



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Significaciones de la Experiencia de Duelo

María Pilar Bacci

Doctorado en Psicología

Facultad de Psicología - Universidad de la República

Montevideo – Uruguay

Agosto, 2024.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Significaciones de la Experiencia de Duelo

María Pilar Bacci

Trabajo presentado para optar por el título de Doctora en Psicología
en el marco del Programa de Doctorado de la Facultad de Psicología
de la Universidad de la República.

Directora de Tesis: Prof. Tit. Dra. Andrea Bielli

Montevideo – Uruguay

Agosto, 2024.

Bacci, Maria Pilar

Significaciones de la Experiencia de duelo

Montevideo. Universidad de la República.

Facultad de Psicología. Año 2024

Directora de Tesis. Prof. Tit. Dra. Andrea Bielli

Tesis de Doctorado en Psicología.

Integrantes del tribunal de Defensa de Tesis

Presidenta: _____
Prof. Dra. Tit. Magdalena Filgueira

2º Integrante: _____
Prof. Agda. Dra. Gabriela Etcheverry

3º Integrante: _____
Prof. Agda. Dra. Ana Luz Protesoni

4º Integrante: _____
Prof. Dra. Diana Altavilla

5º Integrante: _____
Prof. Adj. Dr. Jorge Bafico

Miembro Suplente: _____
Prof. Adj. Dra. Rossana Blanco

Montevideo - Uruguay

Agosto de 2024.

Dedico esta tesis a Guzmán y a Gonzalo.

Agradecimientos

En primer lugar, vaya un profundo agradecimiento a Andrea Bielli, directora de esta tesis, por su compromiso, trabajo, paciencia, por su lectura respetuosa y sus ideas, que comparte conmigo, por ayudarme a llevar adelante esta investigación, por las oportunidades académicas que me ha dado.

Expreso mi inmensa gratitud a las personas que accedieron a ser entrevistadas para esta tesis, por compartir su pena, su experiencia e intimidad afectiva. Gracias por la confianza y por permitirme adentrarme en sus duelos. También a los expertos que me brindaron su conocimiento y opiniones sobre el tema.

Agradezco también, al Sr. Decano Enrico Irrazabal, por la licencia que se me otorgó para la escritura de este trabajo y por el apoyo que recibí en nuestra casa de estudios. También, acerco mi agradecimiento a la directora del Instituto de Psicología Clínica, Prof. Adj. Irene Barros, por darme el tiempo y el sostén que necesité, pero fundamentalmente, por la amistad y confianza que siempre me otorga. En estas personas, hago extensible mi agradecimiento a los docentes del instituto que me acompañaron con su afecto y a los funcionarios de la Facultad, siempre pendientes y dispuestos a brindarme su valiosa ayuda.

Quiero hacer llegar mi agradecimiento a los compañeros del programa *Clínica psicoanalítica y fronteras disciplinarias* Gabriela Bruno, Jaqueline Fernández, Santiago Navarro, Enzo Núñez, Estefanía Pagano, Susana Quagliata y Mariam Szweck, por sostener mi trabajo y por cubrirme en los parciales y exámenes para que pudiera dedicarme a la tesis. Agradezco especialmente a Bruno Cancio por ayudarme con alegría, dando las clases de Clínica 1, siempre que lo necesité. Vaya también mi gratitud para mis compañeros del grupo de investigación, especialmente a Nancy Calisto y Enzo Núñez por su comprometido y afectuoso trabajo en la línea de duelo; a Virginia Rodríguez por sus búsquedas y a Cristina Misa Knuth por ayudarme con absolutamente todo y más.

Agradezco también a las autoridades y colegas del INDT, especialmente a Valentina Acosta y Adriana Posadas que siempre estuvieron para auxiliarme y resolverme los problemas.

Gracias también a Gabriela Bruno, amiga generosa, por tener la dicha de que me acompañe a pensar (y hacer el doctorado juntas) y a Rosario Montero, otra gran amiga, siempre presente y atenta para con mis cosas; a las dos mi gratitud por valorar mi trabajo y soportarme.

Muchas gracias a Gonzalo Corbo, por estar siempre aprendiendo juntos desde que nos conocimos en el primer año de Facultad hasta ahora y por el amor que hace posible eso.

Resumen

En esta tesis se presenta un estudio cualitativo de la experiencia de duelo que se produce por la muerte de un ser querido. La misma se explora y describe a partir de las significaciones recopiladas en las narrativas de los sujetos que se reconocen estando en duelo, al momento de participar en esta indagación. Para llevarla a cabo se realizaron, entre los años 2019 a 2023, treinta entrevistas a sujetos en duelo, nueve a expertos, por su conocimiento en el campo de la salud mental, y dos a referentes de comunidades espirituales. Con el material obtenido se realizó un análisis temático que permitió establecer núcleos de sentido enfocados en las significaciones del tema estudiado. Los registros analizados se entendieron a la luz de la teoría psicoanalítica, de las investigaciones de la psicología y la psiquiatría, los estudios de la antropología, la historia y la sociología. Este estudio muestra las significaciones que componen la experiencia de duelo. Se reconocen en ellas, la necesidad de hablar de la muerte y los afectos que genera, las valoraciones de los rituales y la continuidad del lazo con el difunto. Dan cuenta de una ruptura en la biografía del sujeto, que busca otorgar sentidos e intenta gestionar el duelo y sus malestares, compartiéndolo con otros o llevándolo a la consulta médica, psiquiátrica, psicológica, como estrategia para sobrellevar la pena, socializando de esta forma la experiencia de pérdida. Los sentidos que se proponen, no están exentos de las ideas, normas y discursos que se producen sobre el duelo, los mensajes disciplinares o de otros sujetos que han pasado por la situación. Con este trabajo se espera contribuir al campo de los estudios del duelo ampliando el conocimiento académico en vinculación con un problema social.

Palabras clave: duelo, muerte, rituales, pérdida significativa, consulta por duelo

Abstract

This thesis presents a qualitative study of the experience of grief produced by the death of a loved one. Explored and described the meanings collected in the narratives of the subjects who recognise themselves to be in bereaved at the time of participating in this research. Between 2019 and 2023, thirty interviews were conducted with bereaved subjects, nine with experts, for their knowledge in the field of mental health, and two with referents of spiritual communities. With the material obtained, a thematic analysis was developed that allowed the establishments of cores of senses centred on the meanings of the topic studied. The records analysed were understood in the light of psychoanalytic theory, research in psychology and psychiatry, studies in anthropology, history and sociology. This study shows the meanings that shape the experience of bereavement. They recognise the need to talk about death and the affects it generates, the values of rituals and the continuity of the bond with the deceased. They account for a rupture in the subject's biograph, who seeks to give meaning and tries to manage grief and its discomforts, sharing it with others or taking it to medical, psychiatric and psychological consultations, as a strategy for coping with grief, thus socialising the experience of loss. The meanings that are proposed are not exempt from the ideas, norms and discourses that are produced about bereavement, disciplinary messages or messages from other subjects who have gone through the situation. The aim of this work is to contribute to the field of bereavement studies, broadening academic knowledge in relation to a social problem.

Keywords: bereavement, death, rituals, significant loss, grief counselling.

Índice

Introducción.....	13
Capítulo 1. La cuestión del duelo.....	24
1.1. El Duelo en Estudios y Ensayos Nacionales, Perspectivas y Discusiones.....	24
<i>El Duelo en el Origen de la Subjetividad</i>	<i>26</i>
<i>Psicopatología y Duelo.....</i>	<i>28</i>
<i>Duelo y Depresión</i>	<i>32</i>
<i>La investigación del duelo en los posgrados universitarios nacionales.....</i>	<i>38</i>
<i>Otros Trabajos que aportan a la investigación</i>	<i>41</i>
1.2. La Demanda de Atención por Duelo ¿un Problema de Salud Pública?	44
1.3. Duelos por venir. Efectos de la Pandemia de SARS-CoV-2	51
Capítulo 2. El Enigma del Duelo.....	58
2.1. El Pensamiento Freudiano. Varias Respuestas ante el Enigma.....	61
<i>Duelos y Estados Afectivos</i>	<i>61</i>
<i>Duelo, Libido y Trauma</i>	<i>62</i>
<i>Reacción de Duelo</i>	<i>64</i>
<i>Trabajo, Desgaste y Economía del Duelo</i>	<i>66</i>
<i>El Amor y del Odio en Duelo</i>	<i>67</i>
<i>Tiempo y Final del Duelo</i>	<i>70</i>
<i>Enfermar por Duelo.....</i>	<i>73</i>
2.2. Variaciones, Interpretaciones y Críticas Pos-freudianas a la Teoría del Duelo	75
<i>Karl Abraham y la Introyección del Objeto Perdido como Consuelo.....</i>	<i>75</i>
<i>La Ausencia de Duelo</i>	<i>76</i>
<i>Melanie Klein, Duelo y Constitución Subjetiva</i>	<i>79</i>
<i>Jacques Lacan y la Función del Duelo.....</i>	<i>84</i>
<i>La Crítica de Jean Allouch</i>	<i>89</i>
Capítulo 3. Psiquiatría y Psicología del Duelo.....	96
3.1. Duelo y Crisis Familiar.....	97
<i>El Manejo del Duelo</i>	<i>100</i>
<i>Reacción Natural, una Herida, una Quemadura.....</i>	<i>108</i>
3.2. Duelo, Familia y Estado	112
<i>La Ley no Escrita</i>	<i>113</i>
<i>Apego, Pérdida y Duelo</i>	<i>116</i>

Capítulo 4. Derivaciones de los Estudios del Duelo	122
4.1. Evolucionismo y Ajuste Adaptativo del Duelo	122
<i>Medir el duelo. Las Escalas.....</i>	125
4.2. DSM y Duelos “Complicados”	129
4.3. Los Supuestos en las Teorías del Duelo	140
<i>Secuencia, Etapas, Tareas del Duelo</i>	143
<i>Objeciones Metodológicas y Conceptuales a los Supuestos del Duelo.....</i>	146
<i>Controversias Teóricas sobre los Supuestos del Duelo.....</i>	150
Capítulo 5. La Dimensión Social del Duelo.....	153
5.1. Duelo Naturales y Duelos Occidentales	154
5.2. El Disciplinamiento del Duelo	157
Capítulo 6. Objetivos y Metodología y Preguntas de la Investigación	164
6.1. Objetivos.....	164
6.2. Estrategia de la Investigación	165
6.3. Tipo de Estudio.....	166
6.4. Entrevistas, Diálogos, Comunicaciones	167
<i>Entrevistas a Sujetos en Duelo</i>	169
<i>Reclutamiento de Participantes y Pauta de Entrevista.....</i>	170
<i>Entrevistas a Informantes Calificados.....</i>	174
<i>Comunicaciones informales.....</i>	175
<i>Análisis de las entrevistas.....</i>	176
6.5. Consideraciones Éticas	178
Capítulo 7. La Experiencia de duelo	181
7.1. La Muerte del Ser Querido	183
7.2. Primeros Días de un Duelo	191
7.3. Poner en Palabras, los Afectos del Duelo.....	194
<i>Amor (Tristeza, Angustia, Ansiedad)</i>	195
<i>Odio (Enojo, Rabia, Frustración, Culpa).....</i>	195
7.4. Apreciación y Sentidos de la Experiencia de Duelo. El Duelo “Una Maraña”	208
Capítulo 8. Rituales de Muerte y Duelo	212
8.1. Discusiones, Decisiones luego de la Muerte	213
8.2. El Encuentro Social y la Medida de la Estima	217
8.3. El Entierro y las Cenizas	219
8.4. Rituales de Conexión.....	226

8.5. Los Otros que Acompañan el Duelo.....	228
Capítulo 9. Consultas por Duelo. Malestar por la Pérdida	232
9.1. Ni Des-Socializados, ni Des-Ritualizados. Otros Rituales.....	234
9.2. La Búsqueda de Alivio, Escucha, Palabras, Remedios, Lazos y Otros	235
9.3. La demanda de Atención al Duelo según los Expertos	240
9.4. Intervenciones, Tratar el Duelo	244
Capítulo 10. Consideraciones Finales.....	253
La Experiencia de duelo y el Interés Reconstructivo.....	254
Significaciones de los Efectos de la Pérdida. Rupturas y Afectos.....	256
Significaciones de los Rituales Fúnebres y su Vinculación con los Duelos.....	258
Los Malestares del Duelo.....	261
Escenarios Sociales para el Duelo	266
Sentidos y Metáforas del Duelo	268
La construcción de las nociones del duelo en las teorías y en los antecedentes	269
Síntesis	273
Apuntes para la psicología clínica	277
Referencias.....	280

Introducción

Esta tesis trata de la experiencia de duelo que se produce por la muerte de un ser querido. Se interesa por explorarla a partir de las significaciones recopiladas en las narrativas de los sujetos que se reconocen estando en duelo al momento de ser entrevistados, por saber qué piensan de ella los expertos en el tema y por tratar de entender tales registros, a la luz de la teoría psicoanalítica, de las investigaciones de la psicología y la psiquiatría, así como, de otras ciencias humanas que estudian el tema, la antropología, la historia y la sociología.

La razón de su estudio tiene su origen en varios lugares donde las interrogantes acerca del duelo llegan a formularse. Uno de ellos es el propio del ejercicio de la psicología clínica y el trabajo con personas que necesitan contar su experiencia de pérdida de manera recurrente. Otro es el espacio de diálogo con colegas, profesionales de la medicina y de las ciencias sociales, que aportan sus dudas y recomendaciones acerca del tratamiento y los problemas del duelo. Asimismo, las preguntas se producen en las investigaciones en las que he venido trabajando, donde, el padecimiento por la pérdida, es motivo de consulta clínica y blanco de diversas prescripciones terapéuticas y farmacológicas. También, son fruto de la experiencia de enseñanza de la psicología universitaria en las prácticas pre profesionales con estudiantes que reciben consultas y demandas de atención por duelos. Además, se generan en la lectura de una diversidad de teorías y estudios sobre el duelo, con sus resultados y versiones divergentes que no terminan de ser concluyentes respecto al problema. Finalmente, se generan a propósito de la experiencia de pandemia, ocasionada por el SARS-CoV-2, que colmó de incertidumbres los duelos por venir. Cada uno de estos contextos, ofician de espacios donde se formulan preguntas acerca de la experiencia de pérdida y componen una geografía donde, sujetos y duelos, se hacen visibles.

El duelo ¿Es un problema de salud? ¿Podemos llegar a enfermar por un duelo?

La incursión en las investigaciones, prácticas, teorías y diálogos mencionados, llevan a pensar que muchos duelos se transitan en el espacio clínico. Esta idea es advertida por psicoanalistas, psicólogos y varios investigadores de las ciencias sociales (Green; 1993; Nin y Franco, 2000; Elmiger, 2010b; Valentine, 2008 y Roudaut, 2017) que sitúan el problema como algo que viene sucediendo desde las últimas dos décadas del siglo pasado.

La explicación de esta situación, puede encontrarse en las transformaciones culturales señaladas en los estudios antropológicos, que han ampliado y aportado a la comprensión del tema. En nuestro país, algunos documentos que evalúan planes asistenciales, llevados a cabo en conjunto por las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud mental, dan cuenta de la frecuencia de este motivo de consulta (Ginés et al., 2005). Tan es así, que la atención al padecimiento provocado por la pérdida, llega a incluirse en el plan de prestaciones de salud mental que tiene alcance y debe brindarse a nivel nacional (Ministerio de Salud Pública, 2011). Esto podría indicar que el duelo es un problema de salud en nuestro país, al que hay que dar respuesta y resolver con políticas sanitarias de atención y prevención. También, puede desprenderse de esta situación, que el duelo ha pasado a ocupar espacios sociales no tradicionales y que es blanco de terapéuticas, cuidados, seguimientos y atención profesional.

Este panorama no es nuevo, ni en la región, ni en nuestro país y, como se señala en esta tesis, tiene una larga trayectoria que se expresa, por un lado, en investigaciones sobre el duelo y, por el otro, en reflexiones, discursos y políticas disciplinares, tanto de la psicología como de la psiquiatría, que hacen del duelo, una de las causas de la consulta, llegando a decir que es necesario tratar el duelo para prevenir patologías mayores. Tampoco es novedoso que quienes consultan por un síntoma o una dolencia sea física o psicológica, tengan en su haber uno o varios duelos. Entonces, ¿cuál es la diferencia entre los duelos de antes y los de ahora, entre aquellas consultas y las actuales? ¿Cuáles son las razones que dan los sujetos frente a la

demanda de atención a su experiencia de duelo? ¿Cómo se presenta el problema en la consulta y qué se demanda en ella? ¿Es la consulta al sistema de salud una estrategia para sobrellevar la pena del duelo y sus manifestaciones? ¿Qué función cumple la consulta, en la experiencia de duelo? ¿Qué expresan los especialistas en el tema al respecto? Que el duelo sea objeto de la consulta clínica ¿da cuenta de la transformación de la experiencia de pérdida? Algunas de estas preguntas se intentan responder en este trabajo.

Antecedentes, enseñanza de la psicología y transmisión de la clínica

En vinculación con las apreciaciones anteriores, se enlaza el espacio de la enseñanza de la psicología y la transmisión de la clínica. Con respecto a los antecedentes se observa que el duelo ha sido investigado en la Facultad de Psicología de nuestra universidad, en estudios de posgrado, vinculado a cuadros psicopatológicos o circunstancias determinadas. Asimismo, otras investigaciones, realizadas por psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos locales han sido tradicionalmente, estudios de caso y se enfocan en el problema del origen de la subjetividad y/o se vinculan a cuadros psicopatológicos, especialmente a la melancolía y a la depresión. Esta línea de trabajos oficia de referencia para el estudio del duelo en los espacios de formación en psicología. Cabe consignar que la experiencia de duelo como tal no se encuentra como objeto central de investigación directamente en los antecedentes de este estudio. Sin embargo, aspectos de ella, pueden colegirse, en dichos trabajos.

En lo relativo a los estudios de grado de la licenciatura en psicología, el duelo se aborda en relación a consultas que llegan a los espacios de atención de la facultad, puntualmente vinculado a las situaciones clínicas de las prácticas pre-profesionales, en seminarios de profundización en sinergia con otras temáticas o en trabajos finales de grado, cuando el tema interroga al estudiante, próximo a graduarse. Específicamente, en los cursos vinculados a la psicología clínica de nuestra casa de estudios, con fuerte predominio de la teoría psicoanalítica,

el tema es trabajado en algunas unidades curriculares, también, como en los estudios relevados, vinculado al origen de la subjetividad o relacionado a consideraciones psicopatológicas.

Más allá de la psicología clínica, el duelo como concepto o circunstancia acompaña varios tópicos concernientes al estudio de la disciplina, tales como, situaciones de salud mental, aprendizajes, desarrollo evolutivo, discapacidad, salud comunitaria, adolescencias, infancias, suicidio, migraciones, género, vejez, violencia, adicciones, etc. Es decir, puede encontrarse asociado a múltiples temáticas que interesan al estudio de la psicología, llegando a expandirse, y utilizarse como modelo de comprensión de las pérdidas cotidianas, como el trabajo, una función, una pareja, etc. Sin duda que, en estas situaciones, hay una diferencia cualitativa con respecto al duelo producido por la muerte, dado la irreversibilidad que ésta implica, lo cual no ha sido obstáculo, para caracterizar el despliegue afectivo provocado por la pérdida, en ocasión de las circunstancias mencionadas, utilizando la teorización del duelo para tratar de entender otro tipo de pérdidas que se producen en la vida.

Las teorías del duelo.

El espacio clínico y el de la enseñanza de la psicología, además, se sostienen y delimitan a partir de las teorizaciones acerca del duelo, llevadas a cabo, mayormente en el siglo pasado.

En este estudio, se establecen cuatro segmentos relativos a la construcción de las teorizaciones sobre el tópico de esta tesis. Primeramente, se subrayan los intentos freudianos por delimitar conceptualmente el duelo a lo largo de su obra, que deja como herencia, la caracterización del problema en base a criterios de normalidad y patología, además de un modelo a seguir para lograr “superar” la pena por la pérdida. Seguidamente, se considera los planteos de los psicoanalistas posteriores, que, mantuvieron el núcleo teórico clínico, delineado por Freud en 1917, estableciendo algunos ajustes y resguardando el entendimiento de la experiencia a partir de conservar la distinción entre duelo normal y duelo patológico. En esta

línea se observa que, durante casi 80 años, el esquema freudiano persistió resguardado, a pesar de algunos ajustes o relecturas, como las de Deustch, Klein o Lacan, hasta la llegada de la profunda crítica de Allouch, que trastocó el pensamiento sobre el punto, con sus fundadas objeciones. En tercer lugar, el desarrollo del concepto se rastreó por la vía de las investigaciones de la psiquiatría y psicología que, si bien contaban con la impronta freudiana, se alejaron paulatinamente de esta, mientras el duelo era explorado empíricamente y se lograba consolidar como un objeto de estudio válido para la ciencia. De este modo, si bien el planteo psicoanalítico del duelo había sido crucial para la reflexión sobre la cuestión, las investigaciones llevadas a cabo desde la tercera década del siglo XX hasta las realizadas en la actualidad han sido, en su gran mayoría, obra de psicólogos y psiquiatras y, en menor medida, de psicoanalistas. Esto hace que podamos hablar de estudios en psiquiatría y en psicología acerca del duelo.

La lectura de estos enfoques fue acompañada de las visiones sobre el tema, desarrollados ampliamente por la antropología, la historia y la sociología, también generadas en el siglo pasado, que fueron puestas en diálogos, discusiones y tensiones con los planteos de la psiquiatría y la psicología del duelo. La reflexión fundamental que aportan estas disciplinas, hace hincapié en las formas en que el duelo es moldeado y vigilado por diferentes influencias sociales, llegando a establecerlo y entenderlo como una construcción social.

Las diferentes versiones normativas del duelo son modalidades dirigidas a hacer algo (simbolizar, significar, tramitar, ritualizar) con la muerte, dado que esta, es una preocupación que acompaña al ser humano desde su origen. Observan que, a lo largo de la historia, los sujetos realizan rituales, establecen modos y condiciones acerca de qué es un duelo y cómo llevarlo a cabo. Estos procedimientos sostienen acuerdos entre los sobrevivientes y hacen posible la vinculación con los muertos, asignándoles un estatus sociocultural especial como antepasados, manteniéndolos en la memoria, a través de la vivencia de un legado reconocido o estableciendo lazos significativos, donde la frontera entre vivos y muertos se difumina o se transforma.

Analizando las prácticas llevadas a cabo en el mundo occidental, entienden que paulatinamente fue ganando terreno el esquema médico y psicológico para la comprensión del duelo. Plantean que las teorías de la medicina, psiquiatría y la psicología sobre la experiencia de pérdida han implantado una organización normativa que lleva al sujeto a la auto-regulación y auto-observancia de su duelo. En este sentido, el duelo se entendería como la aplicación de normas encaminadas a resolver una perturbación provocada por la muerte que se interpone en la continuidad de la vida. Resolver la perturbación implica hacer un trabajo, seguir una secuencia, pasar por etapas, realizar tareas, en definitiva, seguir con ciertas prescripciones para encauzar el dolor y “superar” la circunstancia.

Las críticas que la antropología y las ciencias sociales realizan son objeciones relevantes, a tener en cuenta en el trabajo en psicología clínica. Las nociones sobre etapas y tareas a cumplir, frecuentes tanto en la comprensión y abordaje del duelo, como en los mensajes disciplinares sobre el problema, consolidan una perspectiva que, muchas veces se reitera como un esquema esperado, no se problematiza e imprime una “*forma de hacer el duelo*” que, si no se cumple, puede llegar a considerarse como un proceso no logrado o patológico. Se hace necesario poner en escena y volver a considerar el problema, para revisarlo a la luz de éstas críticas y de la experiencia de los sujetos.

Todo este universo conceptual, desplegado para dar respuesta a qué es un duelo, o a tratar de entender la experiencia, expresa las diversas miradas sobre un fenómeno complejo, que no se logra explicar o definir completamente en una teoría compacta o desde una única mirada disciplinar.

A los problemas mencionados, que hacen necesario el estudio del duelo, se suma la circunstancia provocada por la pandemia de SARS-CoV-2 que ocasionó cambios a lo largo del mundo, respecto a la forma de morir, las experiencias de duelo y los rituales fúnebres. Parte de esta tesis se desarrolló durante ese tiempo y algunos de los entrevistados fueron afectados por

la muerte de seres queridos a causa del virus. Si bien el estudio de estas situaciones no era objeto de esta investigación, no se excluyeron los sujetos en duelo por las consecuencias del virus. Tampoco se modificó la pauta de entrevista, ya que los tópicos indagados apuntaban a encontrar palabras sobre la experiencia de pérdida y sus significados, sin atender a una circunstancia particular y los participantes mencionados cumplían con los requisitos de inclusión del estudio. Independientemente de lo consignado, las investigaciones realizadas sobre el duelo en pandemia o a causa del virus han reportado la necesidad de indagar el problema, además de que estas situaciones llegan a la consulta clínica.

Las razones esgrimidas para llevar adelante este estudio, fundamentan la investigación que se realiza en esta tesis. Establecen la experiencia de duelo como un problema de investigación, en la medida en que,

- los antecedentes sobre el tema realizados en nuestro país, abordan las diferentes circunstancias, donde se producen las pérdidas, buscando encontrar peculiaridades en esas situaciones; han sido tradicionalmente estudio de caso; se vinculan al problema del origen de la subjetividad o a los cuadros psicopatológicos, especialmente los depresivos.

- las teorías acerca del duelo ofrecen diversas miradas sobre el fenómeno y no se logra un consenso con respecto a cómo se lleva a cabo el duelo, si se desarrolla en etapas universales que permiten diagnosticar cuadros normales y patológicos o si responde a instancias biográficas individuales.

- valoraciones de los planes asistenciales de las últimas décadas, dan cuenta de cambios en la demanda a los servicios de salud y diversas experiencias clínicas, reflejan la frecuencia de la consulta por duelo. Esto hace pensar que el tema ha pasado a ocupar espacios sociales no tradicionales, predominantemente el de consulta clínica en el sistema de salud. La inclusión del tratamiento del duelo dentro de las prestaciones en salud mental puede estar indicando que el

padecimiento por la pérdida se transformó en un problema en nuestro país. También puede ser un indicio de que las experiencias de duelo han cambiado, lo cual hace necesario investigar estas nuevas modalidades de transitar las pérdidas en Uruguay.

Estas consideraciones configuran un campo de problemas que justificó estudiar el duelo por la muerte de un ser querido a partir de las significaciones de los sujetos que se reconocen estando en duelo al momento de ser entrevistados, de lo que piensan los expertos en el tema y por tratar de entender, tales registros, a la luz de la teorías que intentan explicarlo.

La investigación se basó en la necesidad de ampliar la comprensión de un fenómeno, que afecta en algún momento, a todos los seres humanos. También en conocer su vinculación con el sistema de salud, la consulta clínica y las intervenciones que se realizan frente a la demanda de atención del duelo, para profundizar el conocimiento sobre estos aspectos de la experiencia contemporánea de duelo mediante la investigación universitaria. A partir de la misma, se tiene la expectativa de contribuir a las reflexiones del campo de estudios sobre el duelo en general y de la psicología clínica en particular.

Este trabajo se diagramó en base a un diseño cualitativo de tipo exploratorio, ya que, si bien el duelo ha sido ampliamente estudiado, no fue posible encontrar investigaciones acerca de las significaciones de la experiencia por la pérdida, desde el enfoque desarrollado. Además, se considera que el duelo constituye una experiencia siempre proclive a la examinación, en la medida en que sigue generando interrogantes, algunas de las cuales han dado lugar a esta tesis. En la misma se expone el registro de la experiencia de duelo y sus significaciones, indagadas en las entrevistas a sujetos que se reconocen transitando un duelo. Se entiende que en base a dicho instrumento se conforman narrativas, en relación a la experiencia estudiada. Los sujetos entrevistados interpretan su experiencia y le atribuyen significados para poder transmitirla y hacerla comprensible (White y Epton, 1993; Ochs, 2000). A estos registros se agrega la

perspectiva obtenida de la consulta a especialistas en la temática, especialmente en lo referido a demanda asistencial a causa del duelo y a las modalidades de respuesta e intervención frente a la esta. Con lo recopilado en estas instancias, el relevamiento de estudios interesados en el duelo, el recorrido por las diferentes teorías sobre el problema estudiado y el correspondiente análisis de estos insumos, se conforma el corpus de esta tesis.

En el primer capítulo se presenta una recopilación de los estudios y ensayos nacionales que han abordado el tema del duelo. Asimismo, se realiza una puesta a punto sobre uno de los temas vinculados a la experiencia de pérdida que aborda esta tesis, la demanda de atención al duelo, relevando documentos e investigaciones tanto nacionales como internacionales. Finalmente se presentan algunas investigaciones sobre la caracterización de los duelos producidos durante la pandemia, que han servido de base para comprender las narrativas de algunos entrevistados que atraviesan esa circunstancia.

En el capítulo dos, se dirige la pregunta sobre el duelo a la teoría. Por eso, se ubican allí, las construcciones conceptuales que han conformado el corpus teórico del tópico. Se exponen las diferentes respuestas freudianas sobre el duelo, recorriendo los textos donde se trata el tema, hasta decantarse en la construcción conceptual propuesta en el ensayo de 1917 *“Duelo y Melancolía”* que se considera un hito en el tratamiento del tema. Seguidamente se consideran las variaciones, interpretaciones y críticas a los planteos freudianos de la teoría del duelo que llegan hasta nuestros días. Desde el inicio de su teorización y tal como lo muestran los planteos, tímidamente divergentes de Abraham, el duelo se presenta como un concepto problemático. A pesar de esto, el trabajo de Helen Deutsch, consolidará posteriormente la categorización de duelo normal y patológico. Luego, en los escritos de Klein y en la enseñanza de Lacan, se notarán aproximaciones y distanciamientos del psicoanálisis freudiano, aunque se mantendrá la idea de la pérdida inaugural como elemento central de la constitución subjetiva, oficiando la angustia como telón de fondo del duelo, en la medida en que la muerte del objeto de amor,

coloca al sujeto en un estado de indefensión y vacío. Este recorrido llega hasta la crítica de Allouch dirigida a la propuesta freudiana y a los psicoanalistas que no pudieron apartarse de esta teoría, que cataloga, como normativa, medicalizada y psiquiátrica.

En el capítulo tres se sitúan los desarrollos teóricos e investigativos sobre el duelo llevados a cabo por la psiquiatría y la psicología, a partir de la tercera década del siglo XX en Estados Unidos e Inglaterra. Se expone como, inicialmente, con el sustento de la teoría psicoanalítica, se llevaron a cabo estudios para intentar comprender el fenómeno del duelo, que según algunos investigadores podría ser el causante de crisis familiares y otros problemas sociales. Desde este punto de vista se consolida la idea de que el duelo es algo peligroso, a regular, monitorear y a manejar por los psiquiatras y se formulan una serie de procedimientos a realizar para hacer *de una manera adecuada* el duelo por la pérdida. Además de las mencionadas, se ubican otras investigaciones que muestran cómo los aspectos sociales, la vida cotidiana, el apoyo comunitario y el entorno de los sujetos, son dimensiones imprescindibles para comprender el duelo. Esta última corriente criticará y se distanciará de la perspectiva que expresa la necesidad del manejo del duelo. Finalmente, en el capítulo tres, se presenta otra vertiente de investigaciones que serán reconocidas por su valor científico, desarrollada a partir de los estudios sobre el apego infantil, que será precursor de los estudios empíricos del duelo.

En el capítulo cuatro, se presentan las derivaciones de los trabajos e indagaciones expuestos en el capítulo anterior. Se desarrollan fundamentalmente tres consecuencias, la teorías de ajuste adaptativo y la construcción de escalas para medir empíricamente la experiencia de duelo, la implantación de la mirada psiquiátrica que se expresa en los manuales de psiquiatría, estableciendo el problema en la diferenciación entre el duelo y la depresión y finalmente la crítica a los supuestos del duelo.

En el capítulo cinco se consideran los estudios que dan cuenta de la dimensión social del duelo, realizando un breve recorrido por los estudios sociológicos, antropológicos, e

históricos sobre el tema de esta tesis. En su exposición se sitúan dos planteos que atraviesan los desarrollos de estas disciplinas. Por un lado, la diferenciación entre duelos naturales y duelos occidentales, por el otro, la crítica acerca del disciplinamiento del duelo.

En el capítulo seis se presenta el diseño de la investigación realizada en esta tesis, su metodología y consideraciones éticas.

A partir de los siguientes capítulos, se despliegan las diferentes dimensiones de la experiencia de duelo halladas en esta tesis. En el capítulo siete, se recorren las significaciones acerca de la muerte del ser querido, los primeros días de duelo, los afectos que forman parte de la experiencia de pérdida y de la apreciación y sentidos que los sujetos le otorgan a su duelo. En el capítulo ocho se sitúan las significaciones respecto rituales que los entrevistados llevan a cabo en relación a la muerte y al duelo, observando los intercambios afectivos y sociales puestos en juego en esas prácticas y la función que cumplen para el deudo. En el capítulo nueve se trata la demanda de atención al duelo a propósito de los malestares que genera la pérdida. Además de la voz de los sujetos en duelo se encontrará la perspectiva de los informantes calificados sobre el problema. En el capítulo diez se desarrollan las consideraciones finales de esta tesis, con el agregado de una síntesis de las mismas y breve apartado reflexivo sobre el trabajo en psicología clínica con el duelo.

Al cierre de esta introducción, solo volver a decir, que este estudio se centra en la perspectiva de los deudos, en profundizar lo que tienen para decir de la muerte, de su pérdida y de la pena que atraviesan. Es el encuentro para nosotros y para ellos con su saber, palabras y afectos sobre el duelo, transcritos, seguramente de manera insuficiente, por quién ofició de investigadora.

Capítulo 1. La cuestión del duelo

1.1. El Duelo en Estudios y Ensayos Nacionales, Perspectivas y Discusiones

Para esta tesis, se entendió necesario relevar como antecedentes, las investigaciones, los ensayos, documentos y demás escritos que abordaron el problema del duelo en nuestro país en el período de años de 1956 hasta 2022 con la expectativa de obtener un panorama amplio del tratamiento del tema en nuestro medio. La franja temporal permitió observar la primacía de la mirada psicoanalítica, los cambios en relación a esta y las discusiones a lo largo del tiempo. El inicio de relevamiento en 1956 coincide con el año que comenzó a publicarse la primera revista de psicoanálisis¹ en Uruguay, territorio conceptual que ha influenciado las nociones sobre el tema, sus ajustes y discusiones. Asimismo, se exploraron otros trabajos nacionales de psicoanálisis y estudios sobre el tema publicados en revistas de psicología, revistas médicas en general y de psiquiatría en particular, ya que, el duelo es también una preocupación para estos campos. En el camino de búsqueda se agregaron dos revistas que involucran otras disciplinas, donde también se encontraron, producciones sobre el tópico. En primera instancia, se recopilaron artículos o ensayos que tuviesen en el cuerpo de texto o en el título, alguna de las siguientes palabras, *duelo, muerte, formas de morir, luto, rituales fúnebres, consulta por duelo*. Luego, se ordenaron en base a una tabla con ítems tales como, fecha de publicación, tipo de revista, autor/es, principales temáticas trabajadas, tipo de artículo (ensayo, investigación, divulgación), abordaje disciplinar del mismo (médico, psicológico, sociológico, histórico u otros), referencias teóricas, concepción de duelo, ideas acerca de la muerte, planteos sobre diagnósticos, tratamientos o terapéuticas para el duelo, tipos de datos que presentan (viñetas clínicas, datos epidemiológicos, datos de investigaciones, etc.), menciones a consultas por

¹ La *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (RUP) es la publicación oficial de la asociación psicoanalítica del Uruguay que se edita desde el año 1956. Aquí se encuentran, debates científicos, investigaciones, orientaciones teóricas y técnicas, planteos ideológicos, clínicos y reflexiones metapsicológicas.

duelo y emergentes o temas no contemplados en los ítems. Luego de este trabajo de clasificación fue posible registrar núcleos temáticos a partir de los cuales se presenta el concepto de duelo. El primero de ellos, alude a ubicar la pérdida y el duelo en relación a la constitución subjetiva. Son trabajos de fuerte contenido teórico, que algunas veces se ilustran con viñetas clínicas, e intentan explicitar el punto de quiebre que da origen a la subjetividad para el psicoanálisis, la pérdida inaugural. A través de ellos es posible observar los cambios en las teorizaciones de los autores que desarrollan, en un primer tiempo, argumentos klenianos y, más tarde, lacanianos, para fundamentar este punto de partida en relación a la subjetividad que comparten y que revela la fidelidad a los desarrollos freudianos. El duelo quedará caracterizado como algo que remite al sujeto a su primera pérdida, que lo instauro como tal, y, a sus vicisitudes. El segundo núcleo temático muestra la preocupación por la clínica del duelo que se considera no elaborado y tiene como consecuencia la patología. Esta idea es la base de la descripción de cuadros clínicos como la perversión, la neurosis obsesiva, la melancolía, la depresión, la esquizofrenia, entre otros. Los autores, también desarrollan ampliamente líneas teóricas e ilustran con recortes clínicos sus argumentos e ideas. Al igual que en los desarrollos psicoanalíticos clásicos, propuestos por Freud, el duelo no logrado, ausente, impedido o con problemas de tramitación, conduce a lo patológico. Estos artículos van a ser la antesala del tercer núcleo de temas vinculados a la discusión sobre la relación entre duelo y depresión expuestos a partir de 1998. En virtud del anuncio y declaración de la “epidemia de la depresión”, y, ambientado por la prescripción de los antidepresivos, se generan diferencias en torno a la causa de la depresión. Para muchos psicoanalistas y psicólogos, las dificultades en el procesamiento de las pérdidas llevan a estados depresivos o a la depresión propiamente dicha, para los psiquiatras, el motivo de la depresión es genético y bioquímico. La controversia hace que se produzcan publicaciones sobre este debate y se realicen congresos donde, el punto de vista que prevalece, es el psicoanalítico. Este tiempo es revelador, en el sentido que por primera

vez, se empieza hablar del aumento y habitualidad de la consulta por duelo. Llega a los consultorios de los psicólogos, de los psicoanalistas y de los psiquiatras. Estos últimos, teniendo la posibilidad de volver a sostenerse en lo biológico y contando con una nueva terapéutica para hacer frente al problema, el uso de antidepresivos.

El Duelo en el Origen de la Subjetividad

Los primeros estudios sobre duelo relevados, son escritos por psiquiatras con formación psicoanalítica, y se remontan a mediados de la década del cincuenta. Mayormente responden al esquema teórico freudiano de 1917 y están influenciados por los desarrollos klenianos, lo cual, hace que el tratamiento del duelo, se vincule tanto, a consideraciones sobre la constitución de la subjetividad, como a cuadros psicopatológicos de depresión y melancolía. En esta línea, Bachini y Garbarino (1956) presentan, a partir de dos casos clínicos, la discusión acerca de la diferencia de una depresión leve y una depresión melancólica. En uno de los pacientes muestran una distimia vinculada a la neurosis y en el otro refieren a la depresión en la psicosis. Para los autores, apoyados en la perspectiva psicoanalítica, los estados depresivos obedecen a dificultades en la realización del trabajo de duelo. Frente a estos cuadros el recurso terapéutico sugerido combina la convulsoterapia, utilizada para la remisión sintomática y la psicoterapia, para atender a la causa, es decir, a los obstáculos singulares en el procesamiento de la experiencia de pérdida. En años posteriores, Garbarino (1958, 1960) expondrá el problema del duelo en la psicosis a partir del estudio de caso de uno de sus pacientes, donde remarcará cómo la fase depresiva de la teoría kleniana, es sustancial para la configuración del psiquismo y la prosecución de duelos en el adulto. Del mismo modo Freire de Garbarino (1958, 1961) entenderá la dinámica psíquica del duelo, mostrando a propósito de situaciones clínicas de niños, la vinculación entre duelo y subjetividad. También por esos años Baranger (1961) incluirá una idea original a punto de partida de la hipótesis de los estados de duelo, depresión y

melancolía como formas más o menos exitosas de pasaje por posición depresiva. Describirá una formación particular presente, tanto en los duelos como en los estados depresivos, durante un tiempo cercano a la pérdida, en la cual el fallecido es conservado como un objeto muerto/vivo, en la fantasía del duelante. El psicoanalista entiende que esta es una forma de transitar el desprendimiento afectivo doloroso. Esta línea, vinculada a los estados depresivos, se presenta en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* con la publicación de dos trabajos extranjeros², el de Rosenfeld (1963) que expone la contribución del psicoanálisis al cuadro depresivo y el estudio de Wisdom (1963) que se enfoca en la melancolía. También el texto de Paciuk (1971) va a tomar esta vertiente para señalar la posición depresiva como condición para el establecimiento de la subjetividad. Años más tarde³, el psiquiatra Enrique Probst (1985), retoma el estudio de estos temas afirmando, que el pasaje adecuado por la posición depresiva da lugar a la discriminación, instalando la represión y los procesos de reparación. Poder transitar y elaborar el duelo es sinónimo de un yo fuerte y sano y las presentaciones patológicas de esta experiencia se vinculan directamente con la estructura de la personalidad.

Con la introducción alrededor de 1975-1976, de las ideas de Lacan en nuestro país, el sostén conceptual de los trabajos académicos deja de ser monolíticamente kleniano⁴. Sin embargo, los exponentes de la nueva perspectiva, siguen vinculando las ideas sobre el duelo al problema de la constitución subjetiva. Para Capurro (1986) cada duelo conmueve en la medida que remite a la falta inaugural recubierta por el objeto que, a la vez que se pierde, denuncia la carencia y produce angustia. En este sentido toda pérdida significativa genera una recomposición y los avatares del duelo dejan en claro la condición deseante de la subjetividad, asunto que la autora muestra desde el análisis de una viñeta clínica.

² Traducidos, el de Rosenfeld por Margarita Grassi y el de Wisdom por Madeleine Baranger.

³ En la brecha de años que siguen, de 1972 a 1984, el tema del duelo se trató vinculado a cuadros psicopatológicos y se mostrará en el apartado siguiente.

⁴ La *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* dedica dos números en el año 1976 a la presentación y estudios de algunos desarrollos teóricos de la propuesta de Jaques Lacan.

Pensando en estos aspectos, algunos trabajos exponen el duelo en relación a etapas de la vida cruciales para un sujeto. En este sentido, para Restaino (1985), los múltiples cambios que se producen en la adolescencia ocasionan duelos con efectos subjetivantes, es decir, con producciones identitarias a partir de las pérdidas vinculadas al mundo infantil, al cuerpo, a los padres, etc. Desde la misma posición teórica, el trabajo de Noccetti y Zielecnic (1988) considera el problema del duelo vinculado al tema del doble y la identidad a la luz de la relación especular, y reitera las ideas acerca del origen del sujeto a propósito del otro significativo. También Freire de Garbarino (1989) aborda el tema, planteando el problema de la identidad a partir de la existencia de depresión en el adolescente, que cataloga como no patológica, y que se debe al pasaje por dicha etapa, momento donde (al decir de la psicoanalista), se pierde todo. En años posteriores, varios psicoanalistas darán continuidad en sus producciones a la idea del duelo y su papel en la conformación de la subjetividad. Vallespir (1995) situará en las identificaciones el fundamento de este proceso y Verissimo de Posadas (1998), Kanciper (2001) y Quijano (2002) en el narcisismo; Sopena (2003, 2009) vinculando la ambivalencia y el papel del otro en el duelo, Delprósito et al. (2008), García (2009), Casas de Pereda (2009) y Uriarte de Pantazoglu (1993, 2014) en la pérdida del otro, que alude a la falta inaugural y Lamborghini (2013) expondrá con una viñeta clínica, cómo una pérdida temprana no duelada, constituirá una falla estructural de la subjetividad.

Psicopatología y Duelo

Otra línea de trabajos expone la preocupación y el estudio de cuadros clínicos psicopatológicos que son resultado de dificultades, en la elaboración del duelo. Tal es el caso de los estudios acerca de las perversiones y de las neurosis obsesiva (Acevedo de Mendihalarsu, 1977; Acevedo de Mendihalarsu et al. 1985) que expresan las formaciones mórbidas como resultado de una carencia de duelo. En esta línea, el psiquiatra y psicoanalista José Luis Brum

(1985) señala que una subjetividad con características depresivas y patológicas se produce por fallas en la separación y el duelo del objeto primario que no permiten que se conformen las nociones de tiempo y espacio. Estos aspectos se observan alterados en la melancolía y otras formas de psicosis. Asimismo, se encuentran trabajos vinculados a melancolía y a la caracterización clínica de las depresiones (Galeano Muñoz, 1984; 1985) que recorren el espectro desde lo que se considera normal hasta llegar a expresiones patológicas, valoradas en relación a la intensidad y teniendo como causa la pérdida de un objeto querido o el fracaso de un proyecto. Al igual que Galeano Muñoz, Rolando (1985) establece que la causa de la depresión es una pérdida y considera la diferencia entre el duelo normal y el melancólico en relación al narcisismo y a la culpa. Agrega que para el duelo normal no se recomienda la psicoterapia y solo debe ser intervenido si no puede ser elaborado y derivar en ese caso, en una depresión patológica. Otros estudios como el de Rosa (1985) abordan la prevalencia de la depresión en la mujer, como una situación clínica aceptada en la literatura médica. Según el autor, la mayor incidencia se plantea, tanto en los cuadros de melancolía como en las depresiones más leves. Rosa entiende que la depresión representa la pérdida del objeto. En la mujer puede deberse al desarrollo biológico que tiene consecuencias en los aspectos psicológicos, tales como la menarca, el embarazo el parto, el puerperio y la menopausia, cada una de estas instancias implican pérdidas que deben tramitarse. También señala que puede deberse al conflicto de roles que se expresa en poder sostener la maternidad y el lugar social en la esfera laboral. Frente a este conflicto se produce siempre una pérdida a duelar, la de no ser la madre que considera debe ser, o, la de no desempeñar adecuadamente el rol de trabajadora o profesional.

Teorizando sobre la depresión en la infancia, Hoffnung (1989) muestra, a la luz de una viñeta clínica, que se vincula a la dinámica familiar y tiene su origen en una pérdida, real o psíquica. Esto hace que se ponga en juego un duelo, que tendrá características normales o

patológicas, dependiendo de cómo se tramiten las pérdidas en el grupo familiar del niño o adolescente. Considera importante para el tratamiento de estas situaciones, el vínculo con el médico y lo que este pueda informar adecuadamente, el apoyo familiar, la psicoterapia o la psicopedagogía y el tratamiento con antidepresivos.

En ese año, Probst (1989), llama la atención sobre el cuadro clínico que describe como duelo patológico depresivo de índole narcisista en adolescentes, advirtiendo que puede derivar en ideas o consumación del acto suicida. Comunica la urgencia de intervenir frente al riesgo inminente y sugiere el reforzamiento de los ideales para lograr conformar relaciones objetales fuertes y estables como forma de preservar la vida de los jóvenes. En relación al riesgo del duelo no elaborado en la adolescencia, Bessali de Consens (1995) encuentra en su investigación que la pérdida reciente o precoz por la muerte de la madre o de la persona a cargo de la crianza, se observa en la historia clínica de los adolescentes que cometen homicidios.

Otros trabajos como el de Acevedo de Mendilaharsu y Mendilaharsu (1987) y Mendilaharsu (1998) abordan la incapacidad de duelar en el melancólico y en los estados depresivos que tienen como origen el desamparo y la soledad. Los autores remarcan el funcionamiento anormal del duelo y lo atribuyen a los problemas en la organización narcisista que encuentran en los pacientes estudiados. La pena melancólica y depresiva funciona como indicio diagnóstico para diferenciar estos cuadros de la esquizofrenia. En los dos estudios, se plantea que el psicoanálisis puede ser el tratamiento privilegiado para las depresiones neuróticas pero, para las psicóticas, se requiere un tratamiento combinado terapéutico y medicamentoso, además de un abordaje familiar, en un lugar controlado para evitar el suicidio.

También Kolhas (1994) realiza una distinción entre la depresión por duelo y la melancolía. Establece que la depresión acontece durante toda la vida y tiene como expresión el duelo en el que se observan la pena, la culpa y la necesidad de reparación. Esta experiencia produce un cambio en la vivencia de la relación con el otro. En la melancolía sucede lo

contrario, en lugar de la reparación se produce una disociación psicótica que no permite la integración del objeto perdido como tal.

Para Garbarino (1994), la experiencia de duelo se iguala al estado depresivo, por lo cual, es muy difícil establecer los límites entre la pena normal y la pena depresiva. Observa que el duelo es un estado de sufrimiento que, cuando se vuelve excesivo, podemos considerar que no se está pudiendo elaborar y lleva a una depresión patológica. Entiende que lo que define a la depresión es una pérdida y describe la misma, tanto en la neurosis como en la psicosis, caracterizando sobre todo la melancolía, dando cuenta de sus manifestaciones psicológicas, orgánicas y corporales. Instruye en cada cuadro clínico sobre el proceso psicológico de duelo y su correlato orgánico, así como, sobre la configuración del tiempo, el espacio y el sí mismo en las formaciones depresivas, aspectos que también en el duelo se ven vulnerados. El problema de la discriminación entre el duelo y la depresión melancólica es señalado también por Quijano (2004) que entiende que ambas descripciones son entidades fluctuantes en relación a la pérdida.

Por su parte Singer (2014) propone considerar estas nociones a partir de un nuevo esquema, vinculado al *pathos*, que traduce como sufrimiento. Mediante viñetas clínicas interpretadas a la luz de los planteos de Allouch, la psicoanalista situará el problema de la constitución de la ausencia como un paso previo que no logra configurarse y dar lugar al trabajo de duelo. Esta imposibilidad es interpretada con la noción del trabajo de lo negativo que realiza la pulsión de muerte como una forma de ligazón que estructura la relación con el objeto muerto, dando lugar a su presencia y por lo tanto imposibilitando constituir la ausencia.

Sobre los destinos del objeto y los efectos que puede tener su ausencia en el duelo, Assandri (2021) hace una interesante mención. Retomando a Freud señala que las pérdidas pueden provocar impulsos sádicos para desquitarse y llevar a cabo una venganza frente a la muerte de un ser querido configurando un suicidio o una enfermedad como reacción por haber perdido el objeto amado.

Duelo y Depresión

Otro de los núcleos temático relevados es la discusión en torno a la relación del duelo y la depresión. Tal como señala Bielli (2012) la noticia acerca de que se estaba transitando una epidemia de depresión aparece en los medios de prensa y en la academia en 1998, por lo que, la *Asociación Psicoanalítica del Uruguay* (APU) publica a modo de respuesta un número especial de su revista institucional bajo el nombre *Duelo y depresión*. En su editorial se menciona que el cuadro de depresión forma parte de la vida y de la práctica del psicoanalista, aclarando que para la psiquiatría es una enfermedad de causa genética y bioquímica. Luego, se plantea un breve recorrido teórico de los desarrollos psicoanalíticos al respecto, para llegar a decir, que el concepto de depresión sigue generando interrogantes. La vía que se toma para hablar de la depresión es un camino ya transitado en psicoanálisis, la vinculación entre el duelo, los estados depresivos y la melancolía. Los trabajos que se presentan en este número van a dar cuenta de los duelos en la infancia, el papel del otro y la constitución subjetiva. Asimismo se van a vincular al problema de deslinde entre lo normal y lo patológico, el duelo y la depresión. A la editorial le sigue el trabajo de Hug-Helmut (1998/1965) referido a la conformación de la idea de muerte en el niño, considerada diferente a la del adulto, por lo cual la conclusión a la que se arriba, es que el dolor por la pérdida y el duelo requieren cierta maduración. Este trabajo será acompañado por una aclaración de Ihlenfeld de Arim (1998a) que actualiza los tópicos de la reflexión psicoanalítica vinculada a los duelos en la infancia, aspecto que retomará en el artículo de su autoría, también incluido más adelante en este número. Le sigue el escrito de Pelento (1998), que trae reflexiones acerca del trabajo de duelo por pérdidas tempranas y el mencionado de Ihlenfeld de Arim (1998b) sobre las características del duelo en la infancia, entendiéndolo como una experiencia singular unida a un tiempo de elaboración y simbolización. Sostiene la importancia de los adultos en los duelos infantiles en la medida que ofrecen representaciones habilitando a modificar el estatuto del objeto perdido. Luego Uriarte

de Pantazoglu (1998) estudia el predominio del yo ideal narcisista en los pacientes depresivos, describiendo la nostalgia como un afecto ligado a la herida narcisista provocada por la pérdida. Seguidamente Verissimo de Posadas (1998), expone la relación entre narcisismo y melancolía en la conformación de la subjetividad. Desde allí, lo que se considera estados depresivos, atañe a todo sujeto y da cuenta de la condición humana. Posteriormente se presenta el trabajo de Paciuk (1998) que se aboca a establecer cierta continuidad entre las categorías diagnósticas del DSM-III y la teoría psicoanalítica. Observa que en cada proceso de duelo están presentes diversas formas de expresión y de elaboración de la pena. Finalmente, desde la influencia kleiniana, considera el duelo reparatorio como normal y lo caracteriza como una experiencia heterogénea que no está predeterminada. Como cierre de la sección de artículos, García (1998) escribe sobre el tiempo, el duelo y la angustia en el fin de siglo. Reflexiona acerca de la acción recíproca de distintas temporalidades, históricas, culturales, naturales y psíquicas, encontrando huellas o marcas culturales de duelos inconclusos e idealizados que se muestran y analizan en la clínica. En las páginas finales de la revista, antes de la sección de reseña de libros, se presenta un documento a modo de síntesis de las *Terceras jornadas de adolescencia* realizadas en septiembre de ese año. Los autores de ese resumen, Maggi et al. (1998), señalan que el adolescente transita por distintos duelos pero el afecto que acompaña los mismos no es el depresivo, como se esperaría que sucediera. En virtud de esto, se habla de la depresión y sus máscaras, preguntándose si las adicciones, los suicidios, la anorexia y la bulimia son síntomas o expresiones de la depresión adolescente que tiene como causa los duelos propios de esa etapa.

Como se observa en este número de la revista, dirigido a presentar trabajos sobre el duelo y la depresión, se publican artículos más bien referidos al duelo, que seguía siendo un operador conceptual válido dentro del Psicoanálisis, para tratar de entender los estados depresivos (Bielli, 2012). El esquema planteado por Freud en 1917, permanecía vigente, incluyendo la pregunta acerca del duelo normal e intentando diferenciarlo del patológico. Al

respecto, los trabajos de García (2000b, 2009) escritos años más tarde, plantearan que el duelo normal tiene instancias de locura y requiere de un acto simbólico de sublimación para elaborarse, diferenciándolo de la melancolía, asumiendo el carácter patológico de este cuadro clínico. Por su parte Schkolnik (2000) entiende que lo patológico en el duelo se vincula a las estructuras clínicas y sus fallas. También a la historia personal, biológica y social. Asimismo plantea que la depresión es generada por un duelo no logrado y señala un continuo entre las formas de hacer con la pérdida.

En ese mismo año Nin y Franco (2000) al publicitar en la revista *Relaciones* el primer congreso de psicoanálisis y las onceavas jornadas científicas organizadas por la APU bajo el nombre de *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*, sostienen que los duelos que se tramitan son sanos y tienen como destino la sublimación. Los que se detienen o “congelan” son patológicos y pueden configurar una depresión intensa. De este modo retoman la vinculación entre las dos experiencias (duelo y depresión), consignando un tiempo de seis meses a dos años para seguir considerando un duelo como normal.

