es el objeto de análisis de este trabajo.

Es por este motivo que la pérdida de un ser querido es un desafío y un factor de riesgo frecuente para la producción de psicopatología, está asociado con cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por stress postraumático, síntomas psicósomáticos y deterioro de la salud física.

Cabe formularse una serie de interrogantes: ¿Es posible recuperarse totalmente frente a una pérdida? ¿Es posible finalizar, completar un proceso de duelo? ¿Es posible y es saludable desprenderse desde el punto de vista afectivo completamente de la persona perdida? ¿Cuánto tiempo lleva este proceso? ¿Hasta qué punto son ciertas las palabras usuales de consuelo al duelo, el tiempo lo cura?.

En general hay acuerdo entre los investigadores de hoy en día que no hay una "restitutio ad integrum", una vuelta a la "normalidad" al estado anterior, ocurre más bien un ajuste, una adaptación y el individuo se encuentra cambiado para siempre luego de un duelo, nuestra personalidad refleja la historia de nuestros duelos (Weiss, 1993).

Antecedentes. Observaciones empíricas

Bowlby (1980) toma como punto de partida para su estudio una gran cantidad de observaciones empíricas, investigaciones, datos de duelos tanto en niños, como en adultos,

derivadas de su propio trabajo como psicoterapeuta y del de otros, como los de Parkes y sus tres famosas investigaciones de Londres, Harvard y Bethlem, (Parkes, 1970, 2001, 2006).

En uno de sus primeros trabajos publicados: “La vida emocional de 44 ladrones juveniles” (1944), correlaciona las dificultades emocionales de estos ladronzuelos adolescentes con la pérdida y el abandono materno. Comparando un grupo de adolescentes que robaban con otros con trastornos de conducta encontró que un alto porcentaje de los que robaban habían sufrido una falta básica de cuidados maternos.

Las separaciones temporarias y permanentes han sido el objeto de estudio y el punto de partida desde el cual se construyó la teoría del apego. Mary Ainsworth (1967), estrecha colaboradora de Bowlby partió a Uganda con la idea de estudiar el efecto de la separación de la madre en niños pequeños en el momento del destete. Esta investigación se transformó luego en un estudio longitudinal del vínculo y con el tiempo en Baltimore (Ainsworth 1978), el paradigma de las separaciones se convirtió en la base del procedimiento de la situación extraña para evaluar los patrones de apego al año de vida.

El trabajo sobre el efecto de las separaciones tempranas en niños sanos de entre 15 y 30 meses en colaboración con James y Joyce Robertson (1967-1973) documentado en publicaciones y testimonios filmicos llevaron a la descripción de las tres fases de éstas

a) *Fase de protesta*: Esta fase inicial se inicia a poco de partir la madre y dura desde unas pocas horas hasta una semana aproximadamente. Las características, la duración y la intensidad de esta fase varían de acuerdo al lugar, a la persona, al régimen de visitas y a la relación previa del niño con su madre. Durante esta periodo el niño está ansioso, enojado, llora intensamente, golpea y sacude su cuna, busca a su madre, tiene expectativas de que

vuelva pronto, pregunta por ella y se niega a recibir ayuda o consuelo de otras mujeres que se le acerquen, rechazándolas. Tiene esperanzas de que su madre vuelva y con su protesta intenta por todos los medios recuperarla.

b) *Fase de desesperación*: durante esta fase la excitación psicomotriz empieza a disminuir, llora con menos intensidad en forma más monótona, está distante e inactivo y su conducta sugiere desesperanza, empieza a dudar de la posibilidad y a perder la esperanza que su madre vuelva.

Nada le interesa, no se conecta con el medio que lo rodea, y se pasea de acá para allá sin objetivos, como sintiéndose profundamente deprimido.

c) *Fase de desapego*: En esta fase desaparece la excitación psicomotriz, el chico deja de llorar y empieza nuevamente a interesarse por el medio que lo rodea, parece como si se estuviera recuperando. Ya no rechaza a las enfermeras u otras personas desconocidas a su cargo: acepta sus cuidados, la comida y los juguetes que le ofrecen y a veces hasta sonríe y está más sociable. Pero cuando la madre viene a visitarlo se encuentra con un niño cambiado, que parece haber perdido todo interés en ella, parece no reconocerla, se mantiene indiferente, apático y distante. Aparentemente ha dejado de interesarse en ella, como si ya no la quisiera, como si el vínculo entre ellos se hubiera terminado, esto es expresión de la exclusión defensiva de la conciencia de los pensamientos y los sentimientos relacionados con ésta. Sin embargo, periódicamente se observan sollozos, ataques de agresividad, no desea compartir sus juguetes con los otros niños y los esconde para que no se los quiten.

