

TRAUMA, DUELO Y RECUPERACIÓN

Guía para el
acompañamiento clínico

Vanessa Nahoul Serio



ÍNDICE

PRÓLOGO	11
<i>José de Jesús González Núñez</i>	

PRIMERA PARTE El trauma y el duelo

CAPÍTULO 1. EL TRAUMA	17
Qué es el trauma	17
Trastorno por estrés postraumático	20
Principales afectaciones tras una vivencia traumática que ocasiona un TEPT	26
Neurobiología del trauma	33
La disociación	36
El trauma complejo y las alternativas de comorbilidad	38
El trauma complejo	43
Tipos de trauma desde la visión clínica	47
CAPÍTULO 2. EL TRAUMA EN EL DESARROLLO	51
Perspectivas psicoanalíticas del trauma y sus efectos	51
Trauma e intersubjetividad	53
Trauma emocional contextual e intersubjetivo	53
Efectos del trauma en el ejercicio de la parentalidad	54
Déficit y trauma	62
CAPÍTULO 3. DUELO Y PSICOANÁLISIS	65
El duelo según Freud	66

Concepto de adaptación al duelo de Anna Freud	68
CAPÍTULO 4. TEORÍA DEL APEGO, DUELO Y TRAUMA	71
Fases del duelo	72
Formas patológicas de apego y duelo	81

SEGUNDA PARTE

Trauma y duelo relacional

CAPÍTULO 5. TRAUMA Y DUELO EN LA PAREJA	91
El apego en la pareja	91
Parejas con historias de trauma	94
CAPÍTULO 6. ABORTO, TRAUMA Y DUELO	103
El aborto inducido	104
Recomendaciones en el manejo del duelo por aborto	110
CAPÍTULO 7. DUELO POR LA MUERTE DE UN HIJO	111
Representación y culpa	111
Duelo	114
Las madres en duelo por la pérdida de un hijo	115
Duelo en padres con un hijo en fase terminal	119
Muertes perinatales y muerte de niños recién nacidos	122
CAPÍTULO 8. EFECTOS DEL TRAUMA EN EL DESEMPEÑO DE LA PARENTALIDAD CON ADOLESCENTES	125
Funciones de la parentalidad con adolescentes	125
El impacto del trauma en la parentalidad	127

TERCERA PARTE

Traumas actuales

CAPÍTULO 9. EL TRAUMA Y EL DUELO EN LA PANDEMIA DE COVID-19	135
El trauma psicosocial de la pandemia y el duelo extraordinario	135
Ideas catastrofistas	139
Duelo congelado en situaciones de duelo extraordinario	142

CAPÍTULO 10. MIGRACIÓN, TRAUMA Y DUELO	145
El trauma y el duelo en la migración forzada	145
Migración forzada y el síndrome de la resignación	153
El trauma y el síndrome de la resignación	156
Salud mental y migración forzada	161

CAPÍTULO 11. EL TRAUMA POR LA DESAPARICIÓN FORZADA Y EL DUELO CONGELADO	163
Problemas que enfrentan los deudos ante la desaparición forzada de un familiar	163
Momentos en el duelo ante una desaparición forzada	164
Pérdida ambigua en dolientes por desapariciones forzadas	171
Duelo congelado ante las desapariciones forzadas	173
Recomendaciones previas a una intervención psicoterapéutica para el manejo del duelo ante la desaparición forzada	175

CUARTA PARTE

Tratamiento por trauma y duelo

CAPÍTULO 12. LA IMPORTANCIA DE LOS SUEÑOS EN EL TRAUMA Y EL DUELO TRAUMÁTICO	181
Funciones incumplidas de los sueños en situaciones traumáticas	181
Interpretación de los sueños en casos de trauma	183
La relación entre sueño, trauma y arte	192

CAPÍTULO 13. LA MENTALIZACIÓN Y EL DIÁLOGO REFLEXIVO PARA TRATAR EL TRAUMA Y EL DUELO	197
Bases teóricas de la mentalización	197
Neuronas espejo	197
Teoría general de los sistemas de Bertalanffy	202
Teoría de la mente	204
Mentalización	211
Mentalización y función reflexiva	221
Diálogo reflexivo y psicoterapia del trauma	227