En un análisis global de las ponencias presentadas en las jornadas es claro que los psicoanalistas, al igual que en la publicación de 1998, seguían sosteniendo la teoría del duelo para explicar la depresión. Además un punto teórico fuerte del psicoanálisis, la cuestión del duelo y su papel en la constitución subjetiva, sería central en las reflexiones de los ponentes. Este aspecto es remarcado en la entrevista realizada a Nin y Franco (2000) en la revista *Relaciones* en torno al evento donde Nin aclara que, más allá de la alta incidencia de demanda de tratamientos a causa de un duelo, la razón del encuentro sobre el tema responde a la “...necesidad de ubicar dicha problemática en una perspectiva vinculada al duelo estructural al que cada ser humano está enfrentado, en la medida en que sus primeras inscripciones psíquicas están determinadas por el modo en que se constituyen sus objetos perdidos...” (p. 12). De esta forma, Nin deja traslucir que, más allá de la epidemia de depresión y el aumento de la consulta

por duelo, el psicoanálisis encarnaba una idea de sujeto que se seguía manteniendo frente al embate de propuestas de índole biologicista sobre la subjetividad.

Los trabajos que se incluyen en la publicación realizada a la postre del encuentro se organizan en este apartado en torno a las diferentes temáticas donde los autores exponen sobre los duelos, a partir del trabajo clínico y empírico, utilizando viñetas, casos y recursos literarios. Entre ellos, claramente se distingue un grupo de ponencias que refieren al protagonismo de la pérdida y el duelo en la constitución subjetiva, temática tradicional en el psicoanálisis, como se señala desde el inicio del apartado. Son escritos que sitúan la pérdida y la ausencia como generadora de procesos de simbolización y sublimación necesarios para constituir el deseo, el objeto y el pensamiento (Casas de Pereda, 2000, García, 2000a), también, dan cuenta de la fallas tempranas de estos procesos (García, 2000b), muestran los avatares de la pulsión y la metapsicología del duelo (Aslan, 2000); articulan narcisismo, duelo, instancias ideales y depresión (Uriarte de Pantazoglu, 2000; Boschan, 2000, Nin, 2000 y Carril, 2000) y consideran los procesos de reparación e identificación (Paciuk, 2000a). Algunos trabajos se enfocan en el duelo por el origen, evidenciado como pérdida (Delprésito, 2000; Viñar, 2000 y Campalans, 2000) y se suman a los que estudian el duelo en la infancia o en la adolescencia (Angulo, Buka y Gonzalez, 2000; Defey y Cherro, 2000; Kononovich de Kanciper, 2000; Gutiérrez, 2000; Duek y London, 2000; Varela, 2000a; Flechner, 2000; Levisky, 2000; Silveira et al., 2000) y a la identificación luego de la pérdida (Ihlenfeld de Arim, 2000 y Giovannetti, 2000). Se encuentran también producciones que relacionan el duelo con la cultura a punto de partida de las creencias (Moguillansky, 2000), la literatura (Kachinovsky, 2000; Porras, 2000 y Guerra, 2000), el trauma social (Bodnar y Zitner, 2000 y Rama, 2000), las situaciones de crisis (Valparda y Tenenbaum, 2000) y la creación artística (Franco, 2000). Otras presentaciones se ocupan del duelo en relación a las adicciones (De Souza, 2000 y Ponzoni, 2000), al cuerpo (Alizade, 2000; Faval y Ulriksen de Viñar, 2000; Labraga, 2000 y Cantonett, 2000), a los vínculos y la

intersubjetividad (Packciarz, 2000; Gómez, 2000; Defey, 2000; Berta, 2000, Correa, 2000; Israel y Buonomo, 2000; Armus, Roitmann y Szwarc, 2000; Salesio da Silva, 2000) y a la transmisión transgeneracional (Losso, 2000; Ponce de León, 2000; Altmann, 2000 y Altmann y Grill, 2000). También los problemas de la técnica psicoanalítica son propicios para hablar del duelo y se tratan en relación a la transferencia (De León de Bernardi, 2000, Galvez y Maldonado, 2000; Di Chiero, 2000; Vallespir, 2000), al fin de análisis (Tutte, 2000; Cage, 2000; Vazquez y Cattivelli, 2000), a los duelos en el analista (Bouza, 2000; Tato, 2000), a la muerte del analista (Gonzalez, 2000) y al dispositivo de intervención frente a un caso de duelo (Balparda y Tenembaun, 2000). Además se presenta el trabajo de Acevedo de Mendilaharsu (2000) donde la autora se pregunta si es posible diferenciar el duelo por muerte de otros tipos de dolor psíquico. Resuelve la cuestión con la idea de continuidad entre el duelo y los estados depresivos considerados a la luz de vivencias comunes como la culpa y el existir doloroso. En esta línea algunos autores entienden el problema de la depresión vinculada con los afectos y la posibilidad de elaboración del duelo (Kanciper, 2000; Paciuk, 2000b, 2000c y Assandri, 2000a). Finalmente la publicación agrupa trabajos que discuten la relación entre el duelo y el diagnóstico psiquiátrico de depresión planteando, la necesidad de acuerdos entre el psicoanálisis y la psiquiatría para lograr un abordaje conjunto de estos problemas (Schwartzmann, 2000; Bernardi et al., 2000; Cabanne y Suarez, 2000; Goldstajn, 2000 y Matteo, 2000), haciendo foco en la enfermedad orgánica (Bernardi, 2000; Ceretti, 2000 y Varela, 2000b), en los estados patológicos (Goijnan, 2000), en los elementos depresivos de las estructuras fronterizas de personalidad (Tellería, 2000), en la depresión neurótica en las mujeres (Errandonea, 2000) y en la depresión en la vejez (Martinovick y Kovacs, 2000). En estos trabajos los psicoanalistas refuerzan la idea de la melancolía, caracterizándola como expresión de la depresión, considerándola como patológica, causada por duelos no elaborados o imposibles de

realizar, que dan cuenta de una estructuración psíquica con fallas en el origen de la subjetividad o que se constituye a punto de partida de lo traumático.

Por su parte la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) presenta en septiembre de ese mismo año un compendio de artículos en los *Cuadernos de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, bajo el título *Depresión*. Allí se encuentran una serie de trabajos de psicólogos con formación psicoanalítica, otros en psicología comunitaria y social, así como de un grupo de trabajo integrado por psicólogos y psiquiatras. Los textos mayormente siguen la tónica impresa en la publicación de la APU, formulando sus ideas en ocasión del debate acerca de la epidemia de depresión tal cual lo hicieron los psicoanalistas (Bielli, 2012). Es más, muchos de los autores escriben y se reiteran en las dos recopilaciones sobre el tema.

La nota de presentación de la revista de la CPU también alude al contexto anunciado por la prensa de la epidemia de depresión, con el agregado de la crítica que pone en escena los procesos de medicalización y la competencia en relación a la efectividad de las intervenciones no farmacológicas. De los doce trabajos que siguen a la presentación, diez tienen como base la teoría psicoanalítica del duelo. Ésta se pone en juego para la explicación de problemas como el suicidio y la depresión por la acumulación de pérdidas no elaboradas que se muestran a partir de una caso clínico (Amaral y Zijlstra, 2000), de los estados depresivos propios de la adolescencia (Klein, 2000) y se vincula a hechos traumáticos ocurridos en la infancia y al desamparo materno (Rama, 2000). Por otro lado, el trabajo de Castellanos (2000) toma personajes de la tragedia griega para dar cuenta del continuo entre duelo, melancolía y depresión y de la Hantý (2000) reflexiona acerca de la transferencia cuando el que está en duelo es el analista. A su vez, se presentan artículos como el de García (2000b) donde se retoma casi en su totalidad y complejidad la teoría del duelo señalando en el discurrir del trabajo su fundamento social. La teoría lo lleva retomar, una cuestión política, la deuda social en relación a los desaparecidos, su necesidad de reconocimiento y rituales como acto necesario de

significación e historización, que hace lugar al duelo y a la sublimación. Cabe señalar que, dentro del ejemplar, dos textos se destacan por intentar dar respuesta al problema de la depresión recurriendo al argumento de la pérdida originaria y a las fallas en la estructuración psíquica que, según como se tramite, conformará sujetos más o menos frágiles; el de Schkolnik (2000) pautando a modo de esquema flexible la causa de los estados depresivos en la entidad psicopatológica, en la enfermedad orgánica y en factores socio-culturales, aclarando que en dichos estados siempre está pendiente una pérdida por duelar y el de Rodríguez (2000) que caracteriza las depresiones narcisistas. Otro grupos de trabajos, aunque abrevan en la teorías freudiana y kleniana del duelo se distancian sutilmente de éstas, en la medida que incluyen la multi determinación de lo biológico, lo psicológico y lo social (Bernardi et al. 2000). Se encuentran también escritos con una perspectiva del tema desde la psicología social y comunitaria, donde la depresión se atribuye a las condiciones culturales y económicas en los jóvenes (Fullgraff, 2000) o en mujeres vinculada a los roles sociales de género (Karmelic y Álvarez, 2000). Tal como señala Bielli (2012), el único trabajo que analiza directamente el problema convocante, la epidemia de depresión, poniéndola en duda y atribuyendo su popularidad a la medicina, es el de Assandri (2000b), llegando a decir, que el diagnóstico de depresión había logrado cierta popularidad en la medida que podía ser un resguardo para los sujetos que huían de confrontarse con los problemas de su existencia.

La investigación del duelo en los posgrados universitarios nacionales

En la recopilación de estudios sobre el duelo se exploraron las investigaciones de posgrado universitario nacional. Fue posible encontrar diez trabajos, todos realizados en el marco de la Universidad de la República. Nueve de ellos, llevados a cabo en la Facultad de Psicología, seis como tesis de maestría en psicología clínica (Fidacaro, 2014, Bettini, 2014, Bacci, 2014, Quagliata, 2015, Kebedjian, 2021 y Ricobaldi, 2023), uno en el marco de la

maestría en psicología social (Reina, 2015) y otros dos, como trabajos finales de la diplomatura en psicogerontología (Ferrari, 2018 y García, 2023). Asimismo se encuentra una tesis de maestría en salud mental sobre el tema, realizada en la Facultad de Enfermería (López, 2021).

Los abordajes llevados a cabo en estos trabajos vinculan el duelo a las situaciones particulares en las cuales se produce la pérdida y ofrecen perspectivas interesantes sobre el problema, reexaminando las teorías explicativas y contribuyendo al conocimiento del tema.

Pablo Fidacaro (2014) realiza un estudio de caso del duelo en la psicosis. Entiende que, desde el punto de vista formal, los duelos en estas personas se ven obstaculizados, señalando que en la perspectiva del trabajo con el delirio, se puede conjeturar la tramitación de la pérdida.

Marilen Bettini (2014) vincula el duelo con la repetición de los intentos de autoeliminación. Indagando la relación entre la dificultad para elaborar una pérdida afectiva y el atentar contra la vida, entrevista a seis mujeres internadas en el Hospital Vilardebó que poseen en su historia tres o más intentos de suicidio. En los relatos de las entrevistadas la investigadora encuentra que los intentos de autoeliminación se asocian a pérdidas significativas con dificultades en su tramitación y a fallas en torno al lugar de lo materno.

Susana Quagliata (2015) estudió el duelo en seis madres de hijos fallecidos por suicidio. Encuentra en ellas un estado de duelo que permanece en el tiempo y cumple la función de mantener con vida a estas personas, sintiendo culpa por vivir negando una parte de la realidad irreversible.

En el trabajo de mi autoría (Bacci, 2014) se investiga el duelo en familiares de donantes de órganos, encontrando que, si bien los duelos de los familias donantes comparten las características de los denominados duelos no complicados, presentan particularidades vinculadas al acto de donar que, cambia el énfasis de la muerte, habilitando la producción imaginaria de continuidad de la vida.

Mónica Reina (2015) estudia el duelo en el cuidador del paciente terminal y, si bien, menciona que no observa duelos patológicos en los participantes del estudio, concluye que la experiencia de pérdida de los cuidadores debe ser acompañada por el equipo de salud, recomendándose nuevas formas de intervención e implementación de medidas al interior del equipo de cuidados paliativos.

Ferrari (2018) aborda el tema del duelo en sujetos con demencia y sus familias. Estudia cómo los modelos de abordaje de las demencias crean determinadas nociones de sujeto y, específicamente, cómo incide ello en los montos de sufrimiento psíquico y en los procesos de duelo que se habilitan, tanto en las personas con demencia, como en sus familiares cuidadores

En el año 2021, se encuentran dos investigaciones relativas al duelo, la de Kebedjian (2021) que estudia las características del duelo en los sobrevivientes del genocidio armenio y la de López (2021) que aborda el duelo por el homicidio-suicidio en el contexto de violencia de género como un problema de salud mental. Finalmente en el año 2023, García, indaga acerca del duelo en la vejez y la importancia de los vínculos en los establecimientos de larga estadía en nuestro país y Ricobaldi (2023) explora el duelo en los escritores uruguayos que publican narrativas a causa de una pérdida significativa.

En estos trabajos es posible observar diversas perspectivas sobre el duelo y cómo, la delimitación entre duelos normales y patológicos, ha influenciado el tratamiento del problema. Asimismo en ellos, el duelo es considerado como una experiencia a ser tramitada, que cuando se sofoca o no llega a realizarse produce problemas. El duelo como tal, tiene una función y un sentido, en relación a la circunstancia particular explorada en cada uno de los trabajos mencionados, la muerte, la enfermedad, los cuidados, la violencia, el suicidio, etc. La lectura de los mismos, aporta a esta tesis en la medida en que, tanto los autores, como los sujetos que participan de estas investigaciones, contribuyen a la reflexión de las significaciones de la experiencia de pérdida. También, ofrecen un panorama de las teorías desde donde se entiende

el problema, en mayor medida, los conceptos desarrollados por el psicoanálisis. La exploración del duelo, presente en cada uno de estos estudios, muestra por un lado, que el tema sigue concitando preguntas, permaneciendo abierto a la discusión y, por el otro, que las diversas teorías sobre el tópico no llegan a ser suficientes para explicar la experiencia de pérdida.

Otros Trabajos que aportan a la investigación

En este último apartado de estudios y ensayos nacionales se presentan trabajos de autores, tanto uruguayos como extranjeros, publicados en revistas nacionales que se enfocan en las consideraciones sobre la muerte, las formas de morir y sus consecuencias en los duelos.

Uno de los tópicos que muestran los trabajos tiene que ver con el malestar médico por la situación de muerte, los temores que genera la situación, pero también, los conflictos con los familiares del fallecido que repercuten en los duelos, dando cuenta de cómo el contexto asistencial, ofrece elementos que intervienen en la experiencia posterior a la pérdida (Brum, 1978, Amigo y Bagatini, 1986). Otro núcleo de preocupaciones, refiere al duelo por la muerte de un familiar con enfermedad terminal y su relación con los cuidados paliativos. Al respecto, en el texto de Pérez (1987) se recorren los diferentes momentos por los que atraviesa la familia del enfermo, desde que se entera de la situación porvenir, hasta la muerte del paciente. Estos momentos se acoplan a los que señala como etapas del duelo, shock, negación, ira, aceptación. De manera similar, el estudio de Díaz (1992) indaga la evolución de la relación del enfermo terminal con su entorno, y su muerte, en las representaciones que ofrecen textos literarios desde el siglo XI al XX. Su propuesta genera intercambios con colegas, médicos, psiquiatras y psicoanalistas acerca del fin de la vida y el papel del médico, que acompañan el texto. Díaz encuentra que frente a la inminente muerte, los manuales o guías médicas realizan prescripciones de medicamentos, analgésicos y psicofármacos, señalando la ausencia de un acompañamiento humano del duelo, existente en el pasado, y que recomiendan volver a instalar.

Siguiendo una reflexión similar, Martínez Sánchez (2011) plantea que, la imposibilidad de hablar o de ser escuchado cuando se atraviesa un duelo, perjudica el normal procesamiento de la pérdida. Como se observa, estos autores expresan la necesidad de un otro que acompañe al sujeto en duelo, significado dicha experiencia como una instancia de índole social que no se transita en solitario. También, enfocados en dar cuenta de la raigambre social del duelo en la cultura occidental, tanto en el trabajo de Albou (1991) como en el de Dupont (1992) se consideran los aspectos económicos, en articulación con los psicológicos y los históricos que intervienen en la muerte y el duelo. Para esto se describen, los diferentes personajes que giran en torno a esas experiencias, los enemigos, los auxiliares, los acompañantes, los utilizadores del cadáver, señalando las implicaciones afectivas y monetarias entramadas en ellos.

Desde otra perspectiva, Vidart (1991a, 1991b), aborda el tema de la muerte y el duelo, señalando que la civilización occidental se esfuerza en disimular la existencia del fin de la vida. Profundiza en esta idea, a la luz de un recorrido histórico, donde muestra ejemplos paradigmáticos de hacer con los moribundos, con la muerte y el duelo en diferentes culturas. Al final, llega hasta nuestros días, para exponer la muerte en un centro de cuidados intensivos. Allí, según plantea el antropólogo, la muerte se desnaturaliza, pasa a ser una enfermedad y un desafío para la medicina que busca a toda costa curarla, superarla. La función de este dispositivo tecnológico médico, según Vidart, reemplaza el ensalmo del brujo o el pase del taumaturgo que produce milagros en la medida en que promueve la superación y la excepción de salvar la vida. Esta forma de morir con un sujeto aislado, sometido a la primacía de lo tecnológico por sobre lo moral y afectivo, despersonaliza el tránsito hacia la muerte y la muerte misma haciendo del duelo una experiencia abrupta, un desgracia, frente a una muerte que no debió ocurrir.

Finalmente, otros trabajos se enfocan en situaciones políticas, sociales y económicas que tienen efectos en el duelo. Gómez Mango (1985) considera al migrante como el síntoma de un conflicto, signo en algunos casos, de la violencia económica, que no le permite vivir en su

país de origen o política, como en los exiliados a causa del terrorismo de estado y las dictaduras del siglo pasado. El migrante deberá por su condición llevar a cabo un trabajo de duelo vinculado a la pérdida por la separación, muchas veces violenta, y una reconfiguración de su identidad. Estos duelos se manifiestan en los espacios públicos, por ejemplo, de la consulta clínica médica y psicológica, destacándose por parte del autor la frecuencia de patologías hipocondríacas en el migrante, así como, quejas y nostalgia permanente.

Lijtenstein (1988) aborda el problema del exilio y el duelo, entendiendo estas situaciones como instancias de desamparo. Ubicado en el período pos-dictadura plantea que la sociedad está de duelo dado que, tanto en lo individual como a nivel país, se han sufrido pérdidas profundas. Considera que el duelo es una forma de rehacer, redescubrir y reconocerse latinoamericanos a partir de la circunstancia vivida. Más cerca en el tiempo, Figari Diab (2021) realiza un estudio donde analiza la *Marcha del Silencio* y el movimiento de las *Mujeres de Negro* en nuestro país como expresiones performativas que manifiestan el duelo por las pérdidas en relación con la muerte y las desapariciones forzadas de la dictadura uruguaya y el asesinato de mujeres por violencia de género. La investigadora considera que estos recursos son un despliegue, en ámbitos sociales, de duelos privados, que de esta forma se comparten y se transforman en duelos públicos, integrándose al espacio político. Las muertes por las cuales estar en duelo afectan a toda la sociedad, forman parte de su historia y conflictos sin resolver. Esto ocasiona movilizaciones y puestas en escena de duelos que son comunes. Son muertes por las que se reclama justicia, reconocimiento y legitimación del dolor que producen. La autora refiere al duelo en *disputa* aludiendo a la tensión entre lo privado y lo público del duelo que, en las experiencias analizadas, se muestra claramente.

Todos estos elementos, ofrecen perspectivas y significaciones acerca del duelo, ampliando y complejizando la experiencia de pérdida, que además de ser privada e individual comporta elementos que la constituyen como social y pública.

1.2. La Demanda de Atención por Duelo ¿un Problema de Salud Pública?

El alto número de consultas en ocasión de un duelo, por los síntomas o malestares que esta experiencia genera, es algo que se menciona en los intercambios clínicos entre colegas y profesionales de diferentes disciplinas interesados en la salud mental. Además, el tema viene siendo advertido por algunos referentes teóricos del psicoanálisis a nivel internacional y regional⁵. Por lo anterior, se consideró importante conocer estudios, trabajos o documentos al respecto, que en principio se buscaron a nivel nacional. Luego, se amplió el relevamiento y se incluyeron estudios de otros países, localizándose algunas investigaciones, en España y Francia.

El primer artículo encontrado, que señala la creciente demanda de atención por duelo, es el que registra una entrevista de la revista *Relaciones*, realizada a los psicoanalistas, Álvaro Nin y Gladys Franco (2000). El contexto de la entrevista se relaciona con un congreso de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay donde el interés estaba en debatir acerca de la, por aquellos tiempos publicitada, epidemia de la depresión. En el intercambio, los psicoanalistas mencionan una alta incidencia de demanda de tratamientos a causa de un duelo.

Con respecto a la sintomatología por duelo que llega a la consulta médica, la revista *Tendencias en Medicina* publica una entrevista realizada a un médico español, especialista en medicina familiar, que plantea cómo la pérdida afectiva provoca dolencias y malestares, de causa psicológica, que llegan a la consulta de atención primaria (Ochogavía, 2001). El galeno agrega que, la identificación y clarificación de este tipo de manifestaciones, forma parte de la tarea del médico de familia, que debe orientar a los pacientes, explicándole la naturaleza del problema, para no tener que llegar a derivarlos a especialistas en salud mental.

Años más tarde, en el marco de la evaluación del Programa Nacional de Salud Mental, que se venía llevando a cabo en el país, en las últimas dos décadas⁶, se menciona el duelo dentro

⁵ Green, 1993 y Elmiger, 2010b.

⁶ Dichos Programa asistencial estaba bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

de los motivos que llevan a consultar. Si bien, en estas evaluaciones no se remite a estudios concretos se menciona que se observan cambios significativos y un nuevo perfil en la demanda masiva de los servicios de salud. Como evidencia de esto, enuncian la recepción de consultas por problemas emocionales y molestias corporales sin causa orgánica que pueda determinarse, vinculadas a temáticas existenciales tales como “...trastornos por estrés... adaptativos, trastornos depresivos y situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno...” (Ginés et al., 2005 p. 11). Dichas observaciones se retoman en el diagnóstico del *Plan de Prestaciones en Salud Mental* (MSP, 2011) que señala la prevalencia de consultas por padecimientos en la vida cotidiana e incluye dentro de sus objetivos específicos la atención a personas en duelo. Dos años más tarde la *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 2013) incluye en el programa de acción mundial en salud mental, el tratamiento del duelo y publica un nuevo protocolo con directrices clínicas referido al tratamiento de las repercusiones de los traumas y la pérdida de seres queridos destinado a los trabajadores sanitarios de atención primaria.

En el plano local, dos estudios⁷ son reveladores al mostrar en sus resultados la consulta por duelo en atención primaria y la respuesta del sistema de salud frente a esta demanda. La investigación de Bielli (2014) acerca de las significaciones y experiencias de consumo de benzodiacepinas en adultos de Montevideo, permitió observar las situaciones de duelo en la consulta médica como uno de los desencadenante de prescripciones de ansiolíticos. El malestar por la pérdida se expresa directamente por parte de los usuarios o de manera indirecta a través de algunos síntomas frecuentes en la situación de duelo; insomnio, nerviosismo, angustia, circunstancias frente a las cuales, también se prescribe un psicofármaco. Algunos entrevistados

⁷ Los mismos fueron llevadas a cabo por el Grupo de Investigación de responsabilidad de la Dra. Bielli en los años 2014 Proyecto I+D Csic. Udelar. *Consumo de medicamentos benzodiazepínicos en adultos: significaciones y experiencias de uso* y 2016 Proyecto I+D Csic. Udelar. *Antidepresivos: Etnografía del consumo en población ASSE de Montevideo*.

vinculan directamente la situación del duelo, debido al fallecimiento de los padres o conyugue o la ruptura de pareja, con el inicio de consumo. Frente a la preocupación o situaciones eventuales de insomnio se medica con estos fármacos por parte de un médico, de un familiar o de un allegado. También en el estudio de Bielli y Toledo (2016), sobre el consumo de antidepresivos en usuarios de servicios públicos de salud realizado en Montevideo, se encuentran observaciones al respecto de la consulta por duelo y la prescripción de medicamentos. Tanto usuarios como funcionarios y profesionales de los servicios de salud, hacen referencia a frecuente prescripción y consumo de psicofármacos para poder enfrentar el dolor o los nervios que generan las pérdidas y separaciones. Como en el estudio anterior, los usuarios mencionan la consulta al sistema de salud por diferentes malestares que les acarrea la experiencia de duelo. Agregan que por ese problema, han recibido la prescripción, por parte de un médico general o un psiquiatra, de antidepresivos y ansiolíticos. Algunos usuarios relatan que tienen un consumo sostenido en el tiempo, a pesar de que la situación de duelo se produjo hace varios años. Otros usuarios manifiestan haber consumido por corto tiempo los fármacos prescritos durante su duelo, y un tercer grupo dice haber realizado un uso puntual, sobre todo en el caso de los tranquilizantes, para solucionar un problema de insomnio. Por otra parte, algunos profesionales, al mencionar aspectos de su práctica de prescripción, refieren a circunstancias de violencia social, consumo de sustancias, vulnerabilidad, suicidios y desamparos que producen pérdidas de vidas, en edades tempranas, dejando mujeres y madres en duelo. Afirman que estas situaciones recaen en el sistema de salud, particularmente en medicina general. Los profesionales, médicos y psicólogos también se expiden en la investigación con respecto al duelo. Si bien, no lo consideran una enfermedad mental, entienden que requiere atención y algunas veces prescripción farmacológica. En estos casos se prescriben psicofármacos, antidepresivos conjuntamente con benzodiacepinas por cuestiones técnicas y de efectos de los medicamentos (los antidepresivos necesitan de un tiempo de consumo para tener

efectos y los tranquilizantes tienen un efecto más inmediato en la disolución de algunas expresiones del duelo como el insomnio). Para los profesionales el psicofármaco en la circunstancias de duelo es utilizado como una herramienta terapéutica y/o como estrategia de prevención para evitar, por ejemplo, la eventualidad de duelos patológicos. En este punto se señala que si bien el duelo es un proceso transitorio, por las condiciones sociales (expresadas anteriormente), corre el riesgo de complicarse y no elaborarse, transformándose en una enfermedad mental.

Planteos similares a los que se fueron mencionando de nuestro país, se encuentran en investigaciones internacionales, donde se establece que, además de consultar por enfermedades mentales frecuentes y/o clásicas (depresión, trastornos de ansiedad, adicciones), los ciudadanos recurren al centro asistencial por problemas sociales y de naturaleza cotidiana. Estos no llegan a constituirse como trastornos mentales pero muestran situaciones de malestar psicológico no traducible en un diagnóstico clínico específico, como es el caso del padecimiento por duelo frente a la pérdida de un ser querido (Echeburúa et al., 2014). Asimismo, Talam et al. (2011) en observaban que los profesionales sanitarios de Barcelona, atienden frecuentemente a sujetos que consultan por malestares que no configuran auténticas enfermedades. Incluyen en esta categoría situaciones que van desde inhibiciones sociales hasta duelos y denominan este fenómeno como psicopatologización de la existencia.

En el año 2002, el trabajo llevado a cabo por Flores en Navarra, comunicaba acerca de la frecuencia de la consulta por duelo en la práctica clínica y en la atención primaria. La preocupación de la autora, se centraba en la formación de los médicos, que requerían capacitación para atender estas situaciones, para saber, cuándo un duelo podía desviarse hacia lo patológico. En su trabajo afirmaba que muchos duelos podrían convertirse en cuadros depresivos, por lo cual, era necesario establecer un tratamiento precoz para evitar el suicidio. Finalmente recordaba que la relación entre duelo y psicopatología estaba demostrada, tanto que

un duelo podría ser causante de una depresión y, un trastorno mental, dificultaría la elaboración y el trabajo de duelo. La alta frecuencia de consulta por duelo también pudo observarse en la investigación de Gamo et al. (2003). En dicho estudio se analizan las historias clínicas de pacientes ambulatorios, que consultan por primera vez en un servicio de salud mental de Madrid, sin enfermedad psiquiátrica previa y en las que aparece el duelo como motivo de consulta, desencadenante o factor interviniente. La indagación confirma la amplitud de la problemática del duelo, sobre todo, en las nuevas consultas en dicho servicio, lo que podría estar implicando transformaciones en la demanda dirigida a estos dispositivos sanitarios. En la investigación de Stephen et al. (2009) realizada en Escocia es posible encontrar resultados similares. Luego de entrevistar profesionales de diversas disciplinas que atienden situaciones de duelo, tanto en hospitales como en centros de atención primaria, encuentran que, una cuarta parte de las consultas en medicina general, tienen como causa el duelo. Además observan que estas consultas van en aumento debido por un lado, a la insuficiente o nula asistencia al duelo en los hospitales y, por el otro, a los problemas de comunicación entre el médico y la familia, tras el fallecimiento. Por su parte, en relación a la consulta por duelo, el estudio realizado por de Montgolfier (2013) en Francia coincide al informar una alta demanda por duelo ya que, de los 244 sujetos entrevistados, el 67% de ellos consultó a su médico de cabecera o al médico del ser querido fallecido frente a la pena ocasionada por la pérdida. Otros trabajos como el de Espinosa et al. (2015) en Murcia señalan que el duelo es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y el tratamiento que se le ofrece habitualmente es el farmacológico. También Tizón García (2009, 2017), mostrará a través de datos estadísticos, la alta prevalencia de consultas por duelo en centros de atención primaria de Barcelona, afirmando que el 10% de las mismas están motivadas por procesos de duelo (sin contar los duelos propios de cualquier enfermedad o limitación, lo que forzaría la multiplicación de tales cifras). Tizón aclara que esto, no significa que los pacientes concurran al médico con la queja o el dolor por

el duelo sino que, en un alto porcentaje, llegarán a la consulta con dolencias biológicas, enfermedades existentes anteriores agravadas, alteraciones fisiológicas sin explicación aparente o pidiendo auxilios psicosociales como subsidios por invalidez, entre otros. Al escuchar a estos sujetos se hace presente la pena por una pérdida reciente que están transitando o por un duelo del pasado no elaborado. Finalmente, Losantos (2022) frente a diversos estudios que muestran la alta frecuencia de consultas en atención primaria en estos casos, se pregunta ¿qué busca un paciente en duelo en el médico? Encuentra que el deudo concurre al médico para valorar su estado de salud luego de la pérdida, para retomar procesos de atención interrumpidos, en busca de consejo y orientación en relación a cómo lleva su duelo. También por asesoramiento y medicación en caso de ansiedad, para que lo ayuden a sentirse mejor, por consuelo o para recibir una opinión distinta a la de su entorno con respecto a lo que le sucede. La autora señala que el consultante en duelo confía en el médico para reducir su malestar y dolor por la pérdida.

Además de estos estudios que dan cuenta de la consulta por duelo en el sistema de salud, surgen trabajos que analizan esta situación. Cerecedo et al. (2013) en Galicia, plantean que consultar por dificultades afectivas y tratarlas como un problema médico es consecuencia del sistema de valores e ideas acerca de la salud y la enfermedad presente en la sociedad. Agregan que quien consulta por un padecimiento de este tipo se sostiene en la creencia de no poder superar su problema sin una respuesta del sistema de salud, generando una actitud pasiva ante el sufrimiento. Por el lado de los profesionales observan que se produce una intervención dirigida a reasignar el malestar y la demanda del paciente. En este sentido, la investigación de Durà-Vilà et al. (2011) en Inglaterra, advierte que los criterios diagnósticos pueden dificultar la percepción de la tristeza como algo normal y establecerla dentro del campo de la enfermedad. Esto favorecería la consulta médica, en detrimento de otros recursos personales y sociales. En la misma línea Ortiz-Lobo et al. (2006) investigando la derivación a salud mental de pacientes sin trastorno psíquico diagnosticable encuentran que los profesionales también reciben

consultas por padecimientos vinculados a situaciones vitales. Consideran que la respuesta con tratamiento médico, farmacológico y/o psicológico a los mismos, expone a personas sanas a los daños que se derivan de intervenciones sin un claro beneficio. En una investigación posterior, Ortiz- Lobo y Bernstein (2015) darán cuenta del exceso de diagnósticos y tratamientos psicológicos y psiquiátricos en atención primaria. Consideran que estas acciones tienen efectos sobre las personas que terminan siendo diagnosticadas con un trastorno mental sin tener mérito para ello. Entienden que la consulta por malestares sociales se diluye en conflictos individuales, gracias a la predominancia del modelo médico – biológico. Frente a la demanda de atención, la respuesta de tratamientos psicológicos o farmacológicos derivan “...en lo psicológico/biológico y en lo íntimo de una relación profesional-paciente, asuntos que son de orden ético y de ámbito público...” (p. 3). Observan que en España, es frecuente la consulta en atención primaria por padecimientos que ocasionan los duelos y, si bien en varias investigaciones encuentran que la intervención del duelo por parte de los profesionales no tiene resultados positivos concluyentes (Currier et al., 2007 y Currier, et al., 2008), éstas igualmente se realizan sin tener claro el beneficio que aportan para los sujetos. Adjudican a intereses económicos como el de la industria farmacéutica, corporativos, de los profesionales y sociales, la causa de prácticas en salud mental, como las mencionadas, que terminan perjudicando a los usuarios. También, López-Rodríguez (2018) luego de analizar 200 referencias de sobre diagnóstico y sobre tratamiento en salud mental en *Medline*, observa una alta demanda en atención primaria de casos de duelo. La experiencia que antes se superaba con la ayuda de familiares, amigos o creencias religiosas, actualmente pasa a ser responsabilidad del médico. Esto lleva a que los pacientes en duelo consulten y ante la demanda de aplacamiento de los síntomas de pesar, o por considerar el riesgo de un cuadro depresivo, los profesionales medicalizan la pena tratándola como un problema sanitario y prescribiendo psicofármacos.

1.3. Duelos por venir. Efectos de la Pandemia de SARS-CoV-2

Durante la pandemia se produjeron cambios a lo largo del mundo en la forma de morir, las experiencias de duelo y los rituales fúnebres. Esta situación imprevista, no contemplada en el proyecto de postulación al doctorado, atravesó parte del trabajo de campo y estuvo presente en algunas de las entrevistas realizadas para esta tesis. En ese contexto de carácter removedor, plagado de incertidumbre y angustia, la posibilidad de contagio y muerte, fue una constante en la mente de muchos ciudadanos. La eventualidad de la pérdida de un ser querido o la muerte propia era una de las preocupaciones cotidianas. Teniendo en cuenta esta circunstancia y, en la medida en que fue parte del contexto vital, de la historia de esta investigación y de las personas que participaron en ella, consideré necesario relevar estudios que vincularan los efectos de las muertes durante la pandemia, las medidas sanitarias implementadas y el aislamiento comunitario, en los duelos y en los rituales fúnebres de los supervivientes.

Se exploraron estudios ubicados en portales académicos nacionales e internacionales que investigaron las relaciones mencionadas entre pandemia de Covid-19, muerte, duelo y rituales realizados entre los años 2019 y 2023.

En las investigaciones consideradas, varios trabajos señalan el gran impacto de la pandemia en la experiencia de la muerte y el duelo. Tienen la característica de ser amplios en relación al tema, ofreciendo el tratamiento de las varias dimensiones involucradas.

Stroebe y Shut (2020) observan que la forma de morir de los sujetos, sin la compañía de familiares, en unidades de cuidados críticos, el manejo de los cuerpos luego de la muerte y la imposibilidad de despedidas y rituales son elementos transformadores de la experiencia de duelo en los Países Bajos. También Sayed (2022) en su estudio de caso, observa una ruptura en relación a la historia y transmisión generacional de los ritos de pasaje de la vida a la muerte en Kenia. Reporta una alteración e inhabilitación afectiva que deja de lado tradiciones culturales, el protagonismo del moribundo y los rituales de los familiares y miembros de la comunidad.

Coincidentemente en España, Araujo et al. (2020) hallan que las personas en duelo no cuentan con el apoyo de los rituales sociales y culturales para atravesar la experiencia y esto impacta en el procesamiento de la pérdida y en su salud mental.

Por su parte, en el trabajo de Arantes et al. (2020) en San Pablo, Brasil, se señala que la instalación brusca e irreversible de la enfermedad, la muerte repentina y en aislamiento, así como la ocurrencia de otras muertes, transforman las experiencias de pérdida sucedidas en pandemia. Son duelos marcados por la falta de soporte social, debido al estigma que se coloca en los sobrevivientes por miedo al contagio, lo que, sumado a la supresión o acortamiento de rituales constituye una experiencia traumática.

Preocupados por caracterizar este tipo de duelos, Hernández-Fernández y Meneses-Falcón (2021) realizan en Madrid, en los meses de julio a noviembre de 2020, una investigación donde analizan la experiencia de perder a un ser querido sin los rituales culturales y tradicionales que habitualmente se realizaban en esa ciudad al producirse una muerte. Para esto exploran las variables que afectaron el inicio del duelo en los familiares y la existencia de factores de riesgo asociados a este tipo de pérdida. En el estudio, de corte cualitativo, se entrevistaron 48 informantes, entre los cuales se encontraban tanto familiares, como profesionales que atendieron a los fallecidos durante la enfermedad. Las narrativas obtenidas en las entrevistas expresan que la muerte súbita, la ausencia de un último adiós, o la incertidumbre ocasionada por no saber cómo o dónde está el ser querido, fueron elementos que provocaron sensaciones de incredulidad e irrealidad, dificultando la asimilación de la muerte. Los entrevistados reportan que algunas familias pidieron a los médicos una prueba del fallecimiento, tal como, una foto o un efecto personal, el certificado de defunción, o solicitaron detalles concretos sobre el momento de la muerte. También expresaron la necesidad de conocer los detalles sobre los últimos momentos de la vida del fallecido intentando construir una historia con secuencia lógica que les permitiera aceptar lo sucedido. Por otro lado expresaron

que los familiares buscaron y recuperaron objetos pertenecientes a los muertos y mantuvieron el vínculo con personas cercanas al fallecido. Siguieron llamando a la residencia de ancianos después de la muerte, continuaron hablando con el compañero de dormitorio o incluso llamando al teléfono del fallecido para escuchar su voz en el buzón de mensajes.

Tanto el estudio madrileño de Hernández-Fernández y Meneses-Falcón (2021) como el neoyorkino de Imber-Black (2020) señalan que el no haber visto al ser querido antes o después de su muerte dificulta la aceptación de la pérdida y configura una sensación de incredulidad acerca del deceso que puede ocasionar dificultades en el inicio del duelo. Esta situación, sumada a la ausencia del rito de despedida hace que la experiencia se considere dentro de la categoría de las denominadas *pérdidas ambiguas* (Boss, 1999, 2010). Las mismas están cargadas de incertidumbre, dejan al sujeto perplejo y cronifican el proceso de duelo o dificultan su avance. La teoría de la *pérdida ambigua* fue también utilizada por Scheinfeld et al. (2021) para referirse a las múltiples pérdidas que se produjeron durante la pandemia, causadas por el confinamiento o el distanciamiento social. Hernández-Fernández y Meneses-Falcón entienden que este término cabe ser utilizado para las muertes y la experiencia de duelo ocurridas en este periodo. Señalan que los profesionales entrevistados confirmaron que la ausencia de un último adiós tanto antes como después de la muerte repercute negativamente y los deudos, conscientes de la dificultad de procesar sus duelos, reconocen la necesidad de ayuda psicológica. Éstos últimos agregan que necesitaban despedirse para lograr el convencimiento acerca de la muerte y poder cerrar una etapa y comenzar otra. Los que pudieron realizar algún acto ritual reconocieron el alivio que les supuso la celebración.

Por otro lado, intentando comprender los cambios en los cuidados del fin de la vida en la pandemia, el estudio brasileño de Crepaldi et al. (2020) ofrece la sistematización de experiencias reportadas en diferentes países acerca de los procesos de terminalidad, muerte y duelo en este contexto. Encuentran que las expresiones de cariño, condolencias y espiritualidad

sufren cambios en este escenario y resaltan la importancia de crear formas alternativas de ritualizar los procesos de vida y muerte que aporten nuevos sentidos sobre la pérdida y la historia de los sobrevivientes. Es claro que no solo los duelos a causa de muerte por Covid-19 son trastocados y Eisma y Tamminga (2022) en Amsterdam, comparan éstos últimos con los producidos frente a otras enfermedades que terminaron en fallecimiento. Encuentran que el duelo que deja la muerte por Covid-19 se caracteriza como un conjunto único, tanto de características y circunstancias de pérdida, como de sentimientos y vivencias de dolor y pena. Señalan que la fase de duelo agudo es más severa y el trastorno de duelo prolongado, más frecuente. Entienden que esta situación se debe a que fue una muerte inesperada y rápida, caracterizada por la incapacidad de despedirse adecuadamente del ser querido. Además, esta forma de morir tuvo una alta tasa de internación en las unidades de cuidados intensivos y alteró o inhabilitó las prácticas funerarias. Frecuentemente los sobrevivientes iniciaron sus duelos infectados con el virus, teniendo que hacer cuarentena, lo que generó vivencias de miedo, incertidumbre, angustia y expectativa de no recuperación.

Por su parte, desde la perspectiva de la psiquiatría se ubican investigaciones que vinculan la contexto sanitario con el desarrollo de duelos en riesgo o patológicos, frente a los cuales, es necesaria la intervención profesional. En esta línea, el estudio de Maylan et al. (2020), observa que la pandemia causa múltiples pérdidas relacionadas con la muerte misma y con la interrupción de las normas sociales, los rituales y las prácticas de duelo. Esto afecta la capacidad de los sujetos para conectarse con el difunto antes y después de la muerte, lo que puede aumentar el riesgo de un duelo complicado. En coincidencia, otros estudios (Boelen y Lefenrink, 2020; Briceño et al., 2020; Petry et al., 2020; Eisma et al., 2021; Selman et al., 2022) advierten que el duelo por muerte en pandemia de Covid-19 muestra síntomas del diagnóstico psiquiátrico de duelo complicado y dan recomendaciones y guías para superar esta situación. También, en la investigación de González-Rodríguez y Labad (2020) se encuentra que la

enfermedad por Covid-19 ha sido una fuente de estrés para los familiares, que en muchos casos no pudieron despedirse ni realizar un duelo en condiciones habituales. Consideran esto como factor de riesgo que puede derivar en la cronificación del duelo y no terminar de procesarse. Del mismo modo, en el estudio de Pearce et al. (2021), se prevé que las circunstancias relacionadas con la pandemia aumentarán el número de personas en riesgo de duelo complicado. Investigando los factores de riesgo asociados a la pandemia en Alemania, Hanauer et al. (2023) analizaron los duelos de las personas que solicitan atención para sobrellevar la pérdida. Encontraron que la falta de apoyo social, las limitadas posibilidades de acompañar a un ser querido moribundo y la ausencia de rituales de duelo son elementos frecuentes en estos casos y constituyen factores a valorar dado que existe el riesgo de configurarse un trastorno de duelo prolongado.

Desde otra perspectiva, el estudio de la Universidad de Mato Grosso en Brasil, llevado a cabo por Alves et al. (2021) considera además del impacto de la pandemia en la salud mental, el aumento de la prescripción de psicofármacos y las razones que se establecen para el uso de éstos con el objetivo de aplacar conflictos y situaciones estresantes generadas por la emergencia sanitaria. Entienden que dicho contexto es propicio para la patologización del sufrimiento y justifica la prescripción frente a cualquier signo de padecimiento subjetivo, incluso cuando éste es esperable con el momento acuciante que se enuncia. Con respecto a la prescripción de psicofármacos por duelo, consideran grave tanto la falta de estudios y valoraciones acerca de sus beneficios y/o riesgos relacionados al consumo como la intervención y modulación de afectos y procesos de elaboración de la pérdida que los fármacos pueden ocasionar. Dejan planteada la idea de que el duelo se convierta en pandemia a largo plazo con efectos negativos en los grupos y en los individuos por la carencia de elaboración social de la situación vivida.

Finalmente, otras investigaciones dan cuenta de la construcción social del duelo a partir de la generación de nuevos ritos para transitar las pérdidas en tiempos de pandemia. Es el caso

del estudio cartográfico realizado por las investigadoras de Melo y Merlhy (2020) que registra la experiencia colectiva de los duelos y los rituales fúnebres en el estado de Paraná, Brasil. Observan el surgimiento de varias estrategias que las personas desarrollan para enfrentar los desafíos que presenta la pandemia y sus restricciones. Acciones de solidaridad, colaboración, formulación de estrategias para el cuidado de uno mismo y de otras personas, tales como, espacios seguros para escuchar y contener las narrativas del duelo o las recolección de alimentos y recursos financieros para comunidades necesitadas, son experiencias del reconocimiento de que las vidas perdidas pertenecen a la comunidad de la que formaban parte.

Relevando las prácticas colectivas de rituales y acompañamiento del duelo en pandemia, los trabajos de Vicente da Silva (2020) y de Vicente da Silva et al. (2021) estudian la realización de velorios y despedidas en Río de Janeiro. Los mismos se realizaron mediatizados por celulares, en llamadas donde los líderes religiosos bendicen a los fallecidos y consuelan a los deudos, o en ceremonias después del entierro donde se cantan himnos fúnebres y se suplica por los supervivientes. También se montaron carpas al aire libre para velatorios en el interior de los cementerios como alternativa el uso de la capilla donde se reúnen los familiares de varios muertos en una suerte de ritual colectivo. Además se implementaron políticas de memoria para honrar a las víctimas de la pandemia, que van desde pequeños homenajes, como transformar las habitaciones de los muertos en altares domésticos a iniciativas que tienen como objetivo construir una identidad grupal para los afectados en las redes sociales, donde se comparten y se hacen públicos los sentimientos de duelo, la biografía de los muertos y las relaciones de éstos con la sociedad. Las autoras entienden que frente a la muerte, el lazo social se reinventa a partir de estas experiencias.

Por otro lado, varios trabajos expresan que los recursos digitales se han utilizado durante la pandemia con varios fines, como proporcionar información a los familiares de las personas enfermas o fallecidas (Beaunoyer et al., 2020) o generar grupos de apoyo en línea en caso de

duelo (Gibson et al., 2020). Asimismo, plataformas como Facebook, Twitter o Instagram permitieron expresar los sentimientos por la pérdida de un ser querido durante la pandemia (Selman et al., 2021) colectivizando de esta forma la pena.

De manera similar el estudio de Lo Bianco y Moura (2020) observa las formas alternativas de ritualización digital de la pérdida realizada por familiares y amigos del fallecido en busca de consuelo, aunque entienden, que no reemplazan los ritos tradicionales de cada cultura que se ven vulnerados en este contexto.

Pero si bien las valoraciones de estas tecnologías son apreciadas como un descubrimiento o estrategia de soporte de rituales fúnebres y duelos cuando se estudia la valoración de los sujetos sobre las mismas los resultados son disímiles. En este sentido, la investigación realizada en Quebec por Cherblanc et al. (2022) da cuenta de las diferencias de opiniones y experiencias acerca de la prácticas rituales digitales durante la pandemia. Observan que estas son utilizadas por pocas personas, dependiendo del conocimiento que se tiene de las mismas y, aunque fueron bien valoradas, su instrumentación no se correlaciona con indicadores de salud mental o determinantes de la experiencia favorable de duelo. Estas diferencias acerca del rol de las plataformas tecnológicas en relación al procesamiento de experiencias y afectos humanos como el duelo, podrían ser el foco de investigaciones futuras.

Capítulo 2. El Enigma del Duelo

En este capítulo se desplegarán los diferentes intentos de situar el concepto de duelo en la teoría psicoanalítica y las discusiones en torno al mismo hasta llegar a las producciones contemporáneas. Los desarrollos freudianos mostrarán varios momentos en la construcción de la noción de duelo, presentándose desde los primeros textos, vinculado al trabajo con la histeria y a lo largo de toda su obra, en relación a la descripción de cuadros clínicos, en especial de la neurosis, pero también, de otras formas patológicas de expresión de los afectos. El camino del pensamiento psicoanalítico, en conjunción con la demanda clínica y los avatares socio-históricos, ofrece más de una respuesta a la pregunta acerca de qué es un duelo, lo que deja entrever el denuevo por definir el concepto. Pero, este esfuerzo no puede evitar que el duelo siga generando interrogantes a lo largo de la obra freudiana. Quizás por esto el padre del psicoanálisis manifieste que el duelo es un enigma que no termina de dilucidarse para la teoría, que comporta preguntas acerca de la vida y la muerte y que persiste en ser de naturaleza oscura (Freud, 1996/1916).

La descripción de la experiencia de duelo ya había sido intentada por otros pensadores, antes de la formulación psicoanalítica. Puede rastrearse hasta encontrarse caracterizada en algunos trabajos previos. Uno de ellos es el estudio de Robert Burton, clérigo y erudito inglés, profesor de la universidad de Oxford que escribió brevemente sobre el duelo y otras formas de pérdida en su obra *The Anatomy of Melancholy* (1947/1651). Allí definió al duelo como una melancolía transitoria que afecta a todos los seres humanos en algún momento de su vida y estableció la diferencia entre la melancolía como una enfermedad y la melancolía como una reacción a eventos cotidianos como la muerte de un ser querido. Propuso que la melancolía se puede encontrar en la disposición o evento, refiriéndose a un contexto específico a partir del

cual se desarrolla, por ejemplo una pérdida, y como hábito, es decir, vinculado a una persona que tiene habitualmente un carácter melancólico, como un rasgo de personalidad.

Casi cien años después, Benjamín Rush, un médico estadounidense, incluyó el duelo en su libro *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind* (1962/1812) donde estableció una serie de síntomas emocionales y físicos tales como afasia, fiebre, suspiros, pérdida de memoria y desarrollo de canas, que se encontrarían en las personas en duelo. Además de describir esta sintomatología, Rush prescribe algunos remedios para aplacar los síntomas del duelo, que incluían el opio, la recomendación de llorar y, en casos extremos, la extracción de sangre mediante sanguijuelas y purgas.

Otro investigador que abordó el tema del duelo fue Charles Darwin. En su obra *La expresión de las emociones en el hombre y otros animales* (1902/1872), expuso y describió los gestos de duelo, distinguiendo entre una forma pasiva y una forma activa de vivenciar la pena. También el escritor y abogado inglés Alexander Faulkner Shand en su trabajo *The foundations of character. Being a study of the tendencies of the emotions and sentiments* (1914), estudia y describe cuatro reacciones de duelo, activo y dirigido agresivamente al mundo exterior, depresivo y falta de energía, reprimido mediante el autocontrol y el que involucra una actividad física frenética. Menciona además, otros aspectos del problema, como la necesidad de apoyo social, la relación continua con el fallecido y el trauma asociado con la muerte súbita.

Como se observa, en estos trabajos encontramos una caracterización del duelo en razón de la diferencia con otros estados (Burton), a partir de síntomas (Rush), desde la gestualidad de la pena (Darwin) y tomando en cuenta sus manifestaciones emocionales (Shand). Cada una de estas perspectivas acerca aspectos del problema que serán, en alguna medida, retomados y situados por el psicoanálisis⁸. Pero, si bien las producciones mencionadas ofrecen una amplitud

⁸ Con esta expresión me refiero a la preocupación por los síntomas, las expresiones y la descripción del duelo o su diferenciación con la melancolía. No pretendo establecer que son referencias para Freud dado que no hay datos concretos de esta posibilidad, ni citas al respecto en la obra del psicoanalista.

de abordajes y muestran cierta preocupación sobre el punto, no derivarán en investigaciones relevantes sobre el duelo o no serán conocidos por el tratamiento del tema.

Será necesario llegar a 1917, para que se exponga el ensayo, *“Duelo y Melancolía”* (Freud, 1996/1917), que balizará los estudios empíricos y los desarrollos conceptuales posteriores sobre el duelo, siendo un antecedente fundamental reconocido por varias disciplinas.

Cabe aclarar que este hito, aunque queda cristalizado en dicho ensayo, contiene nociones que se encuentran en los orígenes de la teoría psicoanalítica y siguen siendo motivo de reflexión teórico-clínica a lo largo de la obra freudiana llegando hasta los desarrollos contemporáneos.

En virtud de esto, al buscar respuestas acerca las características de la experiencia de duelo, se tomará como punto de partida la teoría psicoanalítica, entendiendo, por un lado, que oficia de antecedente que influenciará el campo de la psiquiatría y la psicología, disciplinas que se han especializado en la definición y tratamiento del problema y, por el otro, por haber permeado en las ciencias sociales y engarzado en las nociones populares, impregnado la noción del duelo en la sociedad occidental.

La matriz teórica freudiana será la que dará lugar a la multiplicidad de investigaciones académicas y clínicas⁹ sobre el duelo, de allí, la centralidad de su propuesta y la necesidad de exponerla en este estudio.

⁹ Estas se observarán en capítulos subsiguientes.

2.1. El Pensamiento Freudiano. Varias Respuestas ante el Enigma

Duelos y Estados Afectivos

En los orígenes del psicoanálisis, Freud considera el duelo como un afecto, es decir, un estado anímico, emoción o sentimiento que manifiesta de manera cualitativa un monto de energía¹⁰. Tempranamente, en su descripción sobre los estados afectivos persistentes de naturaleza penosa (Freud, 1996/1890) incluye el duelo y detalla sus consecuencias sobre el cuerpo del afligido, cambios físicos, tales como el adelgazamiento, el envejecimiento o en la coloración de la piel. Al hacerlo retoma las descripciones acerca de la melancolía, producidas doscientos cincuenta años antes, por el clérigo inglés Burton (1947/1651). Pero, si bien la referencia teórica es clara y en la descripción freudiana es posible notar cierta continuidad entre la noción de duelo y el tradicional cuadro de melancolía, ya en 1895, el neurólogo vienés intentaba establecer una distinción entre ambas nociones. Es así como, en el Manuscrito G (Freud, 1996/1895), tratando de esclarecer la relación entre anestesia sexual y melancolía, plantea que el duelo es un afecto generado por algo que se perdió en la vida pulsional. Este afecto, de naturaleza penosa, si bien provoca desajustes en el sujeto, comporta cierta causa que lo mantiene ocupado, el objeto perdido. Tanto para el duelo como para la melancolía hace falta que algo se haya perdido y que sea, por tanto, añorado. Es por eso que Freud establece que el duelo es el afecto de la melancolía dando a entender que este cuadro se ubica en lo que excede a un cuadro típico, sería como la forma extrema de un duelo. En su clasificación primaria de los tipos de neurosis, llegará a denominarla como amentia¹¹ alucinatoria aguda en referencia a un modo patológico de la defensa, es decir, el exceso de un afecto psíquico que desborda al

¹⁰ Para el psicoanálisis se entiende por afecto "...todo estado afectivo, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general...es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones..." (Laplanche y Pontalis, 1996 p. 11). Al respecto, la delimitación del concepto por parte de Freud quedará plasmada, ya avanzada su primera teoría pulsional, donde plantea que "...los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones..." (Freud, 1996/1915 p. 174).

¹¹ Esta denominación puede encontrarse también escrita como "amencia".

sujeto. En este sentido ubicará a la melancolía del lado de las “...aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales: del *conflicto* (histeria), del *reproche* (neurosis obsesiva), de la *mortificación* (paranoia), del *duelo* (*amentia* alucinatoria aguda). Se distingue de estos afectos por no llevar a tramitación alguna, sino al daño permanente del yo...” (Freud, 1996/1896 p. 260). Todos estos cuadros: histeria, neurosis obsesiva, paranoia, amentia; son acompañados de afectos que, si se exacerban, hacen que el sujeto enferme.

Esta forma de considerar la intensidad o el exceso para dilucidar un cuadro clínico, tiene como referencia la escuela francesa, el contacto de Freud con Charcot y la clínica de la Salpêtrière. De ella deviene la idea de un caso típico, el del exceso de duelo melancólico, que será la base para desarrollar la noción de la enfermedad del duelo. Particularmente Freud será claro en relación a los afectos penosos del duelo, que cada tanto llamará “depresivos”, de los cuales dirá que “...casi con exclusividad... pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso...cuanto de enfermedades de otros órganos... cabe suponer que la persona afectada tenía desde antes la propensión hasta entonces ineficaz, a contraer esa enfermedad...” (Freud, 1996/1890 p. 191). Más adelante en su obra, en 1909, Freud retoma la idea de la transformación del duelo en una enfermedad a propósito del caso del Hombre de las Ratas, pero vinculado al tema del tiempo, consignando que el duelo normal dura uno o dos años, mientras que el duelo patológico es de duración ilimitada (Freud, 1996/1909 p.147). Un año después, al escribir sobre el suicidio, situará nuevamente la melancolía en comparación con el duelo para decir lo poco que conoce de los afectos que componen estos cuadros clínicos (Freud, 1996/1910 p. 232).