Si su estadía es suficientemente prolongada, poco a poco puede llegar a perder interés en las personas e interesarse cada vez más en los objetos materiales, juguetes, caramelos y comida. Ya no se lo ve más ansioso frente al cambio de enfermeras, idas y venidas de los padres, ya no hace más caprichos, ya no le tiene más miedo a nadie, ni le importa de nadie. Si hay una sucesión de múltiples cuidadores no establece más que relaciones superficiales, se vuelve centrado en sí mismo, narcisista y en los objetos. Esto es de mal pronóstico para su futura capacidad de establecer vínculos.

d) *La vuelta a casa*: Luego de una separación el niño tiene dificultad para restablecer la relación con la madre. Se lo ve alterado emocionalmente, cambiado hasta el punto que en un primer momento parece no reconocer a su madre, no estar interesado en ella y reconciliarse le llevará un tiempo. La relación con el padre se ve menos afectada. Estas reacciones muestran la influencia que la separación de la madre ha tenido sobre los niños y los mecanismos psicológicos defensivos que se movilizan para sobreponerse a la pérdida (Garelli, 1998).

Investigaciones en animales.

El sistema comportamental del apego está presente en la mayoría de los mamíferos y se ha conservado a través de la evolución de las especies por este motivo las investigaciones en animales son muy útiles para aportar luz sobre su funcionamiento y sobre los mecanismos neurofisiológicos que median en la interacción gen, ambiente, conducta.

Los trabajos de Hofer (1999) en ratas sobre el desarrollo de este sistema comportamental, mostraron la existencia en éstas de la misma secuencia de fases de protesta y desesperación) antes descritas en niños frente a la separación de la madre.

Este investigador encontró que no sólo la conducta del animal se ve afectada por la ausencia de la madre si no también su salud física, su capacidad de respuesta al stress, la regulación de la temperatura, el ritmo cardiaco, los ritmos de sueño y vigilia y etc. debido a la carencia de tres tipos de reguladores fisiológicos “ocultos”: los sensoriomotrices, los térmicos y los nutricionales.

Los distintos aspectos de la respuesta de la cría frente a la separación son mediados por características específicas de la conducta maternal y tienen consecuencias a corto y a largo plazo.

Por ejemplo las vocalizaciones agudas parte de la etapa de protesta están relacionadas con la pérdida de la estimulación táctil y olfatoria , que a largo plazo produce disminución del crecimiento.

La ratita o el niño pequeño separado de su madre, o el adulto que ha perdido su figura de apego se ve expuesto a la pérdida brusca de todos estos reguladores fisiológicos y se produce lo que actualmente se conoce como una alteración del programming neonatal (Barker, 1990), o sea la exposición precoz a situaciones ambientales adversas genera una predisposición, un riesgo para enfermedades físicas y psiquiátricas

En monos Rhesus criados por pares, separados de sus madres al nacimiento se observa que con el desarrollo se transforman en individuos más impulsivos, más agresivos, más

temerosos, que exploran menos y que tienen más problemas en la socialización, que aquellos que no lo son . Este intenso temor y los trastornos de la personalidad parecen ser la consecuencia de la falta de respuesta de consuelo, de ternura por parte de la madre. A su vez estos trastornos de conducta están correlacionados con un aumento del cortisol en sangre y un bajo nivel de metabolismo de la serotonina que está asociados a un posterior aumento de consumo de alcohol (Suomi, 1991)

Hinde y Spencer Booth (1967) encontraron en sus investigaciones que el efecto de una separación de 6 días en monos Rhesus de 6 meses se observaba aún 2 años después. Los efectos observados eran más notables de acuerdo a la duración de la separación (13 días) o su reiteración (2 separaciones de 6 días).

Fases del duelo normal

Los mismos mecanismos psicológicos que entran en juego en las fases de las separaciones temporarias en los niños antes descritas guardan similitudes y son el antecedente empírico y el nexo de unión para la comprensión teórica de los procesos de duelo en niños y en los adultos.

Para comprenderlos es importante recordar que el duelo es desencadenado por la pérdida de una figura apego no por cualquier pérdida : “Entendemos por vínculo de Apego el vínculo afectivo que une una persona a otra específica, claramente diferenciada y preferida, vivida como más fuerte, sabia y protectora, y que las mantiene unidas a lo largo del tiempo”.