CAPÍTULO 14. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA TRATAR EL TRAUMA Y EL DUELO TRAUMÁTICO	229
Confianza y validación	230

Reconstrucción de la historia de vida	230
Historización a través de la narrativa	232
Conciencia acerca del propio cuerpo	234
Función psicoterapéutica de <i>holding</i> o sostén	237
Técnica reflexiva para la regulación psicobiológica	237
Entonamiento afectivo	239
Imaginación para visitar y recuperarse del trauma	240
La técnica EMDR	241
Trabajo psicoterapéutico frente a la disociación	244
Elementos sensoriomotores en el encuadre psicoterapéutico	245
Favorecer que el paciente tolere de nuevo el contacto físico	245
Compartir la experiencia en grupos psicoterapéuticos con otras víctimas del trauma	247
Narrar la historia a partir de dos perspectivas coincidentes	249
Ejercicios físicos y respiración con sentido psicoanalítico	250
Trabajo contratransferencial	251
Recursos psicoterapéuticos artísticos para restablecer la sincronía física y el entonamiento	252
Incorporación de medios artísticos al encuadre psicoterapéutico	252
CAPÍTULO 15. ARTETERAPIA CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO PARA TRATAR TRAUMA, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO TRAUMÁTICO	255
Qué es el arte	255
El arte y su repercusión en el cerebro	256
El arte en el psicoanálisis	260
El poder terapéutico del arte	263
Psiconeuroestética	268
Cómo ayuda la psiconeuroestética durante la pérdida y el duelo traumático	270
Psicoterapia a través del arte	272
Efectos de la música en el cerebro	287
Literatura y salud mental	291
El arte y el terapeuta	295
BIBLIOGRAFÍA	297
ACERCA DE LA AUTORA	319

CAPÍTULO 1

EL TRAUMA

QUÉ ES EL TRAUMA

La angustia que vivimos en el mundo actual vulnera las sensaciones de seguridad individual y colectiva, porque estamos expuestos con frecuencia a experiencias traumáticas: robos, asaltos, secuestros, guerras, desapariciones forzadas, asesinatos y desastres naturales —sismos, incendios, inundaciones—. Todas estas son vivencias súbitas e inesperadas que debilitan al ser humano y lo dejan en un estado de indefensión y desamparo, además de los eventos relacionados con la salud, como accidentes, enfermedades graves y cirugías, entre otros.

Estas experiencias, cuyo dolor es indescriptible, pueden cambiar de un momento a otro la vida en un sentido negativo. Las experiencias traumáticas alteran profundamente a la persona y afectan la relación consigo misma, con los demás y con el mundo. La huella de un trauma afecta la identidad, las creencias, las sensaciones y la relación con la realidad física y deja una marca duradera en la mente, el cerebro y el cuerpo.

La pandemia de covid-19, por ejemplo, causó estragos y heridas emocionales, económicas y somáticas, que afectaron la salud física y psíquica, es decir la enfermedad produjo un trauma. Se trata de un evento de gran intensidad frente al cual la persona no está capacitada para responder de forma adecuada (Laplanche y Pontalis, 1971), que afecta la organización y el bienestar mental, familiar y social, así como la vida cotidiana, y puede tener un impacto patógeno en la personalidad.

Estas situaciones conllevan una amenaza a la integridad física y psicológica —real, potencial o imaginaria— de muerte. Precipitan los procesos

de duelos extraordinarios y traumáticos, puesto que no se está preparado física, mental ni socialmente y, en algunos casos, ni siquiera culturalmente: no existen hechos equivalentes en el mundo actual que sirvan de referente para hacerles frente; suceden de forma inesperada y sin anticipación ante la sorpresa de quien los vive.