Duelo, Libido y Trauma

En 1910, estudiando la paranoia de Schreber (Freud, 1996/1910), Freud comenzará a tratar el problema en términos de la distribución libidinal. En este punto, el duelo adquiere otra

caracterización, que lo ubicará como lugar de concentración, de fijación de la libido pero también, de su liberación. Al respecto dirá que “...es seguro que en la vida anímica normal (y no sólo en el duelo) consumamos de continuo tales desasimientos de la libido de personas u otros objetos, sin enfermar por ello...” (Freud, 1996/1910 p. 66). La fijación va a dar cuenta de la ligazón libidinal con el objeto y, con respecto al duelo, la concentración de la libido será de índole particular, “...se vincula a la memoria enlazada al muerto y pertenece al campo de la normalidad...” (Freud, 1996/1909 p. 14). Establece así una nueva definición de duelo como fijación a una vivencia u objeto que es esperable que, por un lado, se presente en un tiempo determinado y, por el otro, remita en un corto plazo. Sin embargo, nuevamente, el duelo debe ser establecido a partir de lo que desborda el campo de la normalidad. Para ejemplificar lo anterior recurre a una viñeta clínica, referida una mujer paciente de Breuer (Freud, 1910/1909), que enfermó mientras cuidaba al padre en estado moribundo. Se destaca en este punto la vinculación que hace Freud del duelo con el trauma dando cuenta nuevamente de sus ideas acerca de fenómenos que pueden devenir patológicos cuando su persistencia y ligazón con el objeto se profundiza. Finalmente la fijación se describirá como mecanismo existente en toda neurosis pero, el caso del duelo será considerado como una fijación afectiva al pasado que podrá ser distinguido a simple vista de la neurosis. Con respecto a esta distinción Freud expresará,

...observemos todavía, sobre el tema de la fijación a una determinada fase del pasado, que un hecho así rebasa con mucho las neurosis. Toda neurosis contiene una fijación de esa índole, pero no toda fijación lleva a la neurosis, ni coincide con ella, ni se produce a raíz de ella. Un modelo paradigmático de fijación afectiva a algo pasado es el duelo, que además conlleva el más total extrañamiento del presente y del futuro. Pero, a juicio de los legos, el duelo se distingue tajantemente de la neurosis. No obstante, hay neurosis que pueden definirse como una forma patológica del duelo. (Freud, 1996/1916-1917 pp. 252-253).

Estas ideas dejan entrever el problema de la caracterización del duelo como un afecto normal o patológico, que decantará finalmente en el ensayo clásico de 1917. Allí, donde la cuestión es retomada, se realiza un esfuerzo por delimitar la melancolía como un caso del duelo no logrado, eterno, por lo tanto patológico y el duelo normal, acotado a un tiempo y un trabajo determinado. Es claro que Freud no toma del todo el camino del trauma para postular una caracterización del duelo a pesar de que era un tema que estaba en el aire por los efectos de la Primera Guerra. En 1916, un discípulo y colaborador cercano como Sandor Ferenczi (2011/1916-1917) indaga y teoriza sobre el trauma vinculado a las neurosis de guerra y al desarrollo normal de los individuos. En su estudio clínico revela la composición narcisista de algunos tipos de traumas y principalmente sitúa el problema en el campo de las neurosis. Este aspecto, no es aceptado del todo por Freud, que todavía se debate entre lo normal y lo patológico del duelo, en hacer del duelo una neurosis particular, un trauma o una experiencia propiamente humana.

Reacción de Duelo

En 1917 Freud publica “*Duelo y melancolía*” (1996/1917) donde describe la dinámica psíquica del duelo y lo define como reacción normal frente a la pérdida de objeto. Lo que escapa a estos parámetros, la melancolía y los síntomas depresivos se consideran formas patológicas del duelo que tiene dificultad para efectuarse.

La idea de reacciones normales o anormales se remonta a los orígenes del psicoanálisis. Estudiando la histeria Freud va a sostener que frente a un acontecimiento traumático se produce una reacción por parte del sujeto de manera voluntaria o sin la voluntad, de un modo reflejo. Al respecto el siguiente texto sirve de ilustración,

Por «reacción» entendemos aquí toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la

venganza. Si esta reacción se produce en la escala suficiente, desaparece buena parte del afecto; nuestra lengua testimonia este hecho de observación cotidiana mediante las expresiones «*sich austoben*» {«desfogarse»), «*sich ausweinen*» («desahogarse llorando»), etc. Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo. (Breuer y Freud, 1996/1893 p.34).

El concepto de reacción, que venía siendo utilizado en la física y la química desde el siglo XVII, aparece en los diccionarios de medicina en 1820 (Starobinski, 1999) donde es posible encontrar clasificaciones de reacciones físicas y reacciones morales. La idea de la reacción física en medicina es profundizada por el médico y fisiólogo francés Bichat (1852/1800) quien la entendía como una energía defensiva ligada a las propiedades de la vida cuya función era actuar contra la destrucción para la conservación del individuo o la especie. Dicho autor investigaba si la reacción era siempre benéfica o podría ocasionar daño al volverse excesiva. Este término, encarnado en la medicina y fisiología de los siglos XVIII y XIX, proveyó un mecanismo para comprender las respuestas humanas y funcionó como sinónimo de reflejo (arco reflejo) que vincula un estímulo puntual con una respuesta esperable. En los orígenes del psicoanálisis el uso de esta terminología y sus referencias aseguraba la garantía de científicidad resguardada en la fisiología de los mecanismos cerebrales. En cuanto a las reacciones morales, designaban actos transitivos, voluntarios, que tendrían una causa e intencionalidad (Starobinski, 1999). Estas dos vertientes la fisiológica y la moral persisten en el ensayo acerca del duelo de 1917. Claramente se entiende que el concepto de duelo como reacción tiene que ver con la posibilidad de la descarga por un lado mediante el llanto y correspondiente despliegue de emotividad y por otro lado la movilización y retiro pulsional de las investiduras de objeto. Pero, a la vez, se lo puede entender como una necesaria reacción moral, en la medida en que, debe ajustarse a lo que se espera, ubicándose en el campo de cierta

normalidad, por ejemplo, se debe aceptar la prueba de realidad que refuerza la desaparición del objeto de amor y exhorta a aceptar la pérdida.

Trabajo, Desgaste y Economía del Duelo

Además de ser definido como “...la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1996/1917 p. 241), el duelo se considera un proceso intrapsíquico que consiste en un trabajo de elaboración denominado por Freud como trabajo del duelo (Freud, 1996/1917 p. 242). Dicho trabajo, de índole económica, tiene como correlato anímico la “...sensación de dolor psíquico...” propia del duelo (Freud, 1996/1926 p.158) y se inicia con el examen de realidad que muestra que el objeto ya no existe. Situación no aceptada de manera inmediata sino luego de un tiempo, con mucho esfuerzo. Mientras se suscita este proceso, el doliente deja de interesarse por el mundo exterior y toda su preocupación se ubica en el objeto perdido. Paulatinamente “...cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados...y en ellos se consuma el desasimiento de la libido...” (Freud, 1996/1917 p. 243). Este trabajo que implica desgaste, cansancio y dolor se realiza retirando las investiduras que recaen en las representaciones del objeto perdido. El mecanismo de desinversión, se entiende, estaría dado por la resignación y la introversión de la libido, tal como fue expuesto por Freud en relación al narcisismo secundario (Freud, 1996/1914). Así, al final del trabajo de duelo se recupera la libertad de volver a volcar la libido en otro objeto. En este punto, donde la operación del duelo se torna mecánica, es importante señalar la dificultad que tiene agregada esta acción. La misma no implica solamente el retiro de la posición libidinal, sino que comporta un aspecto central que hace que todo duelo refleje, en su desarrollo, la historia particular del sujeto que lo experimenta y del objeto perdido. No es por cualquier objeto por el que se lleva a cabo un duelo. La reducción de la vivencia de duelo a un proceso mecánico

sustentando en razones de economía libidinal, dejaría planteado un problema, en la medida en que generaliza un procedimiento, normativizando la experiencia subjetiva de pérdida. Esto hace incomprensible, el esfuerzo en ocuparse de un tema que, según este tiempo de la teorización freudiana, se resuelve en el campo de lo contingente y opera por razones económicas.

El Amor y del Odio en Duelo

Teorizar sobre el duelo será también, desde la perspectiva freudiana, hablar de las formas de amar/odiar, es decir del lugar del otro para el doliente. No será cualquier objeto el que provoque un duelo sino aquel que tiene “...una importancia reforzada por millares de lazos...” (Freud, 1996/1917 p. 253) y la tarea del duelo implicará hacer algo con los sentimientos de amor y de odio presentes en esa relación. Freud plantea que en el melancólico, por la ambivalencia de sentimientos frente al objeto, a nivel inconsciente, se librarán “...una multitud de batallas...” (Freud, 1996/1917 p. 253). Dirá también que las mismas están presentes en el duelo, de forma limitada, y que si bien se inician de manera inconsciente, prosiguen su desarrollo, preconsciente y consciente durante el transcurso de dicha experiencia, acompañando la desazón y el ánimo, provocando sentimientos de culpa y remordimientos.

La ambivalencia de sentimientos vinculada al duelo fue tratada por Freud en “*Tótem y Tabú*” (1996/1912-1913). Hablando de las sociedades primitivas¹² y las ceremonias en ocasión de dar muerte a los enemigos, plantea la existencia de un Tabú frente a los muertos y expone una variedad de ritos que se realizaban para purificarse, apaciguar y expiar el acto de la muerte. Estas acciones darían cuenta de la existencia de sentimientos hostiles inconscientes que acompañan los de amor, propios de todo vínculo, que son vividos de manera intensa en el transcurso de los duelos.

¹² Expresiones tales como “sociedades primitivas” “tribus primitivas” “hombres primitivos” se establecen en el texto por ser las denominaciones utilizadas por el autor en referencia a grupos humanos originarios.

Con respecto a la muerte y a la relación con los muertos, es importante considerar lo que Freud analiza en torno al tabú que pesa sobre éstos en su doble significado de sagrado y ominoso (extraño y familiar). Nuevamente, tomando el caso de las tribus primitivas, expone la idea de tabú para plantear las restricciones y el trato que se le da a los muertos en esas sociedades. En estos casos se obliga al aislamiento, se prohíbe hacer mención al muerto, a su vida, así como también nombrarlo. Esto iría a contrapelo de la presencia innegable y la necesidad incoercible de hablar del muerto, propia del duelo, donde el doliente "...gusta de ocuparse del difunto, evocar su memoria y conservarla el mayor tiempo posible..." (Freud, 1996/1912-1913 p. 63). Por esta razón, Freud termina descartando al duelo como causa del tabú y en todo caso termina vinculándolo a la angustia y a la ambivalencia de sentimientos. De este modo entablará un paralelismo entre el cuadro clínico de la neurosis obsesiva para argumentar que las restricciones que impone el tabú "...se comportan...de manera bi-escindida, como los síntomas neuróticos. Por una parte, en virtud de su carácter de restricciones, dan expresión al duelo, pero, por la otra, dejan traslucir claramente lo que pretenden ocultar: la hostilidad hacia el muerto..." (Freud, 1996/1912-1913 p. 67). Sin abandonar las explicaciones acerca de la angustia ante los demonios y los espíritus malignos de influyentes autores que cita en su obra, Wundt, Kleinpaul y Westermarck, Freud delimita estas conductas y las vincula con cuadros clínicos y síntomas neuróticos como los reproches obsesivos frente a la pérdida del ser amado, que reflejan la culpa por el deseo inconsciente de darle muerte y sobrevivirlo. Extiende y adjudica lo que se expresa de manera amplificada en cuadros psicopatológicos, planteado que los sentimientos de ambivalencia son constitucionales en todos los individuos de la especie. La hostilidad sería proyectada en el mundo exterior, en la figura del muerto que se transforma en alguien de quien hay que resguardarse. El sentimiento de odio con respecto a los seres queridos pre-existe a su muerte pero no deviene consciente hasta que se produce el deceso de la persona amada/odiada. La experiencia de duelo implica verse con esta dinámica psíquica y producir

mecanismos para que el conflicto pueda desplazarse. Este conflicto no deja de ser otro que el que se muestra en el dramática edípica que sigue teniendo efectos y modulando aún la relación con los muertos. La supervivencia del deudo, promueve además, la culpa frente a la satisfacción por la muerte, generando un inevitable conflicto con la vertiente del amor. El duelo, entonces, cumple la función de desligar el lazo con el difunto en la medida en que

...está destinado a desasir del muerto los recuerdos y expectativas del supérstite.

Consumado ese trabajo, el dolor cede y, con él, el arrepentimiento y los reproches...también la angustia...a estos mismos espíritus, primero temidos como demonios, les espera la destinación más benigna de ser venerados como antepasados e invocados como auxiliadores. (Freud, 1996/1913-1912 p. 71).

La idea de la ambivalencia de sentimientos es explicada también en virtud de la constitución subjetiva, es decir, el sujeto se configura como tal en relación a otro, por identificación, teniendo un peso determinante que se muestra en el duelo. Esto quedará más claro en 1915 cuando, al plantear la situación de los hombres primitivos con respecto a la muerte, Freud expone que en los duelos de los seres queridos se impone la idea de la propia muerte. Apoyado en su trabajo anterior sobre el ritual totémico expresa que

... cada uno de esos seres queridos era un fragmento de su propio yo, de su amado yo.

Pero por otra parte a esa muerte la consideraba merecida, pues cada una de las personas amadas llevaba adherido también un fragmento de ajenidad. (Freud, 1996/1915 p. 294).

A partir de este ejemplo, que toma de los estudios antropológicos de la época, extrapola la idea de la ambivalencia de sentimientos considerándola presente en hombres y mujeres. Hablará de ella como una “ley” que rige los vínculos humanos, aclarando que en el duelo, la faceta hostil de la ambivalencia se desplaza al extraño, al muerto, del cual hay que cuidarse. El rechazo de la muerte y del muerto, así como la añoranza y amor hacia el difunto, comportan

una complejidad afectiva expresada en la ambivalencia de sentimientos que es posible encontrar tanto en los duelos de los hombres primitivos como en el de los contemporáneos.

Tiempo y Final del Duelo

Las ideas acerca del tiempo de duelo están presentes desde los primeros trabajos de Freud en el marco de las descripciones clínicas. El tiempo del duelo o de un tiempo para el duelo es mencionado en el historial de Elizabeth Von R. cuando refiere a que los cuidados hacia los enfermos pueden desempeñar, en algunos casos, un rol determinante en la predisposición a la histeria (Freud, 1996/1893 p. 175). Expresa que quien cuida al enfermo concentra toda su energía, toda su mente, tiempo y necesidades en el convaleciente, dejando de lado su mundo afectivo, descuidándose en favor de la tarea. Durante ese proceso se da en el cuidador un sofocamiento y postergación de las emociones que quedan solapadas frente al exigente trabajo. Si el enfermo se recupera, el logro de los cuidados hace que las vivencias sofocadas sean descartadas pero si muere “...irrumpe el tiempo del duelo, en el cual sólo parece valioso lo que se refiere al difunto, y entonces les toca el turno también a esas impresiones que aguardaban tramitación...” (Freud, 1996/1893 p. 175-176). Freud vincula esta situación al desarrollo de la histeria pero también aclara que se presentará donde no se despliega esta patología. En ambos casos, además de adscribir cierto tiempo para el duelo, donde se concentran los afectos y las preocupaciones en el ausente, se consigna la necesidad de un proceso o tramitación afectiva. La misma consiste en un trabajo de rememoración, de volver a recordar esas escenas y en cierta medida abreaccionarlas, liberando esos afectos, mediante el llanto y la pena en una “...tramitación con posterioridad {*nachträglich*}...” (Freud, 1996/1893 p. 176), haciendo un paralelismo con el proceso de curación de la histérica. Con estos desarrollos van a quedar presentadas las ideas de un tiempo y una tramitación como elementos que forman parte de todo duelo. También la idea de que en algún momento, cuando estén tramitados todos los recuerdos,

el duelo finalizará. Al articular estos conceptos, el de la temporalidad y el de la tramitación, Freud ubica al duelo en el registro de la conciencia en la medida en que apela a un tiempo cronológico dejando de lado los aspectos relativos a los procesos inconscientes donde la temporalidad no se registra en tales términos. Pero, si bien en los trabajos iniciales de 1896 se piensa en un tiempo de atenuación para facilitar la extinción y desaparición del duelo, no se establece un período esperable para que esto suceda. Será años después, cuando escribe el historial del Hombre de las Ratas donde menciona que la enfermedad de quien fuera su paciente

...se ha acrecentado enormemente desde la muerte de su padre... reconozco al duelo por el padre como la principal fuente de la intensidad de aquella. El duelo ha hallado en la enfermedad una expresión patológica...mientras que un duelo normal transcurre en uno o dos años, uno patológico como el suyo es de duración ilimitada. (Freud, 1996/1909 p. 147)

Con la mención a este lapso de tiempo, donde se dará lugar la tramitación de la pérdida, podemos suponer una terminación del duelo.

Para Freud el duelo finaliza con la sustitución del objeto de amor, luego de retirada la libido depositada en el objeto ahora muerto, ésta queda libre para investir otro¹³, en relevo del perdido. La sustitución como destino final del duelo queda explicitada cuando el autor refiere a que "...si los objetos son destruidos o si los perdemos, nuestra capacidad de amar (libido) queda libre de nuevo. Puede tomar otros objetos como sustitutos o volver temporariamente al yo..." (Freud, 1996/1917 p.310). El reemplazo como desenlace del duelo, supone todo un movimiento libidinal costoso para el sujeto, la resignación, la introversión y una nueva elección

¹³ El objeto será contingente, y según la teoría psicoanalítica, todos los objetos serán sustitutos del objeto originario perdido, del cual dirá: "El hallazgo {encuentro} de objeto es propiamente un reencuentro." (Freud, 1993/1905 p.203).

de objeto. Esto es lo que, para Freud, no logra el melancólico, donde la libido, en lugar de volver a investir un nuevo objeto de amor, se vuelca sobre el yo.

Es necesario acompañar estas ideas con lo expresado en otros trabajos freudianos, cercanos en el tiempo y complementarios al ensayo de *“Duelo y Melancolía”*. Escribiendo *“Nuestra actitud ante la muerte”* (Freud, 1996/1915 p. 291) plantea que existe una negación a sustituir el objeto perdido y en *“La transitoriedad”* preguntándose porqué el duelo resulta tan doloroso, aclara “...No lo comprendemos, ni por el momento podemos deducirlo de ningún supuesto. Sólo vemos que la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos aunque el sustituto ya esté aguardando...” (Freud, 1996/1916 pp. 310-311). Estas afirmaciones son encontradas nuevamente muchos años después en la correspondencia con Binswanger del 22 de abril de 1929, en el contexto de la muerte de Sophie, segunda hija de Freud, donde escribe: “...se sabe que el duelo agudo que causa una pérdida semejante hallará el final, pero uno permanecerá inconsolable sin hallar jamás un sustituto...” (Caparrós, 2002 p. 228). Como es notorio, estas últimas citas, pueden hacer pensar que el duelo no termina con la sustitución del objeto perdido por un nuevo objeto, o que en todo caso, bajo esa operación no hay duelo posible. Freud resuelve el problema apelando al imperio de la vida, proponiendo que el duelo tendrá finalmente, pasado un tiempo, una remisión espontánea y la libido quedará libre para encontrar otro objeto (Freud, 1996/1916). De esta manera parece ser que la finalización del duelo sería algo observable y se constata con la prosecución de la vida del doliente en condiciones de retomar su relación con el mundo. Es claro también que esto podría suceder aunque el duelo no este finiquitado, en realidad no lo sabemos a ciencia cierta. Esta posición acerca la noción de duelo al campo de la inhibición y la patología, en la medida en que la prueba de estar exento de duelo es el retorno a la vida y al encauzamiento de la conducta anterior desviada por el dolor ante la pérdida.

Enfermar por Duelo

Si bien en el texto de 1917 Freud se preocupa por definir el duelo, el objetivo de su obra parece ser el esclarecimiento de la melancolía. La familiaridad entre duelo y melancolía es reconocida por las coincidencias de causas y manifestaciones. Solamente falta en el duelo "...la perturbación del sentimiento de sí..." (Freud, 1996/1917 p.242), propia de la melancolía que, se destaca, por la imposibilidad de efectuar el duelo.

En el sujeto melancólico, los lazos libidinales que lo unen al objeto perdido no se resignan y se retienen por identificación, imposibilitando investir otros objetos, lo que significaría el fracaso del trabajo de duelo. La necesidad de responder a las interrogantes que generaba la melancolía hace que la teoría del duelo se presente vinculada fuertemente a un cuadro clínico y a criterios de normalidad.

En su trabajo, Freud plantea que si bien el duelo y la melancolía tienen "...idénticas influencias..." (Freud, 1996/1917 p. 241), se diferencian. Serán esas diferencias las que le permitirán decir que

...a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo. (Freud, 1996/1917 pp. 241-242)

A partir de esto se delimitará una caracterización del duelo, en primer lugar, como un fenómeno que comporta modificaciones de la conducta calificadas de "graves", es decir, no habituales, que escapan a cierta normalidad, de tal modo que podríamos pensar en que la persona que las experimenta enfermó. Con la palabra -normalidad- no es claro si Freud refiere a las conductas habituales de un sujeto determinado o a un criterio más general, universal, de normalidad. En segundo término plantea que estas conductas por más desviadas que sean, no lo convierten en una enfermedad, es decir, no incluye al duelo en el campo de la patología y

por lo tanto no se hace necesario un tratamiento especial. Este punto no es claro que se sostenga fuertemente, si observamos que en su trabajo, Freud va a dar cuenta de una serie de manifestaciones del duelo que podrían ser consideradas como signo de una condición patológica: el dolor psíquico, el pesar constante, la pérdida de interés por el mundo conservando únicamente la preocupación y los recuerdos sobre el reciente fallecido, la incapacidad de sustituirlo por otro objeto de amor, la imposibilidad para realizar una actividad productiva. En realidad, lo que hace Freud es presentar una descripción que puede valer tanto para el duelo como para la melancolía. Es cierto que aclara que, para poder pensar en ésta última, faltaría la perturbación del sentimiento de sí y la conciencia de la pérdida del objeto, terrenos siempre a explorar. El punto en común es la pérdida y los efectos de la misma en el sujeto y, en ese campo, la singularidad y el tipo de pérdida parece ser determinante. En tercer lugar, y en estrecha vinculación con el punto anterior, menciona que las conductas del duelo se prolongaran por un período de tiempo acotado, retomando lo establecido en ocasión del historial del *Hombre de las Ratas* (Freud, 1996/1909 p.147), pero en este trabajo, sin consignar un lapso concreto de tiempo, simplemente diciendo, que los duelos ilimitados serán patológicos. Esto agrega, como plus a la descripción del duelo melancólico, la imposibilidad de tramitación de la pérdida, es decir, no se logrará superar esta experiencia. También el duelo normal comporta la expectativa de algo a ser superado, un obstáculo, dificultad, algo a vencer o lograr para restablecer el estado anterior a la pérdida, para liberarse de ese afecto sin que quede marca de ese suceso. Finalmente Freud, advierte que la experiencia no debe ser intervenida, debido a la idea, de que el duelo es un proceso o reacción de índole natural que se desarrolla en un sujeto y remite sola.

2.2. Variaciones, Interpretaciones y Críticas Pos-freudianas a la Teoría del Duelo

Karl Abraham y la Introyección del Objeto Perdido como Consuelo

Karl Abraham, discípulo y amigo de Freud, acompañó los desarrollos de la teoría psicoanalítica del duelo con fidelidad pero no sin conflicto y resentimiento debido al escaso reconocimiento de sus aportes sobre el tema. El psiquiatra y psicoanalista alemán, contribuyó en 1911, con la postulación de dos cuadros clínicos, el de la depresión neurótica, que diferencia de la simple tristeza debida a la frustración del objeto sexual reprimido e inconsciente y el de la depresión psicótica, en donde encuentra un odio pre-existente que lleva a que el sujeto sea incapaz de amar. Esto último configura la puesta en juego y proyección de un deseo criminal que se reprime y convierte en culpa (Abraham, 1980/1911). Luego en 1916, desarrolla la idea, valorada por Freud, de la regresión del melancólico a la etapa oral del desarrollo, haciendo que se preserve el deseo de incorporar el objeto, planteando la existencia de una tendencia inconsciente a devorarlo y a destruirlo (Abraham, 1980/1916). Finalmente en 1924, en la medida en que sigue estudiando la melancolía, consigue formular la existencia de dos periodos en la fase anal freudiana del desarrollo: uno retentivo propio del obsesivo y uno expulsivo, más primario que el anterior, en el que reina la hostilidad hacia el objeto, aspira a destruirlo y no darlo por perdido, este último se adscribe al sujeto melancólico.

Al igual que Freud, Abraham consideró que el duelo y la melancolía estaban vinculados pero era posible diferenciarlos. Dirá que el sujeto en duelo tiene como principal finalidad la preservación de las relaciones con el objeto muerto como una forma de compensar la ausencia mientras que en la melancolía se quiere destruir al objeto perdido. Además, en el duelo hay un conocimiento consciente de la pérdida y en la melancolía esta característica no se presenta.

Un aspecto interesante, que aleja a Abraham de las nociones freudianas, es la idea de introyección del objeto perdido que se produce durante el duelo. Para este psicoanalista el trabajo de duelo consistía en incorporar/introyectar a la persona muerta para curarse de la

pérdida. En este sentido, entendía el duelo como un consuelo debido a que el objeto amado nunca se perdía del todo. Además, la preocupación por si el duelo es un proceso normal o no, lo llevó a plantear la ambivalencia de sentimientos como algo de índole patológico, propio de la melancolía, discutiendo con Freud la característica constitutiva y universal del tenor a la vez hostil y amoroso presente en la relación con el objeto.

Estas divergencias, al parecer sutiles, comienzan a delimitar, dentro de la nascente comunidad psicoanalítica, el duelo como un concepto problemático. Frente al mismo, hay un requerimiento constante, dirigido a delimitar su pertenencia al campo de lo normal o lo patológico. Esta cuestión persistió en el trasfondo de la teoría como una preocupación recurrente que no lograba saldarse de manera definitiva. Más adelante, terminará derivando en el acuerdo de ciertas pautas o esquemas a partir de los cuales se podrá decir que el duelo es normal siempre y cuando se lleve a cabo de determinada manera.

La Ausencia de Duelo

Será la psicoanalista, Helene Deutsch, discípula tanto de Freud como de Abraham, la que se animará a ir un paso más allá en la teorización del duelo. Ella será heredera del problema acerca de la categorización del duelo normal o patológico y postulará firmemente su posición basada en las líneas que quedaron abiertas en la construcción freudiana. En 1937 escribe *The Absence of Grief* donde planteará tres ideas fundamentales. La primera refiere a que el trabajo de duelo “...does not always follow a normal course. It may be excessively intense, even violent, or the process may be unduly prolonged to the point of chronicity...” [...no siempre sigue un curso normal. Puede ser excesivamente intenso, incluso violento o el proceso puede prolongarse indebidamente hasta la cronicidad...] (Deutsch, 1937 p. 12). Esta variante del duelo puede tener su causa en la ambivalencia de sentimientos, en los casos donde se puede encontrar una primacía de la hostilidad hacia el objeto y un amplificado sentimiento de culpa donde

“...the reaction to death is greatly intensified, assuming a brooding, neurotically compulsive...The reaction may be so extreme as to culminate in suicide” [la reacción a la muerte se intensifica, asumiendo un carácter inquietante, neuróticamente compulsivo...La reacción puede ser tan extrema como para culminar en el suicidio.] (Deutsch, 1937 p. 13). Lo que la psicoanalista está señalando es la posibilidad de un duelo con dificultades de ser tramitado en un sujeto neurótico. Es decir, enuncia que la alteración (o problemas en el duelo) no estaría dada solamente en el campo de la psicosis melancólica. La autora llega a esta conclusión a partir del trabajo clínico donde encuentra a pacientes neuróticos con manifestaciones de ansiedad severa que viene a reemplazar el estado de duelo normal.

La segunda idea que Deutsch expresa se refiere a la ausencia de duelo. Cuando muere un ser amado este suceso debe producir una reacción de duelo. Si el duelo no se presenta, será el signo de una condición patológica al igual que el duelo prolongado o crónico. Esto refuerza lo explicitado en el apartado anterior dado que, nuevamente esta caracterización del fenómeno de duelo, en este caso el duelo ausente, legitima la posibilidad de que se efectúe un duelo patológico en un sujeto neurótico. Se difumina así el límite trazado por Freud entre el duelo y la melancolía, entre neurosis y psicosis.

En tercer lugar Deutsch plantea que el duelo que no se manifiesta y que ella denomina “ausente” se expresará de alguna forma, resurgirá de alguna manera. Esta suspensión del sufrimiento o huida del padecimiento, será siempre temporal y el duelo se manifestará en el momento que se disponga de libido para enfrentar ese desafío. Para fundamentar esta idea recurre a la clínica, primero infantil, luego del adulto, ejemplificando con casos de duelos ausentes de varias viñetas de sus pacientes y exponiendo la causa de tal eventualidad. A partir de ellos mostrará que tanto en niños como adultos, la tramitación del duelo, implica un gran esfuerzo que muchas veces no puede ser asumido por el aparato psíquico. Deutsch dirá que

If grief should threaten the integrity of the ego, or, in other words, if the ego should be too weak to undertake the elaborate function of mourning, two courses are possible: first, that of infantile regression expressed as anxiety, and second, the mobilization of defense forces intended to protect the ego from anxiety and other psychic dangers. The most extreme expression of this defense mechanism is the omission of affect. [Si el duelo amenaza la integridad del yo o, en otras palabras, si el yo es demasiado débil para asumir la elaborada función del duelo, son posibles dos caminos; primero el de la regresión infantil expresada como ansiedad, y el segundo, la movilización de fuerzas de defensa destinadas a proteger al yo de la ansiedad y otros peligros psíquicos. La expresión más extrema de este mecanismo de defensa es la omisión del afecto.] (Deutsch, 1937 p. 14)

Al final de su trabajo, la psicoanalista arriesga una suposición sobre lo que se denomina depresiones no motivadas, es decir, sin causa externa. Serían efecto de las reacciones emocionales que fueron retenidas, inmovilizadas, por ejemplo en los duelos, y que permanecen activas prontas para desarrollarse, en este caso como depresiones a posteriori, en un tiempo lejano del suceso de pérdida. La idea de que el duelo no manifestado es tan patológico como el duelo que se manifiesta de manera intensa y perdura en el tiempo será uno de los supuestos que impulsará las investigaciones posteriores y actuales sobre el tema (Graneck, 2008). Deutsch con su trabajo terminará legitimando el concepto de duelo patológico más allá del cuadro de la melancolía. Generaliza la idea de que las personas en duelo están potencialmente enfermas y necesitan ser observadas para corroborar si llevan a cabo de manera adecuada el “trabajo de duelo”. Si éste último no logra desarrollarse como se describe en la teoría, resurgirá de manera sintomática y se corre el riesgo de que los sujetos enfermen. Será responsabilidad de la persona en duelo realizarlo y tener el control de sus afectos para no desequilibrarse.

Melanie Klein, Duelo y Constitución Subjetiva

Melanie Klein retoma la teoría freudiana del duelo y amplía su alcance, otorgándole un papel fundamental en la constitución del psiquismo. Según su planteo, el duelo está en el origen del sujeto, al igual que lo había establecido Freud y será a partir de la pérdida del objeto originario que se posibilitará la instauración del sujeto deseante. La psicoanalista establecerá que en edad temprana el niño "...pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto...son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso..." (Klein, 1990/1940 p. 347). Los procesos mentales tempranos a los que hace referencia se circunscriben a su teoría sobre las posiciones. El concepto de posición es estructural, refiere a toda la vida psíquica y se distingue por tanto de las fases freudianas. La posición en que esté el sujeto, esquizo-paranoide o depresiva, indicará el tipo de relación con el objeto, así como, el tipo de ansiedad, angustia, fantasías inconscientes y mecanismos de defensa implementados. Estas posiciones pueden reaparecer en un momento dado del desarrollo y repetirse o reeditarse según la circunstancia de la vida.

Primeramente para Klein, en la vida del lactante se presenta la posición esquizo-paranoide. Aquí, debido a los mecanismos de escisión, propios de esta posición, la gratificación del pecho constituirá a este como objeto parcial bueno y amado y la frustración como objeto parcial malo, persecutorio y odiado. Es decir, se defenderá introyectando e idealizando lo bueno y proyectando lo malo del objeto persecutorio, permitiendo dar una mínima estructura a ese yo temprano, a la vez que le permitirá discriminar de manera incipiente, el mundo interno de las experiencias del mundo externo. Luego de este tiempo se podrá transitar la posición depresiva con todo lo que ella implica de transformación del sujeto y del objeto parcial en total (Klein, 1990/1935). Esto implicará que la posición depresiva infantil se desarrollará con un yo no del todo configurado, en camino de la integración y se iniciará cuando el niño vivencia sentimientos

depresivos de pérdida producidos por el proceso de destete. Klein (1990/1940), observará que el primer objeto de duelo

... es el pecho de la madre y todo lo que el pecho y la leche han llegado a ser en la mente del niño: amor, bondad y seguridad. El niño siente que ha perdido todo esto y que esta pérdida es el resultado de su incontrolable voracidad y de sus propias fantasías e impulsos destructivos contra el pecho de la madre. (p. 347)

Esta etapa se transita acompañada de angustia reactivándose la ambivalencia de sentimientos propia de la posición anterior no del todo abandonada. Las fantasías tempranas de destrucción del objeto amado/odiado, generan miedo a la retaliación en el niño, sentimientos de culpa y la necesidad de reparar lo que cree o siente destruido. La posibilidad de reparación habilitará la superación de la posición depresiva y la identificación con el objeto de amor. Este mecanismo de reparación, presente en los duelos, producirá "...la mitigación del odio por el amor..." (Klein, 1990/1948 p.197); "...disminuyendo el temor de haber destruido el objeto en el pasado o de destruirlo en el futuro..." (Klein, 1990/1948 p. 201).

Para esta teoría, el pasaje por las posiciones, en especial la depresiva, marcará el destino de los duelos posteriores. Las características de los mismos se vincularán a la historia infantil, a cómo se hayan procesado las separaciones de ese tiempo y a la supervivencia más o menos armónica entre los objetos internos y externos. Las pérdidas que se producirán en la vida adulta, reactivarán la culpa y la angustia infantil, pero también, los mecanismos de reparación que posibilitaron elaborar y superar esa dificultad en el pasado. Claramente, la psicoanalista se preocupa por advertir, a partir del desarrollo infantil, ciertas señales de lo que puede suceder en la vida adulta. Sin embargo es posible observar la diferencia entre la posición depresiva del infante y el duelo del adulto situándonos en el problema del "examen de realidad" que hace constatable que el objeto se perdió y no existe más. Con el destete el infante debe asumir la pérdida del pecho y de su universo de significaciones pero la madre sigue estando allí para él,

no ha dejado de existir y en parte posibilita la reparación. Cuando hablamos del duelo en el adulto se debe enfrentar la no existencia del objeto, la irreversibilidad de la situación dolorosa. A pesar de esta diferencia, lo que hace que el duelo del adulto pueda superarse va a estar enlazado con las vivencias de esos primeros años y la conservación de una "...buena imago de la madre dentro de sí..." (Klein, 1990/1940 p. 364). Para Klein el duelo produce un caos y es de vital importancia el papel de los seres queridos que acompañen este proceso del mismo modo que en su momento la madre acompañó el destete. La vinculación y dependencia del duelo adulto con las vivencias y conflictos de la posición depresiva se observarán en la reactivación de la culpa y angustia infantil temprana así como en los mecanismos de reparación que se ponen en juego para la elaboración de la pérdida. Las dificultades en el duelo adulto por tanto, remitirán a dificultades en los duelos tempranos. Si estos no fueron logrados o elaborados en ese primer tiempo las consecuencias para el procesamiento de las pérdidas posteriores serán, según Klein, evidentes. Pero ¿qué sería en este esquema no haber elaborado esos primeros duelos que sitúan la posición depresiva? Para responder a esta pregunta Klein recurre al duelo adulto fallido, donde observa la puesta en juego de defensas maníacas, paranoicas u obsesivas, así como también la anestesia de sentimientos, en una suerte de huida y negación de la situación. Los fracasos del trabajo del duelo en el adulto responden a la imposibilidad de configurar objetos internos buenos y permiten pensar en la constitución de un mundo interno inseguro y hostil. En el adulto con dificultades para elaborar la pérdida, Klein colige el fracaso de los mecanismos de superación de la posición depresiva, donde no hubo en ese entonces, lugar para la reparación, tampoco lo habrá a posteriori y el duelo será fallido. El mecanismo de reparación es fruto de la tensión entre las hostiles fantasías de destrucción y la corriente amorosa hacia el objeto, denota la dinámica pulsional y la ambivalencia de sentimientos promulgada por Freud anteriormente. Superar el odio, la destrucción y generar algo nuevo, transformando la experiencia de pérdida y conservando el objeto interno es el destino al que debería arribar todo

duelo. A partir de cómo se lleve a cabo el trabajo de duelo se podrán observar partes de la historia de un sujeto, su mundo interno y sus relaciones con los objetos. En este sentido, para la teoría kleniana, la experiencia de duelo es clave en la clínica psicoanalítica. No solo por lo que transparenta de la vida de un sujeto, sino también por el potencial transformador y creativo puesto en juego por imperiosa necesidad de reparación.

Para Melanie Klein el duelo finaliza cuando el individuo llega a reconstruir el orden logrado en la infancia y la estabilización de los objetos internos. No se sustituye el objeto, sino que se lo conserva, se repara el daño producido en él, reubicándolo en el mundo interno. El padecimiento, inseguridad y despliegue afectivo que un duelo comporta hace que Klein lo compare con una enfermedad. Al respecto escribe

El sujeto en duelo es realmente un enfermo, pero como este estado mental es común y nos parece natural, no llamamos enfermedad al duelo (por las mismas razones...no hablábamos de neurosis infantiles en los niños normales). Con más precisión, diré que el sujeto en duelo atraviesa por un estado maníaco-depresivo modificado y transitorio. (Klein, 1990/1940 p. 356)

Como se observa, lo expresado en la cita, muestra cierta continuidad con el planteo freudiano, en la medida en que se menciona lo transitorio, pasajero o temporal de las manifestaciones sintomáticas del duelo. En ese tiempo se reviven batallas internas pasadas, deseos de muerte cumplidos y sentimientos de triunfo sobre el objeto que están "...ligados inevitablemente con el duelo normal y tienen el efecto de retardar el trabajo de duelo... contribuyen a las dificultades y pena que experimenta el sujeto en duelo..." (Klein, 1990/1940 p. 357). Estas dificultades, vinculadas a la prolongación en el tiempo y la comparación con la psicosis abonan la idea de que para Klein el duelo constituye una enfermedad transitoria, siempre y cuando se logre vencer y apaciguar los sentimientos de odio y culpa vinculados al objeto amado muerto. Pero, al mismo tiempo, esta idea del duelo como enfermedad parece

perder peso con la comparación de la experiencia con los procesos normales de neurosis o del desarrollo normal en los niños. Quizás la psicoanalista no atribuía un valor determinante a la clasificación normal/patológico en la medida en que, en su corpus conceptual acerca de los procesos de la constitución subjetiva, incluía elementos propios de instancias primarias que, a la postre, podrían configurar o no enfermedad. En este sentido, se observa que cuando Klein (1990/1935) conceptualiza las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, aplica lo que podría ser un criterio psicopatológico al desarrollo normal de un sujeto vinculando, al igual que en el planteo freudiano, los puntos de fijación con la presencia de la enfermedad¹⁴. Esta situación desdibuja la consideración del duelo como enfermedad y genera confusión ya que los conceptos psicopatológicos ofician de descriptores de vivencias modélicas del desarrollo normal¹⁵ (Bleichmar y Lieberman, 1989). La impronta del registro dinámico en la teoría kleiniana permite pensar un continuo entre los dos polos y proponer la idea de que no fue un problema para Klein realizar una distinción en este sentido. Para la psicoanalista inglesa, el duelo va a estar signado finalmente por sus atribuciones de efectos positivos sobre la vida de un sujeto, en la medida en que se considera que “...el sufrimiento puede hacerse productivo...las experiencias dolorosas estimulan a veces las sublimaciones, o aún revelan nuevos dones en algunas personas... son más capaces de apreciar a las personas y las cosas, más tolerantes en sus relaciones con los demás...” (Klein, 1990/1940 p. 362). Esto hace del duelo una experiencia transformadora, creativa, que una vez superada, puede llegar a fortalecer al sujeto. La condición de enfermedad, en esta circunstancia, parece estar lejos de los esquemas tradicionales.

¹⁴ Por ejemplo la posición depresiva es el punto de fijación de la enfermedad maniaco-depresiva (Klein, 1990/1935).

¹⁵ Este recurso también es utilizado por Freud (1996/1914) por ejemplo cuando extrae del delirio megalomaniaco del parafrénico, el prototipo del narcisismo primario.

Jacques Lacan y la Función del Duelo

Lacan expone una teoría del duelo a lo largo de su enseñanza en el entrecruzamiento con otras nociones como la de objeto, deseo y función del duelo. Retomando el problema del cumplimiento de deseo en los sueños, observa que Freud menciona por primera vez la cuestión del Edipo en referencia a los sueños de la muerte de personas queridas (Lacan, 2013/1958-1959). Esa será la puerta de entrada para retomar y ampliar la versión freudiana de Hamlet con el objetivo de situarla como un caso paradigmático de duelo. Dicha obra comienza con la muerte misteriosa de un padre que luego reaparece como fantasma para revelar la verdad de su desaparición, la traición y el asesinato. En virtud de esta apertura particular, Lacan llevará a cabo un contrapunto entre la saga de Edipo, que desconoce la relación entre sus actos y deseos hasta el final de su drama y Hamlet, que se inicia con el conocimiento de una muerte y su causa. El fantasma de su padre le hace saber al príncipe danés que el deseo lo ha llevado a la muerte. Ese deseo estará en el asesino, Claudio, pero también en el hijo parricida. Tal situación hace que Hamlet vacile y demore en matar a su tío, quien finalmente ha hecho lo que él había deseado. Para obedecer al padre, Hamlet cuenta con la posibilidad, fuerza y un gran ánimo de venganza ¿por qué entonces no lleva a cabo el acto de muerte? Lacan dirá que el problema del protagonista es la “...relación del sujeto consigo mismo, denominada deseo...” (Lacan, 2013/1958-59 p. 410). Estas reflexiones sobre el deseo, a punto de partida de una muerte, que luego serán varias, dan pie al desarrollo de algunas ideas novedosas sobre el duelo. Será a propósito de la relectura del ensayo freudiano de 1917 donde presentará la idea de función del duelo, operación que alude a un cambio en la posición subjetiva, concepto que ilustrará con su interpretación de la obra inglesa, particularmente situándose en la escena del cementerio.

En la obra, Ofelia, antes amada por Hamlet, más tarde será denigrada por él y llegará a constituirse en “...el símbolo mismo del rechazo de su deseo...” (Lacan, 2013/1958-1959 p. 370). Luego de la muerte de su padre, se suicida y esto hace que las honras fúnebres, no le sean

del todo otorgadas. En la tumba de su hermana, Laertes muestra el desborde doloroso por la pérdida y frente a esos lamentos, Hamlet vuelve a recobrar el amor por Ofelia. Lacan dirá que para el príncipe “...ese objeto recupera...todo su valor...al convertirse en un objeto imposible, Ofelia vuelve a ser el objeto de su deseo...” (Lacan, 2013/1958-1959 p. 370). La interpretación con respecto a lo que ocurre en el cementerio, además de señalar la identificación de Hamlet con Laertes, muestra que este objeto que muere, que no responde y se transforma en inexistente, pasa a ocupar el lugar de objeto imposible. Esa es la causa, por la que todo duelo implica la instauración del fantasma, considerando la insuficiencia radical, es decir la falta como privación del objeto. En esta línea, se entiende que la muerte de Ofelia reconfigura el deseo en Hamlet, posibilitando una nueva relación con el objeto. Se presenta así, la función del duelo, mostrando como el dolor por la pérdida de Ofelia, activa en Hamlet, el levantamiento de la procrastinación y su reposicionamiento como sujeto deseante. Desde esta escena, Lacan retoma la pregunta ¿qué es un duelo? Responderá,

...es una pérdida verdadera...intolerable...provoca un agujero en lo real...La dimensión intolerable...no es la experiencia de nuestra propia muerte...sino la de la muerte de otro, cuando es para nosotros un ser esencial...Semejante pérdida constituye una *Verwerfung*, un agujero, pero en lo real. (Lacan, 2013/1958-1959 p. 371)

A partir de este concepto *Verwerfung* traducido como forclusión, Lacan va a decir que tanto en el duelo como en la psicosis se produce una forclusión. En la psicosis lo que se forcluye en lo simbólico, retorna en lo real. En el duelo la forclusión se produce en lo real generando el agujero que necesita ser cubierto desde los registros simbólico e imaginario. Las alucinaciones propias del duelo, serán causadas por el caos en el orden simbólico que produce el agujero en lo real; las alucinaciones de la psicosis, son efecto de la falta “...en lo simbólico, de la falta del significante organizador que da lugar a la castración, y cuya consecuencia es hacer que

reaparezca en lo real, en forma de alucinación, aquello que debía estar reprimido...” (Peligrí y Romeu, 2011 p.142).

Además de lo anteriormente señalado, la obra de Shakespeare servirá a Lacan para dar cuenta de otro aspecto sustancial del duelo, el problema de los ritos funerarios que remitirán a la dimensión simbólica. Para el psicoanalista francés el duelo pone en “...cierta relación...” (Lacan, 2013/1958-1959 p.371) al sujeto con el objeto perdido, posicionándolo frente a frente con un agujero en lo real. Cuando el objeto ya no está más, ha desaparecido, se produce para el sujeto un agujero en la existencia. En este punto es posible pensar para Lacan en la efectuación del trabajo de duelo, que deja de ser una tarea singular e íntima, como en el planteo freudiano, y se constituye como efecto del otro a partir de los significantes que circulan colectivamente en los ritos funerarios. Lacan expresa que los rituales tienen como función conservar el recuerdo del muerto, haciendo un lugar para éste en la vida. Ponen en juego la dimensión simbólica que permite cubrir con significantes, aunque no del todo, el agujero en lo real que deja la pérdida. Dirá que el trabajo del duelo tendrá lugar, “... a nivel del *logos* - digo esto por no decir *en el nivel del grupo* ni *en el de la comunidad*, por más que el grupo y la comunidad, en cuanto que culturalmente organizados, sean por supuesto sus soportes...”. (Lacan, 2013/1958-1959 p. 372). Cuando los rituales no se producen, son fallidos o insuficientes el duelo se precipita, se altera, no puede llevarse a cabo.

En sus clases de los años subsiguientes, Lacan seguirá planteando algunas diferencias con lo establecido en el ensayo freudiano de 1917. Una de estas diferencias tiene que ver con el papel del sadismo, presente para Freud en la melancolía, que Lacan adscribirá también al duelo. A propósito del argumento que venía desarrollando acerca del fantasma, propone la existencia de una cuota de sadismo en los duelos que consiste en llevar al objeto hasta las últimas consecuencias, interrogándolo, “...para que se muestre en lo que tiene de más oculto para rellenar esta forma vacía y como tal fascinante...” (Lacan, 2013/1960-1961 p. 433). Este

requerimiento, agrega, puede llevar a la destrucción del objeto, dado que esa pregunta cuestiona al objeto mismo y a su relación con él, haciendo posible entender el suicidio melancólico. Un año después de estas formulaciones, Lacan (2013/1962-1963) planteará otra diferencia al entender que el mecanismo que propone Freud para la separación del objeto perdido, la identificación, es más bien un obstáculo, dado que preserva la relación con el objeto. A punto de partida de esta apreciación y de la consideración del objeto *a* como causa del deseo plantea que

Sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos *yo era su falta*. Estamos de duelo por personas a quienes hemos tratado bien o mal y respecto a quienes no sabíamos que cumplíamos la función de estar en el lugar de su falta. (Lacan, 2013/1962-1963 p. 155)

Habiendo ubicado anteriormente el duelo en el lugar de la privación (Lacan, 2013/1958-1959) esclarecerá su diferencia con la falta. La privación dirá, "...es algo real, mientras que la falta, por su parte, es simbólica..." (Lacan, 2013/1962-1963 p.150). La privación en este contexto es la marca de que el sujeto ha sido castrado y el objeto de la falta se constituirá a partir de la privación del falo y como tal de su duelo y sacrificio (Lacan, 2013/1958-1959).

Finalmente, Lacan (2013/1962-1963) retoma la reflexión acerca de Hamlet para terminar de delinear la función del duelo. Lo que faltó en la obra, dirá, es el duelo en la madre. Esta carencia llevó al protagonista a vaciarse totalmente de su deseo en la medida en que cae el ideal, colocado en su madre, por su padre y por él mismo. Ese deseo se restaura con Ofelia muerta y el lamento de Laertes, lo que permite a Lacan formular que el trabajo del duelo está

...destinado a mantener y sostener todos esos vínculos de detalle, en efecto, con el fin de restaurar el vínculo con el verdadero objeto de la relación, el objeto enmascarado, el objeto *a* - al que, a continuación, se le podrá dar un sustituto, que no tendrá mayor

alcance, a fin de cuentas, que aquel que ocupó primero su lugar. (Lacan, 2013/1962-1963 p. 362)

Esa restauración permitirá, además de hacer el duelo, ubicar allí los aspectos narcisistas involucrados en el amor de objeto, que son testigos de la carencia fundamental y del papel del otro en la subjetividad.

A modo de síntesis de este breve recorrido por la propuesta de Lacan acerca del duelo, es necesario mencionar que, mientras para Freud el objetivo del trabajo de duelo y la finalización del mismo será la sustitución del objeto perdido, para Lacan no hay posibilidad de objeto sustituto, siempre será otro objeto. Entiende, inspirado en Kierkegaard (2018/1843), que la repetición implica novedad (Lacan, 2019/1964), por lo tanto algo diferente, no idéntico y el objeto sustituto es otro objeto. Si no hay sustituto, no hay reemplazo, es otra la salida del duelo, algo nuevo es posible que se produzca, ni el objeto ni el sujeto serán los mismos. Este movimiento ocasiona cambios en relación con el objeto para que pueda, mediante el duelo, subjetivarse la pérdida. Implica una operación de reconocimiento de la falta en lo real que provoca la muerte para luego convocar los recursos simbólicos ante lo que no puede ser reemplazado. En este punto radica la pieza más novedosa de la propuesta.

Lacan en su teoría del duelo produce distanciamientos y aproximaciones a Freud, no hay en él una preocupación expresa o una crítica directa, sino ajustes conceptuales. Es claro que el duelo en Lacan, al igual que para Freud y Klein, se considera un elemento central en la constitución subjetiva. Asimismo, en el trabajo de Freud, en los escritos de Klein y en la enseñanza de Lacan se dejan traslucir duelos que podrían entenderse como normales y duelos patológicos, aunque tanto para Klein como para el psicoanalista francés, este tema no será lo central en sus reflexiones. En el planteo de los psicoanalistas la angustia oficia de telón de fondo del duelo, en la medida en que la muerte del objeto de amor, coloca al sujeto en un estado de

indefensión y vacío. A partir de lo que el sujeto pueda hacer con la angustia, vinculado a su historia y relaciones de objeto, decantará la diferencia entre duelo normal y duelo patológico.

La Crítica de Jean Allouch

El trabajo de Allouch (1996) *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*, además de poner en la escena académica y psicoanalítica un problema del cual todavía es necesario hablar, resulta importante debido a la intensa crítica que aplica a los textos clásicos del psicoanálisis y a la reformulación de aspectos de la teoría del duelo que llevaban tiempo sin ser repensados o modificados. Allouch denuncia el silencio y la ausencia de cuestionamiento acerca del escrito de *Duelo y melancolía* (Freud, 1996/1917) dado que pasaron más de cuatro décadas para que el contenido del ensayo hubiera vuelto a ponerse sobre el tapete y se mostraran sus debilidades. La causa de esta situación será observada por Allouch quien recoge, a partir de su práctica clínica, los efectos de la teoría freudiana del duelo en las disciplinas psicológica, psiquiátrica y psicoanalítica. Plantea las consecuencias de dicha teoría, exponiendo sus discrepancias y presentando sus propias ideas acerca del duelo.

Lo que da inicio a sus cuestionamientos, además del duelo personal por la muerte de su hija, es la constatación de que tanto en el psicoanálisis clásico como en la psicología, la teoría acerca del duelo muestra una estrecha vinculación con los discursos de la medicina. Esto propicia que se establezcan una serie de prescripciones y normativas acerca de qué es un duelo normal, qué pasos debe observarse para que el duelo pueda considerarse realizado, en fin, las condiciones que deben presentarse para poder decir que se produce y realiza un duelo de la manera que dichas disciplinas consideran adecuada. También retoma el problema del duelo ausente, llegando a plantear, a propósito de su trabajo clínico, que se encontró con situaciones donde el duelo que no daba señales de estarse realizando configuraba una alarma y se esperaba como algo que debía suceder "...a veces se llegaba incluso hasta esforzarse en hacer que

hicieran su duelo (pero tal como se lo concebía) aquellos mismos que lo hacían (aunque a su manera)...” (Allouch, 1996, p. 18). El sujeto frente a una pérdida tiene que realizar si o si un duelo, según lo requerido por el modelo que establece cómo se hace un duelo, aunque esté ausente, y se configure o haga otra cosa con la pérdida del objeto amado. En continuidad con esto, señala que lo expuesto en 1917 no nace de la clínica psicoanalítica que Freud utilizará para la construcción de su teoría. Más bien parece vincularse al paradigma de la psiquiatría inspirada en la descripción de cuadros nosográficos. Es decir, Freud interesado por razones tanto académicas como políticas en el problema de la melancolía, desarrolla la idea del duelo a la luz y por comparación con esta enfermedad. Si bien ya había utilizado alguna vez un cuadro psicopatológico para ilustrar o explicar otros conceptos, en el caso del duelo, apelar a este recurso tuvo como consecuencia una teoría más propia del discurso médico y psiquiátrico que del psicoanálisis. En psiquiatría se registran una serie de manifestaciones clínicas observadas en determinados pacientes, luego éstas se agrupan en un cuadro para finalmente designar una patología como por ejemplo la melancolía. A partir de este procedimiento es posible llegar a comparar fenómenos como el del duelo, para ver si pertenecen o quedan fuera de ese cuadro. Allouch, argumenta que Freud no hizo del duelo un caso, es decir, no se basa en un caso en particular para desarrollar su teoría del duelo, sino que recurre a la analogía para determinar el concepto. Plantea que al basarse en una serie de casos que terminan delineando un cuadro clínico se aleja del caso singular, terreno fundamental para considerar el duelo. Es por eso que dirá que la clínica que sostiene el ensayo de 1917 no es psicoanalítica, afirmando que el desarrollo teórico del duelo se sustenta en una clínica médica de corte psiquiátrico que construye un modelo general y normativo de lo que le sucede al ser humano frente a la pérdida y de cómo debe hacerle frente. En continuidad con esto, Allouch pone en cuestión el trabajo de duelo, en tanto entiende que, implica una noción prescriptiva y normativa, de lo que es un duelo. Al respecto dirá

No hay pues duda alguna referida a la ecuación duelo = trabajo del duelo, a tal punto que el “trabajo del duelo”, como cualquier otro antidepresivo, se vuelve objeto de una prescripción. Semejante deslizamiento hacia lo normativo no es un caso aislado...se ha convertido en regla. Se ha llegado incluso, en nombre de dicha “necesidad” del trabajo del duelo, hasta dar como consigna que se haga llorar al niño que está de duelo. (Allouch, 1996 p. 46)

De este modo, la crítica al concepto de trabajo de duelo se pone en relación con el señalamiento de la raigambre médico psiquiátrica del modelo freudiano del duelo. Pero también, Allouch agrega al respecto que habiendo tenido lecturas interesantes a propósito de la vinculación del duelo con el trauma, por ejemplo en los estudios de Ferenczi (2011/ 1916-1917), no fueron considerados en 1917. Hacer lugar a esta línea hubiera implicado asumir la cuestión de la temporalidad del duelo con otra solvencia, tal como en los inicios del Psicoanálisis, vinculado a la noción de abreacción y de a posteriori, además de situar el problema mayormente en torno a la libido de objeto. Freud no pudo pensar el duelo vinculado al trauma dado que la cura catártica ya había sido descartada y se desviaba de su línea argumentativa respecto al síntoma y a la operación de desmontaje necesaria para dilucidar su sentido. La cuestión del trauma, será retomada a propósito de las neurosis traumáticas efecto de la primera guerra, en ocasión de la segunda teoría pulsional y la segunda tópica, no así en la teoría del duelo que quedará versionada antes de estos sucesos y permanecerá incambiada.