Bowlby (1980) postuló a partir del análisis de una serie de estudios empíricos relacionados con la pérdida de un cónyuge que el transcurso del duelo normal podía ser comprendido subdividiéndolo en cuatro fases diferenciadas, que no implican un verdadero desarrollo secuencial puede haber un ir venir entre éstas o una superposición.

1) *Fase de aturdimiento o de shock*: La primera reacción frente a la noticia de la pérdida suele ser de confusión, incredulidad; el deudo se siente aturdido, en estado de shock y tiene dificultad para comprender y aceptar lo ocurrido. Esta fase dura desde algunas horas a días, una semana y puede estar interrumpida por explosiones de angustia, desasosiego y enojo. Es frecuente escuchar expresiones del tipo: "No lo puedo creer, no es posible, debe haber un error, se equivocaron...", especialmente en los casos en que la pérdida es repentina y no hay preanuncios, como en el caso de un accidente fatal. En esta etapa podríamos decir que el proceso de duelo todavía no ha comenzado.

2) *Fase de anhelo y búsqueda de la persona perdida* que dura por lo general unos meses.

A las pocas horas o días la realidad de la pérdida comienza a ser comprendida lo cual lleva a punzadas de intenso extrañar, de nostalgia, espasmos de angustia, llanto, miedo, sensación de abandono y desprotección y un intenso deseo de reunión con el ser querido, que se trate de un mal sueño, que ésta no sea la realidad, de deshacer la pérdida. La persona se siente agitada, temerosa, dolida y enojada. Está vigilante, atenta al ambiente que la rodea en busca de señales que indiquen el retorno de la figura de apego, como el sonido de la llave en la puerta, del ascensor, de un timbre, del teléfono característico a una hora determinada, junto con la toma de conciencia que la búsqueda es en vano. La esperanza intermitente acompañada de desilusión hace que esta búsqueda sea muy dolorosa.

Al mismo tiempo siente inquietud, insomnio y el pensamiento está dirigido casi con exclusividad a los recuerdos de la persona perdida, repasando escenas de la vida en común o los acontecimientos de las semanas, meses, días previos a la muerte, revisando los errores que pudieran haberse cometido, la posibilidad de haber evitado el desenlace fatal. Estas cavilaciones están acompañadas de acusaciones y reproches hacia el fallecido, hacia uno mismo y otros responsables de la pérdida, médico, etc.

La relación con la persona perdida continúa ocupando un rol central en la vida emocional del deudo y va experimentando un lento cambio en la medida en que los meses o años pasan. La pérdida de un ser querido, del cónyuge por ejemplo implica muchas pérdidas al mismo tiempo, pérdida de un compañero, de un sostén económico, moral, de un amigo.

El deseo de mantener esta relación explica el anhelo, la búsqueda y el enojo prevalente en esta segunda fase. El enojo hace recordar al periodo de protesta observado en las separaciones en los niños pequeños de sus madres, su grado y su duración a lo largo del tiempo es un factor que distingue el duelo normal del patológico.

El deudo suele en esta fase alternar entre dos estados de ánimo, por un lado cree que la muerte verdaderamente ocurrió y por el otro des cree de que esto sea así.

Desde el punto de vista psicoterapéutico es muy importante recordar que el deudo de alguna manera busca ayuda para recuperar a la persona perdida y no sólo consuelo, de ahí su sensación que nadie lo puede ayudar. Suele enojarse con quienes tratan de consolarlo y ayudarlo a aceptar la pérdida, fundamentalmente desea ser escuchado y compartir sus recuerdos, su necesidad de hablar de la persona perdida. Hay una notoria ambivalencia

caracterizada por un lado por este anhelo de reunión y al mismo tiempo un reconocimiento de su imposibilidad.

Esto mismo ocurre con los objetos de la persona fallecida, que por un lado son atesorados y valorados y por otro también existe la necesidad de deshacerse de estos recuerdos.

Hay una lógica y fácilmente entendible hiperactivación del sistema comportamental de apego, acompañada de abundante ideación referida al cónyuge perdido. Revisar viejas cartas y fotografías puede servir de consuelo o reactivar la tristeza y la angustia. El sujeto se siente inseguro, desubicado su vida solía girar en torno a la persona que ya no está, muchas veces su persona de confianza a la cual recurría en caso de necesidad, apoyo, duda y consuelo, con la cual compartía las preocupaciones, alegrías y tristezas de la vida diaria.