La palabra *trauma* viene del griego y significa ruptura o herida; se define por sus efectos psicológicos en las víctimas, no por las características del agente que lo provoca (Marrone, 2001/2009). El trauma involucra una amenaza y un ataque a la integridad del ser físico y psíquico que altera el funcionamiento psíquico y psicosomático; sobrepasa la capacidad del sujeto para contener, soportar y procesar las emociones que genera y, por lo tanto, marca un antes y un después en la vida.

Las situaciones o vivencias traumáticas son aquellas que ocasionan en poco tiempo una intensidad tan grande de estimulaciones psíquicas y ambientales que el sujeto no puede librarse de ellas o elaborarlas de una manera normal. Estas vivencias están provocadas por estímulos internos o externos que el Sí mismo de la persona —es decir, la relación de esta consigo misma— es incapaz de controlar, tramitar o resolver de manera adecuada (González Núñez, 2020b).

Los eventos se distinguen por sobrepasar la capacidad de respuesta del sujeto: la sobreestimulación fisiológica es excesiva y el sistema neurológico del individuo no puede modular la respuesta afectiva de forma integrada, perdiendo así la capacidad para hacer uso de las emociones asociadas como señales, lo cual produce una vivencia de fragmentación. El trauma impide que se identifiquen las emociones que genera para actuar en consecuencia; puede además revivir momentos de la infancia, adolescencia o de cualquier otra edad que hayan sido desdichados y en los que el sujeto se haya sentido vulnerable y expuesto al desamparo. Cuando estos eventos son situaciones repetitivas, minan lo que se denomina el Sí mismo —el centro de la personalidad— hasta que lo traumatizan.

Clasificación de los eventos traumáticos y respuestas al trauma

Los eventos traumáticos, de acuerdo con Terr (1991), psiquiatra y autora estadounidense que ha realizado investigaciones sobre el trauma infantil, se distinguen en tipo I y tipo II: el primero se refiere a un trauma causado por

un incidente aislado, por ejemplo, un hecho que surge de la nada, inesperado, como un accidente súbito, un desastre natural, un ataque terrorista, ser testigo de violencia.

El de tipo II es un trauma complejo o repetitivo, por ejemplo abuso continuo, violencia doméstica o comunitaria, guerra o genocidio, entre otros (Ford y Courtois, 2014); este es más prevalente de lo que se cree, ya que por lo menos ocurre en uno de cada siete o 10 niños, y puede combinarse o acumularse: polivictimización o victimizaciones múltiples, según Finkelhor y sus colegas (2007). Casi siempre involucra una traición fundamental a la confianza en las relaciones primarias, ya que suelen ser conductas perpetradas por alguien conocido o relacionado con la víctima.

El trauma complejo o de tipo II no solo se asocia con un riesgo más alto de padecer trastorno por estrés postraumático (TEPT) que el de tipo I —entre 33 y 75% vs. 10 a 20% respectivamente— (Copeland *et al.*, 2007; Kessler *et al.*, 1995), sino que también puede comprometer o alterar el desarrollo psicobiológico o psicoemocional de un sujeto cuando ocurre en períodos críticos del desarrollo. Los traumas interpersonales adversos del desarrollo (Ford, 2005) son complejos, ya que ponen a la persona en riesgo no solo de presentar ansiedad recurrente y otros desórdenes de ansiedad, sino de padecer interrupciones o colapsos en los hitos fundamentales del desarrollo psicobiológico: en la integridad del cuerpo, el desarrollo de una identidad saludable y de una personalidad coherente, así como de un apego seguro que conduzca a la habilidad de tener relaciones recíprocas y positivas (Cook *et al.*, 2005; Van der Kolk, 2005); en consecuencia, se incrementa la posibilidad de desarrollar un apego desorganizado, producto de este trauma relacional precoz.