Además de lo anterior, la noción de trabajo del duelo da pie a otras críticas referidas, por un lado, a la sustitución del objeto perdido y por el otro a la prueba de realidad. Dirá Freud (1996/1917) que la prueba de realidad informa que el ser querido ha dejado de existir y, a partir de esto, se inicia el trabajo de duelo. Cuando esta tarea desgastante finaliza, la libido queda disponible para investir un nuevo objeto de amor, sustituto del anterior (mientras tanto el muerto sigue existiendo en el psiquismo, por un tiempo en el duelo o, indefinidamente en la

melancolía). Así se dará fin al duelo. Esto hace que Allouch entienda que está frente a una versión romántica del duelo donde a pesar de la muerte “... les promete...la felicidad de un nuevo encuentro con su objeto, no en la vaguedad de alguna especie de lugar extra-terrestre más o menos espiritualizado, ¡sino en lo más concreto de la satisfacción pulsional carnal!...” (Allouch, 1996 p.144), dejando al deudo con la expectativa de reencuentro con el muerto a partir del objeto que viene a sustituirlo. Esta idea o “delirio de reemplazo” (Allouch, 1996 p. 128) se sustenta en la cuestión de la repetición en la medida en que no se trata de un trabajo que apunta al recuerdo sino a un aparente reencuentro en otro de lo mismo, repetidamente. Allouch situará el asunto en el trabajo de Lacan, mencionado al respecto sobre el problema de la repetición y su estatuto de imposibilidad¹⁶. Por otra parte señala que la idea de la sustitución va en la línea de una *restitutio ad integrum* proveniente del paradigma médico que considera este concepto como sinónimo de “...curación médica ideal...” (Allouch, 1996 p.68) lo que abona la hermandad de la teoría freudiana de 1917 con la medicina, una vez más.

Con respecto a la prueba de realidad, es decir, lo que muestra/mandata al sujeto que el objeto perdido ya no existe más y lo arroja al trabajo del duelo, Allouch en su crítica apelará a experiencias particulares donde algo del muerto, un rasgo, se hace presente para el deudo. Si como plantea Freud, el examen de realidad funcionara para mostrar fielmente la inexistencia del objeto, tales vivencias no se producirían. Es por esto que dirá: “...De modo que nos vemos llevados a pensar que precisamente no habría prueba de la realidad para quien está de duelo...” (Allouch, 1996 p. 71). La base de estas ideas será el legado de Meynert en Freud, la psicosis alucinatoria de deseo (Abinzano, 2019). Esto le permitirá al padre de psicoanálisis exponer su concepción acerca de la realidad. Si el objeto no se encuentra en la realidad ¿dónde debería encontrarse? La respuesta tanto de Meynert (1998/1890) como de Freud será que tiene una existencia psíquica y el ejemplo claro de estos casos es el de la melancolía. A partir del

¹⁶ Esta idea se expuso en el apartado anterior *Jacques Lacan y la Función del duelo*, página 87 de este capítulo.

desarrollo de estas ideas, Allouch entiende que el muerto no deja de existir sino que desaparece, descartando el problema de la prueba de realidad y asumiendo que justamente el duelo se puede entender “...como una de las experiencias posibles de la pérdida de la realidad...” (Allouch, 1996 p. 74). Es por eso que plantea que el problema del inicio del duelo no puede ser reducido a lo que se percibe en la realidad y aclara que el sujeto en duelo no se resiste a aceptar una realidad dolorosa¹⁷. Para terminar de debilitar la idea de la prueba de realidad, retoma la noción lacaniana de la realidad como “ámbito del reflejo” (Allouch, 1996 p.112), entendiendo que se compone de escenarios imaginarios afirmando que no sería sostenible la idea del acatamiento de la realidad por parte del deudo en la medida en que ésta no es ajena al mismo, es decir, no es algo externo al sujeto.

Además de las críticas anteriormente señaladas, Allouch va a utilizar argumentos antropológicos e históricos para seguir objetando la consideración freudiana del duelo. Observará que el trabajo de 1917 expresa inicialmente lo estudiado por Gorer (1955) y más tarde por Ariès (1996). El silencio freudiano respecto a los rituales fúnebres en *Duelo y melancolía* (Freud, 1996/1917) cuando había trabajado al respecto en *Tótem y Tabú* (Freud, 1996/1913) resulta llamativo. La imagen del sujeto en duelo que se ofrece es la de un ser solitario, sin raigambre ni acompañamiento comunitario. Asimismo, Allouch considera tres rasgos a partir de los cuales es posible comparar el duelo romántico con el de la propuesta freudiana: la muerte del otro es central y deja afuera el problema de la muerte propia; la reclusión del duelo en el ámbito privado, a la vez que, una desestimación de las cuestiones públicas, sociales del fenómeno y; la desaparición de la creencia en el infierno cristiano. Con respecto al estatuto que se le da a la muerte en la obra freudiana bien puede encajar en lo que Ariès (1996) denomina muerte excluida, salvaje, invertida, caracterizada por la falta de sostén

¹⁷ En todo caso, lo que se produce frente a esta situación es un *Sträuben*, traducido del alemán como erizamiento, resistencia y/o sublevación, como formas de respuesta frente a la muerte del objeto que desapareció.

grupal y comunitario, acompañada de la idea de que el deudo está enfermo y para no ser segregado debe ocultar su padecimiento. De la muerte poco se habla, se oculta, se la considera marginalmente.

A partir de estas impugnaciones a la teoría clásica del duelo, que son contrarias tanto a lo que observa en su trabajo clínico como a su experiencia personal de pérdida, Allouch va a presentar su propia versión del duelo. El título de su obra nos adelanta su posición en la medida en que propone la experiencia del duelo como una experiencia erótica. Tomando la obra de Kenzaburō Ōe, considera que el duelo consiste en un gratuito sacrificio. Esto quiere decir que comporta la entrega de algo a modo de otra pérdida, que suplementa la sucedida por la muerte, sin obtener nada a cambio. En este caso el duelo implica perder/ sacrificar algo, “...ese pequeño trozo ni de ti ni de mí, de sí; y por consiguiente, de ti y de mí pero en tanto que tú y yo siguen siendo, en sí, indistintos...” (Allouch, 1996 p. 10). Esa entrega de algo valioso, libidinizado y por lo tanto, atado al deseo, es una especie de tesoro que pertenece al sujeto en duelo pero que también es propiedad del muerto. Se entiende como un objeto transicional (Winnicott, (1993/1971) que se conserva mientras el duelo dura “...al menos hasta el acto de cedérselo al muerto, acto que ponía término al duelo dirimiendo su pertenencia...” (Allouch, 1996 p. 38).

La muerte roba y priva al deudo de algo valioso, de una manera abrupta y violenta ubicándolo en una posición deseante y frente a eso Allouch entiende que

Quien está de duelo se relaciona con un muerto que se va llevándose con él *un trozo de sí*. Y quien está de duelo corre detrás, los brazos tendidos hacia delante, para tratar de atraparlos a ambos, al muerto y al trozo de sí mismo, sin ignorar en absoluto que no tiene ninguna posibilidad de lograrlo... (Allouch, 1996 p.30)

Se observa así, una transformación, de ser poseedor a ser desposeído, en la que se ve involucrado el deudo. Esta situación la explicará a través del diálogo platónico del *Banquete* donde frente a lo sustraído, valioso (objeto agalma), hay un cambio de posición, de *eromenós*

(deseado) pasa a ocupar el lugar de *erastés* (deseante). En esta escena de sustracción de algo valioso, se van a encontrar varios personajes, el ladrón (es el muerto), el objeto valioso que es lo robado (ese pequeño trozo de sí), la muerte y el deudo que llega a denunciar el robo con un grito que, a la vez, es la pena dirigida a otro. Que intervengan varios personajes pone en cuestión la idea de un duelo solitario (o de dos si contamos al muerto) por lo que no es suficiente pensar el problema en estos términos. La idea de Allouch se termina de explicitar con la operación del duelo. Escribirá que el objeto perdido es $(1+a)$ haciendo representar con el 1 el objeto originariamente perdido, imposible, insustituible. El $+a$ es en la formula el pequeño trozo de sí que debe ofrecerse en sacrificio para que el duelo se realice. Con esto da cuenta de que el objeto del duelo está más allá de la figura del muerto, no es idéntico al fallecido.

Sin dudar se puede decir que, tanto la crítica al ensayo freudiano profunda y generosa en argumentos como la propuesta teórica novedosa de Allouch sobre el duelo, muestran que el tema no está finiquitado ni mucho menos. Su trabajo conmovió los cimientos de la teoría del duelo por lo que se lo considera como una obra importante, un hito en los estudios del tema, fundamentalmente para el psicoanálisis y la psicología clínica de orientación psicoanalítica.

Capítulo 3. Psiquiatría y Psicología del Duelo

Este capítulo se centra en exponer cómo la psiquiatría y la psicología se han ocupado del duelo. Para esto, se observarán los estudios sobre el tema, realizados a partir de la década del treinta del siglo pasado, llegando hasta nuestros días. Los trabajos de estas disciplinas tienen como antecedente el modelo de duelo propuesto por Freud en *“Duelo y Melancolía”*. La idea de duelo como reacción normal por la pérdida y proceso a consumir en el tiempo, es tomada de referencia, así como, la del duelo ausente (Deutsch, 1937). De este modo, se establece la comprensión del fenómeno en base a criterios de normalidad y patología. Con este esquema, las investigaciones, llevadas a cabo en Estados Unidos e Inglaterra, estudiarán las formas de expresión del duelo, sus transformaciones y regulaciones, categorizando el duelo como normal o patológico. En el proceso de la discusión y profundización del tema, se generan nuevas teorías, y se consolidan otras, estableciéndose varios modelos del duelo que coexisten actualmente. Todo el recorrido del capítulo, terminará dando cuenta de cómo el duelo llega a consolidarse y convertirse en objeto de investigación científica. Pero también, en blanco de tratamientos médicos, psiquiátricos y psicológicos, pautándose, para algunos investigadores, como una experiencia que debe diagnosticarse, orientarse, medirse, acompañarse, medicarse, tratarse. Desde esta perspectiva es posible encontrar la formulación de constructos teóricos, prescriptivos y normalizadores del duelo en la cultura occidental. El conocimiento que la psiquiatría y la psicología producen intenta dar respuesta a los problemas planteados en un contexto histórico, social y cultural determinado. Pero, una vez alcanzadas estas respuestas disciplinares, las mismas llegan a producir transformaciones en la sociedad, en las ideas y en las subjetividades sobre la muerte y la experiencia de duelo.

3.1. Duelo y Crisis Familiar

Alrededor de los años treinta, tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido, se producen una serie de denuncias y reclamos por parte de algunos sociólogos y trabajadores sociales vinculados al escaso tratamiento académico y comunitario que se le brindaba al duelo. Interesados en el estudio acerca de la vida familiar y, preocupados por cómo repercutían las pérdidas ocasionadas por la guerra advierten que el duelo se estaba transformando en un problema social que debía ser estudiado y atendido. En 1930 el sociólogo norteamericano Thomas D. Eliot presenta un documento al respecto en la *American Sociological Society* donde expresa que los trabajos sobre el tema se centran en los aspectos económicos y de asistencia estatal de viudas y huérfanos dejando de lado las consecuencias psicológicas, familiares y sociales de los duelos. Llegó a formular la siguiente pregunta a los académicos que los escuchaban, ¿no hay lugar para una higiene mental del duelo? (Eliot, 1930). De este modo interpelaba a los psiquiatras higienistas de principios del siglo XX que postulaban la intervención profesional en el mundo de las relaciones humanas para el mejoramiento social y establecía que el duelo era un tema de la vida cotidiana del cual había que ocuparse. Sobre la poca importancia que se le otorga al asunto llega a plantear el problema en términos de secretismo, voluntad de olvidar, tabúes, resistencias en el ejercicio de su disciplina frente a un tópico del cual era necesario saber para poder abordar, guiar, acompañar a las personas en duelo. Compara esta situación con las dificultades de antaño para abordar temas como el de la sexualidad y la locura, reclamando una educación sobre el duelo a la psiquiatría, tal como se había previsto para los ejemplos señalados. Fundamentalmente el interés de Eliot estaba enfocado en las relaciones familiares y era evidente para él, que la muerte y el duelo posterior, causan conmoción y tienen efectos en los miembros del núcleo familiar y de amistades cercanas, configurando una situación de crisis de la vida que implica nuevas interacciones y ajustes en los sujetos. Llega a postular que el duelo es una crisis familiar, entendiendo estas

como un estado de cosas donde los patrones habituales de comportamiento son inadecuados para lidiar con el acontecimiento de la pérdida. En este sentido en su trabajo de 1932 *The Bereaved Family* analiza la forma en que los miembros de las familias han enfrentado lo que da en llamar “crisis de duelo” (Eliot, 1932). Describe, como efectos inmediatos de esas crisis, la sensación de abandono, la negación de los hechos y de las emociones, sensaciones de irrealidad, el shock, la exaltación, la autolesión, la represión, la culpa y el anhelo de ser querido. Considera que, en la medida en que en el duelo se encuentra la tendencia a culpar a otro por la pérdida (Dios, el diablo, otra persona, uno mismo), es una experiencia dependiente de la existencia de otros e involucra la interacción con los otros supervivientes. Señala que los efectos del duelo pueden ser amplificados por la vivencia y comportamiento de otro miembro de la familia, por imitación o por oposición para compensar o igualar el sufrimiento experimentado. También enumera los efectos más tardíos o posteriores, haciendo referencia a lo expresado por algunos psicoanalistas. Estos son el evadirse del conflicto (mediante el uso de drogas, la mudanza de residencia, el suicidio), la perpetuación de la memoria del difunto o de sus deseos, la identificación con el muerto, la adhesión a organizaciones benéficas, entre otros. Entiende que estos comportamientos que se dan en los duelos producen interacciones con otros y en la sociedad se ofrecen regulaciones y correctivos para estas manifestaciones. Para ejemplificar lo anterior presenta la narrativa de un varón en duelo por la pérdida de su esposa primero y luego de su hijo y las vicisitudes sociales, familiares e individuales que fue experimentando durante los años posteriores a la pérdida. Años más tarde, preocupado por las bajas de la guerra y sus efectos, preguntándose si se puede preparar a un sujeto para el duelo, formula una guía para los profesionales que atienden familias en duelo y algunas recomendaciones para los deudos basadas en la higiene mental que ayudan a la estabilidad de las personas, al menos hasta que estén recuperadas (Eliot, 1946). Una de estas indicaciones que Eliot (1946) considera propias del higienismo se muestra a continuación

Knowing or observing another bereaved person who has shown "character," self-control, lack of bitterness, and eventual recovery is a great help to some bereaved persons. It gives them hope in the possibilities of life for their own future. This helps some bereaved persons to continue the tradition of courage for other's sake. They know what is expected of them; they are not going to let anybody down. "What other choice is there but to carry on?" By contrast, not knowing how to behave adds bewilderment to bereavement.... [Conocer u observar a otra persona afligida que ha mostrado "carácter", autocontrol, falta de amargura y recuperación final es una gran ayuda para algunas personas afligidas. Les da esperanza en las posibilidades de la vida para su propio futuro. Esto ayuda a algunas personas en duelo a continuar la tradición de valentía por el bien de los demás. Saben lo que se espera de ellos y no van a defraudar a nadie. "¿Qué otra opción hay sino seguir adelante?". Por el contrario, no saber cómo comportarse añade desconcierto al duelo] (Eliot, 1946 p. 4).

Además de la recomendación citada, Eliot va a plantear otras tales como los beneficios de volver al trabajo y estar ocupado, buscar ayuda terapéutica, hablar de los muertos sino molesta a los demás, revalorizar sus recuerdos y aceptarlos cuando se presenten, distraerse, no reprimir las emociones pero si poder controlarlas para que no se desborden, esperar cambios en el estado de ánimo, conservar las relaciones con los amigos, no llevar traje de luto (advierte que pueden generar depresión y aislar a los deudos) y no comparar a la nueva pareja con el esposo/a muerto. Asimismo plantea que las personas en duelo puedan ser escuchadas y acompañadas con comprensión y dedicación. Todas estas sugerencias serán retomadas por autores posteriores y configuran una contribución a los lineamientos disciplinares de cómo deben hacerse los duelos y que se espera de los sujetos en esta situación. Archer (1999) señala que las ideas de

Eliot se van a ver reflejadas en la tesis doctoral de Fulcomer¹⁸ realizada en 1942, quien estudió 72 viudas y viudos en el primer mes y medio de duelo. Describió, en ese corto tiempo, cómo los sujetos se ajustaban a la situación de pérdida, encontrando y definiendo en cinco etapas los progresos en el duelo, adelantándose a enfoques posteriores.

El Manejo del Duelo

En ese mismo año, el 28 de noviembre de 1942, se produjo un incendio en un club nocturno de Boston llamado Cocoanut Grove donde fallecieron 492 personas. Este acontecimiento, el segundo en cantidad de muertes en la historia de Estados Unidos, además de conmocionar a la sociedad norteamericana, generó la puesta en marcha tanto de investigaciones como de tratamientos de la medicina anestésico quirúrgica y de la psiquiatría enfocada en el duelo de los sobrevivientes. Erich Lindemann, jefe de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts junto a otros colegas se dedicó a trabajar con las víctimas que se salvaron del incendio y con los familiares de las personas que fallecieron en la catástrofe. Se lo suele citar como un iniciador de lo que luego se denominaría intervención en crisis dado que el trauma en lo social y en los sobrevivientes fue tan profundo, generalizado y apremiante que los psiquiatras debieron dar respuestas rápidas a gran parte de la población afectada. Si bien, por el contexto de la guerra, los hospitales estadounidenses y los profesionales que los integraban estaban preparados para contingencias, el incendio a causa de la negligencia y la cantidad de víctimas desbordó cualquier previsión.

Además de trabajar en el tratamiento de estas personas, se dedicó a investigar el duelo en estas circunstancias y para esto entrevistó a 101 personas que atravesaban un duelo reciente¹⁹

¹⁸ *The adjustive behavior of some recently bereaved spouses: a psychosociological study*. Northwestern University, Evanston

¹⁹ El universo de sujetos estudiados incluyó, pacientes que perdieron a un familiar durante el curso del tratamiento psiquiátrico, familiares de pacientes que fallecieron en el hospital, víctimas del incendio de Cocoanut Grove y sus parientes cercanos y familiares de miembros de las fuerzas armadas fallecidos.

estudiando las características y sintomatologías de la experiencia. Su investigación lo llevó a publicar *Symptomatology and management of acute grief* (1944), donde describirá lo que se conoce actualmente como duelo agudo. En esa misma época Alexandra Adler, neuróloga y psiquiatra²⁰, atiende alrededor de 500 víctimas del incendio y desarrolla el concepto de estrés postraumático detallando su sintomatología. Describe un cuadro consistente en un estado de nerviosismo general y ansiedad que duraba aproximadamente tres meses, lo que será catalogado por la investigadora como sintomatología de neurosis traumáticas (Adler, 1943). Esto se consideró como un efecto de la tragedia y configuró respuestas emocionales donde fue necesaria la intervención psiquiátrica, por lo menos en el 50% de los casos. El período de tres meses será también la cronología que se utilizará para la situación de duelo agudo.

Volviendo a Lindemann, en su trabajo de 1944 tiene la necesidad de advertir que, si bien a simple vista el duelo no parece ser un problema médico, es decir no parece ser una enfermedad psiquiátrica, en realidad lo es, desestimando la creencia lega al respecto. Justifica su apreciación en tres razones. Primeramente en un problema de interés disciplinar, estableciendo que la comprensión de la reacción frente a la experiencia traumática, constituya o no neurosis, es un tema relevante para las investigaciones en psiquiatría. La segunda razón se enmarca en el problema del trauma por la muerte inesperada, dado que resulta ser la causa de trastornos psíquicos o enfermedades somáticas. Finalmente, la tercera razón estriba en el duelo por las pérdidas de seres queridos en la guerra, que por su alta frecuencia, requieren tratamiento y estudio. Sentadas las bases que justifican sus investigaciones, relata escasamente la metodología de la misma para concluir con el establecimiento de un nuevo cuadro nosográfico que llamará de duelo agudo normal. Lo describe como un síndrome que incluye

²⁰ Hija de Alfred Adler, discípulo de Freud.

...sensations of somatic distress occurring in waves lasting from twenty minutes to an hour at a time, a feeling of tightness in the throat, choking with shortness of breath, need for sighing, an empty feeling in the abdomen, lack of muscular power, and an intense subjective distress described as tension or mental pain...[sensaciones de angustia somática que ocurren en oleadas que duran de veinte minutos a una hora, un sentimiento de opresión en la garganta, ahogo con dificultad para respirar, necesidad de suspirar, sensación de vacío en el abdomen, falta de fuerza muscular y un intenso malestar subjetivo descrito como tensión o dolor mental] (Lindemann, 1944 p. 31).

Estas oleadas de angustia se presentaban cuando los pacientes eran visitados para recibir condolencias por la pérdida, por lo cual según el psiquiatra, los encuentros eran evitados por los enfermos lo que reducía aún más las interacciones sociales.

Luego de intercalar algunas viñetas de los participantes de su estudio plantea los elementos patognomónicos del duelo, es decir sus signos, lo que lo caracteriza y define como una enfermedad. Estos son la angustia somática, la preocupación por la imagen del difunto, la culpa, las reacciones hostiles, la pérdida de patrones de conducta, las sensaciones de irrealidad, una mayor distancia emocional de otras personas, la queja por falta de fuerza, el agotamiento y la presencia de rasgos del fallecido en el comportamiento de los dolientes. Para explicar este último síntoma utilizará el concepto de identificación freudiano. Además afirma que la duración del duelo está vinculada con el trabajo de duelo. Es decir, si puede realizar un trabajo de duelo de manera exitosa, tomando distancia afectiva del difunto y estableciendo nuevas relaciones, el duelo finalizará. Relata la experiencia de un trabajo de duelo no logrado en un paciente que se negaba a expresar su dolor por la pérdida, evitando la angustia y en su lugar presentaba una reacción hostil frente al psiquiatra, lo que considera un mal pronóstico para el sujeto. A partir de este relato Lindemann (1944) escribe una serie de ejemplos donde el psiquiatra ayuda a los pacientes a realizar su trabajo de duelo. Por mencionar uno, cuenta la historia de una mujer de

40 años y madre de un niño de 10 años que perdió a su marido en el incendio. Comenta que cuando se enteró de la muerte de su esposo, se volvió extremadamente deprimida, lloró amargamente, no quería vivir, y durante tres días mostró un estado de total abatimiento. Recibió de buena manera al psiquiatra y describió su dolorosa preocupación por los recuerdos que tenía de su marido y su temor a volverse loca. Se daba cuenta de que estaba muerto y se preguntaba si podría soportar que él no regresara. Poco a poco trató de aceptar el hecho de que su esposo no volvería más. Fue después de diez días que ella logró aceptar su pérdida, sólo después de haber descrito en detalle las cualidades de su marido, la tragedia de que la muerte le llegara en el momento más exitoso de su vida y su amor por ella. En las entrevistas posteriores explicó con angustia que se había encariñado con el psiquiatra y esperó ansiosamente su llegada sintiendo vergüenza y deslealtad a su marido, lo que interpreta como señal de que estaba pudiendo llenar el vacío que había dejado su muerte. Esta situación, entre otras que describe, anticipa el apartado sobre el manejo del duelo donde defenderá, de manera explícita, la intervención de los psiquiatras para prevenir alteraciones, desajustes sociales y otro tipo de enfermedades. El psiquiatra tendrá como tarea introducir y acompañar el trabajo de duelo de los pacientes. Asimismo deberán prestar atención a todos los sujetos en duelo, a los que reaccionan a la pérdida y a los que responden tardíamente o no manifiestan su duelo, universalizando de esta forma la atención psiquiátrica del duelo. Llegará a decir que, la reacción de duelo, poco notoria al principio, puede ser bastante destructiva más tarde, pudiéndose prevenir con tratamiento médico. Este interés por la prevención de un mal mayor, supone un riesgo definido de antemano por la teoría, pautando que el trabajo del duelo si o si debe desarrollarse de determinada manera.

Por otro lado, por la exposición al contexto bélico que se vivía en esos años, se plantea un concepto nuevo, el del duelo anticipado vinculado a las separaciones donde no se produce todavía la muerte pensando en los matrimonios separados por la guerra. Según Lindemann,

algunas esposas, frente al temor por la posible muerte de sus maridos, realizan un duelo anticipado (tal como lo que sería un duelo habitual). Al regreso del esposo de la guerra, este duelo anticipado que atravesó la mujer ya ha finalizado y provoca el divorcio, en la medida que “... In such situations apparently the grief work had been done so effectively that the patient had emancipated...It is important to know about this possibility because many family disasters of this sort may be avoided through prophylactic measures...” [...en tales situaciones el trabajo de duelo se había hecho con tanta eficacia que la paciente se había emancipado...es importante conocer esta posibilidad porque muchos desastres familiares de este tipo puede evitarse mediante medidas profilácticas...] (Lindemann, 1944 p. 37). Lo que queda claro es que también se recomienda tratamiento psiquiátrico para estos casos, donde el duelo, tal como se lo había descrito inicialmente, aparece desdibujado.

El estudio de Lindemann posee referencias directas a las teorías del duelo presentadas por Freud (el concepto de trabajo de duelo), por Abraham (el concepto de identificación), por Deustch (el concepto de duelo ausente) y por Klein (el concepto de separación, de la etapa maníaco depresiva) y será determinante para el desarrollo de una teorización psiquiátrica y psicológica del tema en el siglo XX. Su trabajo será reconocido y considerado como el primer estudio empírico que documenta científica y objetivamente lo que sucede a pacientes en duelo. A partir del mismo, produce un cambio sustancial en la teoría de duelo, dejando establecidos una serie de elementos descriptivos del fenómeno que siguen vigentes en las teorías actuales. Los resultados de su investigación, lo llevaron a argumentar que los psiquiatras pueden y deben tratar a las personas en duelo, trayendo como novedad la ampliación del espectro de intervención de esta especialidad. El ajuste que realiza, de la teoría tradicional y su corpus conceptual, supone que el duelo es un problema médico, es decir una enfermedad y por lo tanto tratable por la psiquiatría. El duelo pasa a ser un “síndrome” donde se integran aspectos psicológicos y somáticos. Establece una descripción sistemática de manifestaciones, tanto

normales como anormales, a modo de semiología del duelo, convirtiéndolo en una enfermedad que puede ser tratada mediante técnicas dirigidas a la aceptación de la pérdida, que consisten en dejar hablar al deudo y orientarlo en relación al trabajo de duelo. La terapéutica que propone se expresa en una serie de prescripciones que deben seguirse. Al respecto dirá,

He has to accept the pain of the bereavement. He has to review his relationships with the deceased, and has to become acquainted with the alterations in his own modes of emotional reaction. His fear of insanity, his fear of accepting the surprising changes in his feelings, especially the overflow of hostility, have to be worked through. He will have to express his sorrow and sense of loss. He will have to find an acceptable formulation of his future relationship to the deceased. He will have to verbalize his feelings of guilt, and he will have to find persons around him whom he can use as "tools" for the acquisition of new patterns of conduct. All this can be done in eight to ten interviews. [El sujeto tiene que aceptar el dolor del duelo, tiene que revisar sus relaciones con el difunto, y tiene que familiarizarse con las alteraciones y reacciones emocionales. Su miedo a la locura y los sorprendentes cambios en sus sentimientos, especialmente el desbordamiento de la hostilidad, tienen que ser trabajados. Tendrá que expresar su pena y sentimiento de pérdida. Tendrá que encontrar una formulación aceptable de su futura relación con el fallecido. Tendrá que verbalizar sus sentimientos de culpa, y tendrá que encontrar personas a su alrededor a quienes pueda usar como "instrumentos" para la adquisición de nuevos patrones de conducta. Todo esto se puede hacer en ocho a diez entrevistas.] (Lindemann, 1944 p. 36)

La intervención psiquiátrica del duelo, persigue el objetivo de prevenir alteraciones en el ajuste social del paciente, así como posibles enfermedades médicas. Por esto, además de tratarlo, los psiquiatras deben hacer seguimiento de los pacientes para ver si hacen, de una manera correcta, su trabajo de duelo, participando en casi todos los casos, sea que los pacientes

estén muy afectados o que no muestren dolor por la pérdida. Este será un nuevo rol que debe asumir el psiquiatra, suplantando a las instituciones religiosas, dado que, Lindemann entiende que dichos espacios pueden proporcionar consuelo, pero no la asistencia adecuada. Tanto los religiosos como los trabajadores sociales, deben conocer los síntomas de duelo y derivarlos a los psiquiatras, debido a que ya no son los agentes adecuados para ocuparse del problema. Lograr hacer un duelo va a depender de si el sujeto lleva a cabo las pautas establecidas para el caso y para eso, se recomienda que sea guiado por un psiquiatra y que acepte las indicaciones de éste. De esta forma, se establece una manera correcta de hacer el duelo, que hay que monitorear, siendo los desvíos de la misma, una enfermedad que hay que prevenir. Se instaura así, un paradigma de éxito o fracaso sobre el duelo, que se popularizó y pasó a formar parte de la cultura occidental, integrándose al sujeto que medirá su experiencia de pérdida a partir de estos parámetros (Granek, 2008).

El alcance de la teoría de Lindemann, aunque pionera y exitosa en términos de aceptación, fue criticada. La principal objeción se vincula a que se construyó una teoría psiquiátrica del duelo a partir de un estudio clínico que desde el punto de vista metodológico tenía muchas fallas. En este sentido se lo cuestionó por no informar cuánto tiempo después del suceso de la muerte se realizó la primera entrevista, ni la duración de éstas. También, por no transparentar el criterio de selección de los participantes, ni el método de análisis utilizado. Aunque de los 101 entrevistados solo 13 fueron sobrevivientes del incendio de Cocoanut Grove, los resultados obtenidos con ellos se consideraron de evidencia relevante, sin atender que estos podrían tener diferencias con el resto de los duelos de los pacientes del Hospital, dado que las muertes se habían producido en una situación traumática.

Los estudios posteriores adhieren en su gran mayoría a la teoría de Lindemann y no la modifican. Son acotados y se ocupan de describir las características particulares del duelo vinculadas a las enfermedades somáticas, las relaciones familiares, la idealización del difunto,

la preocupación y la culpa. Un ejemplo de esto es el estudio de Henry Brewster (1950), interesado en el tema de las relaciones humanas y la interdependencia entre las personas, que presenta un caso de duelo con intervención psiquiátrica. Su comunicación se enfoca en mostrar cómo el duelo que no puede desarrollarse, tal como lo había establecido Lindemann, probablemente lleve a la ruptura de las relaciones personales y sociales. En su estudio va a presentar el caso de una mujer joven que llama D.D. a la cual se le muere un hermano luego de una larga enfermedad invalidante. La joven consulta por síntomas físicos y dolores que no tienen correlato en una enfermedad, describe problemas en las relaciones familiares cercanas y dificultades para dormir. Por lo anterior, se le prescribe una psicoterapia y medicación para el insomnio. El trabajo recoge los encuentros psicoterapéuticos durante nueve meses de D.D. con Brewster quien desarrolla el modelo de Lindemann para el tratamiento del duelo. Finalmente la paciente había logrado terminar su duelo y volver a tener relaciones satisfactorias con las personas de su entorno. Esto profundiza la idea de lo destructivo que puede llegar a ser la experiencia de duelo para las relaciones humanas y por lo tanto justifica la prevención e intervención profesional para estos casos. Otro ejemplo, es el trabajo sobre la movilidad urbana de obreros en Boston realizado por Fried (1962), señalado por utilizar la teoría de Lindemann para explicar un fenómeno social. Dicho autor encuentra que la reubicación social forzada de los hogares, obligada por diferentes motivos, generaba costos psicológicos. Plantea que esta experiencia era altamente disruptiva y perturbadora, salir de la zona de residencia, mudarse, implicaba una sensación moderada o extrema de pérdida y una reacción afectiva de duelo. Es por eso que Fried (1962) entiende que la reubicación, puede generar un problema grave que lleve a incrementar la patología social y psicológica sino es atendido, tal como Lindemann recomendaba para los casos de duelo.

Una perspectiva interesante que no sigue el esquema ni la influencia de los anteriores es la de los sociólogos Volkart y Michael (1957) que amplían la mirada predominante, planteando

una perspectiva transcultural. Señalan que, si bien el duelo comprende un profundo problema personal, debe considerarse en términos del contexto cultural. La distinción que exponen se centra en el tipo de vínculo que se establece según el modelo de sociedad, sea colectivista o individualista. En sociedades colectivistas la familia y el colectivo se consideran más importantes que los lazos existentes entre los cónyuges. Éstos son más débiles que las que se dan entre padres e hijos, y entre otros parientes. La posición de estos autores, si bien no llega a situarse como una crítica directa, pone en suspenso algunas generalizaciones del duelo establecidas por Lindemann y sus colaboradores.

Reacción Natural, una Herida, una Quemadura

En el recorrido de los psiquiatras norteamericanos interesados en el duelo es imprescindible mencionar a del George Engel. Creador modelo biopsicosocial, propuso una noción diferente acerca de la salud y la enfermedad estableciendo que ambos estados son el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En 1961 publica *¿Is grief a disease? A challenge for medical research* poniendo en escena una pregunta que generó controversia en la comunidad científica de su época que persiste hasta nuestros días. Allí, interroga acerca de si el duelo es una enfermedad a modo de provocación, queriendo precipitar la discusión del tema y exponer una cuestión de debate clínico y académico. Dicho trabajo ha sido ampliamente citado por investigadores y profesionales interesados en el tema, conservando su vigencia en la actualidad (Stroebe, 2015). Esto se debe a que la experiencia de duelo y su vinculación con las condiciones de salud sigue siendo un problema sin resolver para la medicina (Stroebe et al., 2007), agrego que también para la psicología. Engel va a plantear que el duelo debe ser considerado una enfermedad y como tal debe ser tratado. Explica que los síntomas del dolor por la pérdida, como los de otras patologías, son incapacitantes y configuran un estado mórbido. Conocedor de que su posición genera

debate, pondrá sobre la mesa argumentos a favor y en contra de sus ideas. Las críticas a su teoría afirman que el duelo no requiere tratamiento médico, que es un proceso adaptativo y reparador, que es un estado subjetivo, que una persona sana solo está sufriendo la desgracia de experimentar una pérdida y responder con dolor y que nadie muere por un duelo. Engel responde que lo anterior también puede afirmarse de muchas patologías, además existe evidencia de la relación del duelo con varias enfermedades, algunas de éstas pueden llevar a la muerte. Finalmente terminará afirmando que es necesario investigar y generar conocimiento sobre las consecuencias bioquímicas, fisiológicas y psicológicas de la pérdida para descartar o aseverar su vinculación con la causa de los estados de enfermedad que se presentan frecuentemente cerca de la experiencia de duelo.

En un trabajo posterior *Grief and grieving* (1964) Engel profundizará sus ideas retomando la comparación del duelo con una herida física de la cual, algunos curarían, otros tendrían secuelas leves y el resto, desequilibrio crónico y enfermedad mental. Para explicar estas diferencias, describirá una secuencia de etapas o momentos que experimenta el sujeto en duelo. La primera fase será de conmoción e incredulidad y estará acompañada de sentimientos de aturdimiento y entumecimiento. La persona afligida no reconoce la realidad de la muerte y puede intentar desesperadamente llevar a cabo su vida cotidiana, como si nada hubiera pasado, o puede quedarse inmóvil y aturdido, incapaz de moverse. La duración de esta fase va desde unos minutos hasta unos días. Engel (1964) refiere a que a veces, la reacción puede ser la aceptación (intelectual) de la pérdida y la realización de actividades apropiadas como por ejemplo consolar a los demás. En estos casos parece reconocerse la muerte pero negar su carácter doloroso y silenciar el padecimiento que produce como forma de protegerse frente a la situación. Aclara que solamente el rechazo de la pérdida da inicio al duelo. En la segunda fase denominada, desarrollo de la conciencia, la experiencia de pena comienza a presentarse en forma de angustia, con sentimientos de soledad y consecuencias somáticas (dolor en el tórax

y/o en el estómago). El mundo es un lugar vacío. Se siente ira y se culpan a personas o circunstancias consideradas responsables de la muerte, como el médico, la enfermera, el hospital, otro miembro de la familia o sí mismo. El doliente puede llegar a auto agredirse y romper objetos. El llanto y la desesperación son característicos de esta etapa siempre y cuando se manifiesten dentro de los límites de la cultura, permitiendo evaluar la respuesta al duelo. Engel entiende que en esta etapa existe una gran necesidad de llorar y refiere a que esta expresión del padecimiento tiene una función doble para el trabajo de duelo. Por un lado es índice de que la pérdida se empieza a reconocer y por el otro, al considerarse como la regresión a un estado más indefenso e infantil, es una manera de comunicarse. La persona en duelo reclama con su llanto, apoyo, ayuda al otro. Algunas personas quieren llorar o sienten que deberían llorar, pero no pueden hacerlo. La inhibición del llanto puede deberse a la relación con la persona fallecida de características ambivalentes y en donde el sujeto en duelo siente culpa exacerbada y vergüenza por la muerte. La tercera etapa Engel la denomina de restitución y la vincula a los rituales sociales frente a la muerte. El doliente es acompañado en las exequias por otros que también sufren la muerte y es ayudado a soportar su tristeza. Los ritos del velatorio, cremación o sepultura no dejan lugar a dudas de que la muerte se produjo y las creencias religiosas, junto con lo social de la experiencia, vehiculizan las expresiones de dolor y las contienen. La cuarta fase llamada de resolución se vincula al trabajo intrapsíquico mediante el cual se va a ir aceptando, de manera gradual, la realidad de la muerte, asumiendo el vacío, asimilando la pérdida y conservando la integridad del yo. Además se experimentan dolores corporales, parecidos a síntomas o dolencias sufridas por la persona fallecida como forma de sufrir por el difunto a la vez que mantener su lazo con él y aplacar la culpa por la ambivalencia de sentimientos. Los pensamientos en ese tiempo se concentran en el fallecido y en la experiencia de pérdida. Se observa la necesidad de poner en palabras aspectos de la vida del difunto como una suerte de revisión cargada de tristeza y anhelo hasta que se logra conformar

una representación del mismo pero sin elementos negativos o desfavorecedores. La etapa sucesiva será la de la idealización, donde todos sentimientos hostiles, desagradables o inconvenientes hacia el muerto son reprimidos. Si bien puede presentarse la culpa, esta fase termina de completar a la anterior al establecer una imagen diferente de la persona perdida resguardada en los aspectos positivos de la relación y en los buenos recuerdos. Observa Engel que en este tiempo, el sujeto en duelo, de manera consciente o inconsciente, adquiere algunas de las cualidades o atributos positivos del fallecido por el mecanismo de identificación. La última fase será la del fin del duelo, después de más de un año de iniciado el proceso el resultado exitoso se observará en la capacidad de recordar al fallecido de una manera realista, que no provoque daño. Agrega que varios factores hacen posible este resultado, el tipo de relación con el objeto perdido, la ambivalencia de sentimientos, la culpa, la edad, las pérdidas anteriores y la salud tanto física como psicológica del doliente en el momento de la pérdida.

A partir de la observación de estas fases en sus pacientes, definirá el duelo como la reacción típica a la pérdida de una fuente de gratificación psicológica y dirá que la pérdida de un ser amado se compara con una herida, aclarando que las respuestas psicológicas posteriores son iguales a la reacción de los tejidos que intervienen en el proceso de curación. El mismo puede interrumpirse, no lograrse, o verse limitado por una intervención inadecuada o porque el sujeto en duelo no cuenta con los recursos psíquicos para enfrentar la situación. Finalmente plantea la necesidad de impartir el conocimiento acerca del duelo en el personal médico y de enfermería dado que entiende que son testigos de esta experiencia en sus pacientes. Para eso va aportar guías prácticas sobre cómo acompañar a los sujetos que sufren la pérdida, las que serán agrupadas en los primeros manuales para la atención y el manejo del duelo.

3.2. Duelo, Familia y Estado

Paralelamente a estos desarrollos, en Inglaterra, también el duelo era investigado y teorizado. La inicial necesidad por diferenciarlo de otras experiencias había avanzado hacia la definición y descripción de sus particularidades.

En 1958, el sociólogo británico Peter Marris, estudiaba los vínculos familiares en dos comunidades, Bethnal Green y Essex. Preocupado por las dinámicas de relacionamiento y luego de explorar varios aspectos de la vida familiar, encuentra que varias mujeres, jóvenes y de mediana edad de esas localidades, habían quedado viudas. Con el objetivo de seguir profundizando su conocimiento acerca de la institución familiar decide observar qué sucede cuando se produce la muerte del conyugue. En lo que se conoce como uno de los primeros libros publicados en el Reino Unido sobre el tema, Marris (1958) va a exponer su estudio sobre el duelo de 72 mujeres viudas haciendo foco en la experiencia de pérdida, las redes de apoyo y el papel del Estado para con las esposas que han quedado solas, en la mayoría de los casos, con hijos a cargo y dependiendo de la seguridad social para sobrevivir. Es por esto que a lo largo del libro de Marris, se plantean las consecuencias de la viudez, no solo desde el punto de vista psicológico, con el abordaje del duelo, sino también, considerando los aspectos sociales y políticos del problema. Esto hizo que, además de la descripción de los síntomas y de las expresiones del duelo recogidos en las narrativas de las viudas, Marris explorara el contexto social de esas mujeres, sus problemas económicos, afectivos, así como, la ayuda familiar y de las amistades después de la pérdida. Si bien, para reconocer y situar los síntomas de duelo, el sociólogo va a tener como referencias la teoría freudiana y el estudio de Lindemann, se va a diferenciar de estas al mostrar cómo los aspectos sociales intervienen en los duelos, al proporcionar una descripción sistemática de los síntomas típicos del duelo y en la carencia de la mirada e interpretación clínica que intervenían en la mayoría de los estudios norteamericanos.

Esto le permitió valorar el duelo como una expresión catártica, la cual, vinculó a la importancia de llevar a cabo los rituales fúnebres.

Algunos años más tarde, otro sociólogo, Hobson (1964), también interesado por los estudios de la familia, entrevistó a 40 viudas de Midlands, un pequeño pueblo en Inglaterra. Las edades de las viudas iban desde los 25 a los 58 años, y la mayoría había estado casada por largo tiempo (más de diez años). Estas viudas, a diferencia de las estudiadas en Bethnal Green y Essex, integraban una comunidad donde el apoyo social no era habitual, por lo cual, las manifestaciones del duelo eran más profundas y solitarias. Sin embargo, Hobson al igual que Marris, encontró que los síntomas físicos eran frecuentes en el duelo, mencionando la presencia de migrañas persistentes, úlceras, asma, dolores en el pecho y enfermedades de la piel, así como malestar general, fatiga, sensaciones de irrealidad, fantasía de presencia cercana del esposo muerto, hostilidad hacia el personal médico y poco interés por la vida en general. Fundamentalmente describió el lugar y la posición social que ocupaban las viudas, sus problemas financieros, el rechazo a aceptar o buscar ayuda y la soledad. Es claro, en la comparación de los dos estudios presentados, que el tenor y la calidad de los lazos comunitarios de apoyo al duelo implicaron para estas mujeres de Midlands una vivencia diferencial de la experiencia que la que se observó en el estudio de Marris.

La Ley no Escrita

Otro hito en los estudios de duelo en Gran Bretaña fue el trabajo del antropólogo y escritor Geoffrey Gorer. En *Death, grief, and mourning in contemporary Britain* (1965) estableció las determinantes sociológicas y culturales de la situación de duelo que, al decir del autor, se suele tratar exclusiva o casi exclusivamente desde el ángulo de la intimidad y psicología (Gorer, 1965). En este sentido amplió los estudios anteriores desarrollando el análisis de lo que sucedía en la sociedad británica en relación a la muerte y al duelo. Al respecto afirma

que la negación social e individual, así como, el repudio al duelo se estaba generalizando en el Reino Unido y en los Estados Unidos (Gorer, 1965). Como hipótesis considera que dicha negación puede tener que ver con la presión de asumir una moralidad divertida o lo que él describió como el deber ético de ser feliz y parecer estar bien adaptado. Estas ideas, que toma del estudio de Wolfstein y Leites (1950), le permiten sugerir que la felicidad se ha convertido en una obligación, por lo cual, el duelo en público, resulta desagradable y puede considerarse como una contravención de esta ética. En su trabajo, partirá de una observación de índole antropológica, que lo lleva a establecer una comparación entre el tabú de la sexualidad, ya superado, y la situación que se instaura en el siglo XX con respecto a la muerte. Entiende que se ha generado un nuevo tabú que implica el silenciamiento y ocultamiento de la muerte y lo que ella acarrea, sus efectos, los rituales y el duelo. Las personas deben mantener sus duelos bajo control, no es algo para expresar públicamente y debe recluirse en el ámbito privado, íntimo, al decir de Gorer, como si fuera análogo a lo prescripto para la masturbación en épocas pasadas. En su estudio observó la tendencia a la eliminación de rituales y de algunas prácticas vinculadas a la muerte como el acompañamiento de la persona que va a morir, el contacto con el cadáver en los funerales, el luto público y el apoyo a los deudos. Señala además, la interiorización del duelo y su desaparición de la esfera social. Llega incluso a decir que la mayoría de la población británica se encuentra carente de conductas de acercamiento a la muerte y al duelo. Pero, por más que se intenten opacar y recluir en la intimidad, estos sucesos tienen efectos en la vida social e individual. La proscripción produce alteraciones en la vida social, referidas a la actitud colectiva, tácita, del silenciamiento de la muerte que se suma a las acciones para eludir al deudo y, en plano individual, la marca de la expresión solitaria y clandestina del duelo. El peso de la ley social no escrita (Ariès, 1996) que Gorer señaló con sus hallazgos recae en la experiencia individual de duelo. Así lo mostrará en su estudio donde llega a entrevistar y preguntar por sus duelos a ochenta personas de entre 18 y 80 años que vivían en diferentes

regiones del Reino Unido. A partir de los relatos obtenidos, señalará las transformaciones de actitudes, discursos y prácticas vinculadas a las creencias, los rituales fúnebres y el duelo. Luego, tras la ruptura de la tradición provocada por la negación de la muerte y el abandono de las reglas culturales, va a situar varias formas de expresión del duelo que, liberado a la esfera individual, tiende a configurarse de manera singular. Consignará una tipología de comportamientos particulares de duelo. En esta línea explicará entre otros, el duelo incompleto o momificación, donde se conservan los lugares dentro del hogar y las rutinas exactamente iguales a cómo eran antes de que se produjera la muerte; el duelo detenido o de desesperación, donde el deudo se convertía en un ser emocionalmente distante mayormente aislado y el duelo ausente o casi inexistente producido en personas cuyas creencias religiosas cuestionaban la muerte. Además de los anteriores, Gorer encuentra una diversidad de formas de duelar, es decir un amplio espectro que va desde el duelo inexistente, casi ausente, hasta el duelo eterno. A esta tipología se suma la caracterización de los duelos según el lazo con el difunto (padre, madre, esposo, esposa, hermano o hermana e hijo) identificando la muerte de un hijo como la pérdida más importante. Este catálogo va a dar cuenta de los diferentes entramados del duelo en lo social, las relaciones que afecta y sus protagonistas. En este sentido Gorer va a rescatar el trabajo de Marris señalando la importancia que el sociólogo le otorgó a la vida cotidiana, al tipo de pérdida, al apoyo comunitario y al entorno social de los sujetos, dimensiones imprescindibles que, para el antropólogo inglés, deben ser tenidas en cuenta para comprender el duelo. El investigador británico considera por su experiencia y sus estudios que la persona en duelo necesita mucho más de la sociedad que en ningún otro momento de su vida y a pesar de esto es cuando menos apoyo encuentra, al contrario es marginado y no se lo asiste. Llega incluso a decir que el sujeto paga un costo de miseria, soledad, desesperación y comportamiento inadaptado muy alto (Gorer, 1965). Más tarde Ariès (1996) retomará estos planteos de Gorer y se preguntará si la evacuación de la muerte fuera de la vida cotidiana, la prohibición del duelo,

su restricción social e indiferencia comunitaria no serían las razones de la gran parte de las patologías actuales.

Apego, Pérdida y Duelo

Además de los estudios de corte antropológico, histórico y social, mencionados en apartado anterior, en Inglaterra se comienzan a desarrollar algunas ideas que decantarán en estudios empíricos sobre el duelo. Como punto de anclaje, la teoría del apego, planteada por John Bowlby, será el fundamento para los desarrollos en psiquiatría y psicología, de investigaciones que serán reconocidas por su valor científico, debido a su base experimental y de creación y aplicación de escalas de medición.

El psicólogo inglés, Bowlby²¹, propuso la teoría del apego vinculada de manera estrecha a su concepción de duelo. Al igual que las conceptualizaciones de Freud y Klein, le atribuye gran importancia a las primeras experiencias y los primeros aprendizajes en la vida del ser humano estableciendo que serán matrices del desarrollo posterior y de la adultez. Sin embargo va a tomar distancia y abandonará el modelo pulsional tal como se expone en el psicoanálisis clásico. Descartará lo que tiene que ver con los registros metapsicológicos dinámico y económico, no adjudicándole al aparato psíquico la función de descarga de las pulsiones sino la de metabolizar y procesar la información que le permite vincularse con el ambiente. Esto repercutirá en la forma de entender la constitución subjetiva y los vínculos tempranos. En el esquema freudiano el vínculo con la madre se establece a partir de la gratificación de las necesidades del bebé y el apego será secundario a la satisfacción, es producto de la mismas. Al contrario, para Bowlby las relaciones de apego son primarias respecto a las pulsiones sexuales y de auto-conservación. Desde el nacimiento el bebé intercambia información con el ambiente

²¹ Además de psicólogo, John Bowlby, fue médico, psicoanalista y se especializó en psiquiatría. Trabajó en varias universidades y fue consultor en salud mental para la Organización Mundial de la Salud hasta su deceso en 1990.

en el cual está inmerso e interrelaciona con otros mediante estímulos y respuestas recíprocas. Esto hace que las pulsiones se activen en virtud de esas relaciones intersubjetivas. En este sentido Bowlby definió la conducta de apego como “...cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido...” (Bowlby, 1993, p. 60). Lo que el apego muestra es un enlace afectivo entre un individuo y su cuidador que tiene como función atender las necesidades de seguridad y protección. Bowlby considera que los niños pequeños se apegan de manera instintiva a su cuidadora, en el caso de la madre, por una cuestión de sobrevivencia biológica, psicológica y social. Cuando el apego se concreta se constituye un lazo amoroso entre los dos polos de la relación. Pero si no se establece o cuando se logra, pero se pierde, será posible observar la ansiedad de separación, la vivencia de pérdida y el duelo. En la conferencia “*El duelo en la infancia y sus implicaciones para la psiquiatría*” (1986/1961) Bowlby va a exponer sus ideas al respecto. Compartirá un estudio con niños sanos de entre 2 y 3 años que poseen una relación materna segura de la cual no fueron previamente separados. Con ellos indagará qué sucede cuando los pequeños, por diferentes razones (conurrencia a guardería, internación hospitalaria, etc.), son separados de sus padres durante un lapso de tiempo y quedan al cuidado de otras personas en un ambiente extraño. En su investigación concluye que todos los niños reaccionan de una manera similar frente al suceso, lo que le permite plantear una secuencia predecible de comportamientos. Dividirá la secuencia en tres fases, de acuerdo con la actitud que predomine con respecto a la madre, de protesta, desesperación y de desapego. En la fase de protesta, que dura varios días, reclamará con llantos y enojo que su madre aparezca. Describe Bowlby (1986/1961) que el niño por momentos se tranquiliza pero se lo observa preocupado, molesto, esperando que su madre vuelva. Cuando constata que esto no sucede entra en la fase de desesperación. Finalmente, se produce un cambio dando lugar a la fase de desapego donde el niño ya no reclama por su madre y parece que la olvidó. Frente al retorno de ésta no muestra

interés y finge no conocerla. Estas experiencias le permiten decir que la sucesión de comportamientos mencionados son característicos del duelo frente a la pérdida

Parece darse siempre una fase de protesta durante la cual, la persona desolada aspira, bien en la realidad, bien en sus pensamientos y sentimientos, a recuperar a la persona perdida y reprocha su deserción... Aunque las alternativas de esperanza y desesperación pueden proseguir durante mucho tiempo, a la larga se desarrolla cierto grado de desapego emocional respecto a la persona perdida... Tras haber estado sometido a desorganización durante la fase de desesperación, el comportamiento se reorganiza en esta fase, sobre la base representada por la ausencia permanente de la persona. (Bowlby, 1986/1961p.71)

Queda así establecida una concepción del duelo, a punto de partida de la observación empírica de los comportamientos infantiles, vinculada a la interpretación de una sucesión de conductas. Con esta propuesta, tomará posición frente a un tema de debate, la existencia o no del duelo en los niños, afirmando que "...al igual que los adultos, los lactantes y los niños pequeños que han perdido a una persona querida experimentan pena y pasan por períodos de duelo..." (Bowlby, (1986/1961p.71). También dejará sentadas las condiciones del duelo patológico al establecer que, el prematuro desapego en la infancia, puede configurar un duelo patológico tanto en niños mayores como en adultos, refiriéndose a la posibilidad del duelo ausente. Pero, lo interesante de la propuesta de Bowlby se desarrolla en la discusión que propone frente a sus hallazgos. Dicho autor retoma la teoría psicoanalítica, y algunos estudios como el de Lindemann para expresar, en parte, su oposición a dichas conceptualizaciones. Estudia el papel que tiene para la psicopatología las fases por él descritas. Menciona que la ira, propia de la fase de protesta, es considerada por las teorías clásicas como un elemento patológico, poniendo como ejemplo la propuesta de Freud que ha sido aceptada ampliamente. Contrariamente Bowlby expone que "...no siempre se tiene en cuenta que la ira es una respuesta

inmediata, corriente y quizá invariable a la pérdida...constituye parte integral de la reacción de pesar..." (1986/1961p. 73). En este sentido la ira no sería índice de patología sino que tiene la función de "...proporcionar vigor a los arduos esfuerzos realizados, tanto para recuperar a la persona perdida como para disuadirla de desertar de nuevo." (1986/1961 p. 73). Es claro que entiende que la persistencia de la ira y el enojo se oponen al acatamiento del principio de realidad propugnado por Freud, pero se esfuerza en argumentar que la ira es una reacción natural, no patológica. Su argumento se fundamenta en la teoría evolutiva a la cual adhiere y que le permite decir que se trata de una respuesta biológica. Arguye que la reacción frente a la pérdida se encuentra en otros seres vivos (aves, otros mamíferos) y todas las conductas observadas en los humanos "...ansiedad y protesta, desesperación y desorganización, desapego y reorganización son también la regla general en muchas otras especies..." (Bowlby, 1986/1961p. 74). Plantea además, que estas conductas evolucionaron pero siguen siendo imprescindibles para la seguridad, conservación de la vida y reproducción de la especie. Por tanto, prescinde de estas manifestaciones para definir su presencia como índice de duelo patológico. Justamente lo que va a consignar como determinantes de esta condición es la ausencia de ira, protesta, reclamos y las conductas descritas en relación a la pérdida. Se preguntará

¿de qué modo, se distingue el duelo patológico de un duelo "sano"? una de las principales características del duelo patológico es la incapacidad para expresar abiertamente esta necesidad de recuperar y regañar a la persona perdida, con todo el anhelo por su retorno y toda la ira contra ella que esto supone. En lugar de ser abiertamente expresadas, expresión que por agitada e infructuosa que sea da lugar a un resultado sano, las ganas de recuperar y regañar o reprochar, con toda la ambivalencia afectiva que suponen, han sido escindidas y reprimidas... (Bowlby, 1986/1961 p. 75)

Esta cita se continúa con el análisis de un caso clínico presente en el artículo de Helen Deutsch (1937), por lo que es claro que refiere a que el duelo patológico es el ausente, tal como lo expresara la psicoanalista. Se trata de un paciente varón de 30 años²² que llega a la consulta sin dificultades neuróticas aparentes pero mostrando un bloqueo afectivo completo. La madre del paciente había muerto cuando él tenía cinco años. En su vida posterior, no sólo había reprimido el recuerdo de su madre, sino también todo lo anterior a su muerte. La única reacción de duelo por su madre se remitía a una fantasía infantil donde dejaba la puerta de su habitación abierta con la esperanza de que un gran perro se le acercara, fuera amable con él y cumpliera todos sus deseos. Asociado con esta fantasía estaba el vívido recuerdo infantil de una perra que había dejado a sus cachorros solos y desamparados, a causa de haber muerto poco después del parto. Aparte de esta fantasía, no había rastro de duelo por su madre. Deutsch entiende que el paciente junto con la supresión de los afectos y la ausencia del duelo, había eliminado completamente toda su vida emocional. La nueva lectura acerca del caso que hace Bowlby carga las tintas sobre el comienzo prematuro de los procesos defensivos, la represión, la escisión con sus fijaciones correspondientes, dado que son más proclives a desarrollarse en la infancia. Por eso afirmará, en continuidad con Deutsch que las experiencias de pérdida que se producen en la infancia tendrán consecuencias en la personalidad y en la propensión a la enfermedad mental. Al respecto dirá que

...en el niño de corta edad, la experiencia de la separación de la figura materna resulta especialmente apta para evocar procesos psicológicos de una índole que resulta tan esencial con respecto a la psicopatología, como lo es la inflamación y el tejido cicatricial resultante en fisiopatología. Esto no significa que el resultado inevitable de ello sea un deterioro de la personalidad, pero sí que al igual, por ejemplo, que en el caso de una fiebre reumática, se forma con demasiada frecuencia un tejido cicatricial que

²² Consignado como “Caso 3” en el texto *Absence of grief* escrito por Deutsch en 1937.

posteriormente ocasiona disfunciones más o menos graves. Los procesos en cuestión, al parecer, son variantes patológicas de aquellos que caracterizan al duelo "sano"... (Bowlby, 1986/1961p. 80).