3) *Fase de desorganización y desesperación*: En esta etapa el sujeto toma clara conciencia que la pérdida ha ocurrido, que el ser querido ya no va a volver, que no va a poder volver a verlo, que no tiene sentido seguir buscándolo y junto con esta conciencia sobreviene la tristeza, la depresión, la apatía, el desgano similar a la fase de desesperación antes descrita en las separaciones de los niños pequeños.

Su vida en este aspecto, el de su relación afectiva no puede ser mantenida igual. Ha habido un cambio en un aspecto central de ésta. La sensación de soledad es muy intensa debido al reconocimiento de la falta de la persona perdida en el mundo externo. La presencia de ésta se mantiene en el mundo interno, en los recuerdos, en la memoria y los buenos recuerdos son un gran consuelo.

Si se trata de la pérdida del cónyuge la persona que enviudó no sólo se ve enfrentada con la pérdida afectiva, además debe cubrir mucho de los roles y tareas que han quedado vacantes.

El sostén económico, la crianza de los hijos ya no son actividades compartidas. Pueden tomarse algunos roles del fallecido, si esto se realiza en forma criteriosa, no compulsiva, sin implicar una identificación masiva forma parte de la reorganización de la vida.

Son frecuentes los sueños con el cónyuge aún vivo y en general sirven de consuelo, si son angustiosos, pesadillas es de mal pronóstico.

4) *Fase de reorganización*: para que el duelo pueda tener un desarrollo favorable el duelante debe poder tolerar el embate de todas estas emociones tan dolorosas: el anhelo y la frustración, la angustia, la ansiedad, la tristeza producidas por la falta del ser querido y finalmente aceptar la irreversibilidad de ésta a nivel cognitivo y emocional.

Las viejas pautas de conducta, especialmente las relacionadas con el ser perdido dejan de tener sentido. En la etapa de reorganización no se trata de romper totalmente el vínculo con la persona fallecida, pero de modificarlo de acuerdo a la realidad tomando en cuenta que si bien ya no está en el afuera, sí puede permanecer en la memoria, actuando como un compañero valioso a nivel de las representaciones mentales.

El sujeto empieza a disponer de fuerzas para rearmar, reorganizar su vida de una manera diferente; ya su energía no está más ligada, absorbida por la experiencia de la pérdida o por el esfuerzo de reprimir los pensamientos y sentimientos relacionados con ésta. La vida deja de estar carente de sentido, vacía, recobra significado. Recupera la capacidad de disfrutar y sentir placer, sale de la anhedonia, no se siente tan culpable de seguir viviendo, desleal por hacerlo, por romper las promesas de fidelidad y empieza a sentirse liberado del dolor y la angustia. Puede hacer planes para el futuro, deja de sentir que su vida ya terminó, de no

involucrarse en nuevas relaciones por el temor de volver a perderlas. Este proceso de adaptación a las nuevas circunstancias puede llevar varios años, con idas y venidas, lo que distingue el duelo normal del patológico es la presencia o la falta de su puesta en marcha.

En el caso de personas que han tenido un apego seguro con el difunto este proceso se ve facilitado debido a la menor ambivalencia presente en el vínculo y a la presencia de una mayor cantidad de recuerdos e intercambios mentales positivos. La calidad de esta presencia interna que puede cumplir ya sea una función de consuelo, ayuda y protección o ser conflictiva, ambivalente, amenazante es una de las características diferenciales entre el duelo normal y el patológico.

Características del duelo patológico o complicado

Los duelos patológicos afectan la salud tanto a nivel físico como a nivel mental. Desde el punto de vista psicológico conducen a un deterioro de la capacidad de mantener relaciones afectivas y de organizar la vida emocional, así como el resto de la vida del dueloante. Se considera en términos generales que alrededor del año el deudo debería estar empezando a mostrar signos de recuperación, aunque este punto de corte no es universalmente aceptado.

Bowlby (1980) describe 2 tipos de duelo patológico: El duelo crónico y la ausencia de duelo, ambas variantes tienen aspectos en común y puede producirse una oscilación entre una y otra. Una tercera posibilidad menos frecuente es el desencadenamiento de un episodio maniaco.

En ambos casos existe la creencia que la pérdida es reversible y el desarrollo del proceso de duelo por ende es incompleto y el individuo no logra alcanzar la fase de reorganización de su vida, se queda en la segunda o en la tercera fase del duelo, u oscilando entre ambas.