Las respuestas a ambos tipos de trauma son:

- *Una respuesta de alarma*, ansiedad e hiperactividad con los correlatos fisiológicos que acompañan el miedo, además de la aparición de síntomas intrusivos y de evitación.
- *Enojo y culpa*, que incluye estallidos dirigidos hacia aquellos que presionan al doliente para que acepte la pérdida de manera prematura.
- *Trastorno por estrés postraumático* (TEPT), de acuerdo con Colin Murray Parkes —(1928-2024), psiquiatra inglés conocido por su amplio trabajo acerca del duelo y cercano colaborador de John Bowlby (1907-1990), padre de la teoría del apego—, el TEPT incluye la respuesta patológica específica y los estados de ansiedad menos específicos, así como los síndromes de pánico (Parkes, 2001a,b).

CAPÍTULO 4

TEORÍA DEL APEGO, DUELO Y TRAUMA

La historia de los vínculos de apego influye en la capacidad del individuo para enfrentar el duelo. En esta línea de ideas, una historia previa de apegos seguros junto con un apego seguro a la persona perdida son factores protectores, y a la inversa, apegos inseguros o ambivalentes en el pasado o en el presente son elementos de riesgo para la evolución de un duelo. El duelo está enraizado en la infancia (Parkes, 1998) y expresa la síntesis dolorosa de los apegos perdidos. La pérdida de un objeto de apego altera la salud física, psicológica y social, así como las relaciones interpersonales. Causa dolor en todas las áreas. La pérdida y el duelo afectan la regulación del sueño y el despertar, el apetito y la sexualidad; también la respuesta del sistema inmunológico (Marrone, 2001/2009). A la pérdida de suministros vinculares y pulsionales se le agregan los cambios secundarios en el mundo interno, como las modificaciones de la identidad, la visión de sí mismo y el mundo y de las relaciones en todos los ámbitos: personal, social y laboral. Implica el esfuerzo de aceptar y, sobre todo, adaptarse a los cambios secundarios que acompañan la pérdida, como la modificación de roles, pérdidas económicas y de información, de comodidad, de sexo y otras cosas que se obtienen de los seres queridos en nuestra sociedad. Esto ejemplifica por qué el duelo suele ir acompañado de privación (Winnicott, 1984). Más aún, las pérdidas suelen ocurrir en cadena, lo cual puede complicar la elaboración del duelo. Además están las crisis concurrentes, que son aquellos problemas que suceden al mismo tiempo que la pérdida y complican su elaboración.

El duelo es la reacción frente a la pérdida, mientras que la soledad (Parkes, 1998) y el enojo son reacciones ante la deprivación, que significa la ausencia de los suministros esenciales que proveía la persona perdida. Es-

tos forman parte de las pérdidas secundarias, así como los cambios de roles y el estigma del doliente. Los sujetos tienen que renunciar a un modo de vida con la pérdida del ser querido y empezar a aceptar una vida nueva. La resistencia al cambio, la dificultad para renunciar tanto a posesiones, personas, estatus como expectativas forman parte de la base del duelo; la pérdida de confort alude a los esfuerzos para adaptarse a la situación sin el objeto perdido.

Es importante considerar el tipo de apego y los afectos que acompañan al doliente durante el proceso de duelo. Si el doliente mantenía una relación de apego en la que predominaban la seguridad, el cariño y el amor, el duelo se elaborará de una manera menos tortuosa. Los casos difíciles son aquellos en que había una relación ambivalente, matizada por la inseguridad, el rencor, el odio, la duda, el resentimiento, la culpa, que complican la adecuada resolución y en los que no se podrá mantener al ser perdido como una presencia interna benigna y acompañante. En ese caso más bien se trata de presencias angustiosas, deprimentes y desorganizadoras.

Hay tres elementos relacionados con las características de los vínculos del deudo que influyen en la evolución del duelo: *a)* los patrones de apego en la infancia, *b)* los patrones de apego en la vida adulta, derivados de las relaciones de apego actuales y de la elaboración de la historia de las relaciones de apego del individuo, y *c)* la calidad y el tipo de relación con la persona perdida. El análisis de estos elementos facilita el diagnóstico y el pronóstico en situaciones de duelo y sirve para delimitar la forma de la intervención psicoterapéutica.