Se entiende que Bowlby, al igual que otros estudiosos del duelo, pone en escena el nexo entre los estados patológicos del adulto y las vivencias infantiles. Particularmente este autor entiende que la experiencia de pérdida temprana, que resulta en el desapego, es la causa del cuadro patológico del duelo. Además de los estudios que presenta y de las teorías precedentes que retoma, justificará sus ideas en los estudios estadísticos sobre la pérdida de seres queridos durante la infancia. Estos, se venían desarrollando en Inglaterra en esa época, aplicándose a diferentes muestras de la población psiquiátrica, donde constataban una incidencia significativamente mayor de la pérdida y desapego temprano que en la población en general. Ejemplo de esto son las investigaciones de Earle y Earle (1961) y de Craft et al. (1964) que estudiando personas internadas en hospitales psiquiátricos encontraron la ausencia de la madre en la vida infantil de pacientes diagnosticados como psicópatas agresivos. Lo mismo reportaron Naess (1962), Greer (1964a) y Brown y Epps (1966) en sus indagaciones con grupos de psicópatas y delincuentes comunes y Dennehy (1966) con sujetos alcohólicos y adictos a las drogas. Hallazgos similares se encuentran en suicidas, según los trabajos de Bruhn (1962), Greer (1964b), Kesel (1965) y Greer et al. (1966) y en pacientes con depresión de acuerdo a lo planteado por Brown (1961), Munro (1966), Greer et al. (1966) y Hill y Price (1967).

Los estudios de Bowlby tuvieron repercusiones en psicoanalistas mayormente de habla inglesa. Sus trabajos impulsaron el desarrollo de publicaciones de varios artículos teóricos durante la década de 1960 que retomaron, por un lado, la perspectiva evolucionista sobre el duelo y, por el otro, la necesidad de la investigación empírica para su descripción.

Capítulo 4. Derivaciones de los Estudios del Duelo

4.1. Evolucionismo y Ajuste Adaptativo del Duelo

Influenciados por la teoría de Bowlby, algunos investigadores derivaron de ella planteos de corte evolucionista, como Pollock y Averill y otros, como Parkes llevaron a cabo investigaciones empíricas, a partir de los cuales, consideraron el problema del duelo.

Particularmente Pollock en “*Mourning and adaptation*” (1961) define el proceso de duelo como un ajuste adaptativo del psiquismo frente a un suceso que modifica, altera el mundo externo. Plantea que la capacidad de adaptación es central para el yo, ya que éste, se desestabiliza y necesita adecuarse frente al cambio que produce la muerte de un objeto significativo. Para Pollock, el proceso de duelo lleva al restablecimiento del equilibrio yoico e involucra tanto la respuesta a la pérdida como las conductas de reparación posteriores. Heredero también de la teoría de Lindemann, afirmará que dicho proceso consta de dos fases, una aguda y una crónica. La primera fase, duelo agudo, se observa en aves y mamíferos. La fase siguiente, que denomina crónica, es donde se lleva a cabo el trabajo de duelo, la desinvestidura del objeto. Esta instancia la adscribe solamente al ser humano debido a la organización psíquica que posee (diferenciación intrapsíquica, representación de objeto, memoria, proceso secundario y principio de realidad). Pollock entiende que gracias a la evolución filogenética y a la selección natural, el ser humano logra una adaptación adicional, nueva, con otros objetos. El reemplazo del objeto perdido va a depender de las necesidades del deudo, de la energía liberada en el proceso y de la madurez del yo y del superyó. La investidura de nuevos objetos no forma parte del proceso de duelo sino que es un indicador de su grado de resolución.

También Averill (1968) analiza el tema desde la perspectiva evolucionista. Considera que el duelo comprende un conjunto estereotipado de reacciones psicológicas y fisiológicas de origen biológico y plantea la hipótesis de que la función adaptativa del duelo es asegurar la

cohesión del grupo en especies donde la forma social de existencia es necesaria para la supervivencia. Tomando la teoría darwiniana aparte del campo de la psicología el problema del duelo en el entendido de que dicha disciplina no se ocupa de las emociones y por lo tanto las discusiones sobre lo que produce la pérdida de otro significativo están fuera de su alcance.

Con respecto a la investigación empírica para la descripción del duelo, un exponente central, que también comulgará con la perspectiva evolucionista será el psiquiatra Colin Parkes. Bajo la supervisión de Bowlby comenzó a investigar el duelo a principios de la década de 1960 y su producción llega hasta nuestros días. Su propuesta teórica deviene de sus investigaciones, fundamentalmente clínicas, en donde lleva a cabo estudios de casos, entrevistas y formulación de escalas. Parkes obtuvo el reconocimiento de sus pares y se constituyó como un referente en las investigaciones consideradas científicas debido a que estableció una base empírica sólida para descripción del duelo (Archer, 1999). Publicó sus artículos en gran parte en revistas médicas, la mayoría en la prestigiosa *British Medical Journal* e incluyó numerosos gráficos y estadísticas como modo de garantizar la validez y confiabilidad de sus resultados. Inicialmente se enfocó en examinar los casos anómalos o no esperados, personas que buscaban ayuda psiquiátrica en ocasión de estar atravesando un duelo. Los sujetos de sus investigaciones fueron pacientes de hospitales psiquiátricos y mujeres viudas de Londres y Boston. Estudió las reacciones frente a la pérdida a lo largo del tiempo dando cuenta del cambio de expresiones y conductas a medida que se transita el duelo. Además de estas investigaciones, a posteriori fue desarrollando otras, cada vez con mayor rigor metodológico, modificando el diseño de sus estudios en base a lo que la crítica de sus pares le señalaba. Lo más valorado por la comunidad científica de su época, fue su contribución a la descripción e identificación de las variables que intervienen en los duelos, algunas de las cuales, afectan su prosecución. Se centró en los aspectos somáticos y fue el primero en plantear que, los sujetos en duelo tienen índices de

morbilidad y problemas físicos más frecuentes, lo que hace que estas personas sean tratadas habitualmente por médicos (Parkes et al., 1969).

Parkes al igual que Bowlby entiende que el duelo es una consecuencia de la conformación de las relaciones humanas, basadas en el apego, para la supervivencia. Estas afectan cada aspecto de la vida y ante la pérdida de un ser querido se constata una resistencia al cambio en los vínculos basados en el parentesco. En relación a esto acuñará la idea de que el duelo es el costo que pagamos por el amor (Parkes, 1972) es decir, por tener la necesidad y ser capaces de amar en la forma en que lo hacemos. Al igual que otros teóricos del duelo de base evolucionista, considera que el individuo posee una representación compleja del ser querido almacenada en su cerebro, que define como un mundo supuesto. Sería un esquema, que frente a un acontecimiento de pérdida, pone en juego una especie de alarma que desencadena una reacción destinada a reestablecer el contacto con la representación de esa persona significativa. Las representaciones del ser querido son elementos esenciales del sí mismo y están arraigados en la personalidad del sujeto. Solo con mucho esfuerzo pueden ser modificados o minimizados, frente a la pérdida por ejemplo. Esto hace que el duelo sea más que una reacción evolutiva o un desajuste e implique cambios en la identidad y modificaciones del carácter. Parkes (1972) lo conceptualizará como un proceso que implica una sucesión de cuadros clínicos que se mezclan y reemplazan entre sí. Dentro de este modelo define un cuadro de entumecimiento, otro de desfallecimiento, otro de desorganización y desesperación y finalmente uno de recuperación, que implica el final del duelo. El pasaje por estos momentos constituirá, al llegar a la resolución, cambios en el sujeto. El énfasis sobre el papel del duelo como protagonista de los cambios graduales a lo largo de la vida amplía las descripciones y la función de la experiencia.

Paralelamente entiende que el duelo puede desencadenar una amplia gama de enfermedades psiquiátricas, con una alta frecuencia de trastornos afectivos (Parkes, 2002). La idea del duelo como condición de morbilidad estuvo presente desde el inicio de sus

investigaciones y se profundizará a lo largo de sus estudios. En los trabajos de 1964 plantea al respecto que el duelo es en sí mismo una enfermedad, tal como fue explicitado por Engel y estaría respaldado por los estudios de personas en duelo donde los pacientes entrevistados sufrían variantes de la pena típica (Parkes, 1964 a y 1964 b).

Conocedor de que hablar del duelo como una condición patológica genera controversias, sostiene, basado en sus estudios, la comprobación de los efectos inhabilitantes y disruptivos del duelo en la vida cotidiana del sujeto que lo padece. Esto permite que se lo caracterice como una enfermedad que requiere atención, tratamiento psiquiátrico, acompañamiento, consejería y prescripción de psicofármacos. Además, sobre la oposición hacia los tratamientos médicos para el duelo, entiende que puede cambiar si los antidepresivos cumplen su promesa, poniendo el ejemplo de que son pocas las madres que rechazan la anestesia del parto, simplemente porque los dolores de traer un hijo al mundo son normales (Parkes, 2002).

Para Granek (2008) las ideas de Parkes proporcionaron una justificación adicional a la patologización del duelo y promovieron una corriente de investigaciones con aspiraciones de cientificidad propias del desarrollo de la psiquiatría y la psicología de mediados del siglo XX. Agrega que en todos sus artículos, Parkes se refirió al duelo como un proceso complejo que requiere intervención profesional, por lo cual recomienda introducir el tema en los programas académicos de formación médica y psicológica, generando un nuevo campo de trabajo para las disciplinas psi.

Medir el duelo. Las Escalas

El desarrollo de los estudios del duelo fue ganando terreno en la psiquiatría y la psicología del siglo XX y se ubicó como una de las preocupaciones de estas disciplinas. La consolidación de este campo de estudios se produjo gracias a la valoración de las investigaciones empíricas sobre el duelo. Los trabajos de Parkes, entre otros de base empírica,

considerados científicos, lograron la aceptación de la academia. Además tuvieron una influencia relevante en el desarrollo de la psicología clínica de mediados del siglo XX que necesitaba de instrumentos adicionales para fortalecerse y dar pruebas de los conceptos que guiaban su práctica (Granek, 2008). Antes de la Segunda Guerra Mundial la psicología se consideraba como una especialidad académica, desarrollada en laboratorios con muy escaso desempeño práctico. A raíz de la demanda ocasionada por los conflictos bélicos fue convirtiéndose en una disciplina productora de teorías explicativas y en una práctica para el tratamiento de los problemas de salud mental (Capsheew 1999). Según Napoli (1981) tal transformación se debe, por un lado, a la necesidad de hacer de la psicología clínica una profesión y, por el otro, al concepto de ajuste mediante el cual los psicólogos ofrecen un servicio valioso a la sociedad del momento. En su texto *Architects of adjustment: The history of psychological profession in the United States* (Napoli, 1981) muestra cómo la consolidación de la psicología clínica se debe a los efectos de la guerra, a la depresión económica y a la generación de estrategias de selección y ajuste. Inicialmente el ajuste se aplicó en débiles mentales y en niños para ayudarlos a moderar los problemas de comportamiento. Luego, con los test y las escalas, que permitían tanto evaluar desempeño como realizar diagnósticos, llegó a toda la población. Esto sirvió para que los psicólogos ganaran visibilidad y autoridad seleccionando reclutas, evaluando pilotos y tratando soldados que volvían de la guerra. Napoli (1981) va a señalar que el concepto de ajuste tiene implicancias políticas, económicas y sociales mencionando que, detrás de lo considerado objetivamente medible, están los rastros de la relación entre el control y la desigualdad social. Lejos de limitarse al terreno académico o de la ciencia de laboratorio, los psicólogos se posicionaron en una función práctica, tratando problemas de crecimiento, desarrollo, adaptación o falta de adaptación individual, entre otros. El nuevo rol se llevó a cabo con la construcción de test de inteligencia y de otras funciones mentales que se aplicaron tanto a reclutas y militares de mayor rango que participaban de la

guerra como a los demás miembros de la comunidad. Esto dejaba en claro que la psicología práctica tenía la función de medir no solo capacidades sino también experiencias, lo que posibilitaba ajustar conductas y gestionar personas en base a los estándares que la sociedad del momento requería. Se produce así una explosión de cuestionarios, de instrumentos diagnósticos sostenidos en enfoques cuantitativos, lo que mostraba los parámetros epistemológicos y las aspiraciones científicas de la psicología (Cohen, 1992). Las mediciones que se realizaban mediante escalas, llegan hasta el día de hoy, generando una estadística a la cual se remite para definir conductas y ajustar los sujetos a cierto canon previamente establecido por la teoría. Como era de esperar, la experiencia de duelo no fue ajena a esta voluntad de medición y son varios los instrumentos que se desarrollan al respecto. Sobre todo en Estados Unidos, es claro el interés de los investigadores del duelo en los cuestionarios y escalas, que prefieren a las entrevistas personalizadas.

Las primeras escalas de duelo exploraban los problemas físicos y psicológicos en viudas (Maddison y Walker, 1967; Maddison y Viola, 1968; la depresión Clayton et al., 1972), la ansiedad y angustia también en viudas (Vachon et al., 1982) y el duelo agudo como predictor de enfermedades en viudas y viudos (Zisook et al., 1987).

Luego se fueron implementando escalas para medir específicamente el duelo (Faschingbauer et al., 1977), las etapas del duelo agudo (Jacobs et al., 1986), la angustia y el apego del duelo (Jacobs et. al 1988), cuestionarios que evaluaban los efectos de los eventos traumáticos en general que se aplicaban a los sujetos en duelo, por ejemplo la existencia de pensamientos intrusivos y de mecanismos de evitación de la pérdida (Horowitz et al., 1980; Levy et al. 1993; 1994), inventarios de experiencia de duelo según la relación con el fallecido (Sanders, 1979-1980; Sanders et al., 1985), escalas para predecir duelos complicados (Prigerson et al., 1995), estos últimos ampliamente utilizados en la actualidad. Analizando esta situación Granek (2008) sostiene que la estandarización estadística proporcionada por estas medidas

situaba el duelo como un constructo científico que podía compararse, evaluarse, diagnosticarse como patología y ajustarse según fuera necesario. Además observa que el estudio de duelo trascendió el campo del psicoanálisis y pasó ser objeto de la psiquiatría empírica. Con esto da cuenta de una transformación, no solo conceptual sino también epistemológica, que se sostiene y perpetúa en los desarrollos posteriores de la psicología clínica. Para ilustrar sus afirmaciones, Granek toma el número especial del *Journal of Social Issues*²³ sobre el duelo, publicada en el año 1988. En su lectura, observa que, si bien se han producido cambios en la teoría del duelo desde los trabajos de Parkes, la perspectiva empírica que los caracterizaba se mantiene en los estudios posteriores. Es decir, no se han modificado ni el enfoque ni la estructura. La relevancia siguió puesta en la descripción de los síntomas de duelo y en cómo medir, diagnosticar, prevenir y manejar el dolor por la pérdida. Asimismo Granek establece que la publicación se enfoca en dos temas principales. Uno de ellos refiere a las consecuencias del duelo en la salud (física y/o mental), su potencialidad para generar enfermedades que lleven a la muerte, es decir en la esperanza de vida de los sujetos atravesados por esta experiencia. El otro, a las formas patológicas de duelo. En este sentido el análisis de la publicación va a mostrar cómo a partir de la década del noventa el interés de los estudios sobre el duelo se va a centrar casi exclusivamente en su naturaleza disfuncional. Las contribuciones en este número tratan temas vinculados a los correlatos biológicos de la pérdida en humanos y animales; diagnóstico de grupos de alto riesgo de duelo patológico, y el valor de la terapia y consejería del duelo. Los autores de los artículos hacen alusión constantemente, al avance y éxito de los tratamientos psicológicos del duelo. Granek señala que los autores referentes del tema, Margaret Stroebe, Wolfgang Stroebe y Robert Hansson, sitúan una crítica de los conceptos psicoanalíticos de duelo por no ser empíricos y denotan la relevancia de los pioneros estudios de Lindemann, justamente por intentar entender científicamente el fenómeno. Sus trabajos permiten aseverar que el duelo puede ser perjudicial

²³ *Journal of Social Issues* (44)3, 1988.

para la salud y el efecto de la pérdida puede ser tan severo como para crear o profundizar problemas emocionales preexistentes. Sin dejar de lado la interesante lectura de Granek sobre la publicación, vale la pena mencionar las palabras del editor invitado Stuart Oskam en la medida que justifican la necesidad de la temática especial. Oskam (1988) presenta en su editorial al duelo como un problema social con consecuencias sobre la salud pública, física y mental con efectos que impactan a largo plazo. Considera que produce incapacidad en las personas y por eso el problema requiere de políticas públicas para atender la necesidad social.

Retazos de este panorama llegan tardíamente a los saberes psicológicos del Río de la Plata, por un lado, por la influencia, consolidación y permanencia cultural de las ideas del psicoanálisis, por el otro, por lo costoso de baremar las importados instrumentos de medición. Las investigaciones con escalas en el medio nacional son recientes y poco frecuentes (Daguerre et al., 2015; Ferraresi Rodrigues et al., 2022). A pesar de esto, las escalas sobre duelo, así como el paradigma que las hace posible, han ingresado y sido habilitadas en estas latitudes por los organismos sanitarios internacionales, la psiquiatría biológica y la psicología cognitiva que las utilizan más en el campo investigativo que en la práctica clínica.

4.2. DSM y Duelos “Complicados”

Si bien la teoría freudiana del duelo, incidió en los estudios posteriores del tema, tanto de la psiquiatría como de la psicología, la influencia del psicoanálisis fue un paréntesis en la historia de la psiquiatría que, abandonó por un tiempo, el enfoque en la evolución y la biología del cerebro (Shorter, 1997). Esta pausa, dejó latente un problema que persistía y generaba tensión vinculado al paradigma de cientificidad positivista, en la cual el psicoanálisis no encajaba, pero al que algunos psiquiatras aspiraban. Las investigaciones vinculadas a la biología del cerebro y la aparición de psicofármacos que aplacaban síntomas y malestares, fueron desplazando las ideas del psicoanálisis que, poco a poco, fue perdiendo el papel central

que detentó durante mucho tiempo. En su lugar, para muchos psiquiatras, la hipótesis biológica de la enfermedad mental y su diagnóstico, ganó terreno. Se produjo así una ruptura, levantándose la pausa referida por Shorter y volvió a reinar el modelo que ya existía en la psiquiatría y que nunca había sido del todo abandonado.

Bielli analiza lo que desde la propia psiquiatría, se llamó y tipificó como una revolución dentro de la disciplina, producida a partir del último tercio del siglo pasado. Gracias a ella, la psiquiatría logró liberarse del modelo psicodinámico, “...que ha sido sustituido como terapéutica, como teoría explicativa de la enfermedad mental y como método de investigación...” (Bielli, 2012 p. 56), haciendo que la especialidad retornara a la senda de la ciencia, en particular, de la biología. Para esto tuvo como impulso el desarrollo de los primeros psicofármacos y se consolidó con la formulación en 1980 del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* tercera edición (DSM-III) de Asociación Americana de Psiquiatría (Bielli, 2012, Jacobsen y Petersen, 2018).

La concepción del duelo no quedó por fuera de esta transformación, aunque antes del tiempo de la proclamada revolución, ya se venían notando algunos cambios. Es más, según lo entiende Granek (2010), al poco tiempo que se publicara “Duelo y Melancolía” en 1917, comenzaron a desarrollarse investigaciones que fueron tomando distancia de la teoría original, sin cuestionarla directamente, pero estableciendo nuevos elementos para la comprensión del duelo no contemplados por Freud. La hipótesis biológica y evolutiva del duelo, señalada en apartados anteriores, siempre estuvo más o menos presente, al igual que la preocupación por las características y el diagnóstico del duelo patológico. Asimismo, la abolición de la mirada psicodinámica del duelo nunca se dio de manera total en el campo de la psiquiatría, pero fue acotada y en parte sustituida por la consideración de cuadros clínicos como el de depresión, resituando los síntomas y delineando diagnósticos. Por ejemplo donde el psicoanálisis propone al duelo como causa o base de un síntoma o pronóstico depresivo, la nueva psiquiatría encuentra

un déficit químico. En esta trayectoria es claro, tal como lo señala Bielli (2012), el rol que han desempeñado los psicofármacos, alterando y generando controversias en el campo de los saberes psicológicos y ofreciendo otra clase de respuestas frente al problema.

Un hecho que capta la nueva mirada acerca del duelo en psiquiatría es su inclusión en el DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980). Las ediciones anteriores, DSM, primera edición (DSM-I) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1952) y DSM, segunda edición (DSM-II) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1968) conservaban la impronta psicoanalítica con respecto al sustento teórico y la terminología. En el DSM-I la enfermedad se consideraba como una reacción a condiciones de la vida y si bien, en el DSM-II se abandona esta concepción reactiva, en ambos manuales los padecimientos mentales se entienden como “... expresiones simbólicas de realidades psicológicas o psicosociales subyacentes... [Y se sostiene]...la naturaleza simbólica de los síntomas psiquiátricos a ser interpretadas en el curso del diagnóstico y/o del tratamiento...” (Bianchi, 2014, p.93). Además, a pesar de encontrarse cierta continuidad entre lo normal y lo patológico, en estos manuales se observaba, diferencias entre psicosis y neurosis y la oposición al diagnóstico descriptivo de Kraepelin (Wilson, 1993).

Por el contrario, la versión del DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980), se presenta despojado del psicoanálisis y tal como se lee en su introducción, se caracteriza por ser a-teórico, abandonar la explicación etiológica de la enfermedad mental y proponer un abordaje descriptivo de los trastornos que aborda. Con respecto al duelo, el DSM-III lo coloca en el apartado de, “*Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud*” (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980 p. 333) bajo un código para condiciones no atribuibles a un trastorno mental que es un foco de atención o tratamiento. En esta versión se establece la distinción entre duelo no complicado, o reacción normal a la pérdida, y el duelo complicado de la siguiente manera,

Duelo sin complicaciones. Esta categoría se puede utilizar cuando un foco de atención o tratamiento es normal. Reacción ante la muerte de un ser querido (duelo). Un síndrome depresivo total frecuentemente es una reacción normal ante tal pérdida, con sentimientos de depresión y síntomas asociados como falta de apetito, pérdida de peso e insomnio. Sin embargo, la preocupación morbosa por la inutilidad, deterioro funcional prolongado y marcado, y retraso psicomotor marcado son poco comunes y sugieren que el duelo se complica por el desarrollo de una Depresión Mayor. En el duelo no complicado, la culpa, si está presente, se refiere principalmente a cosas hecho o no hecho en el momento de la muerte por el sobreviviente; pensamientos de muerte generalmente se limitan al pensamiento del individuo de que estaría mejor muerto o que debería haber muerto con la persona que murió. El individuo con duelo no complicado generalmente considera el sentimiento de estado de ánimo deprimido como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para alivio de síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La reacción a la pérdida puede no ser inmediata, pero rara vez ocurre después de la primeros dos o tres meses. La duración del duelo "normal" varía considerablemente entre diferentes grupos sub-culturales (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980 p. 333).

Como se observa, el duelo fue incluido en la tercera edición del manual para que pudiera ser valorado y diagnosticado en relación con los síntomas depresivos, y al mismo tiempo, compararlo con éstos. Teniendo el duelo como contexto, configuran una reacción normal a la muerte de un ser querido, y su presencia sin esta condición se considera un trastorno. En este sentido, Pizarro y De La Fabián (2019) entienden que la exclusión diagnóstica por duelo normal, se instauró con el objetivo de "...limitar la acción psiquiátrica²⁴ y aminorar la

²⁴ Con respecto a limitar la acción psiquiátrica se ofrece un matiz, en la medida que tal como expresa el manual citado, el sujeto en duelo, puede buscar ayuda profesional para alivio de síntomas asociados como el insomnio y la anorexia.

posibilidad de confundir una reacción depresiva normal con un trastorno...” (p. 5), lo que hace necesario establecer algunas pistas para realizar un diagnóstico diferencial describiendo las características del duelo. Pero también, en la clasificación, subyace el interés por afirmar el concepto de trastorno (borrando la división tradicional entre psicosis y neurosis) y llegar a establecer diagnósticos basados en pautas medibles en duración, frecuencia e intensidad.

El parteaguas para la discriminación entre el duelo normal y la depresión fue tomado del estudio de Clayton et al. (1968). Esta investigación llevada a cabo con viudas y viudos de clase media, había logrado mostrar dentro de sus resultados, mejoras en el duelo de los participantes reportadas por la desaparición espontánea de síntomas depresivos, en un período ubicado entre la semana seis y la diez, luego de haberse producido la pérdida. A partir de esto, denominaron duelo normal a las situaciones donde se presentaba la condición de remisión en ese plazo. Cuando los síntomas más o menos severos se mantenían por más tiempo se estableció que se estaba frente a un duelo complicado. Si se presentaban síntomas depresivos prolongados en el tiempo sin la eventualidad de una pérdida, es decir que no estuviera cursando un duelo complicado, y los mismos se mantuvieran por más de dos semanas, se consideró la clasificación de trastorno depresivo mayor (ver tabla siguiente nro.1)

Tabla nro. 1.

DSM-III Diagnóstico diferencial de duelo, duelo complicado y Depresión mayor.

Diagnóstico		
Duelo	Desaparición espontánea de síntomas depresivos	Entre la sexta y la décima semana a partir de la pérdida.
Duelo complicado	Síntomas depresivos	Se mantienen luego de la décima semana a partir de la pérdida
Depresión	Síntomas depresivos	Prolongación en el tiempo de síntomas depresivos sin la eventualidad de una pérdida.

A partir de esto, tal como señala Granek (2010, 2014), la depresión basada en pruebas empíricas junto con la incorporación de datos estadísticos a los criterios del DSM, constituyó la pauta para que el duelo pudiera considerarse una enfermedad, desconociendo el sesgo y las características del grupo estudiado y sin considerar factores diferenciales, como el tipo de vínculo con el fallecido, la característica de la muerte, etc.

Este criterio de exclusión, a causa de estar en duelo, se sostuvo hasta la versión revisada del DSM cuarta edición (DSM-IV) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y fue eliminada en el DSM quinta edición (DSM-V) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En el DSM-IV, texto revisado (DSM-IV TR) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000), bajo el título *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* se establece que el duelo es una categoría que

....puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo «normal» varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo «normal» puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquéllos se incluyen: 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con

el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida. (p. 740-741).

Como se observa en esta cita, si bien el duelo no se cataloga como trastorno mental, se advierte que es un problema digno de recibir atención médica y que puede presentar síntomas de un trastorno de depresión mayor, o de tristeza, o de insomnio, o de anorexia o complicarse. Lo denominación de duelo complicado, es decir, síntomas de duelo que se prolongan en el tiempo, fue y sigue siendo objeto de controversias y debates, en parte, porque genera problemas a la hora de distinguirlo de la depresión. Varios psiquiatras renombrados que discutieron el tema esperaban que la versión del DSM-V lograra mayor claridad y orientaciones sobre cómo reconocer un duelo normal y cuándo diagnosticar un duelo complicado o una depresión. Llevados por el propósito de dilucidar si el duelo complicado configuraba un trastorno a ser incluido en el DSM-V, más de veinte psiquiatras del mundo occidental, se reunieron y escribieron un trabajo donde analizan literatura sobre duelo que contenía mayormente investigaciones con escalas. Claramente entienden que debe ser incluido, en la medida en que lo catalogan, como un complejo sintomático reconocible que genera malestar y discapacidad clínicamente significativa (Shear et al., 2011). Consideran que, aunque el tipo de pérdida puede relativizar el diagnóstico de duelo complicado (no es lo mismo perder un hijo que a un padre), excede a la respuesta esperable frente a un factor estresante, como puede ser la de duelo agudo. Además, refleja una disfunción psico-biológica subyacente (se observa en imágenes cerebrales) y no es el resultado de una desviación social o de un conflicto con la sociedad. Terminan argumentando la inclusión en una valoración de beneficios, a saber, la identificación de personas que requieren atención clínica parece superar el daño potencial, iluminado por

criterios estadísticos. Los daños, estigmatización por la enfermedad mental, patologización, sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento, si bien pueden llegar a ser relevantes, podrían ser justificados. Pero al respecto, la crítica de Frances (2010) justamente señalaba lo contrario cuando por esos años, bajo el título *Medicalización del duelo*, advertía que con esta modificación,

se inutilizaría los 30 años de práctica de diagnóstico de Depresión Mayor, al ser efectuado en aquellos individuos cuya reacción al duelo sintomáticamente recuerda un Episodio Depresivo Mayor (por ej.: dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental). Esto es un sorprendente y radical cambio que podría ayudar a algunos individuos, pero causará un enorme problema de falsos positivos, especialmente desde que hay mucha variabilidad individual y cultural en sobrellevarlo. Por supuesto, el duelo se transforma en un blanco extremadamente invitante para las compañías farmacéuticas. (Frances, 2010 p. 3-4).

Finalmente, más allá impulsores o detractores, el DSM-V (2013) no terminará adoptando el trastorno de duelo complicado pero si eliminará el criterio de exclusión basado en el duelo normal. Ya no será necesario esperar dos meses luego del fallecimiento para ver si persisten los síntomas de duelo para diagnosticar una depresión. Ahora el plazo se reducirá a dos semanas. Dicha eliminación y reducción del tiempo del duelo agudo terminará “...descartando el valor de cualquier circunstancia biográfica concomitante a la enfermedad...” (Pizarro y De La Fabián, 2019 p. 3). La no consideración de la circunstancia vital, es una de las objeciones al DSM-V, en la medida en que incluye experiencias humanas, como el duelo, bajo el signo de la patología mental contribuyendo a la redefinición del par salud-enfermedad y a la expansión de la psiquiatría sobre los problemas de la vida cotidiana.

Tímidamente en el DSM-IV TR y sin ambages en el DSM-V, la valoración del riesgo sobre el duelo supone una delgada línea divisoria proclive al compromiso diagnóstico de depresión. Fácilmente el duelo puede ser convertido en depresión, dado que dos semanas de síntomas depresivos o como se conocen popularmente, de pena o tristeza, son experiencias comunes y frecuentes. Esta debilidad continuaría generando problemas y será objeto de controversias. Las mismas quedarían plasmadas, a modo de solución de compromiso, en la sección III del DSM-V donde se exponen las afecciones que requieren mayor estudio para consolidarse. Aquí se describe el trastorno por duelo persistente caracterizado por ser excesivamente largo, estar acompañado de síntomas depresivos y cuyo núcleo de ideas es la muerte de un ser querido. Según Levy Yeyati (2022) la forma en que este trastorno se presenta en el DSM-V indica que "...había un debate implícito (o un desacuerdo) en torno al establecimiento de un hipotético trastorno por duelo patológico. Para algunos, es un duelo que viró hacia la depresión y, para los otros, es un trastorno específico y diferente de una depresión..." (p. 52). Nueve años más tarde con la publicación de la versión revisada del DSM-V (DSM-V TR) se incorpora el trastorno por duelo prolongado de manera establecida y considerado para los casos de

A. Muerte de un ser cercano ocurrida al menos 12 meses antes (Si son niños, al menos 6 meses). B. Desde la muerte, desarrollo persistente de una respuesta de duelo caracterizada por uno a dos de los siguientes síntomas, que se presentan la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes: 1. Añoranza intensa por la persona fallecida. 2. Preocupaciones con pensamientos o recuerdos del muerto (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte). C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días

durante al menos un mes: 1. Perturbación de la identidad desde la muerte (ej. sentimiento como si parte de uno hubiera muerto). 2. Sentimiento de marcada incredulidad para aceptar la muerte. 3. Evitación de recuerdos o recordatorios que indiquen que la persona ha fallecido (en niños y adolescentes, puede estar caracterizado por esfuerzos para evitar los recordatorios). 4. Dolor emocional intenso (p. e. ira, amargura, tristeza). 5. Dificultad para seguir adelante: retomar relaciones y actividades luego de la muerte (p. e., dificultades para compartir con amigos, compartir intereses, o planificación futura). 6. Aturdimiento (ausencia o marcada reducción de experiencias emocionales) como resultado de la muerte. 7. Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte. 8. Sentimiento de intensa soledad como resultado de la muerte. (p. 322-323).

El nuevo diagnóstico de duelo prolongado tiene como causa la pérdida por muerte de un ser querido y se diferencia del duelo convencional por su duración y su intensidad. Las emociones propias del duelo vinculadas a la tristeza y la culpa, así como, el padecimiento cotidiano pueden igualarlo a la depresión, lo que hace que sea difícil encontrar diferencias entre el trastorno de duelo prolongado y el motivo de consulta desencadenado por una pérdida, un duelo normal o la depresión mayor. Si bien se establece bajo la fórmula de reacciones de duelo complicado, lo que sería la versión patológica del duelo normal, es muy difícil diferenciar ambas dimensiones a partir de las descripciones del manual. Las razones para su inclusión en el DSM-V TR se vinculan por un lado, a la observación de un subgrupo clínico cuyos síntomas no se correspondían con los de otros subgrupos de duelo complicado (Horowitz, et al., 1993) y por el otro, a que ciertos grupos clínicos no parecían beneficiarse de las intervenciones, particularmente del tratamiento de la depresión (Prigerson, et al., 2021). Esta situación ya había sido revelada en estudios anteriores como el de Reynolds et al. (1999) donde se concluye que la psicoterapia y el antidepresivo tricíclico Nortripilina, si bien funcionaban eficazmente

reduciendo los síntomas de depresión por duelo, no tenían efectos en la resolución del mismo. También, la investigación de Shear et al. (2016) concluirá que la psicoterapia lleva a reducir los síntomas del duelo prolongado y que el antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, Citalopram, no producía ninguna mejoría o reducción sintomática del mismo.

Es decir este nuevo diagnóstico termina agrupando lo que no encaja en los criterios pensados para la depresión, ni en lo considerado para el duelo complicado.

Frente a tantos problemas las objeciones no demoraron en llegar explicitando que la confección débil del nuevo trastorno no logra superar el problema del sobre-diagnóstico y el sobre-tratamiento (Bandini, 2015, Jacobsen y Petersen, 2018). Además la crítica pone en escena la discusión sobre si el concepto de trastorno mental puede ser válido para el duelo y si los duelos requieren tratamiento psiquiátrico (Bergsmark y Ramsing, 2023). Se preguntan si el diagnóstico podría convertirse en un marco de orientación para la interpretación de las reacciones de duelo y esto influir en cómo los deudos entienden sus experiencias, o en el mejor de los casos, negocian su padecimiento (Brinkmann, 2014).

La historia que da inicio en 1980 con el DSM-III y llega hasta nuestros días con el DSM-V TR da cuenta del proceso de medicalización del duelo, con lo que ello conlleva, el tan advertido sobre-diagnóstico de duelo patológico que deriva en tratamiento profesional y farmacológico, expresando una nueva modalidad cultural de comprensión y tramitación de la experiencia de pérdida. El aumento de casos vinculados al sobre-diagnóstico es fruto de una

...estrategia teórica y política que se articula en torno a la idea de riesgo... en la medida en que aparece como un modo de anticipar un peligro posible (real o imaginado) sobre la vida y la salud...permite garantizar la legitimidad y aceptabilidad de la multiplicación de diagnósticos. (Caponi, 2018 p. 100-101).

Basado en el riesgo, es claro que el impulso diagnóstico propuesto en las diferentes ediciones del DSM apunta a la intervención y tratamiento psiquiátrico que, desde el paradigma

biológico, dispone de la prescripción de psicofármacos como respuesta privilegiada. En este sentido el duelo se convierte en un problema médico al cual se le proporciona una solución. Bielli (2012) ha señalado con la expresión “lo farmacéutico” (p. 50) el papel de la industria farmacéutica en la transformación de los diagnósticos, en la prescripción médica, en las experiencias de salud y enfermedad, llegando incluso a constituir en los sujetos, ideas acerca de sí mismos. Desde este enfoque es posible considerar que el duelo ha sido afectado por estas transformaciones generando nuevos modos de entenderlo, tramitarlo y sobrellevarlo imprimiendo nuevos parámetros de lo esperable para esta experiencia.

4.3. Los Supuestos en las Teorías del Duelo

Durante el siglo XX, los estudios conceptuales, clínicos y/o empíricos, han producido diferentes respuestas a la pregunta sobre qué es el duelo, qué hacer con él y cómo considerar la experiencia. El modelo psicodinámico, postulado por Freud, como se dijo anteriormente, ha sido el precursor de investigaciones del duelo y de teorizaciones posteriores. Estas últimas son agrupadas según la caracterización de la experiencia de pérdida que realizan las diferentes teorías. En los planteos de Lindemann (1944) y Engel (1962, 1964) se observa un modelo reactivo del duelo, entendido como agudo, que deriva en una enfermedad a ser tratada por especialistas. Por su parte, los trabajos de Pollock (1961), Bowlby (1986/1961), Averill (1968) y Averill y Nunley (1993), dan cuenta de la perspectiva evolucionista del duelo y lo entienden como consecuencia de la separación del grupo y de la pérdida o separación de la figura de apego. Vinculado al evolucionismo, en el modelo biológico trabajado por Eisenbruch (1984), Zisook y Shuchter (1991) y Labrador (1992), se considera el duelo como una respuesta automática del organismo, que supone una activación del sistema fisiológico, cognitivo y motor. Configura una situación de máximo estrés que activaría simultáneamente dos sistemas biológicos de respuesta, el de ataque-huida y el de auto conservación-abandono, produciendo

sentimientos contradictorios (Engel, 1962). La propuesta de Eliot (1932) retomada por Caplan (1964) confiere al duelo el estatuto de crisis vital y lo caracteriza por producir alteraciones psicológicas agudas como modo de lograr el ajuste y adaptación frente a la pérdida. Si esto no se logra el sujeto enfermará. En los trabajos de Woodfield y Viney (1985), Parkes, (1998) y Horowitz et al. (1997), es posible considerar un modelo cognitivo del duelo. Basado en las teorías de los supuestos personales entienden que el duelo hace tambalear y debilita las hipótesis cognitivas conformadas en la temprana infancia. Otro modelo es el fenomenológico-existencialista postulado por Towse (1986) para quien el duelo es una crisis que se vivencia de manera solitaria y cuestiona al sujeto en relación a la vida, a la muerte y al sentido de su existencia. Es una experiencia propiamente humana que hace que el sujeto pueda proyectar su vida en la medida que acepta su finitud. Finalmente el modelo constructivista cuyo principal impulsor es Neimeyer (2000) se centra en el duelo como un proceso de significación. Como en otras teorías se considera que la experiencia de pérdida vulnera el sistema de creencias que el sujeto tiene del mundo y de sí mismo. El duelo es un proceso personal, íntimo y activo donde el sujeto lleva adelante la tarea de reconstruir los significados que la muerte del ser querido pone en cuestionamiento o directamente elimina. En este sentido Neimeyer entiende que las emociones y los sentimientos propios del duelo, poseen la función de intentar darle significado a la situación de pérdida.

Cada uno de estos modelos, se sostiene en una o varias de las perspectivas mencionadas en el recorrido de esta tesis, psicoanalítica, psicológica, biológica o psiquiátrica del duelo. Sin desconocer la diversidad de metodologías, conceptos, abordajes y propósitos de estas disciplinas, se entiende que conforman un bloque conceptual que da cuenta de la teoría occidental del duelo en el siglo XX (Valentine, 2006). De esta forma se quiere significar la apropiación de cierto campo de problemas, su disposición a generar conocimiento acerca del mismo y la consolidación de una gran respuesta, sostenida en el discurso científico de la

modernidad, que ha condicionado los desarrollos conceptuales, opacando y revelando, aspectos de la experiencia de duelo. La denominación, si bien puede resultar forzosa, dado que encierra una variedad de nociones acerca del duelo, es elocuente y expresa una particularidad en las teorías que permite englobarlas. Las mismas, comparten un núcleo básico de ideas coincidentes (Wortman y Silver, 1989; Stroebe et al., 1994 y Hagman, 1995) y, esta concordancia, funciona como argumento para sostener la pretensión de universalidad, normatividad y estandarización del duelo. En este sentido, es posible encontrar en estas disciplinas, ciertos supuestos compartidos fundamentalmente dirigidos a caracterizar el duelo como un proceso psicológico privado e interior, que posee lógicas y dinámicas específicas. Su función es conservadora, de restauración y, aunque algunos autores postularon que puede ser un proceso creativo y transformador (Klein (1990/1940) y Pollock (1987), esta idea no llega a tener un lugar relevante. También coinciden en plantear, como objetivos del duelo el retorno al equilibrio psíquico y a las condiciones anteriores; que la reacción por la pérdida surge espontáneamente dentro del individuo y la negación o supresión del mismo conduce a estados patológicos; que es una respuesta biológica, presente en la especie humana, lo cual hace que su expresión no pueda ser evitada. Otra convergencia es la consideración del duelo como un estado predominantemente triste donde, si se presentan otras manifestaciones afectivas como la alegría, será una aberración y/o una resistencia al duelo normal. La idea central en la que confluyen las teorías, es la del duelo como una operación para la separación respecto al fallecido. El vínculo con los muertos, su continuidad o presencia en la vida cotidiana, es también un signo de patología. Asimismo, consideran que el duelo tiene un curso típico para todos los sujetos, en lugar de ser único y singular, sigue un patrón de progresión secuencial, escalonado en etapas, donde se deben completar una serie de tareas o trabajos para lograr salir de la situación penosa. De esta forma se llega a un punto de resolución completa, al final de la secuencia, donde se extingue, si se logra cumplir con la trayectoria pre establecida. Cabe aclarar

que todo el trámite debe darse dentro de un cierto período de tiempo, lo que equivale a decir, que se tiene la expectativa de que la resolución ocurra en un plazo también pre fijado.

Secuencia, Etapas, Tareas del Duelo

Un supuesto presente en las discusiones acerca del duelo refiere a la concepción de las etapas o fases como diferentes momentos de la experiencia de pena. Wortman y Silver (1989) afirman que este es uno de los mitos mayormente aceptado y siendo no solo un problema de la teoría, sino que tiene efectos en el abordaje clínico de los sujetos en duelo. La idea de etapa permite considerar la descripción del duelo como una serie de reacciones organizadas temporalmente. Generalmente la primera reacción que se informa es la negación de la pérdida, luego se produce un despliegue de angustia seguida por el desconsuelo y la desesperación, para finalmente llegar a la resolución del proceso.

Fulcomer (1944), el anteriormente mencionado discípulo de Eliot, fue el primero en postular un esquema de etapas que observó en el duelo de 72 viudas, participantes de su estudio doctoral realizado en 1942. Durante las seis semanas subsiguientes a la pérdida destacó cierta uniformidad en la experiencia de duelo de los casos estudiados. Encontró cuatro patrones o etapas y dentro de cada una de ellas describió estilos o modalidades de comportamiento que se fueron presentando. La etapa inicial o inmediata (con actitudes estoicas, de aturdimiento, de colapso y de llanto desbordante), la segunda fase (donde se expresa tolerancia, emoción, protesta, autonomía y abatimiento), un período transicional (donde el sujeto se muestra colaborativo y busca la atención de otro) y finalmente una instancia de reestructuración (con elementos de identificación, soledad, de recuerdos y fantasías acerca de la vida del fallecido). A partir de esta descripción, Eliot (1943) intenta confirmar, si estas etapas se cumplen, en los que sufren el duelo por los seres queridos muertos en la guerra, lo que logra con las variantes propias de la situación bélica. A partir de estos trabajos, la idea del duelo como progresión

ordenada de etapas tuvo gran aceptación y, en varias teorías de duelo, se observa la inclusión de fases en la descripción de los estados de ánimo, actitudes y experiencias posteriores a la muerte de un ser querido. Se encuentran planteos secuenciales de etapas en el trabajo de Bowlby (1986/1961), Pollock (1961), Engel (1964), Averill, (1968), Bowlby y Parkes (1970), Volkan (1972), Seitz y Warwick (1974), Pincus (1976), Sanders (1980), Raphael (1983), Shapiro, (1996) y la lista sigue. Cabe aclarar que en las formulaciones hay variaciones en el contenido de las fases, denominaciones diferenciales, heterogeneidad en el número de estadios, etc. Lo que es adoptado de manera unánime es el modelo secuencial, dirigido en el recorrido al final del duelo, por lo cual, el esquema puede entenderse como orientado a un fin. Según Archer (1999) se pueden constatar dos teorías como las más aceptadas y replicadas en este aspecto. Estas son las formuladas por Bowlby y Parkes (1970) y la establecida por la psiquiatra suizo-estadounidense Kubler-Ross (1971). Cabe aclarar que esta última plantea la progresión secuencial en relación al moribundo y al proceso de morir tomando la idea de fases de los trabajos de los psiquiatras ingleses, específicamente de la teoría del apego. Bowlby parte de observar en los niños de corta edad las reacciones frente a la separación de la madre. Con esta información primeramente propone una secuencia de etapas (protesta, desesperación y desapego) y luego realiza una analogía entre el abandono y el duelo considerando cuatro fases que se suceden, incredulidad entumecimiento, protesta, desesperación y desapego (Bowlby y Parkes, 1970).

El duelo como sucesión de etapas inicialmente se expuso con una tendencia a la rigidez, invariabilidad e irreversibilidad. Es decir se consideró una trayectoria fija con una sucesión definida, pre establecida y en un tiempo estipulado. Asimismo, el pasaje por etapas llegó a constituir un criterio de normalidad. Por poner un ejemplo, la descripción del duelo patológico se vinculaba al estancamiento en una de las etapas (Volkan, 1981). Estas ideas perdieron paulatinamente su valor en la medida en que los estudios posteriores fueron más prolongados

en el tiempo y se logró dar continuidad a la observación de los duelos en un plazo mayor y en una población más diversificada. Con ellos se llegó a flexibilizar la secuencia, ahora ya no tan ordenada, de reacciones que aumentan o disminuyen, perduran o se resuelven rápidamente, dependen de eventos externos o de las circunstancias personales del deudo, entre otras cosas. A modo de ejemplo, Barrett y Schneweis (1980) discrepan en que las etapas del duelo se sigan a rajatabla en las viudas mayores de 62 años que viven en un hogar de ancianos; Bowlby (1980) plantea que las fases no están bien definidas y se observan oscilaciones de un estadio a otro; Lund, et al. (1986) cuestionan la precisión de etapas definidas asociadas a períodos de tiempo específicos y confiesan la dificultad de observar cuando se produce la sucesión de fases; Wortman y Silver (1989) observan diferencias entre los sujetos y una compleja interacción entre los subprocesos o fases del duelo; Sanders (1980) considera que las fases son solo pautas, algo a esperar que no siempre se visualiza y Shuchter y Zisook (1988) advierten que el duelo no es un proceso lineal sino un compuesto de fases que se pueden presentar de manera superpuesta por lo que las etapas son pautas generales y no tienen un valor de prescripción.

Es claro que el modelo de etapas no pudo sostenerse empíricamente y la variabilidad de observaciones hizo que decayera algo de su popularidad, por lo menos dentro del campo de los estudios del duelo. No pasó lo mismo a nivel de la población, los medios de prensa y manuales de superación de la pérdida, consultados y divulgados ampliamente hoy en día. Tal como lo expresan Breen y O'Connor (2007), aunque los supuestos del discurso dominante sobre el duelo fueron objeto de fuertes cuestionamientos empíricos y teóricos, siguen siendo aceptados acríticamente por muchos profesionales de la salud que los sostienen en sus intervenciones y terapéuticas. La causa de esta situación la atribuyen a la desactualización de la formación universitaria al respecto.

Además de la carencia de confirmación científica, las teorías críticas señalan la complejidad y singularidad de cada experiencia de duelo. No alcanza un modelo lineal o

mecánico de etapas o tareas para delimitar su dinámica. El asegurar una secuencia de fases genera la idea de un comportamiento estándar que si o si debe darse. Una trayectoria externa al sujeto que debe cumplir el patrón para no ser catalogado de enfermo, banaliza la experiencia de pérdida y da cuenta de una paradoja (Breen y O'Connor, 2007) que subyace en las teorías con respecto al proceso de elaboración de la pérdida. La misma estriba en valorar procesos de índole subjetiva en base al establecimiento general de criterios universales de normalización de la experiencia.

Objeciones Metodológicas y Conceptuales a los Supuestos del Duelo

Las ideas señaladas en apartado anterior, base de las diversas teorías del duelo, son puestas en cuestión por una crítica que establece dos territorios de objeciones, por un lado, las que hacen hincapié en la metodología y la comprobación empírica de las diferentes teorías y, por el otro, las que ubican el cuestionamiento en los contenidos conceptuales de las nociones clásicas del duelo que, hasta el momento, no habían sido observadas o puestas en entredicho.

Situado en el primer punto, el trabajo de Shackleton (1984) se dedica a evaluar las teorías del duelo en función de tres criterios, la coherencia lógica, la verificabilidad y el alcance de las pruebas empíricas que las comprueben. En las teorías explicativas del duelo encuentra la combinación de varias sub-teorías incompatibles, lo que evalúa, como falta de coherencia lógica. Analiza los desarrollos conceptuales de Freud, Lindemann, Marris, Bowlby, Parkes, entre otros y encuentra que presentan problemas de verificabilidad y comportan la aceptación acrítica de hipótesis no validadas derivadas de tradiciones psicoanalíticas. Es decir, no se basan en pruebas empíricas sino en la apelación a la autoridad y aceptan sin observaciones los postulados clásicos como si fueran hechos establecidos. A pesar de este problema, Shackleton, rescata algunos elementos de las teorías que fueron comprobados empíricamente. Gracias a ellos se atreve a decir que la experiencia de duelo genera efectos subjetivos, fisiológicos,

conductuales, cognitivos y perceptivos. Además afirma que el estrés, el aislamiento social y los conflictos previos con el fallecido pueden predecir dificultades en el duelo. Finalmente descarta que, la expresión emocional, las creencias religiosas, la ayuda psicoterapéutica, las distracciones o el hablar de los sentimientos sean experiencias útiles para el duelo.

Pocos años más tarde, profundizando esta faceta de la corriente crítica, las psicólogas norteamericanas, Wortman y Silver (1989) presentan *The myths of coping with loss*, logrando causar cierto revuelo en el ámbito académico por decir que ninguno de los supuestos del duelo tienen una correspondencia empírica que los justifique. Además, sostienen que las personas adoptan fuertes suposiciones sobre cómo se debe responder ante la pérdida, derivadas de las teorías y de la tradición clínica sobre el duelo. Estas determinan la comprensión cultural de la experiencia. Los supuestos criticados por su carencia de base científica se detallan seguidamente. Uno de ellos refiere a que siempre después de una pérdida se sucede un período de intensa angustia y, si no se experimenta dicha angustia, es un indicador de patología, mayormente de depresión. Otra idea generalmente supuesta, es la vinculada al requerimiento del trabajo de duelo, que implica la expresión de sentimientos en lugar de la negación de la pérdida. También la expectativa de que en un periodo de tiempo relativamente breve la persona resuelva su pérdida y recupere su nivel anterior de funcionamiento y la presunción de que el duelo se desarrolla de una manera determinada. Frente a estos supuestos es posible evaluar o juzgar a los sujetos que no se adscriben a ellos y atribuirles una reacción anormal o inadecuada. Al valorar la omnipresencia de estas creencias y el rol que tienen, tanto en la prosecución de los duelos como en su categorización como normales o patológicos, se sumergen en la tarea de encontrar los datos de investigaciones realizadas que apoyen o inhabiliten cada supuesto. Luego de contraponer estudios tras estudios, datos y estadísticas, concluyen que estas creencias no están amparadas en datos empíricos, o en todo caso, su validez es discutible. Por esta razón

otorgan el estatuto de mitos a estos supuestos o teorías sobre el duelo que aseguran, se perpetúan, a pesar de la ausencia de datos que los validen. Más allá de los resultados a los que arriban, Wortman y Silver, ponen en escena las disputas entre los estudios clásicos del duelo y las transformaciones que se proyectaban al respecto. Sus investigaciones plantean una corriente contraria a la establecida, mostrando las diferentes trayectorias y variadas formas de hacer un duelo.