La falta de aceptación de la irreversibilidad de la pérdida es la principal diferencia entre el duelo normal y el patológico. El curso del duelo depende de este proceso de reconocimiento que la muerte ha ocurrido y la realidad ha cambiado. La capacidad para modificar los modelos operativos internos, las representaciones del self y del otro de acuerdo a la nueva situación vital permite avanzar hacia una nueva etapa.

Si esto no ocurre los modelos operativos internos quedan entonces inmodificados, con el consecuente estancamiento vital, a través de la utilización de mecanismos de defensa rígidos, en especial la exclusión defensiva.

Este mecanismo de defensa es usado tanto en el duelo normal, como en el patológico lo que varía es la intensidad, la duración en el tiempo y la forma en la que se lo utiliza comprometiendo sólo una parte del funcionamiento psíquico o su totalidad, en forma transitoria o permanente.

Por ejemplo todo viudo o viuda recurre al mecanismo de desviar la atención de los pensamientos y emociones dolorosas hacia otros más neutros o placenteros, si este mecanismo es usado en forma plástica y no permanente es saludable, pero si por lo contrario es utilizado en forma rígida y constante lleva a una inhibición del proceso de duelo.

Duelo crónico:

El duelo crónico se caracteriza por respuestas emocionales inusualmente intensas y prolongadas. La depresión es el síntoma principal y puede ir acompañada de alcoholismo,

ansiedad, agorafobia, hipocondría. No se produce una mejoría de los síntomas a lo largo del tiempo.

En las visitas domiciliarias se encuentra al deudo sentado en la oscuridad en soledad, su conducta inhibida, inexpresivo, desganado, con falta de apetito, dificultades para dormir, con fantasías de suicidio, alternando con ansiedad y agitación.

Se sienten culpables, se reprochan no haber evitado esa muerte o directamente sienten que fueron los causantes de ésta. El intenso enojo ya sea dirigido hacia el difunto como hacia sí mismo en forma de autorreproche, los sentimientos de culpa, la búsqueda de un culpable de la muerte van acompañados de desesperanza y sensación de desamparo. No aparecen buenos recuerdos en los cuales refugiarse. Sienten que una parte de ellos mismo, de su self murió junto con el ser querido y que no existe ninguna esperanza de recuperación.

La persona se siente inútil, vacía, poco valiosa, sin deseos de nada, la vida no tiene sentido sin su ser querido : su autoestima se ve afectada a diferencia de lo que ocurre en el duelo normal. En la medida que el individuo se ve absorbido por estos sentimientos le resulta imposible reorganizar su vida. Cuando la separación es permanente el enojo y el reproche están fuera de lugar. El duelo no puede desprenderse del ser querido perdido, no lo puede dejar ir. Siente que no puede reubicarse en el mundo sin la presencia de éste. Siente un intenso deseo de reunión con éste hasta el punto de querer morir para poder así reencontrarse. No tienen el permiso interno para aflojar el vínculo, se sienten obligados a permanecer en relación con la persona perdida. No pueden imaginar, desear o esperar otro futuro.

Entre los antecedentes personales de aquellos que cursan este tipo de duelo se encuentran vínculos caracterizados por un apego inseguro de tipo ansioso.

Estas personas se caracterizan por estar constantemente preocupadas con la accesibilidad y capacidad de respuesta de sus figuras de apego y se vuelven muy dependientes de éstas.

Suelen ser muy demandantes, reclamar contacto e intimidad de manera exagerada, intrusiva, disfuncional, tienden a ser celosas, y a pedir amor y reaseguro de manera permanente. Suelen sentirse desvalorizadas y sentir que no son merecedoras de ser queridas.

Ausencia prolongada de duelo consciente: En este caso no se pone en marcha un proceso de duelo observable. Hay una evitación del trabajo de duelo, y de los sentimientos dolorosos que éste conlleva. La vida del deudo está organizada, no hay mucha diferencia con su vida anterior. No obstante sufre síntomas físicos y psicológicos recurrentes, que aparecen emocionalmente y cognitivamente desconectados de la pérdida que los provocó (Bowlby, 1980). La utilización del mecanismo de exclusión defensiva crea sistemas de procesamiento de la información segregados, pero no por ellos inactivos, que explican la aparición repentina de los síntomas.

El individuo reacciona de una manera comparable a la reacción de los niños en la fase de desapego antes mencionada cuando son separados de sus madres. Las personas propensas a este tipo de duelo son autosuficientes, orgullosas de su independencia y el control de sí mismas, y despreciativas de las expresiones emocionales y de afecto. Actúan como si nada hubiera pasado.