FASES DEL DUELO

Bowlby estudió el efecto de las separaciones tempranas en niños sanos de entre 15 y 30 meses en colaboración con James y Joyce Robertson y lo documentaron en publicaciones y testimonios filmicos (Robertson y Robertson, 1971). También analizó la pérdida afectiva en jóvenes y voluntarios y, con base en los resultados de una serie de estudios empíricos relacionados con la pérdida afectiva, encontraron estas respuestas: *a)* aflicción y protesta, *b)* añoranza y desesperanza y *c)* desapego o depresión. Esta es la base de su modelo de duelo, al que Parkes añadió la cuarta fase: reorganización.

Colin Murray Parkes, psiquiatra británico (1928-2024), ha publicado numerosos libros sobre el duelo. Fue reconocido por la reina Isabel II de-

bido a sus servicios a las personas en duelo en 1996, ocasión en que explotó la bomba más grande detonada en Gran Bretaña desde la Segunda Guerra Mundial. Fue una bomba de 1.5 toneladas colocada en una camioneta en Manchester, Inglaterra, por el Ejército Republicano Irlandés Provisional. Resultaron heridas 212 personas y no hubo muertos (*The Guardian*, 2025). A él se le atribuyen las palabras: “El dolor del duelo es parte de la vida, tanto como la dicha del amor; es, quizá, el precio que pagamos por el amor, el costo del compromiso”. Estas palabras fueron utilizadas por la reina para mandar sus condolencias a los afectados por los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York.

Por otra parte, Parkes (1969) describió la etapa de embotamiento o anestesia (Guic y Salas, 2016) a partir de los resultados de un trabajo en el que entrevistaron a un grupo de 22 mujeres viudas en cinco oportunidades durante el duelo (Parkes, 1969; Bowlby y Parkes, 1970). Las ideas sobre el duelo propuestas por Parkes en estos trabajos se unen a las ideas de la teoría del apego de Bowlby. En esta, Bowlby expone la teoría de que los niños a temprana edad forman un lazo con la figura materna, cuya ruptura lleva a la ansiedad de separación. Así, para Bowlby la teoría del apego equivale a la teoría de la pulsión de Freud en el sentido de que la motivación del niño es buscar el apego y su mayor angustia es la separación de la madre o figura de apego —para Freud la motivación principal es la descarga de la pulsión y la mayor angustia es no encontrar el objeto donde descargarla, no por el objeto en sí sino por la descarga—. Fue Fairbairn (1952/2001) quien le dio importancia a la búsqueda del objeto y no a la descarga. Los mecanismos para sobrellevar esta separación de la que habla Bowlby son más o menos los mismos que se observan cuando un niño mayor o un adulto pierde a una figura amada.

El duelo no es un estado, es un proceso en el que se suceden diversos cuadros clínicos que se entremezclan y reemplazan unos a otros (Parkes, 1998). Las personas progresan, se detienen y sufren regresiones durante estas fases, por eso no es raro ver que después de años de labor de duelo, el encuentro repentino con una fotografía puede evocar otro episodio de protesta, que es al que se refieren Bowlby, Robertson y Robertson (1971) cuando estudiaron la reacción del niño ante la separación de su figura de apego. En esta conducta, el niño grita, llora y lucha por restablecer la proximidad; en el adulto en duelo puede provocar un episodio de llanto, aflicción y deseo de recuperar al ser querido perdido. A continuación se describen más ampliamente las fases mencionadas.

1. *Fase de anestesia*: la primera reacción frente a la noticia de la pérdida suele ser de confusión e incredulidad; el deudo se siente en estado de *shock* y tiene dificultad para comprender y aceptar lo ocurrido (Bowlby, 1993). La sensación de anestesia puede acompañarse de la dificultad para aceptar el hecho de la pérdida. Es frecuente escuchar expresiones como: “No lo puedo creer, no es posible, hay un error”, sobre todo en los casos en que la pérdida es repentina y no hay anuncios, como en un accidente fatal. Bowlby utilizaba el término incredulidad para describir esta fase (Marrone, 2001/2009). Hay obnubilación con momentos de aflicción y cólera intensas así como angustia y pánico. Dura horas, días o una semana. Ayuda a sobrellevar los momentos inmediatos a la pérdida, el manejo del cuerpo, los rituales funerarios. En esta etapa, el proceso de duelo todavía no ha comenzado.