A pesar de que el trabajo de Shackleton (1984) plantea ideas mejor fundamentadas y realiza un análisis metodológico más profundo, no alcanzó el eco ni la popularidad lograda por los planteos de Wortman y Silver. Quizás eso hizo que la perspectiva de las autoras provocara fuertes reacciones en investigadores consolidados en la temática. Vale la pena mencionar al respecto el trabajo de Stroebe, et al. (1994) *Myths and misconceptions about bereavement. The opening of debate* dado que retoma y refuta, punto por punto, las críticas de las psicólogas norteamericanas y hace evidente las tensiones existentes. En este trabajo se expresa que los investigadoras han malinterpretado las pruebas, que las creencias son objeto de controversia permanente y que son ellas las que crean mitos sobre el duelo. Entienden que, si bien Wortman y Silver aducen que su preocupación se centra en la descripción banal del duelo presente en los legos y el personal de salud, al referirse a los supuestos frecuentes en la literatura sobre el duelo, en realidad tienen como finalidad atacar a los investigadores y a las teorías sobre el tema. Stroebe, et al., (1994) además, analizan uno por uno las críticas para desmentirlas y contrarrestarlas. Sobre el supuesto de la inevitabilidad de la angustia y la depresión, responden que se basa en considerar la existencia de una angustia universal que ningún autor, desde Freud a Bowlby, postuló en sus trabajos. Además indican que en las teorías del duelo lejos de superponerse la angustia y la depresión, se diferencian. Complementan el punto con cifras de estudios empíricos sobre la frecuencia de la angustia y la depresión en los duelos. Concluyen que hay pocas pruebas de que los investigadores del duelo sostengan que la angustia o la

depresión son inevitables. Expresan que Wortman y Silver incurren en errores y tergiversan las afirmaciones teóricas y los datos empíricos. Contrariamente a lo que las psicólogas norteamericanas plantean en su trabajo, existe consenso respecto a que, en la mayoría de los duelos, la angustia se presenta en las semanas y meses posteriores a la pérdida y en que la depresión es de muy escasa frecuencia. El segundo supuesto que contrarrestan expresa que la angustia es necesaria y cuando no se presenta es una indicación de patología. Stroebe, et al. (1994) señalan que los estudios demuestran que un bajo nivel de angustia tras la pérdida es un excelente predictor de buenos resultados. Agregan que las pruebas empíricas del síndrome de ausencia de duelo siguen siendo escasas y parece ser un fenómeno poco frecuente. La suposición básica de que la ausencia de angustia es indicativa de patología no ha sido aceptada incondicionalmente por investigadores y clínicos, y se ofrecen diferentes razones para esta situación como las normas culturales que rigen la expresión de las emociones y el bajo nivel de apego con el fallecido. El tercer supuesto que tratan es el vinculado al trabajo del duelo, si es beneficioso o perjudicial para aceptar la pérdida. En este punto acuerdan en que no hay confirmación empírica. Seguidamente toman el supuesto de la expectativa de recuperación, en el entendido que después de un período relativamente breve, se espera que la persona vuelva al funcionamiento normal. Responden que la sugerencia de una temporalidad del duelo siempre es acompañada de un reconocimiento de las diferencias individuales y por lo tanto no se considera ni crónico ni patológico por su duración. Con respecto al supuesto de la resolución del duelo, Stroebe, et al. (1994) afirman que esta es una de las formas de calificar la disminución del dolor por la pérdida, persistiendo un debate sobre el uso de dichos términos y sus derivaciones. Esto indica que los investigadores advierten el riesgo de calificar el proceso de duelo como "resuelto" o "completado" cuando aún se sigue pensando en la persona amada, asimilando las consecuencias de la pérdida y conviviendo con los recuerdos del pasado.

Afirman finalmente, que gran parte de la investigación teórica del duelo se ha desarrollado sin datos empíricos, lo que hace que algunas hipótesis sean improbables.

Controversias Teóricas sobre los Supuestos del Duelo

La segunda línea de objeciones, mayormente viene desde el psicoanálisis y la psicología clínica. Autores como Gaines (1997), Allouch (1996), Hagman (1995), Shane y Shane (1990) y Shelby (1994) han marcado como cuestionamiento, la descontextualización del enfoque intrapsíquico del duelo, la supresión del lugar del otro y la poca consideración al entorno social. Además, critican el énfasis que ponen las teorías de duelo en la necesidad de desprenderse del objeto perdido, inhabilitando o desestimando el valor del vínculo con el fallecido en la vida futura. Cuando se percibe cierta presencia o relación con el muerto se considera como un detenimiento, ausencia o fracaso del duelo. Particularmente Gaines (1997) sostiene que esta perspectiva oscurece uno de los aspectos de trabajo del duelo, el de reparar la perturbación en la relación interna entre el deudo y el objeto perdido, causada por la muerte. Agrega que, tanto el necesario desapego como la conservación de algunos aspectos del fallecido, son dos movimientos que trabajan juntos frente a la pérdida de un ser querido significativo. Afirma que la función del duelo es “crear continuidad” en la vinculación con el muerto, idea que obtiene de su re-lectura del planteo freudiano. El sujeto en duelo tendrá la difícil tarea de hacer lugar a nuevas relaciones de objeto mientras se consolidan y resguardan las anteriores. La necesidad de mantener la continuidad se observa en algunas acciones que Gaines llama “internalizantes”, que se presentan luego de la pérdida del objeto, que reparan, modifican, amplían o intensifican los vínculos con el fallecido. Estas permiten que se experimente una conexión interna vinculada a una relación significativa y la persistencia de una historia compartida. Por internalización Gaines entiende todos aquellos procesos por los cuales el sujeto transforma las interacciones reales o imaginarias de su entorno en características internas (Schäfer, 1968). La base de su

teoría no es otra que el concepto de identificación freudiano, acción que considera parte del trabajo del duelo. Expresa que, si se pierde el objeto de amor o se ve obligado a renunciar a él, la compensación se produce vía la identificación, instalándolo en el propio yo. Esta forma de internalización es frecuente en el duelo y facilita la separación del objeto. Además de apoyarse en Freud, Gaines recurre al trabajo de Abraham (1980/1924) cuando plantea que "...la introyección se produce durante el duelo en la persona sana y en el neurótico, no menos que en lo melancólico... su objetivo principal es preservar el bienestar de la persona y sus relaciones con el objeto muerto..." (p. 353). También retoma las ideas de Loewald (1962) para sostener que el duelo implica la apropiación de aspectos del objeto perdido y de la relación entre el yo y el dicho objeto. En estas ideas resume su propuesta del duelo como creación de continuidad y las ejemplifica con los vínculos entre padres e hijos, en los cuales afirma, el sujeto se refugia a lo largo de su vida. Otros autores toman la crítica y las ideas del Gaines, subrayando la importancia de preservar el vínculo con el objeto perdido. En esta línea Shapiro (1996) propone el enfoque del desarrollo social del duelo enfatizando el rol de las relaciones familiares y sociales en la vida del sujeto. Sostiene que el desarrollo individual está integrado en el contexto familiar y sociocultural a lo largo del ciclo vital y es a partir de los vínculos cercanos que los sujetos logran transitar la experiencia de pérdida, en colaboración con sus allegados (Shapiro, 1994, 1996). Con el duelo se pone en marcha la creación de nuevas estructuras sostenidas en una variedad de recursos sociales que van a dar lugar a una nueva forma de relación con el fallecido, donde se involucran dimensiones psicológicas o espirituales, más que corpóreas.

Paralelamente a los cuestionamientos del psicoanálisis de la década de los noventa, se produjo un movimiento crítico desde la psicología clínica. Uno de sus exponentes más relevante es el psicólogo norteamericano Denis Klass, conocido por su trabajo etnográfico realizado durante varios años (Klass, 1988) con un grupo de autoayuda de padres en duelo. En su estudio encuentra que los padres interactúan con sus hijos muertos de cuatro formas, mediante objetos

físicos vinculantes que contienen la presencia del hijo o de alguna forma la representan; las ideas religiosas; la memoria y la identificación. Asimismo, coincide con otros investigadores que en el trabajo clínico, encuentran varios sujetos que lograron atravesar la experiencia de duelo sin la necesidad de eliminar el vínculo con el fallecido, reportando que la experiencia ayudó a sobrellevar la pena y aceptar la muerte. Para la teoría clásica del duelo, estas situaciones serían caracterizadas como patológicas, situación que Klass et al. (1996) critican como un modelo perimido de la modernidad que desconoce la experiencia de los sujetos. Consideran que más allá de lo establecido culturalmente y caracterizado en el modelo médico acerca de la formas patológicas del duelo, los sujetos en duelo otorgan un lugar a los muertos en su vida personal, familiar y social. En base a esto proponen la teoría de los vínculos o lazos continuos y recurren a estudios clínicos, sociológicos, antropológicos y culturales con el propósito de fundamentarla y con la expectativa de incluir una variedad de situaciones o casos de duelo que, desde el modelo dominante, serían declarados patológicos. Para Klass et al. (1996), el vínculo del deudo con el fallecido continúa pero también cambia. La continuidad se observa en el relato de sensaciones de presencia, alucinaciones, creencia en la influencia activa sobre pensamientos o eventos e incorporación de las características del muerto. Lo que cambia tiene que ver con los roles donde el ausente puede tomarse como un modelo a seguir, un orientador, un recurso moral o un consuelo. Todo este nuevo formato de relación que inaugura el deceso, hace que los vínculos continuos no sean simples construcciones mentales y tengan efectos en el resto de relaciones familiares y comunitarias de los sobrevivientes.

Capítulo 5. La Dimensión Social del Duelo

La sociología y la antropología del siglo XX dirigen su interés al estudio de la muerte, el luto y el duelo, así como a los efectos de estas experiencias en las diferentes sociedades. Se enfocan predominantemente en las relaciones sociales que se producen en torno a la muerte, observadas a la luz del entramado de prácticas fúnebres y rituales.

Como antecedente fundamental de los desarrollos de estas disciplinas, se reconocen los estudios de Durkheim (2015/1915) para quien, la muerte y sus rituales producen la integración social de los individuos. El duelo se impone al sujeto y lo involucra, lo hace partícipe de la sociedad. Para el sociólogo francés, el engranaje se completa por que el individuo se integra a ella y cumple con su mandato, y de este modo, se logra la afirmación y continuidad social. Esta idea también está presente en el tratamiento que Durkheim da al suicidio como hecho social, en la medida en que su causa excede razones de índole personal y se entrama con condicionantes sociales (Durkheim, 1976/1897). Las verdaderas causas del suicidio son de naturaleza social (falta de integración) y permanecen desconocidas incluso para el mismo suicida. Sus trabajos posteriores vinculados al estudio de los rituales y la religiosidad, tienen como trasfondo la preocupación por el estatuto tanto del cuerpo como del alma, es decir, las formas de expresión de esa dualidad en la cultura.

Por parte de la antropología, los estudios con pueblos originarios realizados por investigadores como Malinowski (1948) acerca de las preferencias sobre las formas de morir y los caminos hacia la trascendencia, aportan conocimiento de las prácticas y rituales de pasaje en la vida, la muerte y lo que sucede, tanto con el cuerpo como con el espíritu, luego del deceso. Esa dualidad va a ser expuesta y tramitada mediante rituales religiosos, haciendo visible la separación y la diferencia. Mientras que el cuerpo se desintegra y es objeto de diversas prácticas, el espíritu perdura y se vuelve inmortal.

En esta línea de trabajo también incursionó Hertz (1990/1907) profundizando acerca de la construcción social del funeral, el cuerpo del muerto y su tratamiento, por ejemplo, en las dobles exequias, como condición para la salvación del alma. El cuerpo debe convertirse en otra cosa para que el alma logre desprenderse del mismo y trascender. De allí los dos tiempos rituales.

Paralelamente, Van Gennep (1986/1909) en su trabajo sobre los ritos de pasaje considera la vinculación entre los rituales fúnebres y las creencias de los pueblos. Establece que la muerte produce un caos y los ritos vienen a restablecer cierto orden y reubicación de los individuos en la sociedad. Garantizan la permanencia de la cultura y la identidad de los pueblos, en definitiva, le otorga estructura a la sociedad y sostienen su continuidad.

Todo este corpus conceptual respecto de la muerte y los rituales incluye al duelo y sus formas de expresión, que también, se consideran socialmente construidas (Radcliffe Brown, 1986/1952; Malinowski, 1948 y Mauss, 1971/1936). En los trabajos etnográficos se observa la obligación de sentir dolor por el muerto. Además está establecida la intensidad que debe tener la pena, su duración, quienes deben sufrir y de qué modo, dependiendo tanto, de la relación con el fallecido, como, del lugar social que ocupa. Se registra que el duelo se expresa a través de los ritos, el llanto, los gritos, las danzas y los movimientos corporales, entre otras acciones, que deben cumplirse, para mantener el orden social.

5.1. Duelo Naturales y Duelos Occidentales

Un punto a señalar de estos estudios es la mirada puesta en las comunidades originarias y su contraste con las formaciones sociales occidentales.

Las investigaciones etnográficas ayudaron a consolidar la diferencia entre ambos mundos, mostrando, entre otras cosas, el tratamiento que se le daba a la muerte y al duelo en cada sociedad. Es más, los trabajos de gran parte de la sociología y la antropología de mediados del siglo XX expusieron la idea de que en el pasado (en referencia al período pre moderno) y en los pueblos

primitivos, era posible encontrar un saber - hacer frente a la muerte y al duelo, agregando que para occidente, esto constituía un problema (Hockey, 1996, 2001). Son conocidos los estudios que hablan del debilitamiento, opacidad, silenciamiento, ajenidad, eliminación de rituales, medicalización y extrañeza respecto a la muerte, la pérdida y sus consecuencias en las sociedades industrializadas (Gorer, 1955, 1965; Thomas 1983/1975 y Ariès, 1996).

Además, los estudios antropológicos llegaron a categorizar dos modalidades contrapuestas de expresiones de duelo. Por un lado, definieron como prácticas de duelo naturales a las que se producían en las sociedades primitivas, en el entendido que respondían a las necesidades de la naturaleza humana. Se caracterizaban por ser colectivas, regladas y por tramitar los asuntos afectivos, culturales económicos y políticos que ocasionaba la muerte (Thomas, 1983/1975). Por otro lado, el duelo occidental se categorizó como privado e interior, psicologizado y medicalizado. Imbuido en la perspectiva científica, el individuo tiene que enfrentar su pérdida en silencio, sin mayores demostraciones afectivas, en soledad, sin sostén social frente al dolor que provoca la muerte. Los rituales son escasos, vacíos de contenido simbólico o directamente no se realizan.

A estas diferencias entre los tipos de duelo, se le agrega la valorización de las respuestas emocionales de los moribundos o los deudos por ser consideradas terapéuticas y aplacar el sufrimiento (Hockey, 1996, 2001; Walter, 1999).

Para la socióloga inglesa Jenny Hockey (1996), la idea de que el despliegue emocional es terapéutico proviene de los relatos sobre el duelo de la época victoriana y será desarrollada y legitimada en algunos trabajos antropológicos como los ya señalados, que integran el concepto de respuesta natural o más sana frente a la muerte, y la establecen como característica propia de las tribus primitivas.

Esta noción, además, permeó los estudios psicológicos y psiquiátricos del siglo XX sobre el duelo, donde por momentos, es posible encontrar una convivencia de los dos modelos, el

medicalizado y el natural. En este sentido Hockey (1996) señala que, aunque la literatura occidental sobre el duelo se sostiene en pilares racionales y científicos, la mirada médica, ubicada en el paradigma evolutivo, no abandona la idea del estatus natural de las emociones como propias de lo humano y recurre a estudios antropológicos para ejemplificar su perspectiva. A modo de ejemplo la autora señala la obra del psiquiatra y paliativista inglés Hinton (1967), *Dying*, de gran éxito y aceptación, tanto académica como popular. En el texto, Hinton, al igual que lo había planteado Freud (1996/1913) en *Totem y Tabú*, utiliza las creencias de los pueblos primitivos que se desarrollan de manera natural como argumentos para explicar el miedo a la muerte, la ira y la culpa. De esta forma, el psiquiatra, transmite al lector occidental que sus sentimientos irracionales sobre la muerte son propios de la naturaleza humana, y por lo tanto, se deben aceptar como parte saludable y esperada de la experiencia.

La visión crítica de estos desarrollos señala que los estudios antropológicos, si bien, ofrecieron recursos para pensar las situaciones de muerte y duelo occidentales, en un mismo movimiento, romantizaron y exotizaron las comunidades tribales estudiadas, sus prácticas y rituales (Hockey, 1996; Gunaratnam, 1997 y Walter, 1999).

Muchas de las ideas clásicas como la valoración de la emocionalidad y la reacción natural como sinónimo de salud, han sido objetadas en trabajos posteriores observando como de mayor relevancia en el duelo, las dimensiones políticas, sociales y/o económicas (herencia, rol del difunto, posición social). También se ha criticado que la reacción frente a la muerte sea homogénea. Para algunas tribus ésta significaba una violación, para otras es el resultado de un artificio mágico y para otras, consecuencia de una venganza (Valentine, 2006). Además, con respecto a la función de los rituales, las diferencias planteadas entre los duelos primitivos y los occidentales, terminan siendo débiles si se considera su existencia como respuesta a una necesidad de significación de la muerte, que acompaña a los humanos, independientemente de la sociedad en la que vivan.

5.2. El Disciplinamiento del Duelo

Lejos de los pueblos primitivos algunos investigadores se preocuparon por estudiar lo que sucedía en el mundo occidental con la muerte y el duelo. La mirada socio-histórica planteada en los trabajos de Gorer (1955, 1965) y seguida entre otros por Ariès (1996) muestra la ligazón entre las formas sociales de vida y la mentalidad acerca de la muerte y el duelo en occidente.

En su estudio sobre *El hombre ante la muerte*, Ariès (1996), va a resumir la vivencia de la muerte en las sociedades campesinas tradicionales (del siglo VI al XII), etapa que llamará con el nombre de muerte domesticada y donde observará que la muerte se encuentra ligada a lo comunitario y se despliega en lo familiar, no es ajena ni extraña. Registrará además, que la habitación del moribundo se establece como un lugar público, donde la gente entra y sale en su encuentro social con la inminente muerte. A esta etapa le sucederá la fase que llama de la *muerte propia* (siglo XIII a finales del siglo XVII) donde se produce la concientización acerca de que la muerte implica el final de la vida y la descomposición biológica. Esta conciencia de finitud configura un hombre terrenal, biográfico y sufriente pues comprende que, tarde o temprano, va a morir. Luego se sucede la etapa de la preocupación por la muerte del otro (siglo XVIII), iniciándose las transformaciones en la disciplina medica que tendrán consecuencias en la consideración de la salud y enfermedad de los sujetos. Los avances en la cura de las patologías, las nuevas formas de producción y la necesaria adaptación funcional de la fuerza de trabajo, así como las nuevas terapéuticas morales e higienistas, determinan la construcción de un nuevo sujeto, con un cuerpo medicalizado, que da lugar a una nueva actitud frente a la muerte. En esta fase, las instituciones sanitarias ocupan el lugar central, desde donde emanan estrategias, políticas de salud y de economía pública, constituyendo lugares de demanda y consumo. En el último período que señala Ariès (siglo XIX y parte del siglo XX) se produce una nueva forma de vinculación denominada muerte invertida, salvaje o excluida. En ese tiempo, según el autor,

se rechaza y silencia la muerte y el duelo, desintegrándose la ritualidad y la sociabilidad familiar y comunitaria que acompaña el dolor por la pérdida.

Las ideas acerca de la negación, desritualización y desocialización de la muerte, el luto y el duelo, son discutidas por Karine Roudaut (2005, 2012, 2017). Para la socióloga francesa, la tesis de la muerte prohibida, rechazada o negada que la transforma en un tabú, se basa en el modelo dicotómico de sociedad tradicional que se opone y es un contraste del esquema de la modernidad. La investigadora explica que, en el contexto social del primer modelo, la tradición oficia como la autoridad, y se apoya en la ritualización y simbolización pública como forma de socialización de la muerte, que más allá de esto no logra ser plenamente aceptada. Por otro lado, la idea de muerte de la modernidad se construye, en el estudio de Ariès, en dirección opuesta al ideal tradicional de la muerte domesticada. Su contexto es el hospital y la medicalización, y está marcado por la negación de la muerte y el repliegue solitario en ausencia de rituales y símbolos. Se dice, por tanto, que la muerte está desocializada, en el sentido de que ya no está plenamente integrada en la vida social.

Roudaut crítica esta postura y considera que la muerte y el duelo no se han convertido en tabú con la modernidad. Agrega que, en ningún momento de la historia y en ninguna cultura se ha aceptado la muerte, al contrario, en todos los tiempos se ha intentado controlarla y regularla. De este modo, afirma que, si bien se observan cambios en el tratamiento de la muerte y el duelo, tales como la desaparición de algunos rituales, la disminución de la solidaridad y la remisión del acompañamiento social, también es posible encontrar nuevas prácticas, que acompañan la eventualidad del deceso, relativas a estos temas en las sociedades contemporáneas.

En esta línea, el investigador neerlandés Jacobsen (2016), va analizar una serie de transformaciones que comienzan a gestarse en el último tercio del siglo XX y continúan hasta nuestros días. Si bien el sociólogo, no se opone al planteo de Ariès tal como lo hace Roudaut,

coincide con ella y muestra las transformaciones de las prácticas sociales, respecto a la muerte y al duelo, señaladas por la investigadora.

Dentro de los cambios, observa un debilitamiento gradual del tabú de la muerte y del ocultamiento del duelo. Además, señala el surgimiento de una nueva narrativa en relación a estos tópicos y toma la expresión “resurgimiento de la muerte”, acuñada por Walter (1994), como indicador de este movimiento de apertura pública que instala un tema hasta entonces silenciado (Jacobsen y Petersen, 2018). El impulso se debe a los movimientos sobre la humanización de la muerte, que tienen su origen en la investigación sociológica de mediados del siglo pasado, interesada en esclarecer las relaciones sociales en hospicios y hospitales donde algunas personas pasan los últimos días de su vida (Walter, 1993). Además se centran en el manejo del dolor y acompañamiento de moribundos, llevado a cabo por médicos, enfermeras, antropólogos y sociólogos. Tal es el caso de los trabajos de Saunders (1981) en los hospicios ingleses, de Kubler-Ross (1969) con enfermos terminales y de los sociólogos Glaser y Strauss (1965) con el estudio sobre la muerte en el hospital. Si bien estos estudios comprenden el tema del duelo, mayormente reportan lo que sucede con la muerte que se produce en los espacios asistenciales y las residenciales de ancianos. Estudian a los enfermos terminales y sus familias, los diagnósticos y cómo son escuchados y comprendidos a la vez que brindados por el equipo asistencial.

A partir de estos trabajos se produjeron cambios en las modalidades de intervención y relacionamiento entre pacientes, familiares y personal de salud. Donde se presentaban relaciones sociales basadas en el silencio acerca de la enfermedad y la muerte o se fingía frente a una situación irreversible se instauraron experiencias de comunicación abierta y recíproca (Bowling, 1983; Cartwright, 1968, 1991 y Seale, 1989, 1990 y 1991). Además, las investigaciones profundizaron en el conocimiento del proceso de muerte y su trayectoria (Glaser y Strauss, 1965), mostrando cómo se gestiona institucionalmente el proceso de morir

de acuerdo, no solo a las necesidades de los enfermos terminales, sino también de los profesionales sanitarios. Algunos investigadores posteriores no ven con buenos ojos este movimiento en la medida en que lo consideran causante de la medicalización del proceso de morir y el desdibujamiento de la disciplina, dando lugar a la sociología médica, como una rama auxiliar de la medicina. La crítica de Frankenberg (1987) sostiene que la preocupación sociológica por la muerte en las instituciones sanitarias tiene una función conservadora y cuestiona el desarrollo paralelo de tecnologías y estrategias de gestión que amortiguan la experiencia del moribundo y su familia en el hospital. En este sentido contribuyen a suavizar la experiencia y limitar los conflictos que genera.

Conjuntamente con las transformaciones institucionales y disciplinarias que decantan en nuevas prácticas en relación al fin de la vida y sus consecuencias, Jacobsen (2016) señala la presencia constante, a nivel masivo, de la muerte en los medios de comunicación y su exposición de múltiples maneras (películas, series, publicidad, arte, etc.) y, a menor escala, en la proliferación de espacios colectivos tales como, el “death café”²⁵. En este dispositivo, inédito, se encuentran para hablar sin una agenda determinada, ni quien guíe la reunión, moribundos, personas en duelo, sujetos que han intentado suicidarse y no lo han logrado, así como cualquier interesado. Configuran reuniones sociales, sin agenda, sin intereses informativos o educativos, donde la gente habla sobre lo que sea que tengan en mente relacionado a la muerte, al morir y al duelo (Miles y Corr, 2017). Para Fong (2017) este dispositivo pone en escena el interés social y quienes concurren al death café se apropian de las ideas acerca del fin de la vida, participando de procesos de ensamblaje y personalización de sus propias narrativas sobre la vida y la muerte a partir del intercambio con los otros asistentes.

²⁵ El death café surgió en el año 2004 en Neuchâtel, Suiza, cuando el sociólogo y antropólogo suizo Bernard Crettaz celebró el primer encuentro bajo ese nombre. En 2010 se inició en París, en 2011 en Reino Unido y en 2012 en Estados Unidos.

Jacobsen (2016, 2021) considera que estas transformaciones dan cuenta de una nueva mentalidad acerca de la muerte y el duelo. En continuidad con la descripción historiográfica en cuatro momentos de Ariès (1996) propone una quinta etapa que da en llamar muerte espectacular. Entiende que tal como Foucault (1986) cuestionó la hipótesis represiva de la sexualidad, es posible criticar la propuesta de Ariès. Para el sociólogo la muerte, como la sexualidad en el análisis foucaultiano, está en todas partes y se ha transformado en un espectáculo. Los seres humanos, lejos de experimentarla en primera persona, son espectadores de sus diferentes representaciones. De esta manera, en el mundo contemporáneo, parece conformarse cierta proximidad y cotidianidad con respecto a la muerte y, al mismo tiempo, se la mantiene a cierta distancia. Además de la visibilidad mediatizada de la muerte se observa su mercantilización y utilización en publicidades o venta de servicios funerarios y la necesidad de volver a realizar rituales mortuorios, surgiendo nuevas o reinventando las antiguas prácticas, generando monumentos conmemorativos y espacios en las redes sociales. Por otro lado Jacobsen considera dos hechos sustanciales que dieron pie a este tipo de mentalidad sobre la muerte. Por un lado, el auge y profesionalización de los cuidados paliativos y su rol en la noción de autonomía, toma de decisiones, preocupación por el cuidado, la dignidad y vulnerabilidad de los moribundos y sus familias, la apertura hacia el tema de la eutanasia y la muerte digna que se logró insertar en la agenda política. Por el otro, la atención profesionalizada y académica del tema con la generación de diversas perspectivas, investigaciones y críticas a los modelos medicalizados y estandarizados de la muerte y el duelo.

Finalmente Jacobsen apela a terminología psicoanalítica para terminar de delinear sus ideas con respecto a la muerte y el duelo en el mundo contemporáneo. Plantea que esta nueva escena puede considerarse como un retorno de lo reprimido en la medida en que van apareciendo poco a poco, rastros de la muerte domesticada, la muerte propia y la muerte del otro en esta nueva forma de expresión. De este modo, la muerte espectacular revive, recicla y

reinventa la experiencia de muerte y el duelo del siglo XXI. Cabe la pregunta acerca de si se eliminará definitivamente el tabú de la muerte o esta quinta etapa no es más que otra estrategia de ocultamiento y negación de la muerte.

El recorrido de los trabajos y teorías presentados en este último apartado son la antesala de desarrollos contemporáneos que constituyen un campo sub disciplinar, cuyos investigadores y precursores denominan sociología del duelo (Jacobsen y Petersen, 2019).

Para esta corriente la muerte produce un agujero en el tejido social y la respuesta de duelo conforma una experiencia que entrama todo un circuito de relaciones entre los sujetos que son afectados por la pérdida, personas más o menos cercanas al muerto que comparten, organizan, negocian, manejan e intercambian bienes y afectos.

Esto los lleva a definir el duelo como una emoción social (Jacoby, 2012 y Jacobsen y Petersen, 2018) entendiendo que la diversidad de dimensiones que lo componen hace que sea difícil individualizarlo, circunscribirlo o acotarlo a la experiencia de un sujeto particular.

Igualmente es posible considerar una historia personal y una historia social del duelo. La personal atañe no solo al momento de pérdida y al tiempo posterior de asimilación de la ausencia, sino que implica y acompaña al individuo toda su vida, forma parte de su identidad y su inserción en el mundo. La social refiere a las normas, valores, tradiciones, sentimientos públicos y privados que configuran la expresión de duelo y lo habilitan, legitiman y organizan.

El trabajo de Doka (1999) acerca de las muertes de personas fallecidas por HIV muestra cómo las reglas de duelo determinan, entre otras cosas, quienes son dignos de ser llorados y quienes no, proponiendo la figura del duelo privado de derechos para las muertes que no se permiten duelar. En estos casos estamos frente a sujetos cuyas muertes son estigmatizadas y sus duelos desautorizados pero también es posible asignar esa denominación a modos de tramitar los duelos que no son socialmente consensuados (Granek y Peleg-Sagy, 2018).

Para algunos investigadores, las reglas del duelo son resultantes de la estratificación social (Ariès, 1996, Strange 2002, Allen 2007 y Jacobsen y Petersen, 2018). El estatus socio-económico y las clases sociales son fácilmente observables en los cementerios, la ornamentación de tumbas y los monumentos en nombre de los difuntos que se distancian y diferencian de los panteones populares. Pero también es posible percibirlo en el tratamiento que se da a la muerte y al duelo en los medios de comunicación y por parte de los actores políticos. Tal como lo señala Butler (2016) algunas muertes producen aflicción, pena, se duelen y otras no son tomadas en cuenta o no son reconocidas, son las muertes de personas vulnerables las que pasan desapercibidas. Esto delimita una valoración diferenciada en la sociedad donde se distinguen las vidas que merecen la pena ser lamentadas cuando se pierden, de las que no son dignas de duelo.

Jacobsen y Petersen (2018) entienden que las regulaciones sociales del duelo muestran diferentes formas de disciplinamiento de la experiencia de pérdida, convirtiéndose a largo de la historia en objeto de vigilancia y control. Expresan que la religiosidad para la salvación de las almas que interesaban en los duelos del pasado ha sido sustituida en el mundo contemporáneo por la acuciante preocupación por el bienestar psicológico de los sujetos en duelo. Esta inquietud hace que se oriente la experiencia de pérdida mediante el conocimiento de síntomas, reacciones esperadas, tratamientos, medicamentos, recomendaciones, etc. Como agentes de este disciplinamiento consideran los discursos de la medicina y la psicología pero también los grupos de autoayuda y reuniones de duelo. Todos ellos, imprimen una forma saludable de hacer el duelo en la medida en que se realice tal como se ha establecido, sino corre peligro de transformarse en complicado o enfermo.

Capítulo 6. Objetivos y Metodología y Preguntas de la Investigación

6.1. Objetivos

Esta investigación tuvo como objetivo general conocer las significaciones del duelo en los sujetos que atraviesan esa experiencia a causa de una pérdida significativa en su vida. Asimismo, se interesó en vislumbrar las estrategias utilizadas por ellos para sobrellevar el duelo en estos casos. La pérdida a la que hace referencia en este trabajo es la provocada por la muerte. Esto, le imprime a la experiencia de duelo estudiada, un carácter particular, en razón de su radicalidad y de su irreversibilidad. Por pérdida significativa se entiende la condición de amado (Paciuk, 1999, 2001), alguien que posee valor afectivo, ligado por un vínculo amoroso, central en la vida del sujeto en duelo. Cabe aclarar que, el componente amoroso aquí definido, no excluye la hostilidad y ambivalencia propia de los afectos humanos (Freud, 1996 [1915]). Considerar una persona como amada, implicará asumir la complejidad del vínculo afectivo.

Como objetivos específicos se consideraron, la descripción de las características de las experiencias subjetivas del duelo, el relevamiento del significado acerca de la circunstancia de la pérdida, la delimitación de los afectos involucrados en la vivencia y la valoración del vínculo con el fallecido, así como, de las prácticas fúnebres realizadas. También, se buscó determinar si el duelo provoca cambios en la vida de los sujetos, observando, si dentro de esos cambios, se produjo algún malestar. Además, se exploraron las estrategias puestas en juego para sobrellevar el duelo, rastreando, si se realizaron consultas dirigidas al sistema de salud, comunidades espirituales u otros espacios sociales, a raíz de la experiencia de pérdida. Si estas tuvieron lugar, interesó conocer qué respuestas o intervenciones, se concretaron en relación al duelo, y, cómo son valoradas por los sujetos. Asimismo se indagó acerca del entorno social, familiar y de amistades que acompañan el duelo, las situaciones de encuentro con otros o la necesidad de

soledad. Finalmente, se observaron las concepciones del duelo en los entrevistados, solicitando que se definiera la experiencia y se recopilaron las respuestas obtenidas.

6.2. Estrategia de la Investigación

Como estrategia de investigación se llevó a cabo un diseño cualitativo en razón de su pertinencia para el estudio de las significaciones subjetivas de la experiencia de duelo, núcleo central de la indagación y en virtud de considerar que configuran un objeto válido para la producción de conocimiento. Esto habilitó a comprender el problema desde “...la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, afectos e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron...” (Hernández et al., 2014, p. 487). En este trabajo se entiende por experiencia no solo “...la vivencia personal de una situación...” o “...el conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas por una persona” (Real Academia española, 2014, definición 3 y 4) sino también, aquello que trasciende el alcance individual y configura una actividad colectiva. La experiencia constituida en relación a y con otros, plasma un campo que puede ser pensado en sus condicionamientos sociales y políticos desempeñando un papel fundamental en generación de sentidos compartidos que sustentan el lazo social (Di Pego, 2015). A partir de esto se considera que, la experiencia de duelo y sus significados engarzan lo personal y lo colectivo, siendo el proceso investigativo un ámbito propicio para la reconstrucción de los recuerdos y vivencias, proporcionando a quien narra y quien escucha, la oportunidad de acrecentar la profusión de significaciones sobre el tema. De este modo, es posible pensar que el material relevado mediante un diseño de investigación cualitativa siempre será emergente, ya que las vivencias transmitidas se van elaborando en la medida que esta transcurre, procesando cuestiones que no habían sido tomadas en cuenta, no eran conscientes o no estaban elaboradas (Creswell, 2005). Esta perspectiva de la indagación, situada en las

vivencias y significaciones de los participantes, lo acercan al ámbito de los estudios narrativos de tópicos, vinculados al esclarecimiento y comprensión de un fenómeno que se quiere elucidar o problematizar con nuevos puntos de vista (Mertens, 2005). La pluralidad en la que se posiciona este método de trabajo hace que no sea haya buscado probar hipótesis, ni pretendido la generalización de resultados o conclusiones totales sobre la cuestión (Hernández et al., 2014). Como se dijo se ocupa en darle privilegio a las narrativas de los sujetos, considerando que a partir de ellas, es posible construir ideas para comprender aspectos complejos de lo humano.

Finalmente esta investigación se define en base a criterios de contextualidad y transparencia (Krause, 1995). Contextualidad, dada la preocupación por incorporar el contexto de producción a las narrativas, en tanto ellas son constituidas por diferentes sujetos, variedad de condiciones, múltiples modos de entender el problema, que formulan discusiones y divergencias, como algo imposible de eludir a la vez que fructífero para la investigación. Transparencia, en la medida que se ofrece a la comprensión de cualquier lector, es decir, la posibilidad de que lo producido pueda ser objeto de observación, conocimiento y discusión para cualquier ciudadano interesado o convocado por el problema.

Desde estos parámetros, se entrevistaron sujetos que estaban atravesando un duelo por la pérdida de alguien significativo en su vida. Además, se recabaron diferentes miradas expertas sobre el problema estudiado en entrevistas a informantes calificados, el estudio de la teoría y el relevamiento de investigaciones anteriores.

6.3. Tipo de Estudio

Si bien puede resultar poco conveniente denominar como exploratorio el estudio de un tema tan indagado como el duelo, me permito categorizarlo de ese modo debido a que son escasas las investigaciones acerca de las significaciones de la experiencia del duelo desde el enfoque desarrollado. Los trabajos existentes al respecto presentan una visión distinta a la

propuesta de esta tesis ya que se centran en una circunstancia particular del duelo o abordan el mismo a través del estudio de caso. Es importante señalar que, tanto en Uruguay como en países de la región, las investigaciones sobre el duelo exploran los diferentes ámbitos donde se producen las pérdidas, buscando encontrar peculiaridades en esas situaciones.

Por lo anterior y tal como lo constaté durante el desarrollo de la investigación, el tema sigue siendo un asunto a conocer y a profundizar, en la medida en que se asocia con la muerte y con lo que los humanos hacemos cuando ésta se presenta, lo que hace que configure un campo siempre proclive a la examinación y fuente de interrogantes (Jiménez, 1998). La prosecución de investigaciones al respecto permite identificar nuevos conceptos y articulaciones, a la vez que describe las diferentes facetas de la experiencia de duelo y las significaciones que los sujetos le otorgan permitiendo conocer otras visiones de la cuestión.

Además de exploratoria, la investigación de esta tesis se considera descriptiva en la medida en que incluye "... información detallada, de significados y de intenciones, tanto en la recolección como en el análisis de datos..." (Krause, 1995 p. 16) de lo expresado por los sujetos en duelo y de lo planteado por los expertos, tratando de captar los sentidos y significaciones sociales del objeto de indagación.

6.4. Entrevistas, Diálogos, Comunicaciones

Las características del estudio implicaron la creación de un clima dialógico de conversación e intercambio, considerando el encuentro en estas condiciones, propicio para hablar de temas con compromiso afectivo (Arfuch, 2007). En este marco, la entrevista en profundidad semi dirigida ²⁶ fue la técnica utilizada para recabar los relatos de los sujetos sobre

²⁶ Se entiende por entrevista en profundidad una interacción dialógica, personal y directa entre el investigador y el sujeto entrevistado. Es semi dirigida dado que en ella se pretendió que el sujeto de la investigación, exprese de manera detallada lo concerniente al tema convocado por el estudio, establecido previamente en un guion por parte del entrevistador.

su experiencia de duelo. Esta elección permitió acercarse al relato y a las vivencias de los individuos protagonistas de la temática estudiada (Greele, 1990, p. 124) y brindó la comodidad necesaria para explicitar aspectos privados e íntimos (Vallés, 1997, p.197), pudiéndose lograr “...la obtención de gran riqueza informativa (intensiva, de carácter holístico y contextualizada), en las palabras y enfoque de los entrevistados” (Vallés, 1997, p. 196). En las entrevistas el lenguaje fue el vector “...principal de la experiencia personalizada, biográfica e intransferible...” (Alonso, 2007, p. 228). La información que resulta de este tipo de entrevistas, deviene de la experiencia del entrevistado y como tal será proporcionada desde la interpretación significativa que él hace de la misma. Determina así, como su principal característica, la subjetividad de la información brindada. Giraud (1979) considera esto último como función auto-expresiva del lenguaje, en el sentido de que en él se vuelca la visión personal de la realidad que es complementaria de la función referencial de la comunicación. Le agrega a ésta “...el afecto subjetivo, los prejuicios, racionalizaciones y proyecciones, transfiriendo identidad a la dimensión cognoscitiva y objetivante de la función referencial del lenguaje...” (Giraud, 1979 p.12). Cabe aclarar que, si bien en la entrevista se manifiesta la experiencia del sujeto, la misma como toda interacción social, estará estructurada tanto por el investigador como por el entrevistado/a (Hammersley y Atkinson, 1994). Este característica la convierte en un instrumento de narración conversacional (Grele, 1990) sujeta a la finalidad de obtener conocimiento.

Con la intención de obtener la información acerca del problema estudiado y poder dar respuesta a los objetivos de este trabajo, se realizaron entrevistas en profundidad a sujetos que se reconocieron experimentando un duelo por la pérdida reciente de un ser querido. También, entrevistas formales a expertos sobre el tema e intercambios y comunicaciones informales con un especialista en duelo. A continuación se detallan cada una de estas modalidades implementadas.

Entrevistas a Sujetos en Duelo

Los sujetos dispuestos a hablar de su duelo fueron entrevistados en dos períodos de tiempo. El primero, comprendido entre diciembre de 2018 hasta abril de 2019 y el segundo que fue desde octubre 2021 a marzo 2023. La interrupción entre los períodos señalados se debió a la emergencia sanitaria decretada en virtud de la pandemia por SARS-CoV-2. En ese tiempo, algunas de las acciones proyectadas como parte del trabajo de campo, no pudieron llevarse a cabo o se realizaron con mucha dificultad debido a las restricciones sociales que la circunstancia mencionada impuso. Esta situación no fue favorable para la fluidez del proyecto, llevando a retrasar el trabajo de campo, dado que la incertidumbre y preocupación reinantes no permitieron la continuidad necesaria para avanzar al ritmo que se venía dando previamente. La prosecución del estudio significó mayor esfuerzo, no fue fácil intercambiar acerca de las experiencias de muerte y duelo en este contexto, ni contactar personas para entrevistar sobre estos tópicos. En virtud de lo anterior, desde mayo de 2019 hasta septiembre de 2021 se consideró prudente no realizar entrevistas a sujetos con experiencia de duelo por las condiciones sociales de aislamiento y la imposibilidad para dar seguimiento a los entrevistados o atender al eventual riesgo planteado en las consideraciones éticas del proyecto. Fue un momento de paralización donde la muerte dejó de ser algo que tarde o temprano llegaría, colocada siempre en el lugar de un futuro lejano, y pasó a ocupar el lugar de una posible realidad inminente. Se habló en ese tiempo mucho, todos los días, de muerte, con cifras de contagios y fallecidos. La sensibilidad que esto provocó, así como el pensar también en la propia muerte, debilitó la posibilidad de hablar de duelos y/o invitar hablar de ellos. Luego de un momento de perplejidad, asombro y silencio por lo que estaba viviendo, fue posible pensar que los expertos aceptarían y hasta se sentirían convocados a hablar del tema en ese contexto (esto se explicitará más adelante). De allí que se lograran realizar algunas entrevistas a informantes calificados durante la pandemia.

En los períodos señalados se entrevistaron quince mujeres y quince varones residentes en Montevideo y zona metropolitana²⁷ que habían sufrido una pérdida significativa en los últimos tres años, en la medida en que se apeló al recuerdo cercano de la vivencia de duelo. Cabe aclarar que el tiempo transcurrido desde la muerte al momento de la entrevista fue mayor a seis meses. Se estableció dicho plazo en el interés de que la experiencia sea relatada con cierta distancia del suceso de la muerte. También, debido a la existencia de estudios que expresan que antes de ese tiempo los sujetos están en situación de padecimiento agudo y pueden ser más vulnerables al estudio (Shamai, 2003).

Todas las entrevistas realizadas a los sujetos en duelo, tuvieron una tonalidad afectiva profunda y conmovedora, llevaron a revisar los recuerdos, la ambivalencia de sentimientos, el dolor por la pérdida. Algunas fueron determinadas por la tristeza de los relatos, otras por la complacencia y otras por la resignación.

Reclutamiento de Participantes y Pauta de Entrevista

Los participantes del estudio, entrevistados por su experiencia de duelo, fueron convocados mediante varias modalidades tales como, redes sociales, técnica de bola de nieve y por difusión de la investigación en carteles colocados en el local Anexo de Facultad de Psicología. La emergencia sanitaria no permitió el reclutamiento en otros espacios previstos como los grupos de ayuda mutua y apoyo al duelo²⁸ dado que estos se vieron imposibilitados de funcionar de manera presencial y, luego de que la emergencia sanitaria cedió, los coordinadores de tales encuentros se mostraron reticentes a participar por estar ocupados en la

²⁷ El área metropolitana comprende todos aquellos conjuntos urbanos que se encuentran próximos a Montevideo y que pertenecen tanto a la capital como a los departamentos de Canelones y San José. Es en el presente la aglomeración urbana más importante del Uruguay con una población estimada de 2 millones de habitantes, concentra cerca del 60% de la población total del país.

²⁸ Estos grupos se nuclean bajo el nombre de RENACER y tienen una filial en Montevideo fundada hace 28 años. Conforman encuentros de padres y madres que han perdido un hijo, no importando la forma ni el tiempo de la pérdida, dándoles contención desde la propia experiencia de sus participantes. También se recibe a hermanos, abuelos, tíos e incluso amigos dolientes.

entendible reconstrucción del espacio colectivo. Frente a la necesidad de realizar el número de entrevistas proyectadas y poder cumplir con los plazos pautados para la finalización del estudio doctoral se incrementó y amplió la convocatoria fundamentalmente en redes sociales, lo que dio los frutos esperados.

Antes de iniciado el reclutamiento de los sujetos a entrevistar, se estableció la pauta de entrevista. En ella se consideró importante incluir los siguientes tópicos, delineados a partir de aspectos conceptuales y discusiones teóricas sobre el problema y, en directa relación con los objetivos de la investigación. La guía despliega dentro de los ítems a indagar y registrar, las características del ser querido fallecido y su vínculo con él, las circunstancias de la pérdida la realización de rituales fúnebres, las vivencias de los primeros días después de la pérdida, la existencia de malestares ocasionados por el duelo en la esfera corporal, psicológica y social, la efectución de consultas en el sistema de salud o por fuera de éste para atender los padecimientos causados por la pena, la respuesta del sistema de salud, la prescripción y consumo de psicofármacos a causa del duelo, las vivencias y relatos familiares acerca de la muerte y el duelo, los vínculos y espacios sociales que acompañaron la experiencia, las creencias y los aspectos espirituales, el sentido y reflexión en relación al duelo.

Para poner a prueba la pauta se llevó a cabo una entrevista piloto que implicó el ajuste de la misma de manera poco sustancial, eliminándose de la versión original una pregunta que no fue comprendida²⁹. En las entrevistas realizadas, la guía de entrevista formulada funcionó adecuadamente, permitiendo la obtención de la información buscada y dejando espacio para el surgimiento de elementos emergentes no previstos. Estos últimos han sido retomados y agregados a la pauta en las entrevistas que se realizaron posteriormente y refieren a los

²⁹ La misma refería a explorar si el duelo vivenciado ocupaba algún lugar en el proyecto de vida del entrevistado. Esta pregunta no fue comprendida, aún luego de ampliar lo que se intentaba indagar con la misma. Es más, generó cierto rechazo en el sujeto, dado que de su explicación se desprendía una invitación a hablar del futuro, se desenfocaba el tema y quizás no era el momento para eso. Además, se consideró que dar tantas explicaciones sobre el punto indagado podría introducir sesgos en la investigación y finalmente se terminó retirando de la pauta.

componentes de índole material y económica que están presentes en todo duelo y no habían sido considerados inicialmente.

Se entrevistaron treinta personas de entre dieciocho y sesenta y cinco años de edad, los cuales se dividieron en cuatro rangos, [18 a 29 años] [30 a 41 años] [42 a 53 años] [54 a 65 años], logrando conseguir la narrativa de al menos tres mujeres y tres varones por rango, buscando abarcar un universo heterogéneo en el entendido de que la diferencias de género y edad pueden ampliar la recuperación de variantes significativas en las experiencias de duelo. Se dejaron fuera de la investigación los menores de edad y los mayores de 65 años al considerarse que pueden ser elevadamente vulnerables al tema del estudio. De las personas entrevistadas, 19 residen en Montevideo y 11 en la zona metropolitana, lugar donde se encuentra la mayor concentración de habitantes en el país. Con respecto al nivel educativo de los consultados, 3 completaron la educación primaria, 8 el ciclo básico de educación secundaria, 10 tienen bachillerato culminado y 9 alcanzaron titulación en educación terciaria.

A continuación se detallan las características básicas de las personas entrevistadas.

Tabla nro. 2.

Entrevistas a sujetos con experiencia de duelo. Rango 1 – 18 a 29 años

Fecha	Edad	Sexo	Duelo por su
Diciembre 2018	26	Varón	Padre
Febrero 2019	28	Mujer	Padre
Marzo 2019	29	Mujer	Padre
Marzo 2019	23	Mujer	Padre
Noviembre 2021	22	Mujer	Hermana
Marzo 2023	23	Varón	Abuelo
Marzo 2023	19	Varón	Padre y madre
Marzo 2023	24	Varón	Hermano
Marzo 2023	22	Varón	Abuelos
Marzo 2023	24	Varón	Abuelos

Tabla nro. 3.*Entrevistas a sujetos con experiencia de duelo. Rango 2 – 30 a 41 años.*

Fecha	Edad	Sexo	Duelo por su
Diciembre 2018	39	Mujer	Abuela
Diciembre 2018	36	Varón	Madre e hijo
Febrero 2019	32	Mujer	Padre
Febrero 2019	40	Varón	Abuela
Febrero 2019	32	Mujer	Padre y madre
Octubre 2021	30	Mujer	Padre
Noviembre 2021	30	Mujer	Madre
Marzo 2023	31	Varón	Abuela/madre

Tabla nro. 4*Entrevistas a sujetos con experiencia de duelo. Rango 3 – 42 a 53 años.*

Fecha	Edad	Sexo	Duelo por su
Noviembre 2018	5253	Mujer	Hijo
Diciembre 2018	49	Mujer	Hermana y madre
Diciembre 2018	50	Varón	Hijo
Marzo 2019	42	Mujer	Padre
Noviembre 2021	51	Varón	Padre
Marzo 2022	53	Varón	Madre

Tabla nro. 5*Entrevistas a sujetos con experiencia de duelo. Rango 4 -54 a 65 años.*

Fecha	Edad	Sexo	Duelo por su
Diciembre 2021	59	Varón	Madre
Diciembre 2021	65	Varón	Padre
Octubre 2021	56	Mujer	Padre y hermano
Diciembre 2021	56	Mujer	Madre
Marzo 2022	54	Varón	Padre
Marzo 2023	62	Mujer	Hijo

Entrevistas a Informantes Calificados

En este estudio se realizaron entrevistas a informantes calificados, entendiendo por estos, a sujetos expertos que acercan información relevante sobre el tema estudiado debido a su experiencia y/o conocimiento del mismo.

El interés en estas entrevistas se centró más que nada en relevar información respecto de la demanda asistencial del duelo.

Considerando esto y los antecedentes referidos a la consulta por duelo, se recabó la información aportada por una médica con posgrado en medicina familiar comunitaria, una psiquiatra, una trabajadora social, cuatro psicólogos clínicos y dos psicólogos coordinadores de grupos de duelo. Todos ellos trabajan en servicios de atención de salud mental (algunos en el primer nivel de atención y otros en el tercer nivel de atención), seis son clínicos y tres de ellos tienen un perfil social comunitario. Por su trabajo y formación son considerados expertos en la temática del duelo y depresión. Por otro lado, como se entiende que las consultas por duelo no llegan solamente a los servicios de salud, fueron entrevistados dos referentes de comunidades religiosas y espirituales, buscando conocer la perspectiva de cada uno al respecto.

Previamente a la convocatoria de los expertos se diseñó una pauta, a modo de guía, que ordenara los temas a indagar. La misma incluía ítems orientados a relevar las nociones y teorías del duelo de referencia para los entrevistados, las consideraciones acerca de las características y manifestaciones del duelo en la actualidad; las valoraciones de las actitudes sociales ante los duelos; la demanda de atención al duelo en la consulta clínica o espiritual según el entrevistado; el conocimiento y valoraciones acerca de las intervenciones profesionales sobre el duelo y los efectos de esas intervenciones (farmacológicas, espirituales, social comunitaria, etc.).

Se entrevistaron once expertos durante los años 2018 a 2023, elegidos por los criterios de selección antes mencionados.

Como se planteó anteriormente, al valorar que no era conveniente realizar entrevistas a los sujetos que estaban cursando un duelo durante los años 2020 y 2021, se entendió oportuno realizar las entrevistas a los informantes calificados dando continuidad al trabajo de campo.

Seguidamente se detallan las características básicas de los expertos entrevistados en la siguiente tabla.

Tabla nro. 6

Entrevistas a informantes calificados.

Fecha	Profesión	Edad	Pertenece al Prestador de Salud
2018	Psicóloga	63 años	Público
2018	Psicóloga	40 años	Privado
2020	Psicóloga	55 años	Privado
2020	Psicóloga	31 años	Público
2020	Psicóloga	28 años	Público
2020	Medica de familia	55 años	Público
2020	Psicólogo	27 años	Público
2020	Médica Psiquiatra	58 años	Privado
2021	Trabajadora Social	33 años	Público
2023	Referente religión católica	43 años	
2023	Referente culto afro	60 años	

Comunicaciones informales

Durante el proceso investigativo se llevó a cabo un intercambio informal con un académico, de profesión psicoanalista, referente nacional y regional en la temática que dedicó gran parte de su trayectoria a indagar el duelo en la teoría y la clínica.

Dicho intercambio pretendía inicialmente establecerse como una entrevista formal, opción que no fue aceptada por parte del psicoanalista. En su lugar se produjeron varios

encuentros en el año 2018, donde la entrevista formal que no fue, dio lugar a un diálogo abierto que aportó al tema indagado por lo peculiar de su contenido.

Luego de varias reuniones, donde la discusión se centró en las razones por las cuales los sujetos consultan cuando están cursando un duelo, se pudieron lograr algunas ideas sobre el punto. Se profundizó en la necesidad de respuesta frente a lo irreversible de la muerte, que en la sociedad contemporánea es difícil de aceptar, argumentando razones vinculadas a las subjetividades de esta época. También la conversación se detuvo en la experiencia de la clínica donde se observan las señales de lo que provoca un duelo. En algunos casos otras muertes, en otros, devastación o anulación subjetiva y en la necesidad de reparación del daño provocado por la pérdida. Otras veces, pudiendo pensar en el duelos sociales o que atañen a una determinada circunstancia colectiva, donde no es la simple reparación la que debe procurarse, sino la restitución por algo que se vivencia como robado. También hablamos de la búsqueda de atención y sentido de la experiencia de pena que hace que un sujeto llegue a la consulta clínica médica o psicológica en búsqueda de otro a quien hablarle de lo que le pasa, del muerto y de lo que éste significaba en su vida. Estos retazos de conversación fueron tomados en notas que todavía consulto, no solo para esta investigación, sino para alguna que otra situación clínica. Se conjugan con las diversas razones que dan los sujetos, entrevistados por su experiencia de duelo, para justificar los caminos que tomaron para sobrellevar su pena.

Análisis de las entrevistas

Para el análisis de las narrativas se considera la perspectiva de “comprensión escénica” (Santamarinas y Marinas, 2007, p. 270) que supone la actualización de los relatos de la experiencia, de las escenas que se recuerdan y de los significados que los sujetos le otorgan a las mismas. Desde este enfoque se realizó un análisis temático (De Souza Minayo, 2009) de la información obtenida en las entrevistas. Hacer un análisis temático “...consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen

algo para el objeto analítico apuntado...” (De Souza Minayo, 2009, p. 254). Para la consecución de este procedimiento se desarrollaron las etapas mencionadas a continuación.

En primer término se llevó a cabo un pre análisis donde se procedió a la lectura de la entrevistas previamente transcritas y de las notas de investigación que acompañaron a las mismas. Se delimitaron de este modo áreas temáticas de análisis y se consideran conceptos teóricos relacionados con tópicos propuestos en esta tesis. En base a lo anterior se procedió a la clasificación en las categorías incluidas en cada área temática discriminada. Esta fase al decir de De Souza Minayo, es exploratoria y “...consiste esencialmente en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto...la categorización, que consiste en un proceso de reducción del texto a las palabras y expresiones significativas...” (2009, p. 255). Las categorías indicadas en el análisis están relacionadas con la información obtenida de las entrevistas. Surgen de las respuestas sobre la temática estudiada y de narraciones u ocurrencias inesperadas que los entrevistados aportan. En las entrevistas se mostraron esencialmente los contenidos para cada categoría señalada, que reflejaron lo dicho por las personas estudiadas, siendo fieles a las palabras y conceptos que ellas pronunciaron.

Como resultado de este procedimiento se consideraron 35 tópicos, que fueron codificados, reduciendo el texto a palabras o expresiones significativas, definidos cada uno y señalados con un nombre que los identifica. Estos registros seleccionados fueron procesados con el software *ATLAS.ti versión IX*, que ayudó a organizar y gestionar el material de forma sistemática, permitiendo clasificar los fragmentos de las entrevistas en los códigos establecidos.