Están tensas y son irritables. Evitan los recuerdos del fallecido y evitan conversar sobre éste. La prohibición de referirse a la pérdida es de mal pronóstico. A veces buscan a otros en su misma situación para cuidarlos en forma compulsiva, como manera de negar el duelo.

Entre los antecedentes personales de aquellos que tienden a cursar este tipo de duelos se encuentran las personas con patrón de apego inseguro evitativo, que tratan de negar las necesidades de apego y suprimir los pensamientos y sentimientos relacionados con el apego y de evitar pedir ayuda en caso de necesidad, el sistema comportamental de apego está inhibido, desactivado, por temor a ser rechazados por la figura de apego.

Estas personas tienen tendencia a negar la importancia de sus duelos y evitan pensar, frecuentar lugares, recordar y hablar del difunto. Desvían su atención de los pensamientos y sentimientos dolorosos, a través del mecanismo de exclusión defensiva, así como los niños del grupo A en la situación extraña siguen jugando y prestándole atención a sus juguetes a la vuelta de su madre.

Pero este estado de evitación consciente del duelo en general no se mantiene indefinidamente y puede ocurrir un quiebre. Este quiebre suele producirse en forma inesperada o a raíz del aniversario de la muerte, o debido a otra muerte menos significativa. Otras veces estas personas no sufren un quiebre pero están profundamente insatisfechas con sus vidas, sienten sus vidas vacías y que sus sentimientos están bloqueados, se sienten frías, no hay calidez en sus vidas y en todo caso de sentir algo pueden sentir enojo .

El duelo en niños

La pérdida de un padre en los primeros 5 años tiene un efecto tan devastador que es imposible decir cuanto hay de duelo y cuanto hay de trauma en el estado psicológico del niño.

La pérdida produce un duelo prolongado y representa un factor de riesgo para el desarrollo del niño. Cuando la figura de apego muere el niño pierde la persona a la cual recurre para consuelo, apoyo y seguridad pierde esa relación íntima necesaria para la construcción del self.

Los niños pasan por procesos de duelo de manera similar a los adultos, pero debido a su mayor necesidad de la presencia de las figuras de apego están particularmente expuestos a vivenciar los duelos en forma patológica y son más sensibles a los factores ambientales que influyen en el curso del duelo. Las pérdidas en la infancia son un factor predisponente de riesgo de cuadros depresivos, trastornos de ansiedad o duelos patológicos en la adultez.

Si las condiciones ambientales son favorables el niño puede transitar un proceso de duelo normal, parecido al de los adultos. De acuerdo a las características de sus relaciones de apego actuales y a la calidad de la relación de apego con la persona perdida variará la propensión del niño igual que en el caso del adulto a tramitar su duelo en forma normal o patológica.

Es muy frecuente en el caso de los niños que no tengan información adecuada de los acontecimientos relacionados con la muerte, dado que para el adulto a cargo a su vez en situación de duelo es muy difícil acompañar al niño. Los niños necesitan hablar y compartir sus sentimientos y para el padre o madre dueloante puede resultar muy difícil contenerlo, cuando a muy duras penas logran hacerlo con su propio torbellino emocional. Lo mismo

ocurre con los abuelos u otros familiares cercanos que también suelen estar afectados.

Ocurre muchas veces que los niños son más capaces de enfrentar la realidad y la verdad de lo ocurrido que los familiares que los rodean.

Bowlby (1990) nos aporta un ejemplo famoso de duelo en un niño en su libro sobre la vida de Darwin, que es en gran parte un estudio detallado y un análisis de los duelos sufridos por Darwin, sus padres y sus abuelos maternos y paternos y los efectos transgeneracionales de éstos.

Nos cuenta que Charles perdió a su madre cuando tenía 8 años y que recibió poca ayuda para elaborar el duelo, más bien la conducta y la actitud de su padre y de sus hermanas indicaban que el tema no debía ser tocado, y que Darwin en su autobiografía remarca que prácticamente no tenía recuerdos de su madre. Bowlby correlaciona la ausencia de duelo de Darwin con los conocidos frecuentes malestares físicos (problemas gastrointestinales, astenia, palpitaciones etc.) y psicológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima) que le aquejaron durante casi toda la vida.