2. *Búsqueda de la persona amada*: esta etapa puede durar algunas semanas o meses y a veces años. Es el deseo persistente e intrusivo de estar con la persona perdida. En cuanto a afecto, se parece más a la ansiedad que a la depresión. Este es el componente subjetivo y emocional de la urgencia para buscar un objeto de apego cuando se pierde. Llorar y buscar para encontrar a aquel que se ha perdido es una conducta valiosa para la sobrevivencia individual y de la especie.

En esta fase, parte del trabajo de duelo implica un anhelo consciente o inconsciente de recomponer el lazo roto. Se busca a la persona perdida, se trata de recuperarla. El anhelo de reencuentro puede permanecer mucho tiempo silencioso y encubierto y pasar desapercibido. En estos casos, la búsqueda de la persona y la idea de recobrar el vínculo perdido se manifiestan de muchas formas:

- *Componentes perceptivos*: la percepción se orienta consciente o inconscientemente hacia todo aquello relacionado con el objeto perdido.
- *Componentes motores*: los pasos se dirigen hacia los lugares antes compartidos, las cosas en común o al lugar en que se ubica el objeto perdido. El deseo de reencuentro lleva al sujeto en duelo a regresar al escenario de la relación.
- *Componentes ideativos*: consiste en pensar reiteradamente en el objeto perdido (en extremo se convierte en una rumiación obsesiva) como una forma de mantener el vínculo y la relación en el pensamiento. Esto explica quizá el temor a que los recuerdos se borren y con ellos desaparezca el ser querido de la memoria. Los sueños

que se presentan con cierta frecuencia pueden entenderse como una búsqueda o como la realización del deseo de encontrar al ser querido; el muerto aparece más joven, con buena apariencia, saludable y la escena muestra la vida antes de la pérdida. Hay un gran desconsuelo que se siente al despertar cuando el deseo de encuentro se ve frustrado (Marrone, 2001/2009).

El dolor que acompaña la búsqueda del objeto se siente como una punzada aguda y episódica; es un pasaje de ansiedad severa y dolor psíquico. Durante ese piquete de dolor psíquico se tienen sentimientos de pánico, sequedad de boca y otros indicadores de actividad autónoma. Además, se presentan suspiros, hiperactividad sin objetivo, dificultad para concentrarse en algo distinto de la pérdida y rumiaciones acerca de los eventos previos a esta; se revisan los errores que pudieran haberse cometido y se pondera la posibilidad de haber evitado el desenlace. Estas cavilaciones están acompañadas de acusaciones y reproches hacia el fallecido, hacia sí mismo y otros responsables de la pérdida, como el médico. Hay pérdida de interés en las personas y cosas que normalmente eran placenteras y ya no lo son, o que requerían un esfuerzo de atención y este no se realiza. La persona se muestra inquieta, incapaz de descansar, insomne y preocupada o incluso iracunda hacia el ser perdido.

También se pueden presentar percepciones distorsionadas o ilusiones visuales y auditivas, es decir se malinterpreta algún estímulo visual o algún sonido creyendo que proviene del ser querido. Varios autores coinciden en que es parte del proceso normal de duelo. Se produce la necesidad de ubicar a la persona en algún sitio: su sillón favorito, el cementerio. Habrá incluso quien desee reunirse con la persona que ya no está simulando morirle él mismo. En este punto es cuando la idea de suicidio cobra fuerza, pues se vuelve un medio para reunirse con el otro. Se ha visto que una semana después de la pérdida, los viudos son más vulnerables al suicidio. En esta etapa no se necesita tanto consuelo por la pérdida sino ayuda para lograr la reunión simbólica con el ser perdido.