Del mismo modo se procedió con las narrativas obtenidas en las entrevistas realizadas a expertos delimitándose 25 temas que fueron codificados y procesados por el mismo software. Luego, a la luz de este trabajo, fue posible establecer algunas dimensiones que contribuyen al conocimiento de la experiencia de duelo, las cuales se exponen en el capítulo de análisis. Allí se presentarán fragmentos de las entrevistas transcritas, preservando el sentido de lo narrado y

editados únicamente para preservar el anonimato de los participantes. Seguidamente se realizó un entrecruzamiento de temáticas y categorías que permitieron establecer núcleos de sentido en relación al tema estudiado que logran responder a las preguntas de investigación establecidas en esta tesis. Asimismo, estos núcleos de sentido fueron observados en el encuentro y la experiencia investigativa que oficia de testigo de la profundidad e importancia con que los entrevistados tratan ciertos temas, responden a ciertas preguntas, se expresan y se sitúan en ciertos tópicos restando importancia a otros. De esta manera, la comprensión de los significados estuvo en concordancia con los objetivos planteados ya que posibilitaron revelar sentidos explícitos o implícitos en las experiencias. Esta modalidad de análisis permitió integrar nuevas dimensiones que no estaban previstas en el planteamiento original y fueron sugeridas por el material.

6.5. Consideraciones Éticas

La investigación se llevó a cabo con seres humanos y observó el cumplimiento de la legislación vigente en nuestro país al respecto (Poder Ejecutivo, 2008). Por consiguiente estableció procedimientos para asegurar la participación informada y libre de los sujetos, así como el resguardo del anonimato y la confidencialidad; realizó una valoración profunda de los riesgos eventuales y beneficios esperados por la participación en el estudio e instruyó medidas de atención al eventual daño.

Se solicitó a los sujetos de la investigación, personas que estaban atravesando un duelo e informantes calificados, el consentimiento libre e informado explicitando el objetivo del estudio y los temas a tratar, así como el compromiso con el resguardo de la identidad e información surgida de la entrevista (Poder Legislativo, 2008). Dicho consentimiento se recabó mediante un formulario específico para la investigación que incluyó información relativa a la misma y junto con la hoja de información fueron presentados a los sujetos de la investigación

en circunstancias previas a la aplicación de la entrevista planificada. Para asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos y de la identidad del sujeto de la investigación se tomaron recaudos tales como, la restricción de acceso a las grabaciones y transcripciones de las entrevistas, y la sustitución de los datos filiatorios por nombres ficticios. Además, se realizó una ponderación de riesgos y beneficios que fue informada a los participantes. Se consideró que los riesgos en la salud de los entrevistados son propios de la temática a estudiar, la circunstancia de pérdida y el duelo que desencadena.

Se consideraron riesgos potenciales para el sujeto de la investigación, la movilización de los afectos que el relato del tema en la entrevista pueda generar por apelar a la memoria de la experiencia ya que el duelo,

...no tiene un transcurrir lineal, el haber vivenciado ciertas emociones (...) no descarta que no se vuelvan a vivir...el proceso de duelo no tiene una secuencia rígida sino flexible que le permite a los dolientes retomar emociones ya experimentadas (Acero et al., 2007, p. 2).

En la relación a la atención al eventual daño, se previó la derivación de los sujetos de la investigación a los servicios universitarios, Clínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la UdelaR Piso 2 Hospital de Clínicas; la Policlínica de Atención Psicológica de la UdelaR, Piso 3 Hospital de Clínicas; derivaciones a servicios de salud privados a los cuales el entrevistado estuviera asociado. Igualmente, en atención a lo anterior y en el entendido de garantizar la minimización de los daños previsibles, se tomó en cuenta, como condición de inclusión de los sujetos en la investigación, el tiempo transcurrido desde la muerte del familiar al momento de la entrevista, observando que fuera mayor a 6 meses, ya que, según estudios consultados, antes de ese período, los sujetos están en situación de vulnerabilidad por el tránsito de duelo agudo y pueden ser afectados por el estudio (Merchant et al, 2008), no consignándose límite luego de este plazo. También, se promovió la interrupción de la entrevista

si el entrevistado se observa muy afectado y/o manifiesta deseos de no continuar hablando del tema. Con respecto a las entrevistas a informantes calificados, realizadas en base a una pauta específica no se vislumbran riesgos potenciales dado que no se indagarán aspectos personales o íntimos. De todas formas, se valoró la posibilidad de que los participantes pudieran sentirse afectados, interpelados o intimidados en su práctica cotidiana. En estos casos el entrevistador recordó a los participantes que no tienen la obligación de responder a todas las preguntas y la potestad de suspender el encuentro.

Como beneficio directo de la investigación, para los participantes, se entiende que las entrevistas, al proponerse como espacio de interlocución y escucha del relato del duelo, ofrecieron la oportunidad de acrecentar la profusión de sentidos acerca de su experiencia (Shamai, 2003; De Souza, 2009). Para los expertos, las entrevistas e intercambios, fueron una ocasión para reflexionar sobre las prácticas cotidianas con respecto al tema e intercambiar conocimientos.

Por otro lado, se pueden pensar como beneficios colectivos, la generación de datos relevantes para la comprensión de un tema de actualidad en el ámbito de la salud, que pueden ser utilizados para la mejora de las condiciones de vida de la población.

Capítulo 7. La Experiencia de duelo

“Quien escucha una historia, está en compañía del narrador, quien la lee, comparte esa compañía...” (Benjamin, 1987 p.213).

En este capítulo se despliegan las significaciones de la experiencia de duelo presentes en las narrativas de los entrevistados. Dicho material consideró los relatos de la experiencia, de los recuerdos, de lo familiar, de la relación con los otros y de lo íntimo, a la luz, de las significaciones e interpretaciones que los sujetos hacen sobre la historia de su duelo. Desde este enfoque, a partir de la lectura transversal de las entrevistas, se realizó un análisis temático, logrando visualizar, núcleos de sentido. Luego, se procedió a la clasificación en las categorías, incluidas en cada área temática. Dichas categorías, se vinculan con la información obtenida de las entrevistas y emergen tanto, de las respuestas sobre la temática estudiada, como, de las ocurrencias inesperadas, siendo fieles a las palabras y conceptos que los entrevistados pronunciaron en el intercambio con la investigadora³⁰. Estas etapas de interpretación y clasificación de las narrativas, implicaron una exhaustiva reflexión sobre el material obtenido, considerado como el punto de partida para la comprensión de las significaciones sobre el tema. Así, fue posible situar varias dimensiones, cada una de las cuales, refleja un momento, donde los sujetos señalaron con sus palabras, instancias significativas de la experiencia de duelo. La serie de tópicos explorados, consignados en la pauta de entrevista, fueron contemplados con diferentes intensidades por parte de los participantes, algunos con menor importancia y otros fueron profundizados. Las dimensiones que se situaron en el proceso de investigación con los sujetos exponen las significaciones respecto de, la experiencia de la muerte del ser querido; las vivencias de los primeros días de duelo; los afectos que se presentan en la situación de pérdida;

³⁰ Las fases del proceso de análisis de las entrevistas se detallan en el capítulo de 6 de esta tesis.

los rituales que se ponen en juego en torno a la muerte y el duelo; las diferentes formas de sobrellevar la pérdida; la apreciación y sentidos acerca de la experiencia de duelo y el papel del otro en el acompañamiento de la pérdida.

Si bien, en este análisis las narrativas de los sujetos en duelo son las protagonistas, se engarza a ellas, la información que se obtuvo en las entrevistas a expertos, puntualmente vinculadas a la demanda de atención y las diferentes formas de intervención. Estos aspectos se presentan en los relatos de los sujetos vinculándose o estando integradas a las dimensiones consignadas anteriormente. Además de lo anterior, como parte de este análisis, se debe considerar la praxis investigativa, que se deja entrever en el escrito, develando los condicionamientos de toda investigación clínica y social que “...en tanto proceso de producción y producto, es, al mismo tiempo, una objetivación de la realidad y una objetivación del investigador que se torna también producto de su propia investigación...” (De Souza Minayo, 2009, p. 293). La experiencia de quien investiga sobre el tema y de los sujetos entrevistados, conforma una narrativa a modo de texto, previamente modelado por la cultura, sus historias, sus afectaciones, sus malestares, sus razones. La forma de decir, de escuchar y de escribir todo lo que comparten, queda de este modo expuesto. Es por eso que, los tópicos incluidos en la pauta de entrevista, delimitados por un cuadro de ideas previamente supuesto, fueron complejizados en el encuentro con las palabras de los entrevistados y dieron lugar al análisis aquí se presenta. El mismo recoge las significaciones entendidas como producciones dinámicas de sentido, interpretaciones de la experiencia que constituyen una comprensión, parcial e inacabada del asunto tratado, que quedan abiertas a ser repensadas, vueltas hablar y re-significar. De este modo, tal como se expresa en el acápite de esta introducción al análisis, se invita a leer lo escrito, puesto en compañía de los diferentes narradores de esta tesis, y de quien la escribe.

7.1. La Muerte del Ser Querido

...Quisiera que me contaras cómo ha sido para tu experiencia de duelo, qué consideras importante decir sobre eso...³¹

En la apertura de la entrevista cada uno de los participantes expresa por quién está en duelo y describe el evento de la muerte que ocasionó la pérdida. Se observa la necesidad de recapitular, volver a narrar, presentar los hechos y explicar cómo se murió el ser querido, ingresando de esta manera a la historia singular de cada duelo. Este punto de partida, mencionado en otros estudios (Nelson et al., 2022), es una forma de poner en escena las imágenes que constituyen el suceso y la experiencia de la muerte, describiendo paso a paso, punto por punto lo sucedido y sus protagonistas. También Valentine (2008) encuentra en su investigación la necesidad de relatar la circunstancia y los detalles de la muerte del ser querido. De esta forma, el sobreviviente habla del fallecido, de sus últimos días, de los otros, de sí mismo y del significado de esa muerte. Se producen así tres tipos de relatos que expresan que la muerte llega, luego de una larga enfermedad o luego de una dolencia de corta duración o de manera repentina. Varios estudios de psicología y psiquiatría han explorado la influencia o determinación que la forma de morir puede tener en el duelo del sobreviviente. En algunos trabajos se llega a plantear que las muertes no previstas, inesperadas o violentas constituyen un factor que complejiza el duelo (Engel, 1971; Bonanno y Kalman, 2001 y 2003; Burke y Neimeyer, 2014; Sharpe et al., 2013; Boelen, 2015). Por otro lado, la vinculación entre la historia de la enfermedad del fallecido y el duelo posterior ha servido para considerar la teoría del duelo anticipado. La misma tuvo su origen en los planteos de Lindemann (1944) e influyó en investigaciones posteriores (Burke et al., 2015; Nielsen et al., 2016). Se entiende por duelo anticipado el inicio de la experiencia de duelo antes del fallecimiento del ser querido al cual se

³¹ Palabras de apertura de la pauta de entrevista, luego de ellas se hace silencio para que el entrevistado comience hablar de lo que considere.

lo acompaña y cuida por estar transitando una enfermedad que lo llevará a la muerte (Rando, 2000; Theut et al., 1991). Lo anticipatorio se establece por considerar que, durante el proceso de la enfermedad, paulatinamente se van produciendo determinadas pérdidas en relación a la vida del ser querido, en el declive y afectación física que se observa, en el mundo de relaciones que se comparten y en las posesiones materiales.

La controversia alrededor del tema se desarrolló a propósito del libro de Therese Rando *Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning* (2000). Especialmente la crítica de Fulton (2003) va a cuestionar la linealidad de esta propuesta, es decir, la teoría de que el duelo se desarrolla en un curso continuo e irreversible hacia su resolución. Según esta idea, los que comenzarían un duelo con anticipación, lo disiparían antes que aquellos que no lo hacen (Clayton et al., 1973; Schwab et al., 1975). Se niega de esta forma que el padecimiento por la pérdida sea lineal, en la medida en que se observa, que muchas veces reaparece más tarde, vinculado a otra muerte y/o a un evento significativo (Hilgard y Fisk, 1959). Otro de los cuestionamientos se vincula a los resultados contradictorios de las investigaciones sobre el duelo anticipado debido a que, puede llegar a ser perjudicial o beneficioso, según el estudio que se considere. Finalmente la idea de que el duelo anticipado previene el duelo patológico, también es un tema controversial, debido a los resultados opuestos en distintos estudios que han intentado evaluar el efecto de la anticipación en el duelo de los supervivientes tras la muerte. Fulton entiende que los resultados dispares son consecuencia de suponer que la experiencia de duelo es generalizable y comparable. A pesar de la crítica de Fulton, los estudios sobre el tema se siguieron de desarrollando (Sanders, 1983; Barreto et al., 2012; Kristensen et al, 2012; Burke y Neimeyer, 2014; Krychiw, et al., 2018) tratando de responder si la forma de morir y las causas o circunstancias del deceso determinan vivencias diferenciales de duelo, sin arribar a conclusiones coincidentes al respecto. Aun hoy persiste la duda sobre si hay diferencias en los duelos producidos por muerte repentina o por fallecimiento luego de una enfermedad. En lo

que sí hay acuerdo entre los investigadores, es en considerar la existencia de temas recurrentes en los relatos de duelo, dependiendo de la causa de muerte. Bajo esta premisa, es posible observar contenidos particulares que se reiteran en las narrativas de los entrevistados de esta tesis. Para los que la muerte de un ser querido se produce luego de una larga enfermedad, los tópicos de la narración se relacionan con el padecimiento por la espera de la llegada de la muerte, que deja al sujeto pendiente del fin de la vida del ser amado. También el relato de la sensación de apremio, por tener que resolver asuntos pendientes y tomar decisiones, así como la oportunidad de despedirse del moribundo. Para estos sujetos la muerte tuvo una presencia cotidiana, la inminencia de un final cercano, vivir ese último tiempo sin poder evadir u olvidar que llegaría la muerte, la experiencia de un largo adiós (Sanders y Saltz, 2003). Al respecto Leonor relata, con mucha tristeza, el fallecimiento de su hijo,

...falleció mi hijo (llora)... con 12 años, y fue producto de un error médico al nacer... nació y me dijeron que iba a vivir tres meses, cuatro nomás...estábamos con él, y fue en una noche...hizo un paro... para mí el duelo fue previo. Después como que fue otra cosa, una despedida, no sé, lo tomé como otra cosa. Para el duelo...me preparé... cubrí el duelo mucho tiempo... ¿Cubrí?...tapé, oculté, no sé qué quise decir...creo que estaba allí el duelo, diferente... (Leonor, 53 años).

La experiencia de cuidados que realizó Leonor por años, la lleva a reflexionar sobre su duelo planteando "...no sé si es el típico duelo de alguien que se le muere una persona de golpe o que tiene otra enfermedad más corta...me parece que es distinto..." marcando que la historia de su pena es singular, por fuera de lo esperado, dando a entender, al mismo tiempo, que la enfermedad de su hijo la "puso" en duelo y/o "preparó" su duelo, a la vez que lo ocultó/cubrió.

Para Luciana, saber que la enfermedad de su padre tendría un final fatal, constituyó una mezcla de espera, sufrimiento y sensaciones de ambivalencia (Jones y Martinson, 1992) que tuvieron efectos en su duelo, nos cuenta

...el que falleció fue mi papá... me pregunto si algo ya se prefiguraba del duelo, porque mi papá sufría de EPOC hace muchos años... y le quedaba poco tiempo, hasta que uno de esos días le dio un ACV y entró en coma...y estuvo así días y falleció...en esos días, lo único que quería hacer, deseaba...que él terminara de sufrir, que nosotros termináramos de sufrir, que todo aquello terminara de una vez...yo quería dormir, tenía mucho sueño y que aquello se terminara. Porque era como la espera constante...para mí eso era lo peor, que estuviera así y todo el mundo alrededor llorando y sufriendo. Terminemos con esto de una vez...aunque me duela y no quería que se muriera... (Luciana, 29 Años).

Otro entrevistado, Roberto, a pesar de saber de la gravedad de la enfermedad y del desenlace previsto, vive la experiencia de la pérdida de su padre, como una batalla entre la vida y la muerte, donde todavía no está presente el duelo. Esto parece dignificar al enfermo y ubicarlo en el lugar de un héroe que, más allá del sufrimiento, mantiene el vínculo familiar y su lugar en la vida de los otros, los consulta, los escucha, conjuga sus acciones

...falleció mi padre...estuvo un año peleándola...falleció en el centro de salud, después de haberla peleado muchísimo, hasta que en un momento no podía más, le dijo a mi vieja que no podía más. Nos preguntó a nosotros qué pensábamos de eso, de que él no pudiera más, nos preguntó qué pasaba si se rendía. Y a mí me llenó de felicidad esa pregunta, porque hasta el final, incluso, cuando estaba decidiendo...pensó en nosotros. Y yo lo que le dije fue esto mismo que estoy diciendo ahora, que no habría podido elegir mejor padre, que estaba orgulloso de él, que estaba orgulloso de lo que representaba, de los valores que tenía, y de que ya no tenía que pelear más... (Roberto, 23 años).

De manera similar, Laura pone en palabras la relación con su padre y su duelo posterior a propósito de la enfermedad terminal de este y los acuerdos entre ambos

...papá cumplía el 20 de octubre y lo internaron...dos semanas antes, porque ya estaba medio mal y habíamos hecho un trato, que yo lo iba a ir a visitar para el cumpleaños, que antes no lo podía ir a ver, porque papá no quería que yo me quedara con esa imagen de él. Entonces, como que el día del cumpleaños, sí me dejaba. Y falleció el 19, el día antes del cumpleaños. Así que no llegué a irlo a ver...como que él, el duelo lo hizo, su aceptación de la enfermedad, se fue bien y logró entenderlo y después, se vino la parte más jodida, yo tenía que caer en la realidad... (Laura, 23 años).

Por otro lado, las narrativas de las personas que perdieron a un ser querido de manera repentina también muestran contenidos propios de la circunstancia de muerte que intervienen en la experiencia de pérdida. Jimena cuenta,

...mi padre falleció...20, 30 minutos antes habíamos conversado todos en el grupo de familia que tenemos, fue algo repentino. Si bien él tenía un marcapasos puesto... estaba genial. Pero le sobrevino algo estando solo en la casa... una cosa muy fulminante., te imaginarás la sorpresa, hacía unos minutos habíamos conversado con él... la única pena que me queda es que haya estado solo en el momento que sucedió... (Jimena, 32 años).

Lo abrupto, lo repentino de la forma de morir genera confusión, impotencia, pasividad y en algunos casos incompreensión frente a lo sucedido. Ya no se cuenta la muerte, como ésta llega, sino lo que produce en quién la relata. Marisa dice "...el duelo que estoy haciendo es el duelo de mi papá, se suicidó... fue inesperado y un momento difícil, no supe qué hacer, no me di cuenta...se ahorcó... no lo vi venir, no sabía, no lo pude ver... (Marisa, 32 años).

Además imprime cierta incredulidad, inadecuación momentánea y la esperanza de que sea reversible. Paola cuenta de la muerte de su hermana y nos habla de cómo pasó ese momento, la sucesión de imágenes, ser testigo de los procedimientos, recordar hasta los mínimos detalles sonoros, estar de alguna forma como pudo en esa escena,

...me entero que ella se colgó en la casa. Para mí fue espantoso, porque además, todo el camino hasta allá, de acá hasta allá...esperando que se despierte todo el tiempo...Y no, como te digo, hasta tiempo después como que no me enteré que no se había despertado. No la entré a ver... estuvimos ahí como seis horas...es fuerte que primero venga alguien a constatar que realmente está muerta, que después venga otro a sacar las fotos, que después venga alguien a llevársela...después, ya como a las 10 de la noche, 9, 10, vinieron a llevársela. Yo no pude mirar tampoco, pero me acuerdo de estar parada en la vereda con mi marido y escuchar las rueditas de la camilla, subiéndola al camión de la morgue... (Paola, 22 años).

Algo parecido a lo mencionado ocurre cuando la muerte se produce por un accidente, aunque allí, la fatalidad o la impericia, otorgan cierta explicación causal que faltaba en los casos de muerte por suicidio. Vanesa se presenta diciendo

... murió mi hijo, tenía 33 años en ese momento, venía en moto y chocó con una persona que no respetó un cartel de ceda el paso y fue fatal, fue unas horas, eso fue a las cuatro de la tarde y a medianoche falleció a consecuencia de las lesiones... (Vanessa, 62 años).

También Juan, cuenta en su historia, como perdió a su madre por un accidente laboral, impensado, algo que falló. Dice aún con asombro y angustia

...mi madre había sido feriante de toda la vida y cortaba ropa, en máquina de corte y tuvo una descarga eléctrica... la máquina tuvo un desperfecto y le hizo parar el corazón. ¿Cómo que se murió mi madre, si estaba lo más bien?... y me quedé un rato tipo llorando como loco... no me entraba en la cabeza, no, no puede ser.” (Juan, 36 años).

Vinculada a esta forma de morir, el relato de Roberto, que se entera de la muerte de su madre por teléfono, muestra como la experiencia inesperada de la muerte del ser amado golpea la subjetividad del sobreviviente llegando a cambiar su existencia, él dice,

...fue devastador, me acuerdo que enseguida que corté, la espalda me pesaba 200 kilos...falleció mi madre...nunca me pesó tanto el cuerpo, nunca tanto algo...es una bomba que es como muy difícil tragar...llegar a esa casa parecía mentira, porque deja de ser casa para transformarse en un infierno, deja de ser un hogar, esto que te digo que iba, charlaba con mi vieja y no sé qué, para transformarse en un infierno. Pasé la noche ahí, al otro día me levanté, ta, y fuimos al funeral de mi madre... (Roberto, 23 años).

Además de algunas temáticas recurrentes que se presentan vinculadas a la forma de morir, tanto si se anticipa la muerte como si esta deviene de manera inesperada, al igual que lo hallado en otros estudios (Lundin, 1984; Parkes, 2001), es común la preocupación por el sufrimiento y el dolor del ser querido previo a su deceso. De esto nos habla Augusto, cuyo padre falleció por una enfermedad, la muerte se produjo cuando dormía, sin dolor, sin darse cuenta

...el martes me llama mi madre, que mi padre no se despertaba, que lo llamaba y no reaccionaba. Y fui y le toqué la mano, ya se sentía fría, lo intenté reanimar, pero ya sabía que había fallecido. Y ahí llamé, vinieron, constataron que había fallecido y ta... O sea, no sufrió ni nada... ni un dolor... nada... no se dio cuenta... (Augusto, 51 años).

Con la misma preocupación, Berta, sabiendo que su madre iba a morir, necesitó asegurarse que ella estuviera bien en sus últimos momentos de vida. A pesar del contexto, su madre fallece durante y a causa de la pandemia de Covid 19, fue relevante y necesario ese cuidado en el relato de su duelo, ella dice

...mi mamá falleció de covid... el porcentaje de vida, era muy bajo y el médico me había ya alertado que era así...yo me quería asegurar...que ella estaba bien, que estaba tranquila, se lo vi en su rostro, se lo vi en el color de su piel, o sea, en su cuerpo, no fue maltratado, no estaba desahuciada, los médicos peleando por ella... (Berta, 27 años).

El tema del dolor en los últimos momentos de vida también fue importante para Patricia que relata el suceso de la muerte de su padre por homicidio en las dos versiones que tuvo sobre

la misma. Con la primera, se consuela pensando que su padre no sufrió al morir pero luego, cuando posteriormente se entera de lo que realmente sucedió, relata con pesar, la escena de un fallecimiento doloroso y solitario,

...papá falleció asesinado... en el momento yo solo le pregunté a mamá, ¿de qué murió, lo mataron con un tiro? ella me dijo sí, bueno...no murió sufriendo...murió de un instante para otro, no murió sufriendo...pero en realidad no, luego me enteré que falleció de dos puñaladas...me cayó la ficha...que murió realmente sufriendo, murió solo, murió desangrado, una cosa increíble... (Patricia, 28 años).

Finalmente, en los relatos acerca del deceso se presenta otro tema común, la imagen de la muerte en soledad, agravando la situación de pena. Al igual que Patricia, que cuenta de la muerte de su padre sufriendo y en soledad, Marcelo, retoma su historia familiar en el relato acerca del fallecimiento de su padre, observando una constante

...no había fallecido. Que quería verme. Entonces, para mí fue muy difícil, por un lado, ir o no ir, entonces, digo bueno mirá voy mañana. Y cuando fui, ya había fallecido...pero no era lo inminente que era, me dijo mi primo, vos sabés que tu viejo está mal, y sabés que quiere verte. Bueno, y fui. Pero realmente, me impactó su muerte, como me impactó la historia familiar, porque mi bisabuelo murió solo, mi abuelo murió solo y mi padre murió solo... (Marcelo, 65 años).

Como se planteó al inicio del apartado, estas narrativas son la puerta de entrada a las historias de duelo. Al igual que cuando realizaba las entrevistas, las transcribía y las escuchaba varias veces, ahora en la escritura, persiste mi impresión acerca de que los participantes necesitan compartir, repetir y socializar, todo lo que encierra el suceso de cada muerte, por más doloroso y desagradable que les resulte. A modo de umbral a pasar, como una introducción a cada duelo, algo de lo que no se puede dejar de hablar, por más terrible que sea, un punto de quiebre, de preparación para comprender lo que viene después.

7.2. Primeros Días de un Duelo

La muerte de un ser querido tanto si se presenta de sorpresa como si se prefigura luego de una enfermedad, constituye un acontecimiento, es decir algo perturbador, que interrumpe el curso normal de las cosas. Implica percepciones de desorganización, de quedar fuera de lugar, desorientado, sin encontrar ubicación en el mundo físico y de relaciones acostumbrado. Al respecto Jimena cuenta

...yo sentí que me descolocaba, me movió el piso...tenía como todos los recuerdos, todos esos momentos como que los potencias más, todos esos días medios locos de la muerte...yo te diría que me costó unos cuantos días acomodar mi cabecita, me iba a la playa, no tenía acomodo, creo que estaba una hora y ya me iba al diablo, cumplía con quemarme un poco, distraerme...estaba como bastante descolocada... (Jimena, 32 años).

Agregado a lo anterior, se suma una vivencia de extrañeza en relación a sí mismo y de ajenidad frente a lo conocido, el entorno, los otros. Para Grigoravicius y Toso (2021) dicha vivencia proviene de reconocer aquello que no está o que se presenta de manera diferente. El mundo se vuelve desconocido y el sujeto todavía se resiste a reconocer la muerte. Esta situación, propia de los primeros momentos del duelo, la entienden como efecto de la desmentida. Consideran que la utilización de este mecanismo no implica una reacción patológica sino una respuesta "...bastante generalizada...ante la dolorosa realidad de la muerte de un ser querido. Se produce una escisión...entre dos tendencias opuestas: reconocer y no-reconocer la pérdida. De modo que la realidad del doliente se vuelve extraña y deja de ser un dato objetivo..." (Grigoravicius y Toso, 2022).

Tal como lo expresa Paola, lo que era cotidiano parece trastocarse, convertirse en inhabitual, no reconocerse, ni a ella misma, ni el lugar, ni las cosas

...a partir de ese momento... ya me sentía medio rara...no fluía nada y yo no podía, me acuerdo que en ese momento solo miraba tipo en la tele...no podía ver nada, no sé...

mirando nada, desde un lugar tan lejano que era extraño, las cosas de siempre, se veían raras ¿qué pasó con las cosas de todos los días? hablar, comer...una sensación muy rara... (Paola, 22 años).

La realidad, antes asumida naturalmente, que estaba solamente allí y formaba parte de la vida diaria, en los días que suceden a la pérdida, se vuelve “extraña”, “rara”, como dice Allouch (1996) se desgarrar, se rompe con la muerte y, en esos primeros momentos del duelo, llega a ponerse a prueba. Con la pérdida, el mundo parece desarmarse y se transforma en un lugar irreconocible, donde el sujeto deja de hallarse en el espacio que antes habitaba (Souza, 2017). Yago relata la vivencia de cambio de realidad con la imagen de estar en un pozo

...yo me sentí así, que estaba en un pozo y era como que miraba hacia arriba y veía el cielo muy lejos. Sí, sentía como que estaba muy solo, mi ambiente como que no existía, estaba yo nomás, oscuridad, por así decirlo, es como que no, ni sonreía, que para mí era muy raro...un montón de sentimientos que están dentro del pozo. Ni miraba el celular...estaba con mi familia, subía a mi cuarto... estaba solo, pensando, a veces me sentaba, pensaba. A veces ni siquiera pensaba, a veces me sentaba y estaba como mirando un punto fijo y más nada. Comer, dormir y más nada...” (Yago, 19 años).

El sentirse fuera de lugar a consecuencia de la muerte del ser querido se significa como un vacío, la nada y para Augusto particularmente con el pleno silencio o la ausencia de palabras, algo incontable, incalculable, sin coordenadas a las cuales apelar para orientarse, “...estaba...es como que yo no lograba, como que andaba...perdido, no sabía mucho qué hacer...y sentía como que no sabía mucho, o sea, no sabía bien qué era lo que quería hacer, tenía dudas y ta, como que andaba así, perdido...” (Augusto, 51 años).

Junto y como efecto de la sensación de extrañeza, algunos entrevistados señalan que la pérdida les significó un corte, una detención en relación a la vida anterior, tal como cuenta Manuel sobre la muerte de su hermano “...el fallecimiento para mí, dos, tres semanas estuve

quieto, no expresaba nada, estaba quieto, estuve como dos semanas sin poder hacer nada, sin moverme, sin hablar, sin pensar, quieto como que algo se hubiera parado (Manuel, 24 años).

El quiebre temporal, ese antes y después provocado por la pérdida, es también señalado por Ricardo que trasmite dos momentos en el proceso de absorber la nueva realidad,

...Llorar, llorar, así, fuerte, fue en los primeros días, no paraba de llorar, parecía una película triste... lloraba con ruido continuamente. Después llorar en el pensamiento, como estar continuamente pensando, esa sensación rara de que no estás acostumbrado, de como que no vas a ver más a una persona, como que te sacaron una parte de tu vida, con ciertas imágenes que no las vas a poder volver a ver, no vas a poder ver a esa persona que perdiste o situaciones que se daban con esa persona... (Ricardo, 24 años).

Finalmente, algunos entrevistados mencionan otra modalidad respecto a la vivencia de extrañeza. Se sitúa en estos casos, vinculada a la percepción de distancia y ajenidad con respecto al mundo exterior que permanece invariante, sin cambios. Tal como dice Vanessa, lo raro es que todo siga igual,

...me acuerdo que miraba la calle, los lugares que pasaba todos los días y es como que decís no puede ser, es mentira ¿cómo puede ser que esté todo igual, si nada está igual, nada es lo mismo? No, es horrible... (Vanessa, 62 años).

De la misma forma Karina expresa que nada cambió, todo está en su lugar a pesar de lo que pasó y esto le resulta desconcertante. La persona referente de su mundo ha muerto y ella dice "...salir a la calle y mirar... para el mundo ¿Todo está igual? ¿Solo yo siento que no sé cómo voy a seguir viviendo?... injusticia, como que al mundo le importara un bledo, todo seguía igual..." (Karina 49 años). Lo raro, lo extraño, lo indiferente para algunos o lo que no cambia para otros, configura en los primeros días del duelo algunas formas de preguntarse y hacer con la muerte, "...bajarla a tierra..." (Ricardo, 24 años), empezar a convivir con esa idea demoledora e irreversible.

7.3. Poner en Palabras, los Afectos del Duelo

Tanto los relatos citados, con referencia a los primeros momentos de las entrevistas que giran en torno a la muerte, como a lo largo de los tópicos que se desarrollan en el transcurso de las mismas, se van mostrando, en las palabras, los gestos, tonalidades de voz, miradas y cuerpos de los sujetos, la variedad de afectos que atraviesan sus duelos.

El afecto es una producción psíquica singular definida como una cualidad subjetiva (Freud, 1898/ 1996). Lo que afecta, genera una sensación consciente que debe ser traducida, a un código para hacerse comunicable. Por esa trasposición en palabras, el afecto da cuenta de un estado de cosas, nombrando y describiendo la afectación. De este modo, si bien los afectos tienen el estatuto de experiencia singular, su puesta en palabras constituye la apelación a un lenguaje y a una gramática compartida y quedará "...capturado en la dialéctica de la palabra. Toda lógica de los afectos es... la lógica de la trama discursiva de la que son efectos subjetivos y en la que están incluidos..." (Leivi 1998, p.675). Es más, podemos agregar que tratar de hablar de un afecto que se vivencia, es tomar una de las palabras con la que se cuenta en el discurso, presente de antemano. Eso que se siente como afecto tiene la característica de ser

...informe, indecible y, por otra parte, muy personal. Tratar de decirlo es justamente intentar ponerlo en forma significativa...no es posible hacerlo sin las palabras de las que se dispone, que son las palabras del Otro, del discurso que ya está ahí...sin el Otro, no se sabría qué es lo que se siente...(Soler, 2011. p, 10).

Lo que el significante viene a operar es un corte en la indeterminación de la vivencia "...al nombrar los afectos, el discurso los fabrica..." (Soler, 2011, p. 11). A través del lenguaje sabemos de una multiplicidad de afectos pero, solo aquellos engarzados en la historia del sujeto, darán lugar a la experiencia penosa y serán los pronunciados. En este sentido Lacan

(1972/1973) dirá que todo afecto es un efecto³² para señalar que la causa de los afectos, se debe buscar en aquello que los produce, la pulsión, el deseo y en el entramado con el lenguaje, por donde estos se expresan. De este modo la historia del vínculo con el muerto se espeja en los afectos sentidos y hablados. La nominación de un afecto singular recorta la experiencia de duelo y en cierta medida, asumiendo el límite del lenguaje (no llega a ser suficiente para traducir la totalidad de la vivencia), permite que sea compartida o comprendida por otros.

Amor (Tristeza, Angustia, Ansiedad)

Sitúo este apartado bajo el título de “Amor” tomando las palabras del psicoanalista uruguayo Vallespir (2016) cuando refiere a que el duelo “...por antonomasia es el duelo por la muerte de un ser amado...no hay duelo sin amor y sin deseo. Son inseparables. Y esta conjunción se expresa dolorosamente en la sensación de vacío, la angustia, el sufrimiento o el desasosiego que acompañan la muerte...” (p. 88-89). De esta forma y recogiendo las teorizaciones psicoanalíticas hacemos lugar a denominar un primer conjunto de afectos entre paréntesis luego de la palabra *amor*. Estos son los que se manifiestan en la añoranza, la tristeza, la angustia y para algunos entrevistado en la ansiedad. La profundidad de los desarrollos psicoanalíticos sobre el amor y el odio vinculados al origen de la subjetividad ponen en escena la producción de lo humano en relación a un otro significativo que será perdido y por siempre anhelado, dando lugar a la falta y al deseo de reencuentro. Este imprescindible papel del otro forjará la relación con el/los amados que vendrán luego, en un intento de recubrir esa carencia, que cada nueva pérdida revelará, dejando sentadas las condiciones para que un duelo se realice.

“Trauer” es el término en alemán usado por Freud que ha sido traducido al español por la palabra duelo. “Trauer” (Langenscheidt, 2024) además, puede traducirse por dolor, tristeza

³² “Tanto para Freud como para Lacan, el afecto es un efecto –effect, dirá Lacan con un neologismo calculado.” (Soler, 2011 p. 9). Los traductores del texto de Soler al español señalan que la frase de Lacan en francés en realidad muestra un sentido que en español no se muestra - L'affett et un effet- y lo aclaran de esta manera.

o aflicción. Por eso, en las primeras ediciones en castellano de las Obras Completas, podemos encontrar el famoso ensayo de 1917 con el nombre “Aflicción y melancolía”. En este deslizamiento terminológico se observa la vinculación directa de la tristeza y la aflicción con el estado subjetivo que produce un duelo. Es más, es posible pensar que una palabra puede sustituir a la otra. Desarrollos psicoanalíticos posteriores, como el de Lacan (1970), han situado la tristeza dentro de las pasiones, en el campo de la ética del deseo, definiéndola como un rechazo del propio sujeto a su saber inconsciente. Se entiende que Lacan se refiere a la tristeza depresiva cuando está implicado “...un problema de deseo, una renuncia al deseo en pos del empuje al goce...” (Iuale, 2018, p. 14). Esta situación, en relación al duelo, se observará en el aplazamiento del deseo, caracterizado por la ausencia del interés por el mundo exterior, por los otros y por todo aquello que no tenga que ver con el muerto (Freud, (1917/1996).

Como afecto provocado por la pérdida, la tristeza se manifiesta de forma sostenida o de manera intermitente a lo largo del duelo. Cuando se manifiesta asiduamente se engarza en la vida del sujeto que la sobrelleva como costo a pagar por conservar el recuerdo de los seres queridos fallecidos. En el siguiente fragmento Roberto muestra esta persistencia del afecto triste en relación a la pérdida de sus dos padres en menos de un año al decir “...la tristeza de no tenerlos es algo constante, es algo constante, pero con el tiempo, en este año, he aprendido a vivir con esa tristeza...” (Roberto, 23 años). Para otros entrevistados como Ernesto la experiencia de aflicción se presenta en oleadas y la pena se vivencia de tanto en tanto, de manera intermitente

...al principio era una cuestión rara, medio como que no, que tenés como tristeza, y después es una especie de...en realidad como que sale de tu cabeza, como que no entendés mucho, que se te va un poco el afecto y después te cae otra vez un poco la ficha y ta, como que estás como en un ciclo... (Ernesto, 22 años).

La intensidad de la tristeza y su presentación de manera irregular en algunos casos parece funcionar a modo de recordatorio de la irreversibilidad de la ausencia. De ella se desprende la posibilidad de comprender lo que se está atravesando y la aceptación de la muerte. La insistente verificación de la pérdida del objeto es la característica del afecto doloroso, de la tristeza, que se agudiza en el duelo en tanto se consolida como un objeto imposible de ser reencontrado, por lo que siempre será una experiencia que nos enfrenta al límite (Bleichmar, 1976). Tal como lo relata Marisa, no será suficiente con que se caiga en la cuenta de la situación solo una vez, sino que es necesaria la repetición de esa evidencia. En este sentido, ella cuenta en relación a la pérdida de su padre

.... Y un poco comparando a los otros duelos, quizás como que no sé, uno se separa de un amigo, una pareja y vas entendiendo qué es lo que sucede, entendés la tristeza que te va pasando. En el duelo de una muerte, es como que al otro día es como ¿cómo que la persona no está? Es como que no lo entendés, o sea, después, a los días, sí empezás como a entender, después te viene una tristeza como decís bueno, pero no está. Y ahí aceptás que no está. Y a los días te vuelve a aparecer la cuestión de bueno ¿pero cómo es que desapareció del mundo? Y ahí es que como que vas oscilando entre esas emociones... (Marisa, 32 años).

Dar un único contenido o definir la vivencia de tristeza, resulta difícil, tal como lo plantea Augusto "...la tristeza... es un dolor, es como te digo, es agotador muchas veces, de explicarlo...es como que solo se pudiera estar triste, nada más...trasmitir qué es la tristeza que uno siente a otro...imposible..." (Augusto, 51 años).

Para otros entrevistados será posible vincular la tristeza con la vivencia de angustia. Entre esos afectos algunos encontrarán una alternancia que les lleva a discriminar cuándo sienten angustia y cuando tristeza. Alicia reconoce la angustia como contenido de los primeros

días del duelo por su abuela y establece distinciones en relación a la tristeza experimentada, así lo explica

...la angustia, esa angustia a flor de piel, incontrolable, pensar o una imagen, y algo te cubre, como que te invade, esa cuestión como del llanto mucho más rápido y más fácil de los primeros días, sin duda. Ahora ya capaz que no se llama angustia, pero es otra cosa, capaz que pasa más por esto de la tristeza. Capaz que yo ahora lloro, pero ya no es tanto motivado por la angustia de la pérdida o de aquel momento sino es esto bueno, de volver a vivir hoy esto, como constatar de nuevo como esto de la pérdida, ¿no?... (Alicia, 39 años).

También Marcelo llega a hacer una distinción cuando se pregunta por la angustia, la tristeza y la ansiedad, afectos presentes en el duelo por su padre. Preocupado por entender y registrar lo que estaba experimentando, cuenta

...Yo lo tomé mal, pasé mucho tiempo mal, empecé a sentir angustia por primera vez, a reconocer, a diferenciar lo que era, los distintos estados de ánimo, yo tenía una confusión, lo que era ansiedad, lo que era angustia, lo que era tristeza, para mí era todo lo mismo, me siento mal y ta, y un día no puedo, empecé a sentir más...tristeza, lo englobaba todo...una sensación de tristeza, el mundo triste, yo triste, angustia si, como una nebulosa en la cabeza y ansiedad también, como un malestar en el cuerpo, no dolor, como acelerado... (Marcelo, 65 años).

De este modo llega luego de un esfuerzo, notorio en la entrevista, a recuperar las vivencias, para poder describirlas en los planos donde las entiende situadas, la tristeza, ocupando el mundo; la angustia, capturando el pensamiento y la ansiedad, embargando el cuerpo, como expresiones de diferentes registros de la pérdida.

Para otros participantes del estudio, la explicación o el contenido de la tristeza se asocia con estados afectivos delimitados en el campo psiquiátrico y psicológico. La vivencia y el

malestar producido por la ansiedad, parece subrogar los afectos penosos, asimilarlos, circunscribirlos y darle un nombre. Al respecto en varias narrativas se menciona un estado de ansiedad, ubicando allí la afección causada por el duelo. Ansiedad que se describe como inseguridad por quedarse solo en el mundo, miedo ante la muerte y alteraciones corporales que llevan en muchos casos a la irrupción de ataques de pánico. De esta forma relata Paola su vivencia de duelo

... pensé ¡qué tristeza! ...como que mi pensamiento hizo como un, como que fue uniendo todo y, al vincularlo con la muerte, me empezó a venir como ansiedad, como ansiedad, ansiedad y en un momento me puse a llorar y sentía como que no podía respirar...Me vino como una, ese miedo...tuve ataques de pánico, miedo de quedarme sola... (Paola, 22 años).

También Yago cuenta acerca de la sensación de ansiedad que acompañó el duelo por la muerte de su abuelo aclarando que ya sufría de ese malestar desde antes y dando a entender que era una forma de expresar su dolor "...era un modo de salir lo que me pasaba, más bien por sufrir de ansiedad y todo, sentía mucho pulso en el corazón, mucho, mucho pulso. Era como una espina que pa, pa, pa, me latía..." (Yago, 19 años). Asimismo Ricardo reconduce la vivencia de pena a la ansiedad diciendo

...Creo que estuve bastante sensible, sí, con temas que ya tenía... ansiedad... míos en el cuerpo y creo que tuve un par de ataques de pánico... llegué a escalarlos, a tener que consultar, pero sí, me acuerdo que me costó bastante salir de esos ataques de pánico... (Ricardo, 24 años).

Los significados que le dan los entrevistados a la ansiedad que dicen experimentar son variados. Algunos la describen como "...una sensación de intranquilidad...miedo de poder seguir viviendo..." (Paola, 22 años). Otros la describen con la vivencia de "...que todo desaparece y queda como flotando y el cuerpo flotando, separado de todo...no dolor, sentir

tanto que no se siente nada, ansiedad si es eso...” (Marcelo, 65 años) y también de “hipersensibilidad...sentir todo aumentado...” (Ricardo, 24 años).

Otros entrevistados como Vanesa no logran situar en una sola palabra lo que le pasa y tratando de explicar la pena por la muerte de su hijo ella se pregunta

¿qué decir de lo que me pasa por la cabeza? (llora) lo pienso sin querer pensar, el dolor del pensamiento y en el cuerpo...cuando pasa lo imposible, es todo junto y nada a la vez (llora)...no alcanza lo que pueda decir... (Vanesa, 62 años).

Para Augusto la pena también es difícil de comunicar o explicar. Intentando decir de su vivencia, encuentra que el llanto logra traducir los afectos,

... yo por suerte lloro, puedo llorar, la angustia es llanto o el llanto es angustia, tristeza, capaz que a veces pasa por ahí, por la posibilidad de llorar y como de tomar como contacto con esto de la pérdida...en esos días es esto como de estar más como, esos primeros días de la pérdida, viene el tránsito con la situación de angustia, es todo llanto, es todo...la pérdida...el dolor...no sé si puedo ser claro con lo que digo... (Augusto, 51 años).

A pesar de la necesidad de hablar, de querer explicar y compartir los afectos dolorosos, algo no logra ser recubierto con las palabras y queda como registro de lo indecible. Tal como lo expresa Barthes (2009) en el diario que escribe a raíz de la muerte de su madre, la aflicción no logra ser del todo expresable aunque se puede intentar “...mal que bien (es decir con el sentimiento de no lograrlo) hablarla, frasearla...” (p. 179), convertirla en parte en algo comunicable. Plantea que el hecho de poder escribir/hablar de su madre hace, aunque de una manera mínima, soportable su ausencia. Sin embargo, agrega que la experiencia de duelo es de tal magnitud que la hace “...insusceptible de una dialéctica narrativa...” (Barthes, 2009 p. 54). Llegar al límite de las palabras parece marcar una diferencia radical para el sujeto en duelo, lo

que escapa a la expresión lingüística, algo inédito que necesita ser dicho, aunque esto, no sea del todo posible.

Odio (Enojo, Rabia, Frustración, Culpa)

Alternando con lo planteado en el apartado anterior, otra clase de afecto acompaña los duelos. Luego de la palabra *Odio* entre paréntesis se sitúan en este apartado un conjunto de manifestaciones que pueden entenderse como causadas por éste, el enojo, la rabia, la frustración y la culpa. El duelo no responde solo a las representaciones y experiencias del dolor por el amor al muerto, sino también, a las del odio.

Para el psicoanálisis el odio acompaña al amor, no es posible uno sin el otro (Freud, 1913/1996; 1915/1996; Lacan, 1973). Esta indisoluble alianza entre la estima y el odio se encuentra también en lo referido al duelo, por un lado, reflejando la dinámica subjetiva propia de la ambivalencia de sentimientos (Freud, 1915/1996) y por el otro dando cuenta de la relación necesaria entre estos dos afectos para hacer lugar a la subjetividad. Si no se odia, no se es y si no se es, no se ama, expresa Lacan (1972-1973) retomando la idea freudiana del odio en los orígenes del sujeto. Esta familiaridad entre los dos afectos hace que Freud plantee que,

...cuando el vínculo de amor con un objeto determinado se interrumpe, no es raro que lo remplace el odio, por lo cual recibimos la impresión de que el amor se muda en odio. Pero ahora, superando esa descripción, podemos concebirlo así: en tales casos el odio, que tiene motivación real, es reforzado por la regresión del amar a la etapa sádica previa, de suerte que el odiar cobra un carácter erótico y se garantiza la continuidad de un vínculo de amor... (Freud, 1915/1996 p. 134)

El sentido que se desprende de esta cita es que el odio es una forma de conservar el vínculo con el objeto, mostrando el rol paradójico del mismo, que contiene la aspiración de destrucción, pero también, de conservación en el duelo (Vargas Castro, 2019).

Nasio (1996) profundizará esta lectura agregando que el odio del duelo es “...una defensa, un sobresalto del yo, una crispación agresiva para evitar la experiencia dolorosa de la pérdida del amor...aquello que quien odia no puede admitir... es una forma de mantener el objeto, de resistirse a la pérdida...” (p.8). El psicoanalista argentino utiliza la palabra "sobresalto" para reforzar la idea de sorpresa frente a ese afecto que recae sobre el amado ¡impensable dirigirlo a un ser tan querido! Indicará que el odio será una “...reacción transitoria y, en última instancia, una vana tentativa de negar el dolor de ser abandonado... tarde o temprano, el sujeto que odia deberá afrontar, inexorablemente, la pena, la pesadumbre, la tristeza...” (Nasio, 1996 p. 8). También será un afecto pasajero, dado que no se puede sostener, ignorando el amor o, amando al mismo tiempo. Como variante de esta experiencia, el odio puede dirigirse como enojo, al muerto por haber partido, luego a los demás, fruto del resentimiento porque no sufren la pérdida, pero también, al mundo por permanecer a pesar de, o sin importar la muerte del ser querido. El odio será registrado y reconducido a los otros, al afuera, conservando el sujeto en duelo, la mirada del amor hacia el objeto.

En las entrevistas es posible encontrar los rastros de este afecto y de sus manifestaciones. Carolina cuenta al respecto del duelo por la muerte de su padre, luego de una breve pero mortal enfermedad,

...digo, eso, que quedé como con odio, enojada...con nadie en particular, enojada, odiando todo. O sea, a ver, es como que veo gente, de repente, que se enferma de lo mismo, que tiene cáncer y se enteran a tiempo y yo... en menos de tres meses que nos enteramos que tenía cáncer... (Llora)...cincuenta y nueve años tenía... yo no termino de estar enojada, peleada, con el mundo... Por eso también es que yo siento rabia, cuando por fin empezábamos a tener una relación como de amigos y a llevarnos de hablarnos y contarnos todo, algo así...se fue... (Carolina, 30 años).

También Julio pone en palabras su enojo en el duelo por la muerte de su madre. Observando cambios en sí mismo y frente a proseguir la vida dice,

...yo he estado muy deprimido y quizás en algún momento me trajo algún problema... porque mi estado de humor cambió, o sea, como que me enojaba muy fácil por cosas, ¿viste? Eso sí podría tomarse como algo, a causa de haber perdido a mi madre, eso, la depresión y el malhumor, o sea, yo estaba enojado con la vida...nunca fui así, de sentir, hasta tal punto de no sentir deseos de vivir, o sea, no de querer sacarme la vida sino decir si vivo bien, y si no, también, o sea, como que me daba lo mismo. Sí, fue desde ese entonces... (Julio, 53 años).

Para Berta la rabia se circunscribe a la causa de la muerte de su madre, a no poder creer que después de una vida de lucha y esfuerzos, hubiera fallecido de esa manera, rápida y por un virus. En la entrevista ella expresa,

...la confirmación (de la muerte) fue como entre una sensación de alivio y también de un dolor profundamente inmediato que se despertó ¿cómo? no puedo creer que se haya ido de esta manera...esa fue como mi sensación en el momento, me dio muchísima rabia...rabia terrible...furia, ha sido muy difícil para mí, rabia por lo que pasó, es algo que va de la rabia, a la frustración y al enojo y vuelve a la rabia... me desespera... por todo lo que fue su vida, o sea, todo lo que ella luchó por tener su carrera...por tener su familia...su casa... me parecía tan injusto esa partida tan repentina y por un virus que no se sabe cómo lo agarró...(Berta, 27 años).

Otra entrevistada, Karina, sitúa su rabia y enojo en haber quedado sola para enfrentar la enfermedad y posterior muerte de su madre, reclamando en su duelo con estos afectos, tanto a los muertos como a los vivos

...y después, cuando murió mamá, fue diferente, porque era como una rabia que tenía, como que yo decía, pero ¿por qué me dejaste sola? hablaba con ella aunque ya no estaba

¿por qué tengo que pasar esto sola? ...y en ese enojo, también el enojo me vino con él cuando lo vi en el velorio, ¿no?, que siempre, toda la vida había estado ausente en nuestras vidas, nunca estuvo presente, no le interesó... y entonces como que vino en un momento y me dijo nadie está preparado para perder...una rabia, un enojo, bronca terrible con él por estar allí, de alguna manera... y nunca había estado, nunca...demasiado... (Karina, 49 años).

Otras expresiones de odio también estuvieron presentes en algunos entrevistados. Leonor, nos cuenta en relación a la experiencia de perder a su hijo que "...da rabia, odio, después mucha más bronca el equipo de salud, que no están preparados...todavía no entiendo ¿qué pasó?... (Llora) no lo voy a entender nunca...y también bronca con toda la gente que no sabe lo que pasamos..." (Leonor, 53 años). Estas expresiones confrontan al sujeto en duelo, que trata de opacar estos afectos tal como Adrián que prefiere no sentirlos y se esfuerza por

...tratar de recordar cosas buenas de él (su padre), no tener bronca, odio, rabia por cosas como las que te conté de él, o sea, estuve bastante tiempo con esa bronca. Te podría decir, como vivencia de duelo, que he vivido un duelo con bronca...que no es lo que quiero...pero como que no puedo evitarlo...enojarme, estar mal, con malos recuerdos y todavía solo... (Adrián, 26 años).

La bronca, el enojo, la frustración, la rabia en algún momento parecen ceder o intercalarse con la vivencia de culpa, que viene a reorientar estas expresiones a modo de pivote entre el amor y el odio. Para el psicoanálisis, la culpa es otra de las manifestaciones de la ambivalencia de sentimientos que atraviesan los vínculos humanos y se expresa de manera visible en la relación entre el muerto y el sobreviviente. Es justamente en el duelo que se "...reactiva la ambivalencia estructural y los anhelos parricidas; se ama y se odia al muerto por culparlo del abandono..." (Elmiger, 2010a p. 182). Pero, si bien en la teoría se entiende el origen de la culpa a partir de la dramática edípica, la emergencia de este afecto no supone que

se haya deseado la muerte del otro o por lo menos que eso sea consciente. Es suficiente la existencia de algún sentimiento de hostilidad que oficie como índice del odio para que se desarrolle la culpa mediante la cual el deudo puede expiar en parte el daño imaginario (Vargas Castro, 2019 p. 171). La culpa también se puede entender como algo a pagar con la pena del duelo y daría cuenta de una deuda con el fallecido. El sobreviviente, nombrado como deudo/deudor, debe saldar lo debido, reconociendo y pagando por la muerte del ser amado. En este sentido dice Paciuk (1998) que la muerte “...inculpa y con la culpa adviene la posibilidad de revisar el pasado...” (p. 20). En la revisión de la vida en común se van a reconocer y confrontar el amor, el odio y las dificultades en la relación que requerirán cierta mitigación o transformación. De este modo lo cuenta Adrián cuando dice que la muerte de su padre fue una liberación,

...quizás yo no medí el tiempo...en ese momento de llorar lo suficiente...era como que traté de asumir, porque bueno, esto pasó y lo que te decía recién, la vida sigue. En parte, la pérdida de él para mí fue, o sea, más allá de la angustia, de que tuve momentos de, ¿cómo es que se dice? como iba y venía de estado de ánimo, de oscilación, para mí, en parte fue también como una liberación... Entonces, fue como que una sensación también un poco de libertad, el haberlo perdido. A muchos les puede sonar mal...acá no se hace un juicio de valor, pero a mucha gente le puede sonar mal, pero fue así... (Adrián 26 años)

En otros entrevistados, la culpa se expresa en la formulación de auto reproches por permanecer con vida, por las cosas que se deberían haber hecho y no se hicieron, por los conflictos sin resolver o por no haber aprovechado la vida junto al ser querido. En relación a reprocharse por estar vivo, Román hace el duelo por su hijo preguntándose,

...y me vienen ideas de que yo debería estar muerto y no mi hijo... como que no es justo para él (llora) conmigo tampoco es justo, mi único hijo, para nadie, seguir vivo...tengo

la foto en mi celular y veo esa foto de él y me vienen ideas ¿por qué yo tengo que estar vivo y él no? No son así cómo deben ser las cosas, lo lógico es que él siguiera viviendo y yo no, es como una culpa de estar en el mundo y él no...no se puede vivir así...no se puede... (Román, 50 años).

Acerca de los conflictos sin resolver y la culpa, Marcelo, plantea que son asuntos que quedan en la vida

...como cuentas pendientes, congelados en el tiempo, no es que no hubiéramos discutido de eso, mil veces, pero no lo resolvimos...quizás yo podía haberle cedido la razón, tendido una mano...era mi padre...me quedó eso que algunas veces me acuerdo y la culpa me llega, se fue mal con eso, a él le importaba más, pude haber hecho otra cosa...con mi hermano igual, la cuadratura del círculo, te la discutía hasta el final...dejarlo ganar... (Marcelo, 65 años).

Sin tener asuntos pendientes, la sensación de no haber hecho lo suficiente por el ser querido antes de su muerte, se muestra en algunos entrevistados con mucha angustia. De esto habla Karina, diciendo que por momentos siente culpa, reprochándose no haber estado lo suficientemente presente,

...todo el mundo me dice, pero hiciste todo lo que podías...no, capaz que podía verla más, ir a verla más, capaz que en esos meses fui menos a verla...capaz que tenía que haber ido más, capaz que pobrecita, capaz que la llevé menos a casa porque no podía disimular y ella me necesitaba. Culpa, culpa, culpa, por ese lado...capaz que es una culpa que no se entiende, pero... ella se durmió confiando que yo iba a estar con ella y yo no iba a estar con ella, yo no podía estar con ella, entonces, como que siento que también la dejé sola... (Karina, 49 años).