Caso clínico

El siguiente caso (Kasoy, 2012, comunicación personal) permite ilustrar algunos aspectos de lo anteriormente descrito y el efecto del tratamiento conjunto con medicación y psicoterapia, en el duelo por la pérdida de alguien querido.

La paciente Estela, tenía 80 años cuando llegó por primera vez al consultorio. Ya en la primera sesión, manifestó que acudía a la consulta porque estaba muy triste, a causa del fallecimiento de su hija. Además, Estela se sentía sin fuerzas para realizar las tareas más sencillas de la vida diaria, no tenía apetito, no sentía deseos de salir a la calle ni de

higienizarse, se sentía desganada; no encontraba placer en ninguna actividad. Su vida había perdido completamente el sentido.

Su hija, Francisca, había vivido con ella. Había permanecido soltera y ejercido la profesión de maestra. Había fallecido hacía dos años, a sus 54, y los síntomas de su madre, Estela, habían ido instalándose paulatinamente después de ese fallecimiento, hasta configurar el estado actual.

Francisca había sufrido de encefalitis herpética. Esta dolencia se había desarrollado a lo largo de tres años, y había sufrido un deterioro creciente que la había llevado a estar postrada en su cama. Estela se consagró a cuidarla con total dedicación: la higienizaba, le hacía masajes, le daba de comer, no la abandonaba nunca.

Estela, que había enviudado hacía 40 años, al relatar su malestar en el momento de la consulta se quejaba por sentirse sola y decía: “Nunca pensé que la vida me daría semejante vuelco. Todo ocurría como debía ser: primero fallecieron mis padres, mi marido, mis hermanos. Lo tomaba como que era la vida. Pero que falleciera mi hija no lo puedo aceptar”. Se hacía mil preguntas, investigaba sobre inmunidad, sobre enfermedades, echaba culpas, estaba enojada.

Su proceso de duelo en este caso era muy distinto al realizado con el marido; el vínculo con éste no ocupaba lugar en su discurso. Se sorprendía de la diferencia: no se había sentido tan mal con la muerte de su marido como con la muerte de su hija. Explicó que, cuando el marido murió, había dedicado todas sus energías a criar a su hija, que por entonces era púber y parecía necesitar ayuda a nivel escolar. Tenía también un hijo, Eduardo, muy próximo en edad a Francisca, pero el vínculo entre Estela y Eduardo era muy diferente: más distante; de hecho, Eduardo, con el tiempo, se casó y dejó el hogar materno.

En las primeras etapas del tratamiento psicoterapéutico, la terapeuta acompañó a Estela en su dolor: lloraba sin consuelo, llevaba una vida excesivamente austera, no salía de su casa, se cocinaba apenas lo indispensable, no recibía visitas ni visitaba a nadie. Se comunicaba sólo con su hijo y una familia amiga que era su sostén. Leía todas las noches las cartas que su hija le había enviado en el transcurso de sus viajes o en fechas importantes. La recordaba todo el tiempo. La habitación de la hija permanecía cerrada, nadie podía tocar nada en ella, ni tenía permiso para entrar. Estela tenía la casa llena de fotos de Francisca, frente a las cuales ponía flores todos los días.

A poco de iniciar el tratamiento, Estela pudo comenzar a elaborar, aunque en forma parcial, este duelo. Retomó algún tipo de actividad física, como la práctica del yoga, y se fue reencontrando con algunas personas queridas: su hijo, algunos amigos, algunos parientes.

Más allá de estos importantes logros, Estela continúa aún, luego de siete años de tratamiento, aferrada a sus recuerdos. La ausencia de su hija, su muerte prematura, sobrevuelan su vida y la tiñen de tristeza. No concurre a fiestas ni reuniones. Continúa enojada con Dios, a quien culpa de todo su malestar, y dejó de concurrir a misa, práctica que realizaba desde muy joven.

Estela, a través de la terapia, ha podido volver a tener una vida activa, es decir, sus síntomas depresivos han desaparecido en parte. Podríamos decir, de acuerdo con las ideas expuestas en este trabajo, que ha alcanzado la fase de reorganización de la vida luego del duelo, pero sólo en forma parcial, dado que en muchos aspectos su vida sigue girando alrededor de la hija, como antes del fallecimiento de ésta, o quizá más aún.

Invitamos al lector de este trabajo a compartir con nosotros el análisis de esta historia clínica y la búsqueda de la respuesta a los interrogantes que plantea. ¿Cómo tramitó Estela su duelo? ¿Fue la terapia efectiva? ¿Es conveniente, a esta altura del tratamiento, espaciar las sesiones? ¿Se le puede dar el alta?