La intensidad de la añoranza y la búsqueda disminuyen poco a poco mientras que la realidad de la pérdida comienza a comprenderse a cabalidad. Por otra parte, la relación con la persona continúa con un rol central en la vida emocional del deudo, quien experimenta un cambio lento a medida que pasan los meses o los años. El enojo de esta fase recuerda el período de protesta observado durante las separaciones de los niños pequeños de sus madres.

Otra forma de mitigar el dolor tras la pérdida es la incredulidad y de ahí que algunos sientan que todavía esperan que regrese el que se fue. Esta conducta expresa la capacidad de la mente de albergar dos creencias contradictorias, llamada “conocimiento doble” por Weisman (1972).

Respecto de la identificación con el objeto perdido, Freud, en “El Yo y el Ello” (1923/1981), sostuvo que la libido que une a dos personas puede retirarse solo cuando la persona perdida se reinstala en el Yo. El psicoanálisis considera este proceso como un componente necesario del duelo. Abraham (1924/1959), escribió que el objeto “se esconde en el Yo”, de manera que el objeto perdido no se ha ido, ahora el sujeto lo lleva dentro de sí y así nunca podrá perderlo. Krupp (1963, en Parkes, 2001) considera que la identificación se deriva de las frustraciones y pérdidas repetidas en la infancia temprana; así, el niño trata de volverse el ser amado para prevenir más pérdidas. A partir de los fragmentos de personalidad de otros, el niño en desarrollo crea un mosaico único del Sí mismo. En esta visión, la identificación con el objeto perdido no es solo una forma más de posponer la comprensión de la pérdida, es la condición necesaria sin la cual el duelo no puede terminar para reconfigurar la propia identidad. En realidad no se renuncia al objeto, este se convierte en una parte del Sí mismo. Así, las figuras a las que aparentemente se renunció o se han perdido se mantienen siempre mediante lazos que son impermeables a la ruptura.

En las investigaciones de Parkes con viudas se encontraron formas de identificación con los esposos fallecidos. Algunas mostraron una mayor tendencia a comportarse y pensar como ellos. También se reportó el fenómeno de sentir la presencia del esposo “dentro” de la mujer sobreviviente, a veces lo sentía cerca de ella y otras dentro de ella, no solo como una presencia sino que él realmente estaba en su interior, como si dos personas ahora fueran una sola. Al adoptar sus valores, una mujer veía muchas cosas “a través de sus ojos”. En otros casos, “encontraban” a la persona amada en alguien más, como, por ejemplo, en la mirada de un nieto. Otra forma del fenómeno de identificación patológica es desarrollar los síntomas de la enfermedad del otro.

El doliente suele alternar entre dos estados de ánimo, por un lado, cree que la muerte verdaderamente ocurrió y por el otro piensa que no es así. Desde el punto de vista psicoterapéutico, es muy importante recordar que, según Bowlby, el deudo de alguna manera busca ayuda para recuperar a la persona perdida y no solo consuelo, de ahí su sensación de que nadie lo puede ayudar. Suele enojarse con quienes tratan de consolarlo y ayudarlo a

aceptar la pérdida, lo que desea es ser escuchado y compartir sus recuerdos, necesita hablar de la persona. Hay una notoria ambivalencia caracterizada 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 se atesoran y valoran, pero también existe la necesidad de deshacerse de tales recuerdos. Ver sus pertenencias o fotografías da consuelo, pero también reactiva la tristeza y la angustia. El sujeto se siente inseguro y desubicado, pero alienta el deseo de encontrar un sustituto parecido.

3. *Fase de desesperanza*: esta comienza cuando la persona por fin acepta que la pérdida será permanente y el ser querido no va a volver; se da cuenta de que no tiene sentido seguir buscándolo y de que tendrá que abandonar antiguas formas de pensar, sentir y actuar, lo que incluye el establecimiento de una nueva identidad. Sobrevienen la tristeza, la depresión y la apatía, y puede haber similitudes con el cuadro de un trastorno depresivo mayor. El sentimiento de soledad es muy intenso al reconocer la falta de la persona en el mundo externo. La presencia de esta se mantiene en el mundo interno, en la evocación, en la memoria y los buenos recuerdos son un gran consuelo. Los afectos negativos, como el resentimiento, la vergüenza, la ira y la culpa complican la posibilidad de mantener una presencia benévola y de compañía en el mundo interno y complica la resolución de la desesperación propia del duelo. Estos síntomas pueden indicar un duelo complicado. Las personas con apego ansioso-ambivalente o resistente-ambivalente suelen presentar duelos largos y penosos (Marrone, 2015) y en ellos se prolonga esta fase, a diferencia de quienes presentan un tipo de apego inseguro-evitativo, quienes hacen duelos rápidos y leves.

4. *Fase de reorganización*: poco a poco, la mayoría de las personas llegan a la cuarta fase y empiezan a reconstruir su vida. Recuperan la capacidad para responder al mundo externo, disminuye su tristeza y vuelve el interés por la vida. Esto es lo que suele considerarse un proceso normal. El doliente tolera las emociones dolorosas como el anhelo y la frustración, la ansiedad y la tristeza producidas por la falta del ser querido y finalmente acepta la irreversibilidad de esta a nivel cognitivo y emocional. Las viejas pautas de conducta, en especial las relacionadas con el que ya no está, dejan de tener sentido. En esta etapa no se rompe el vínculo con la persona fallecida, pero se modifica. El ser querido perdido ya no está en el mundo externo pero sí acompaña al sujeto desde dentro, en el mundo representacional, actuan-

do —en el mejor de los casos— como una presencia de apego benévola. Aquí es donde el sujeto empieza a disponer de más fuerzas para rearmar y reorganizar su vida de una manera diferente; ya su energía no está tan absorbida por la experiencia de la pérdida o por el esfuerzo de reprimir los pensamientos y sentimientos relacionados con esta. La vida vuelve a adquirir sentido y significado. Se logran establecer nuevas relaciones de apego seguro; se recupera la capacidad de disfrutar y sentir placer, no se siente tan culpable de seguir viviendo. Puede hacer planes a futuro, se involucra con seguridad en nuevas relaciones a pesar del temor a perderlas. Este proceso de adaptación a la vida sin el ser querido puede requerir varios años, con progresos y retrocesos. La distinción entre un duelo normal y uno patológico es la presencia o la ausencia de este proceso y también la incapacidad del sujeto para encontrar apegos seguros. En el caso de personas que han tenido un apego seguro con el difunto, este proceso es más fácil debido a la menor ambivalencia presente en el vínculo y a la presencia de una mayor cantidad de recuerdos y procesos interactivos mentales positivos. La calidad de esta presencia interna, que puede cumplir ya sea una función de consuelo, ayuda y protección o ser conflictiva, ambivalente, insegura y amenazante es una de las características diferenciales entre el duelo normal y el patológico.

No podemos considerar el duelo como un estado psicológico que termina en un momento determinado y del cual uno se recupera. Puede disminuir la intensidad de los sentimientos, pero mientras que la muerte es algo permanente e inmutable, el proceso de duelo no lo es, por eso la resolución del duelo supone la continuidad del apego que el superviviente mantiene con el fallecido, con su representación y con el modelo operativo interno establecido con él (Marrone, 2014), el cual se vuelve susceptible de ser modificado ante su ausencia. Todo esto constituye una parte saludable en el que ha quedado vivo. La capacidad para modificar los modelos operativos internos, las representaciones del Sí mismo y del otro de acuerdo con la nueva situación vital permite avanzar hacia una nueva etapa y a la eventual reorganización tras el duelo. El apego interior con la persona amada y perdida puede coexistir con la aparición de un nuevo vínculo afectivo. Tal coexistencia podría indicar un curso favorable para el duelo. El desenlace adecuado del duelo puede coincidir con la sensación de la presencia acompañante de la persona perdida (Juri, 2011).

Esto contradice las posturas de quienes creen que el trabajo de duelo consiste en apartar del deudo los recuerdos y expectativas del ausente. El error estaría en creer que el doliente debe hacer un duelo corto, olvidarse