¿Proporcionan las ideas que hemos expuesto en este trabajo una ayuda significativa para comprender el caso? Creemos que así es. El estudio de la problemática del duelo de acuerdo con la teoría de Bowlby nos abre una perspectiva distinta sobre el duelo y sobre la psicología humana en general.

La historia de los vínculos de apego influye sobre la capacidad del individuo para enfrentar el duelo. En este sentido una historia previa de apegos seguros junto con un apego seguro a la persona perdida es un factor protector y a la inversa apegos inseguros en el pasado o en el presente son un factor de riesgo para la evolución de un duelo.

Resumiendo quisiera remarcar tres aspectos centrales relacionados con las características de los vínculos del deudo que influyen en la evolución del duelo:

- 1) Los patrones de apego tenidos en la infancia
- 2) Los patrones de apego en la vida adulta derivados de sus relaciones de apego actuales y de la elaboración de la historia de las relaciones de apego del individuo
- 3) La calidad y el tipo de relación con la persona perdida.

El análisis de estos tres factores es de gran ayuda para el diagnóstico y el pronóstico en situaciones de duelo y para tomar la decisión de intervenir psicoterapéuticamente.

Bibliografía:

Ainsworth, M (1967) *Infancy in Uganda*, Baltimore: The John Hopkins Press

Ainsworth, M. et al (1978) *Patterns of Attachment*, New York: Lawrence Erlbaum
Associate

Barker, DJP (1990), The fetal and infant origins of adult disease, *British Medical
Journal*, 301, 1110-1111

Bonanno, G. (2001) Grief and emotion. A social-functional perspective, en Stroebe, M.,
Stroebe, W., Hanson, R y Schut, H. (eds) *Handbook of bereavement research .
Consequences, coping and care* (493-515). American Psychological Association:
Washington, DC

Bowlby J. (1944). Forty four juveniles thieves: their characters and home lifes,
International Journal of Psychoanalysis 25:19-52,107-127

Bowlby, J. (1966) “Prólogo” en: Ainsworth, M (1967) *Infancy in Uganda*, Baltimore: The
John Hopkins Press

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss* Vol.1 *Attachment*. New York: Basic Books

Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss* Vol.2 *Separation: Anxiety and Anger*, London: The
Hogarth Press

Bowlby, J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*, Tavistock Publications Limited, London

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss*, Vol.III: *Loss*, London :The Hogarth Press

Bowlby, J. (1988) *A secure base*. New York: Basic Books

Bowlby, J. (1990) *Charles Darwin: A new biography* Hutchinson, London

Garelli, J.C. y Montuori, E. (1998) “El vínculo afectivo materno-filial y la teoría del Attachment” *Archivos argentinos de pediatría*, 96 (2), 122-125

Hinde, R. and Spencer Booth, Y. (1967) “ The behavior of socially living rhesus monkeys in their first two and a half years” *Animal behavior*, 15, 169-96

Hofer, M. (1996) On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, 570-581

Hofer, M. and Polan, J (1999)” Psychobiological origins of infant attachment and separation responses” en Cassidy, J. and Shaver, P (Eds) . *Handbook of Attachment*. New York: The Guilford Press

Shaver, P, (2008), in Cassidy, J. and Shaver, P. *Handbook of Attachment*. New York: The Guilford Press

Parkes, C.M. (1970): “ The first year of bereavement: a longitudinal studies of the reaction of London widows to the death of their husbands” *Psychiatry*, 33:444

Parkes, C. M. (2001), *Bereavement. Studies of grief in adult life*, Routledge, Third Edition

Parkes, C. M. (2009) *Love and Loss*, Routledge.

Robertson J. and Robertson J. (1967-1973) *Young children in brief separations*, film series, Ipswich: Concord films

Sroufe, A et al (2005) *The development of the person*. New York: The Guilford Press

Stroebe, M y Schut, H.A.W. (1999) The dual process model of coping with bereavement. Rationale and description. *Death Studies*, 23, 1-28

Suomi, S (1991) “Uptight and laid back monkeys: individual differences in the response to social challenges” en: Brauth, S, Hall W. y Dooling, R. (Eds) *Plasticity of development* Bradford Book, London

Weiss, R.S (1993) “Loss and recovery” en: Stroebe, M., Stroebe W. y Hanson, R.O. (Eds) “*Handbook of bereavement: Theory, research an intervention*” Cambridge University Press