Para Paola la forma de morir de su hermana, el suicidio, la pone frente a la pregunta por la culpa, cómo manejarla. Plantea que la muerte inesperada y violenta, dejó a ella y su familia

...un gran vacío, que me parece que también hace parte del dolor, el no saber... se suicidó y las razones, a ciencia cierta, nadie las sabe....eso también hace al dolor, el no tener una explicación...y genera un montón de culpas en la familia, o sea, se suicida alguien, es como tirar mierda a un ventilador, todo el mundo empieza a culpar a todo el mundo...las primeras semanas estuvimos todos esperando como empezar a llorar o no sé. Yo sabía que si no me sucedía en ese momento, iba a aparecer más adelante, de todas maneras, cuando apareció, me sorprendí ¿cómo manejar la culpa? la culpa por no llorarla... (Paola, 22 años).

En Vanessa la culpa se instala como dolor por el pasado no vivido, no disfrutado, por lo no contemplado en ese último minuto de relación con el ser querido, ella dice,

...lo que sí pasé muchísimo tiempo con mucha culpa, porque yo, por ejemplo, el día del accidente yo me fui, viste que uno sale a las corridas... yo no sabía que él estaba libre, y me acuerdo que lo llamé, lo rezongué... yo me fui sin darle un beso...ay, fue lo primero que me acordé, cuando pasó, ay, qué horrible, no me despedí de él... son cosas que te quedan... él siempre me decía mamá, hace la torta de azúcar, que me encanta...nunca le hice la famosa torta, me quedó hasta el día de hoy...al principio eso me martirizaba...como dolor loco del principio... hay cosas que te quedan para siempre...(Vanessa, 62 años).

Resta por agregar a este apartado, algunos fragmentos que, si bien no reflejan directamente la culpa como en los anteriormente citados, dirigen los reproches al muerto a modo de interrogante. Los mismos se entienden a partir de la idea de Leader (2011) referida a que la culpa y los reproches esconden una pregunta sobre el amor y el odio. Rastros de este sentido se encuentra en lo que cuenta Sara respecto al duelo por su madre

... el vínculo no era bueno, una de las cosas que siempre me pregunto y me pregunté ¿por qué no pudo ser?...me hubiera gustado poder tener un buen vínculo. Entonces, es

eso de, te juro que hice todo lo que pude...es la pregunta que a mí me queda, inclusive, llegué a hacérsela antes de morir, ¿por qué, por qué tanto odio, tanta rabia, no ama una madre a su hija? cosas muy graves... (Sara, 56 años).

También Marcelo se pregunta en su duelo por el afecto de su padre hacia él y se imagina en algún momento re encontrarlo para preguntarle

...no me queda claro si me quiso, no sé en realidad si me quiso...digo un padre le concede a un hijo...lo entiende, que es parte de él, de su amor...le preguntaría si llegó a quererme, si me extrañaba, era su hijo, si le dolió echarme...sus sentimientos hacia mí... siempre se quiere a los hijos, bueno por los menos ahora, antes no sé...esa es la duda que me queda, lo que me quedó por decirle...preguntarle... (Marcelo, 65 años).

Como vimos en este apartado, es posible observar que en los duelos de los entrevistados para esta tesis, encontramos experiencias afectivas que transitan del amor al odio y de éste de vuelta al amor. Este vaivén más que apelar a un proceso de separación, reclama justamente la no desaparición del otro, se resiste a perderlo y pretende conservarlo, por lo menos, hasta obtener ciertas respuestas o lograr reconstruir una historia. Los afectos amorosos y tristes, familiares y esperables en un duelo, son entrecortados por otros que irrumpen, como el odio y sus manifestaciones, que no se mantienen por mucho tiempo dirigidos a la figura del muerto y se vuelcan hacia afuera, los otros, el mundo o el destino.

7.4. Apreciación y Sentidos de la Experiencia de Duelo. El Duelo “Una Maraña”

En cada entrevista se invitó a los sujetos a definir, contar, resumir, opinar, ejemplificar, el duelo que estaban transitando. En este apartado se recopilan narrativas y las diferentes versiones, que dan los sujetos sobre su experiencia.

La palabra “maraña” que titula este apartado es utilizada por una entrevistada al hablar de lo que es su duelo. Ella dice que el duelo “... es una maraña grande, a veces oscuro, nunca

más va a venir la luz y después un poco abre y entra algo...maraña... todo entreverado, lo que pasó, lo que se vive y la pregunta por el futuro, no claro...” (Sara, 56 años).

La palabra *maraña* posee varias acepciones, describe una geografía con riscos, cubierto de maleza, fragoso, áspero, espeso, con matorrales que hacen impracticable recorrer el terreno (Real Academia Española, 2023 definición 1). También es un conjunto de hebras bastas, enredadas y gruesas que se encuentran en la parte exterior de los capullos de seda (Real Academia Española, 2023 definición 2). De allí, se saca el nombre para hablar del enredo de los hilos o del cabello lleno de nudos (Real Academia Española, 2023 definición 5). Todo esto lleva al tercer significado de la palabra, situación o asunto intrincado o de difícil salida (Real Academia Española, 2023 definición 7).

La dificultad que muestran los significados de esta palabra puede encontrarse en otras ideas, metáforas o formas de considerar el duelo. Para Laura será una situación de estreches, ella dice “...es como un embudo...como que hubo un momento que es apretado, apretado, como que no ves nada, no ves nada y después, pasa...lo primero que me vino a la mente...” (Laura, 23 años). Alicia dice que es como “...un tsunami, un terremoto...como un gran golpe, todo revuelto...después que eso ocurre, no es que ahí se termine el duelo, sino que después tiene que construirse algo más...” (Alicia, 39 años) y Jimena habla del duelo como “...un sacudón...una sensación rara, es como no encontrar acomodo, fuera de lugar, estás como inestable...una reconfiguración, un reacomodo...un reordenar...” (Jimena, 32 años).

Julio entiende la experiencia de pérdida como un camino “...que solo no lo podrías recorrer... difícil, que no sé si solo se puede pasar y personal a la vez...” (Julio, 53 años) y Berta lo asemeja con una ruta “...a recorrer, ir y no quedarse a morirse con la persona...uno no deja de sufrir... sufre pero sigue... son como dos vías paralelas... pueden entroncarse, volver a distanciarse...hay como un desencuentro y una sintonía...” (Berta, 30 años).

Para otros, la experiencia de duelo lleva a reconfigurar aspectos de la vida personal y familiar, a través de acciones como, “...ponerle nombre a las cosas, poder enfrentarse a todo lo que hemos vivido...poder, conocerme a mí misma...” (Marisa, 32 años); “...volver a rearmar a partir de ahí, ver qué cosas quedaron, qué significados se le dan a esas cosas, qué significado le dan otras personas a esas cosas...buscarle la manera de seguir...” (Graciela, 32 años) y “...reordenarse, como adentro y ubicarse en relación a todos los que no están...” (Alicia, 39 años). También varios dicen tener que acomodarse a la pena, hacerle un lugar, y tratar de que no sea “...un obstáculo para lo que tengas que hacer o para lo que tengas que emprender o para lo que tengas que hablar...” (Joaquín, 59 años).

Se reconoce en todos una ruptura, un quiebre en la biografía, la pérdida de algo propio y que forma parte de su historia, tal como lo dice Marcelo,

...mi duelo para mí, yo lo veo como una pérdida de parte de la historia de uno, de parte de los sentimientos, de la esencia de lo que es uno. Uno va incorporando afectos, momentos agradables que ha vivido, esperanzas que ha tenido...es una parte de uno que muere, es mucha tristeza...esas cosas que no se van a poder hacer, lo que no se habló o se dijo, no se puede volver a repetir... (Marcelo, 65 años).

Ricardo agrega que este corte en la vida hace que su duelo sea “...acostumbrarse de vuelta a estar en paz con ese hecho...es como conocer la vida de vuelta, pero sin ese pedazo que ya no está...” (Ricardo, 24 años) y Antonio dice que luego de la pérdida “...es un mundo diferente...hay que aprender a lidiar con eso...y exteriorizas afectos y cosas que antes las tenías guardadas...” (Antonio, 54 años). Roberto dice que su experiencia le significó un “...cambio total, abrupto...antes era un niño, ahora soy un hombre...tuve que crecer, tuve que madurar, tuve que curarme porque la vida lo quiso así, en todo sentido...es como que en el medio tuve que aprender a duelar y a vivir...” (Roberto, 23 años). Conjuntamente con la ruptura, algunos reconocen que la pena por el ausente no se va a diluir, y va a tener cierta continuidad “...va

seguir siendo, sigo con el duelo si es eso... recuerdo permanente, sí, yo lo tengo muy presente, no es que me olvidé y ya está... lloré durante muchos meses y después nada, sigue...” (Leonor, 53 años). Esta idea de continuidad de la vida, incorporando la ausencia del otro, implica para algunos una decisión. Al respecto Karina dice “...lo duelás toda la vida...siempre te falta esa persona...es una decisión...yo decido no quedarme en el dolor. Pero el dolor está. Está roto, hay una herida, que no sé si se cura del todo. Se pasa, se vive, te acostumbras...” (Karina, 49 años).

El duelo tal como se desprende de los relatos de los entrevistados no es una experiencia que se viva de manera lineal. Se desarrolla a lo largo del tiempo, rechazando una secuencia clara o predecible y eludiendo las temporalidades simples y las nociones de progreso y superación. En contrario de esto, implica una dialéctica subjetiva, que puede ser carente de síntesis para algunos y lograr cerrarse para otros.

Capítulo 8. Rituales de Muerte y Duelo

Luego de acaecida la muerte, los deudos llevan a cabo acciones vinculadas al fallecimiento, tomando decisiones, distribuyendo responsabilidades, asumiendo los trámites sanitarios y legales estipulados para estos casos y retomando prácticas culturales, locales y familiares. En este apartado se recopilan algunas de ellas, que pueden entenderse como rituales, por su estructura repetitiva, protocolizada y simbólica, y por ser frecuentes en nuestra sociedad.

Considerados de manera amplia, los rituales tienen el cometido de dar “...una estructura, un orden y un sentido a la existencia humana, a través de ceremonias formales y participativas...” (Torres, 2006, p. 116). Comportan una dimensión simbólica, se ubican en un espacio y tiempo determinado y ponen en escena una serie de actos y códigos específicos considerados propios del acontecimiento que se trate. Por ser fuente de sentido “...posibilitan transitar rupturas, discontinuidades y momentos críticos...” (Segalen, 2005, p.30-31). De manera particular, los rituales fúnebres permiten la expresión de los afectos, pero también, su contención por parte de los acompañantes del deudo (Romanoff y Terenzio, 1998). Algunos estudios afirman que pueden llegar a tener efectos terapéuticos en relación al dolor por la pérdida (Reeves y Boersma, 1990; Imber-Black, 1991; Rando, 1985; Jacobs, 1992), otros que ayudan a aceptar la irreversibilidad de la muerte (Rando, 1988) y otros que habilitan la despedida del difunto, siendo posibilitadores de procesos de transformación, transición y continuidad en la vida de los sujetos (Kastenbaum, 2004). Implican el esfuerzo de relacionarse con la experiencia de muerte e intentar darle un significado (Irion, 1991).

Se entienden en vinculación con el duelo de los sobrevivientes en la medida en que conjugan un entramado de prácticas sociales y vivencias individuales que acompañan acciones de separación y otorgamiento de un destino físico, para los restos del fallecido y, psíquico, que aporta a la tramitación de los afectos provocados por la pérdida (Palacios y Bernal, 2019).

Asimismo responde a un modelo cultural de comportamientos adecuados y permitidos en esa circunstancia, y pone en juego acciones integradoras regulando las actitudes, las palabras y las tensiones que provoca la muerte (Roudaut, 2017).

Como era de esperar, por tratarse de rituales, advertimos en las narrativas que forman parte de este estudio, ciertos procedimientos que se reiteran. A pesar de esto, es posible encontrar significados singulares y/o familiares sobre esas prácticas presentes en los relatos de los sujetos en duelo. Este apartado se enfocará en mostrar algunas vivencias particulares al respecto de las prácticas fúnebres y las significaciones que los sujetos les otorgan en relación a sus duelos.

8.1. Discusiones, Decisiones luego de la Muerte

Al respecto del tratamiento del cuerpo y la preparación de los rituales fúnebres se desprende de las narrativas un primer tiempo que sigue a la muerte donde se producen discusiones, se toman decisiones y se comienzan los preparativos para el ritual. La primera diferencia que se establece es sobre la realización o no del velatorio³³. Los que discuten y deciden si hacer o no velatorio son familiares cercanos o los que tienen un rol determinado en la familia. Son también aquellos que pueden enfrentar la situación, en medio del dolor que produce en todos la muerte del ser querido, o quienes detentan un lugar especial con respecto al difunto. Entre esas discusiones y decisiones se van distribuyendo los esfuerzos para la organización del ritual para el velatorio y el entierro o cremación. Es así cómo, frente a la muerte de su padre, Luciana cuenta que toma el rol de comunicar, su hermano el de cuidar la imagen del cuerpo del fallecido y, su madre y sus hermanas, de decidir sobre la duración del velatorio. Ella dice

³³ Esto es, una reunión (en sala contratada para ese fin) de deudos, amigos y allegados, en presencia del fallecido, en las horas que siguen a la muerte y antes del entierro del cuerpo.

...fui yo la que me encargué de llamar, de averiguar, del velorio y el entierro y todo lo demás...me acuerdo que vino un amigo para ayudar a mi hermano a cambiarlo, a ponerle la ropa a mi padre... después vinieron los de la funeraria, mi hermana lloraba como loca, mi madre lloraba como loca y yo estaba ahí tipo, se lo llevan... me encargué de llamar a todo el mundo, aparte, mi madre estaba que no razonaba, o sea, no razonaba literal, perdió la memoria por ese rato. Y ellas decidieron velarlo toda la noche, que fue como...fue velarlo de más, hasta la mañana siguiente. Yo, hubiese preferido que no lo velaran, o sea, que hubiese, no sé, abierto el servicio mañana... (Luciana, 29 años).

Carolina también cuenta de estos preparativos y de tener que tomar decisiones entre varios. A pesar de ser la única hija, debió contemplar y negociar con el resto de la familia y aceptar algunas cosas para evitar problemas

...el velatorio...algunos querían un velatorio largo y otros corto, nos hicimos cargo de los trámites y decidimos que fuera un par de horas...no había mucho de qué hablar sí, se hizo velatorio, pero fueron un par de horas, nada más, de mañana, y después el entierro...no sé...a la familia de mi padre le hubiera gustado otra cosa, pero no se pudo, no pudimos, decidimos los que fuimos a la funeraria...y mi papá, bueno, además de que fueron tres, cuatro horas, creo que fue, yo no me moví del cajón, yo me quedé ahí con él, quería estar y no quería que me reclamaran nada...uno no está bien en ese momento...después, la familia de mi padre acostumbra a hacer algo, de llevar un cura, yo soy atea, y mi papá era ateo también. Y yo decía, ¿qué hacen, qué hacen con traer un cura, cuando mi padre no creía en nada de eso? ...fue por gusto, ellos quisieron hacer eso, bueno yo no hubiera querido pero no quise hacer lio... (Carolina, 29 años).

Otros entrevistados como Beatriz, muestran las tensiones de ese momento, en relación a ajustar los detalles del velatorio y con respecto a la exposición del cuerpo y el cuidado de la escena y los participantes

...¿cajón abierto o cerrado? La esposa quería cajón abierto, nosotros pegamos tipo grito...dijimos cerrado...la verdad que no era una imagen de ver ni queríamos que los demás vieran lo que a nosotros también nos había impresionado. Entonces, dijimos, cerrado... es bastante desagradable pero lo tenés que hacer, toda esa cosa de si querés flores, si no querés flores, que el aviso, es espantoso... (Beatriz, 56 años).

También Alicia cuenta de las decisiones y negociaciones familiares respecto al cuidado del cuerpo de su abuela fallecida, no dejarlo solo durante la noche se vivió como una necesidad, como un signo de cuidado, que ella recuerda de esta manera

Fueron momentos dolorosos...nos mantuvimos al margen, acompañando las decisiones...iba a ser corto al principio, pero al final, decidimos hacerlo toda la noche, porque si no, el cuerpo tenía que permanecer en la sala hasta el otro día... solo y eso como que no se toleró...ahí se generó este acuerdo de hacerlo toda la noche, cosa que no queríamos, pero que necesitábamos sino la hubiéramos dejado sola, aunque ya ella no estaba, a su cuerpo...no eso no era posible...(Alicia, 39 años).

Por otro lado, algunos de los entrevistados, si bien no llegaron a oponerse, manifiestan su desacuerdo con el ritual de velar al muerto de diferentes maneras, planteando sobre todo lo artificial de la situación, comparable con una reunión social donde la gente no se conoce, no conoce al muerto ni a sus familiares. En esta línea, Roberto recuerda los trámites fúnebres y cuenta que los realizó por “compromiso” con sus padres, comenta “...si hubiera sido por mí, no hubiera hecho funeral ni por mi padre ni por mi madre, pero, ellos estaban interesados...mi viejo quería, suena horrible...que metieran el cajón en un...nicho...” (Roberto, 24 años).

Del mismo modo, Juan cuenta su disconformidad con haber realizado el velatorio por la muerte de su madre, señalando su malestar, dice que “...fue un desastre, horrible fue...con mi madre muerta ahí y gente que no había visto en la puta vida, que se está riendo de cosas, porque claro, van por compromiso...” (Juan, 36 años). También Patricia se muestra molesta y cuenta

que ella directamente no participó del velorio de su padre, decidió no concurrir y manifiesta las razones por las cuales no acompañó a sus hermanos y lo que les dijo en aquel momento,

...porque no voy a ser parte de esto...esto es un circo para mí, día libre, un montón de gente que te vea, que está todo el mundo, fue un montón de gente al velorio... que ni nos conocen...no lo conocían tanto, todo un circo para mí, y yo sé que si hubiese estado, hubiese hecho parte de eso, obviamente que hubiese llorado y estado muy mal, pero por el hecho que mis hermanos estaban mal...verlos a ellos mal... (Patricia, 28 años).

Además de lo mencionado, donde el malestar es evidente, en los velatorios realizados por algunos entrevistados, se presentan otras situaciones de similar tenor. Dado que los funerales son una ocasión en la que se combinan los afectos por la pérdida con lo doloroso de la escena de la muerte, pueden suceder "acontecimientos adversos" (Gamino et al., 2000). En relación a esto, el relato de Jimena muestra una escena conflictiva en el velorio de su padre

...nosotros tenemos la costumbre, cada vez que muere un familiar nuestro querido, mandamos a hacer...cruces con claveles en nombre siempre de nietos o lo que fuere. No, acá dijeron esto no va... y... lo sacaron...ahí hubo un atisbo de que dijimos uy, se arma acá. Pero como mi madre, estaba tan mal, no hubo problema, porque nosotros acatamos... a veces en los velorios, cuando hay familias ensambladas o que no se ensamblaron nunca, se arma. No se llegó a armar mucho lio pero ahí...fue una discusión con mucha clase, pero a grito pelado... en el medio del velorio... (Jimena, 32 años).

Conflictos similares, protagonizados por los sobrevivientes, discrepancias con los deseos expresados por el difunto, dificultades en los trámites, etc. son cuestiones no olvidadas y retomadas en los relatos de duelo, tal como lo señala Jimena cuando dice,

...bueno, yo pago esto, vos pagaste lo otro...no sé cómo decirte, esas mezquindades, esas chiquiteces. Que yo también puedo entrar, ¿eh?, ah, no, si pagué esto, no sé. Te quiero decir, termina aflorando, gracias a dios, no hubo problema, no llegó sangre al río, pero

te quiero decir...ay sí, el duelo... aflora mucha cosilla, que hay que saberla pilotear...y eso queda, si pasa en ese momento, para siempre... (Jimena, 32 años).

8.2. El Encuentro Social y la Medida de la Estima

Con respecto al duelo y su vinculación con los rituales fúnebres, en los relatos de algunos entrevistados se resaltan como valores, que ayudan a sobrellevar el momento de pérdida, el encuentro con otros y la constatación de que el muerto era en vida muy estimado. Esto último se gradúa en relación a la concurrencia de gente al velorio y posterior entierro. Según Achterberg (1994), un aspecto importante del ritual es reducir la sensación de alienación y soledad que puede sentir la persona en duelo. Los otros que concurren al ritual fúnebre pueden ofrecer apoyo a través del reconocimiento, aceptación y valoración del difunto (Reeves y Boersma, 1990), así como proporcionar un necesario sentido de comunidad (Berg-Cross et al., 1992) que hace que la persona en duelo pueda experimentar la cercanía y la contención de los familiares, amigos y conocidos del difunto o de los deudos. Al respecto Beatriz cuenta lo siguiente

...después...me acuerdo el velatorio, al mes me acuerdo de la gente que fue al velorio, ahí sí creo que creo que me cayó el balde de agua fría como al mes, cuando entré a sentir mismo la ausencia. Y en ese momento, me acuerdo de esto, digo, para mí fue muy importante la compañía, la gente que fue...sentirme acompañada y que él fuera tan querido... (Beatriz, 56 años).

También Roberto valora la concurrencia al velatorio de su madre y lo diferencia del de su padre diciendo, "...al funeral de mi madre asistió muchísima gente, o sea, yo no te puedo explicar, había más de 100 personas en ese funeral, mi madre era una persona en extremo querida y sociable...mi padre no tanto..." (Roberto, 23 años). De esta forma, el acompañamiento social en el velatorio parece dar cuenta de la persona muerta, de cuan apreciada era. La idea de

que el muerto haya pasado por la vida siendo querido reconforta a los deudos y les hace saber que quien se fue era importante para muchos. Tal como cuenta Graciela como recuerdo que le queda de ese momento,

... nunca había visto tanta gente junta, era muchísima gente... mucha gente que yo no conocía...recuerdo eso, muchísima gente, muchísimo amor ese día, pah era muy querido y no lo sabía hasta ese día, me quedo con esa imagen de cuánto lo querían y lo importante que había sido para otros... a pesar del momento triste... (Graciela, 32 años).

Vinculado a esto, los entrevistados que perdieron a sus seres queridos en la pandemia reciente, cuentan con pesar lo que les significó la ausencia de personas en el velorio. Al respecto, Joaquín dice del velorio de su madre

...lo que no estuvo fueron los afectos...yo tengo una cantidad de amigos, montones...tengo un montón de amigos y de amigas. Todo por mensaje de texto... yo no sé si contención, pero como que faltó el poder hablar con uno, con otro, con gente que la conoció, con gente que, no sé, con la gente del barrio...faltó eso...como que no es suficiente lo familiar muchas veces...no es que tenga que ser un acto social, no digo eso, pero creo que uno se va soltando más cuando lo habla con mucha más gente. Me parece a mí...un par de muy amigos míos y mis cuñados, quedaron afuera, no entraban... en la calle. Y después que terminó, cada uno para su casa... (Joaquín, 59 años).

Del mismo modo, Antonio cuenta su experiencia de ese tiempo reflexionando sobre las restricciones sanitarias y la imposibilidad de realizar el velorio

...me dicen, más de ustedes dos no pueden estar acá. ¿Eh? Discúlpame, pero mi padre tiene muchísimos amigos. Sí, pero no pueden entrar... ¿y qué hacemos? Y se hizo el velorio ese cortito que se hace, no pudo ir nadie, al cementerio fueron las personas que pudieron ir, que se pudieron acercar... eso es una cosa que la notas... te puedo asegurar, te duele...la persona que está ahí, es tu padre...antes llegabas al velorio e iba la caravana

y veías, 20 autos, ¿viste? Pah, qué querido que era, o yo qué sé, no sé...y en ese momento yo pensaba ¿cuántos autos somos? Me recordó eso, y éramos creo que seis autos, y en otro momento, yo creo que hubieran sido más... (Antonio, 54 años).

8.3. El Entierro y las Cenizas

Una dimensión significativa señalada en las narrativas refiere a la disposición final de los restos del fallecido. Este acto es crucial y requiere cuidado por parte de los deudos en la medida que marca la transición de una persona muerta que deviene un cadáver enterrado o cremado (Roudaut, 2012). Relatado con gran afectividad y detalles, es otro de los momentos de despedida, en lo que respecta al ritual fúnebre.

En las entrevistas se expresan dos formas de disponer de los restos del fallecido, el entierro en un cementerio, en una tumba o en un panteón, y la cremación, acompañada de la acción de esparcir, enterrar o depositar, las cenizas en un lugar determinado. Este momento, independientemente de la modalidad elegida, ocupa un lugar articulador en los relatos de duelo en la medida que expresa el cierre de una etapa, la separación definitiva de los restos y el comienzo de otra, la vida con la ausencia del ser querido.

Los relatos de los entierros condensan la angustia con la necesidad de situar un espacio físico, simbolizado por cada sujeto o familia, al cual poder volver. Para algunos, en los primeros tiempos del duelo, es necesario tener un sitio para el encuentro con el fallecido. Vanesa habla de esto y de qué sepultura decidió darle a su hijo

...me preguntaron qué prefería y yo dije, quiero en la tierra porque está en contacto con la tierra, no quiero que esté metido en un cajón y que lo coman los... todas esas cosas te pasa por la cabeza...a la semana...me acuerdo que llovió y yo tenía la sensación de que esa agua lo estaba mojando y que él tenía frío, todas esas cosas me acuerdo... A mí se me ocurrió la tierra para que estuviera en contacto con la naturaleza... y después iba al

cementerio todas las semanas, cosa que hoy, ya no lo hago, porque llegó un momento que era tan, tan horrible... y me di cuenta que, digo ¿para qué?, me estoy castigando cosas...él no está ahí... (Vanesa, 62 años).

Román también cuenta acerca de la importancia del lugar donde se dejaron los restos de su hijo. Junto a otros seres queridos muertos, en un sitio al cual pertenece por su origen, allí donde parecen que se van a reunir finalmente todos, posibilitando de esta forma la integración simbólica (Aullé, 1998) al mundo de los difuntos, en la tumba familiar, dice

...primero, cerré el capítulo de enterrarlo...de enterrarlo con mi madre, con mi padre y con mi hermano, que *estamos* en un mismo nicho...esperé el velatorio, lo velaron con el cajón cerrado...después de eso... le dije a la madre... yo lo quería poner en el panteón asturiano, porque yo soy y mi familia es de Asturias...entonces, ta, lo velamos cuatro horas, yo fui al cementerio, me dijeron que lo ponían en el panteón... entonces, lo puse, yo era eso...yo siempre...nunca pensé que mi hijo...pero preferí allí que quedara... (Román, 50 años).

Otros participantes del estudio refieren al lugar de enterramiento de sus seres queridos el destino de los restos físicos, del cuerpo, como un sitio que no es necesario visitar. Sostienen la férrea convicción de que su ser querido no se localiza allí. Sin embargo, a pesar de esta afirmación es posible observar una serie de cuidados respecto a esos restos, depositados en el cementerio, que siguen sosteniendo de alguna forma los afectos y el vínculo con los muertos.

En el fragmento que sigue se muestran estas dos corrientes paralelas con respecto al cementerio y al lugar de enterramiento. Por un lado los entrevistados dicen que allí esta solamente el cuerpo y no es necesario concurrir dado que el ser querido no son sus restos y por el otro, se dirige un gesto, que denota un enlace afectivo hacia ese mismo lugar,

...y no fui nunca al cementerio después, creo en otra cosa, no creo en eso de los ritos fúnebres y lo hicimos porque había que hacerlo. No fui más al cementerio, no quiero ni

ir, paso por la puerta, miro para adentro, así, como que les tiro un beso...pero yo creo que lo que está ahí es el cuerpo y nada más y creo que ya no están...pero igual me nace, tengo como la necesidad de tirarles un beso, es algo mío que está ahí... (Karina, 49 años).

Del mismo modo, Julio entiende que su madre no está en el cementerio, pero igualmente reconoce su necesidad de concurrir allí con su familia, por lo menos dos o tres veces por año ir y quedarse un rato. Visitar la tumba de la difunta cumple la función de simbolizar la unión y continuidad de su familia. Sobre esto dice,

...como que ahí vamos nosotros...vamos al cementerio con mi familia, le dejamos unas flores...o sea, mi madre no es que está ahí, o sea, mi madre está en todos nosotros, pero como que es algo simbólico de ir allá a verla...entre comillas... mismo también para unir a la familia, estar juntos...(Julio, 53 años).

Otro elemento aportado por los entrevistados refiere a las sensaciones y afectos que provoca concurrir al cementerio. En este sentido encontramos en las narrativas experiencias, cercanas al fallecimiento del ser querido, donde ir a estar un rato, llevar flores, limpiar la tumba, hace que los deudos se sientan bien, tal como lo cuenta Leonor, “...después de la muerte, tuvimos un período de ir al cementerio...a mis padres eso les ayudaba... a mí también, me encontré con que ir al cementerio me hacía bien...como que le dedicaba tiempo...llevábamos flores, limpiábamos...estábamos juntos allí...” (Leonor, 53 años).

Para otros entrevistados como Luciana, la concurrencia al lugar del entierro genera todo lo contrario, ella explica la razón de esto diciendo “...respeté llevarlos al cementerio porque...mi madre me lo pidió, estar con mi padre...fue lo que ella quiso, pero en realidad los cementerios me dan tristeza, tristeza... lo veo un lugar de olvido...” (Luciana, 29 años).

En lugar de dar como destino el cementerio, otros entrevistados eligen la cremación para los restos de sus seres queridos. Aullé (1998) considera que la práctica de reducción a cenizas, “...es un procedimiento radical que facilita la desaparición y el olvido de lo que pudiera quedar

del cuerpo...” (p. 70). Además, la antropóloga española agrega, que este procedimiento elimina la posibilidad de visitar por ejemplo una tumba e impide la “...ubicación topográfica del recuerdo...” (p.71). Sin embargo, a pesar de esta afirmación, Aullé reconoce que algunas personas tienen la necesidad de guardar las cenizas de sus seres queridos y aún más considera que “...el afán conservador a veces traspasa los límites de la realidad de la desaparición física y hay deudos que convierten en cenotafios domésticos las urnas vacías de las cenizas o llevan flores al lugar donde se esparcieron...” (Aullé, 1998 p. 71). Esta contradicción entre la expectativa de la desaparición definitiva del cuerpo y la restauración de los restos mediante acciones centradas en las cenizas (señalización y significado donde estas se esparcen, resguardo de la urna donde fueron depositadas) es observada también por Urbain (1998). El etnólogo francés encuentra en la cremación, por un lado el interés político del siglo XX de exclusión, deslocalización, desritualización y desocialización de la muerte, y por el otro, una corriente paralela de persistencia de prácticas rituales y ubicación simbólica de los restos. La necesidad de darle un tratamiento especial a las cenizas es un procedimiento ya presente en la antigüedad (siglo XV al XVIII). Sladogna (2006) encuentra procedimientos rituales respecto a las cenizas que eran depositadas en urnas y guardadas en la casa familiar por un período de tiempo. Luego por lo general se llevaban a la iglesia o santuario del lugar o se ubicaba el contenido en una tumba. Alternativamente se esparcía en un río o mar. La temporalidad y cercanía que requería el cuidado de las cenizas, así como su traslado y paulatino alejamiento “...implicaban una transformación subjetiva para el doliente...quien participaba de la operación de desprenderse de ellas y ese corte provocaba efectos subjetivos y subjetivantes...” (Sladogna, 2006, p. 9).

En las narrativas logradas en este estudio es posible encontrar algunas prácticas similares a las señaladas. Al respecto, en lo que dice Julio acerca de la experiencia por la muerte de su madre, es posible observar esta situación

...nosotros lo que hicimos fue un velatorio normal, y después sí, lo que decidimos hacer fue cremarla y las cenizas de ella las llevamos al pueblo donde ella nació...en el cementerio hay un panteón...y las cenizas las llevamos ahí y están en la tumba de la familia... se hizo lo que se tenía que hacer... le pusimos cosas referentes a ella, nuestros nombres, todo lo que significaba ella para nosotros... y allí es donde vamos dos o tres veces al año a recordarla juntos en familia, la familia que ella quiso... (Julio, 53 años).

La cuestión de qué hacer con las cenizas no es un tema menor para los entrevistados que optan por esta práctica. Algunos de ellos muestran el desvelo por situarlas en un espacio determinado, por lo general imbuido de significaciones, ya sea porque es un pedido en vida del fallecido o, cuando el destino final no ha sido previamente elegido, por la necesidad de situar los restos en un sitio catalogado como de encuentro, recuerdos, liberación o de valor personal para sí mismos o para la persona fallecida.

Con respecto a la voluntad expresada en vida por parte del fallecido en relación a la cremación y el destino de sus restos, Adrián cuenta que llevó a cabo la voluntad de su padre, a pesar de diferencias familiares de índole religiosa

...mi padre tenía ya firmado la cremación, eso ya estaba pactado...pero hubo un problema...porque mi familia por parte de padre es de una religión que está en contra de la cremación y... este tío mío, si bien a mí no me hizo comentarios, otra prima mía, se estaba quejando permanentemente por el tema de la cremación...yo le dije mirá, esto es lo que él quiere, se va a cumplir, no hay nada que vos puedas hacer para cambiarlo, era lo que él tenía firmado...luego se hizo una concentración en la funeraria a la hora de trasladar el cuerpo al crematorio y después se esparcieron las cenizas, en el lugar que él decía que quería que las esparzan, en el estadio del club que amaba...(Adrián, 26 años).

Para Adrián que su padre haya elegido ese lugar es importante, por estar colmado de recuerdos y afectos, tal como él lo expresa, era "...lo que teníamos en común, que yo tenía en

común con él, de ir al estadio a todos los partidos... yo te diría que la actividad que más compartía con él...”. De igual forma Roberto expresa cumplir con el deseo de su madre cuando dice, “...mi madre quería que tiráramos las cenizas en la casa de afuera, y cumplimos con su voluntad...” (Roberto, 23 años). Otros participantes, ante la falta de voluntad expresa, decidieron ellos el destino de las cenizas, interpretando lo que el fallecido hubiese querido o llevando los restos a un lugar donde fueron felices en vida. Este es el caso de Sara, cuya fallecida madre estableció en vida por escrito que no quería ser velada y decidió la cremación para luego de su muerte, sin dejar explicitado el destino de sus cenizas. Eso tuvo que decidirlo Sara pensando y recordando lo que a su madre le hubiera gustado

...con las cenizas, las volcamos Punta Negra...ella decía que quería ir a nadar con los peces cuando se muriera. Entonces...junté varios de los dibujos, también, para no tener que quedarme con ellos, varios de los dibujos que le habían hecho mis hijos y puse la ceniza...entonces, tiré al mar eso... (Sara, 56 años).

Del mismo modo, las mujeres más viejas de la familia de Alicia tuvieron que resolver donde esparcir las cenizas de su abuela, ella cuenta que su madre y tías

...resolvieron en ese momento...porque no lo tenían pensado de antes, esparcirlas en la zona de la iglesia del Sagrado Corazón, mi familia materna es de ahí, de ese barrio y ella siempre fue como, estuvo muy vinculada al santuario de esa iglesia. Y bueno, y ellas pensaron en ese lugar... y fueron para ahí, así que ahí quedó... (Alicia, 39 años).

Sin tener la posibilidad de decidir, los entrevistados que perdieron a sus seres queridos durante la pandemia de Covid-19, debieron aceptar la cremación como parte de las medidas sanitarias, no pudiendo expresarse al respecto. Este es el caso de Augusto que cuenta en relación a la muerte de su padre,

...con el tema de la pandemia...se hizo la cremación, que quien se hizo cargo de hacer todos los trámites del acta de defunción, para que pudiera retirarlo la empresa fúnebre

y todo eso, me hice cargo yo, mientras mis hermanos estaban con mi madre...y después nos llevó un tiempo también de discusiones, entre otros problemas, qué hacer con las cenizas de mi viejo. Y al final fuimos a los dos meses, más o menos, dos, tres meses, decidimos enterrarlo acá en casa, al lado del Ombú que él tenía, que era una de los árboles que más le gustaban a él... (Augusto, 51 años).

También a causa de la pandemia, Berta cuenta en relación a la muerte de su madre que “...no la dejaron velar...porque tenía covid, hicieron fue un cortejo fúnebre y la dejaron en la sala crematoria...la cremación era dos días después...no sentí que me despedía de mamá ahí...hice otros rituales que eran como de conexión con mi mamá...” (Berta, 30 años). Luego de varios intercambios familiares, esparcen las cenizas de su madre. De ese momento relata que

...y que sí, que la vamos a llevar al mar, que no, que sí, que no, y yo pensé...era dejar sus cenizas porque lo había hablado hace unos meses atrás, si el día de mañana pasa algo y no estoy, a mí déjame donde me lleve el mar, porque el mar es mi fascinación, y ella adoraba el mar y era su lugar de desenchufe... le dije a mi hermana es ahí donde tenemos que llevarla, donde hay que dejarla. Y dejarla ahí libre... (Berta, 30 años).

El destino de los restos, sea el cuerpo o las cenizas, posee una importancia tal, como para generar discusiones y desavenencias a la interna de la familia. Es un asunto que genera tensiones y negociaciones. Cuando se acuerda la morada final, parece restablecerse cierto orden. En lo que comprende a la cremación, los restos se ubicarán en sitios donde la naturaleza es central en la escena, simbolizando el retorno, el reintegro al ciclo de la vida, en clara persistencia existencial que deviene trasformada. Esta perspectiva de reunión y enlace con el bios es situada por Manuel que, en relación a la muerte de su hermano, dice “...hacía como tres semanas que no llovía y justo ese día llovió torrencialmente...inundó casi todas las calles del Marconi...fue un agradecimiento...que llegó al cielo y lo recibieron de esa forma allá. Se liberó todo, fue una gran despedida...” (Manuel, 24 años).

8.4. Rituales de Conexión

Los rituales de continuidad o conexión son descritos por varios investigadores (Van Gennep, 1908/2013; Rando, 1993; Klass et al., 1996) como prácticas que acompañan los duelos luego de finalizadas las exequias. Los mismos pueden sostenerse en costumbres religiosas y/o laicas y forman parte de la vida cotidiana de los sujetos, durante sus duelos y, según la literatura, aún luego de que éste finalice. Si bien se realizan de forma pública, es más probable que estén vinculados a la esfera íntima o a un reducido grupo familiar en la medida en que pueden llegar a contravenir las concepciones normativas sobre el duelo o lo prescripto y no considerarse como una resolución adecuada del mismo. Este tipo de rituales, considerados recursos importantes para tramitar aspectos psíquicos y sociales del duelo, se encuentran en la narrativa de los entrevistados para este estudio y de esto se da cuenta a continuación.

Karina reconoce que cada tanto recurre a prácticas, que en su narrativa, se ubican en lugar de o sustituyendo los rituales acostumbrados, dice

...los ritos fúnebres posteriores a la muerte no los cumplo, yo lo que hago es en casa tengo dos jarrones, que son los que más me gustan...en las fechas que a mí me parecen importantes o cuando me acuerdo, o cuando no puedo con el dolor, les compro unas flores bien lindas, se las pongo ahí y ellas saben que son de ellas... (Karina, 49 años).

Algunos objetos, cargados simbólicamente son vinculantes con los difuntos y en ellos se asientan la práctica de reencuentro entre vivos y muertos. Son cosas valoradas, que representan y testimonian el apego con el muerto, que lejos está, de haber desaparecido de la vida de los sobrevivientes. Luciana muestra, a través de los objetos de su padre muerto, la permanencia de cierta conexión y presencia, dice “...él está en mi casa... nos quedamos...con los lentes, una bufanda, mi hermana se la quería quedar porque decía que tenía olor a papá...y a mi hermana le da un cucú, el recuerdo vale...que hay cosas donde está él...” (Luciana, 29 años).

Los objetos también dan cuenta de los atributos del difunto, lo recuerdan o lo retienen y del vínculo que se tenía con él. El uso cotidiano o la exposición del mismo, implica la continuidad, en la medida en que se transmite del muerto al sobreviviente. En última instancia, no es el objeto en sí lo que importa, sino el lazo afectivo que materializa y hace perdurar. Estos objetos, son resguardados y tienen valor y presencia en la vida cotidiana. Con algunos se establece una conexión íntima, diaria, o que representa un deseo, tal como lo dice Laura,

...la alianza de papá la tengo puesta...nunca me la saqué. La de mamá, la tengo guardada, está allá y la tengo que encontrar... mi madre, en esa rivalidad, tenía una gran competencia conmigo, me veía como una gran competencia... de papá además, tengo un buzo de lana también, que me lo quedé, que lo uso para estudiar en invierno y estudiando... (Laura, 23 años).

Con respecto a los objetos que detentan tanto valor amoroso como los mencionados, Fedida (2003) establecerá que adquieren el estatuto de reliquias, preservadas durante los duelos y, en algunos casos, luego de estos. La palabra reliquia nombra "...el residuo que queda de un todo...y es el vestigio de cosas pasadas..." (Real academia española, 2019 definición 2 y 4). Para Fedida (2003) la reliquia es lo que se conserva de la persona muerta, para garantizar que el/ella no volverá. El psicoanalista francés sitúa, en la materialidad del objeto, algo de la cualidad del cuerpo ausente, lo que hace que sea particular y ocupe el lugar de resto. La reliquia muestra que no todo se perdió con la muerte y al mismo tiempo le asigna un lugar al muerto. Es el signo de que algo persiste aunque la realidad muestre lo contrario. Cumplen la función de dar continuidad a la relación con el fallecido (Gaines, 1997), a la vez que reflejan las vicisitudes del duelo. Las consecuencias de esta perspectiva subvierten la lógica de la tradición teórica que imprime como condición de posibilidad del duelo, la separación y la desligazón de los lazos con el difunto, asumiendo por el contrario, la necesidad de continuidad y conexión en la situación de pérdida.

8.5. Los Otros que Acompañan el Duelo

La psicoanalista Alba Fernández (2012) escribe en su tesis de maestría, que la amistad es una de las “...relaciones amorosas más significativas y cercanas (que) permiten que los humanos transiten la pena de mejor manera y por tanto pueda confiarse en el otro significativo, así como, en los que los rodean...” (p.15). De esta forma, señala una función necesaria, la de la amistad ante el dolor psíquico, más aun en tiempos del duelo, que es posible observar en algunas narrativas de esta tesis. Al respecto Roberto dice

..no hay palabras, no hay palabras...tuve la inmensa fortuna de tener gente que hacía que todo fuera más fácil, que hacía que todo fuera menos difícil, capaz que menos difícil....digo qué viaje! tener las pelotas y los ovarios para bancar a un amigo que se le murieron los dos padres, para refugiarse, porque yo en ese momento me sentía muy frágil, y yo sentía que mis amigos me decían...venite, que te llevamos...y no de que te llevamos y te obligamos a hacer cosas, no, no, hoy querés llorar, vamo' arriba, hoy querés salir, vamo' arriba, hoy querés laburar, vamo' arriba. Era siempre como muy libre todo. Y si me tenían que decir algo, me lo decían...son amigos de toda la vida, son amigos del liceo, de la escuela...de la vida... (Roberto, 23 años).

Jimena, también valora la presencia de los otros en su duelo, dice haberse sentido muy acompañada, y agrega, “...te das cuenta que la gente te quiere o yo sentí eso, más allá de que sean frases armadas, lo siento mucho, pero podría haber dicho, le hablo después, ya la encontraré. Yo me sentí protegida, querida, eso ayudó...” (Jimena, 42 años). Asimismo, Adrián aprecia el apoyo de sus amigos que siempre están dispuestos para “...cualquier cosa que se precise o para hablar del tema... en juntadas que hemos hecho después, he hablado del tema, necesitaba y hablaba y hablo del tema y ellos escuchan...” (Adrián, 26 años).

Pensando en el momento que atraviesa, Julio, reconoce que en el velatorio y en su duelo necesitó de todos sus amigos y como, contando a los que faltaron, dice de alguna forma, justificándolos,

... otros amigos me mandaron mensajes, al igual que los familiares, digamos, tíos, primos, eso, todos... así como hubo gente que estuvo re presente, también hubo gente que esperaba que estuviera presente, y no lo estuvo... por ejemplo, la mejor amiga de mi madre nunca nos escribió ni a mí ni a mi padre, que es el que supuestamente también eran amigos con mi padre, nunca le escribió un mensaje para decirle lo lamento mucho, nada, ni una palabra...la gente que lo hace, no es por mala, sino porque no puede o porque capaz que piensa que te puede llegar a hacer sentir más mal el hecho de darle un pésame a una persona....porque capaz que la haces tener presente eso que pasó...igual esperé y nada... sigo esperando... (Julio, 53 años).

Esos amigos que están o que faltan y se extrañan, en esos momentos, para algunos representan el mundo, tal como cuenta Marisa,

...todo el mundo estaba...todo el mundo estuvo con nosotros, todos y nos rodearon y nos contuvieron y nos apoyaron, incluso, llegaron a hacer, a tomar la responsabilidad de hacer cosas como, yo qué sé, todos los trámites, cuestiones en el momento...y estaban como haciéndose cargo de esas cosas... (Marisa, 32 años).

Para Alicia, los otros, si bien reconfortan, pueden llegar a resultar por momentos muy demandantes, en la medida que la colocan en posición de tener que responder, contar de sí misma, aunque este mal, la sitúan en su duelo, a la vez que la reclaman, ella dice,

...llega a ser lindo sí que te quieran y se preocupen...pero ¡qué agobiante! tenes que contestar, podes no contestar, ¿no? yo en general, contesto, si me escriben, o me llaman o van a mi casa con alguna cosa, además, alguien que está tratando de preguntar o acompañarme ¿cómo voy a estar? esto de llamarme más, de estar más presentes...de

vernos más, de hablar del tema cuando nos vemos. Por ese lado de cuidado y de acompañamiento, si acepto, pero no deja de ser cansador, aunque me hace bien, es un alto, acá estamos, no te quedes, volvé, después paso, bien... (Alicia, 39 años).

Algo similar le pasa a Vanesa (62 años), que si bien rescata el sostén de sus compañeros de trabajo, valorándolo como algo inesperado y “maravilloso”, esos cuidados hacen que tenga presente su pérdida y por momentos, llegan como ella dice “a desmoronarla”, cuando la abrazan o le preguntan acompañando la tristeza por la muerte de su hijo, la ubican en ese lugar y hacen que pueda darse cuenta que necesita ayuda.

Yago, también menciona su estar con otros, como una forma de revertir la sensación de soledad que le dejó la pérdida. Con sus amigos, logra reírse y salir de la escena de dolor (Fernández, 2012) por un rato, representan su escape, su auxilio y de eso dice

...tengo unas amistades que aparecieron... nunca se toca el tema, no se habla, simplemente nos juntamos, nos reímos, están conmigo. Yo creo que también es parte como muy del hombre, por así decirlo, de ocultar las cosas o tener vergüenza, incluso, de preguntar...un tipo de vergüenza de no hablar...si hablas...es como que se ve un hombre triste, reservado, es como que no cuadra en la sociedad que vivimos...podría haberlo hablado y me hubieran escuchado pero necesitaba solo estar con otros...no estar mal todo el tiempo (Yago, 19 años).

Como se observa, la presencia de los otros en el duelo, acompaña el tránsito por la experiencia, algunas veces como testigos, otras haciendo más tolerable el dolor, otras ayudando a entender que fue lo que pasó, pudiendo escuchar. De esto habla Ernesto sobre sus amigos,

...ellos trataron de apoyarme en todo momento, más que nada, tratar de distraerme, haciendo otras cosas, saliendo, o iban a visitarme, que tengo un grupo de amigos muy cercano también, que me va a visitar y demás. Pero como te digo, yo tuve una semana o dos, que no quería saber de nada, nada. Y después, como poco a poco quise empezar

a hablarlo, a hablarlo, y ta. Pero de parte de mis amigos, sí, trataron de sacarme de ese vacío que sentía. Que siento, en realidad, pero ahora mucho menos, lo estoy asimilando como tal, la muerte, un paso más en nuestras vidas... (Ernesto, 22 años).

Con estos fragmentos se quiso mostrar la demanda hacia el amigo, el cercano, el prójimo, como una estrategia o camino para hacer algo con la pérdida, hablarla, contarla, quejarse, recordarla o directamente, sentirse situado en su duelo.

Los que se sienten amigos, o los convocados por la pena, al decir de Alba Fernández, están en los "...momentos más difíciles...donde las despedidas son durísimas...aparecen (en) pequeños gestos...donde el dolor se clava como una estaca, donde una mirada, un abrazo apretado, "un espantar las moscas"...hace más fácil cualquier trance difícil..." (2012) y por eso, son reconocidos.

Capítulo 9. Consultas por Duelo. Malestar por la Pérdida

Además de lo expresado en apartado anterior en relación a los rituales que se ponen en juego tras la muerte, en las narrativas de los entrevistados se presentan otras prácticas vinculadas a diferentes formas de sobrellevar la pena producida por la pérdida. Parte de este estudio se ocupó en explorar estas acciones, puestas en juego por los sujetos frente a los diferentes malestares que formaban parte de la experiencia de duelo. Al narrar su experiencia, los entrevistados dicen haberse enfermado, sentir dolores en el cuerpo, no poder dormir, estar desganados, no querer alimentarse, etc. Nombran de esta manera diferentes dolencias, algunas nuevas y otras pre-existentes, que se agudizaron o se vuelven crónicas en el tiempo posterior a la muerte del ser querido. Frente al malestar o desajuste en sus vidas que éstas producen recurren a la urgencia de los servicios de salud, o a policlínicas donde consultan a médicos de medicina general, internistas, psiquiatras, médicos de cabecera, quienes les prescriben medicamentos o tratamientos específicos. Asimismo, realizan consultas psicológicas, procesos psicoterapéuticos individuales o grupales, en este último caso, destinados a personas en duelo.

Esta situación, similar en otros países, no es nueva en Uruguay y forma parte de lo que se conoce como consulta por duelo, siendo explicitada desde hace más de dos décadas (Nin y Franco, 2000; Ginés, Porciúncula y Arduino, 2005) y observada en investigaciones como las mencionadas en el apartado de antecedentes (Bielli, 2014, Bielli y Toledo, 2016). Cabe señalar que este problema ya era visualizado en el campo del psicoanálisis, donde uno de sus exponentes, André Green (1993), afirmaba que desde los años ochenta los temas predominantes en la consulta clínica contemporánea se vinculaban a las dificultades del duelo. Agrega que las razones de este fenómeno se pueden encontrar en los cambios en la actitud hacia a la muerte, el luto y el duelo que se han venido desarrollando en la sociedad occidental desde principios del siglo XX hasta nuestros días. De esta forma, los estudios de la sociología, antropología e

historiografía de la muerte (Gorer, 1955 y Ariès, 1999) proveen de un marco interpretativo y van a ser argumentos utilizados para tratar de explicar esta demanda de atención que realizan los sujetos en duelo. Estos trabajos, muestran como una serie de transformaciones propias de la modernidad tales como, los procesos de individualización, la prolongación de la esperanza de vida, la racionalización, secularización y medicalización de la experiencia de muerte, así como la creencia en la ciencia como productora de un futuro siempre mejor, llevan a sostener la tesis de que la muerte ha sido excluida, negada o rechazada. Primeramente, Gorer (1955) señala que en el siglo XX la muerte, situada en el espacio público, pasará a habitar el lugar de lo privado. En este proceso desaparecerán las expresiones de duelo, la demostración de angustia ante la pérdida y los rituales sociales comunitarios que acompañaban a los deudos. En coincidencia, Ariès, (1999/1977), Thomas (1983/1975) y en el plano local, Barrán (1993a y 1993b) dan cuenta en sus investigaciones cómo en el siglo pasado, la muerte deja de ser parte de la vida cotidiana y pasa a ocupar el espacio médico, perdiendo el duelo, el sostén comunitario, transformándose en un asunto íntimo y privado. Para Maria Elena Elmiger (2010b), estos cambios en las formas de considerar la muerte y el duelo han producido la disminución y, en algunos casos la desaparición, “...de recursos simbólico e imaginarios con los que se podría envolver el trauma que produce la muerte de un ser a quien se ama...” (p. 16). La investigadora entiende que el debilitamiento de espacios y rituales sociales tradicionales, que en el pasado ayudaban a tramitar los afectos desencadenados por la pérdida, lleva a que se interpreten las dolencias propias del duelo como enfermedades. De esta forma, las alteraciones físicas y psíquicas, los dolores de todo tipo, el desgano, la tristeza, el insomnio, la anorexia, las recaídas de patologías anteriores, y todo lo que provoque malestar en el sujeto se convierte en un problema por el que es esperable consultar. Frente al rechazo y desaparición de la muerte y el duelo, la ausencia de rituales y soporte social para tramitar las pérdidas, el sujeto contemporáneo, recurre al espacio médico y psicológico para hacerlo (Elmiger, 2010b).

9.1. Ni Des-Socializados, ni Des-Ritualizados. Otros Rituales

Partiendo de la base de que las prácticas en torno a la muerte y el duelo son producto de constantes cambios en la vida social, Roudaut (2017) afirma que anteriormente a la modernidad, el ritual definía un modelo de organización social del duelo, especificando los intercambios y las conductas en tales circunstancias, estableciendo obligaciones e interacciones concretas que las personas debían asumir en una comunidad dada. De esta forma, colectivamente, se simbolizaba la muerte, el luto y el duelo. Agrega que, en el mundo contemporáneo, algunos ritos han desaparecido y en parte, las prácticas relativas a la muerte, al luto y al duelo, se han desritualizado. Pero esto, y en este punto radica su discrepancia con los planteos de Gorer y Ariès, no significa que se hayan desocializado. Para Roudaut (2012), estas experiencias siguen siendo tramitadas socialmente, coexistiendo formas diferentes de organizar el duelo en la sociedad: por ejemplo, la psicologización y la medicalización.

Además de plantear estas nuevas modalidades de socialización de la muerte y el duelo, Roudaut entiende que se producen nuevos rituales en relación a los duelos. Basada en los estudios del sociólogo británico, Cleave Seale (1998) y en los trabajos de Jean –Hugues Déchaux (2003) considera que la demanda de atención al duelo por parte de los sujetos y la respuesta de la medicina y de la psicología configuran una serie de prácticas que pueden considerarse asimilables a rituales. Para Seale (1998) los dispositivos de atención al duelo, tales como los grupos de apoyo o asesoramiento sobre el duelo, la psicoterapia, la atención psiquiátrica, así como las prácticas de prescripción, etapas, tareas o el trabajo de duelo pueden considerarse como rituales de la modernidad que apuntan, tal como los rituales de las sociedades tradicionales, a restaurar y eliminar la inestabilidad y el caos que produce la muerte. De este modo se puede pensar que las prácticas psicoterapéuticas contemporáneas podrían considerarse prácticas rituales, y por lo tanto, agentes de la socialización del duelo y de la muerte. Seale agrega que los discursos de la medicina, la psiquiatría y la psicología conforman

guiones culturales que aportan a las personas ideas para comprenderse a sí mismas y a sus relaciones con los demás. Ofrecen así, un sistema simbólico con el cual enfrentar experiencias perturbadoras poniendo a disposición de las personas que sufren una pérdida, nociones sobre el significado del duelo, ayudando a tramitar sus efectos y determinando un cauce a seguir para superar la situación.

9.2. La Búsqueda de Alivio, Escucha, Palabras, Remedios, Lazos y Otros

Lo que produce la muerte, desregulación, perturbación o desorden en el mundo, el cuerpo, el pensamiento y las relaciones con otros se escenifica en los malestares presentes en los duelos, por los cuales se hace necesario consultar. Los sujetos cuentan acerca de alteraciones en su salud y de las estrategias que implementaron para lograr alivio frente los achaques e indisposiciones.

En los primeros días de duelo, Beatriz tuvo que llamar a la emergencia de su centro de salud. Lo que la llevó a sentirse mal no tuvo, desde el punto de vista médico, una causa que lo justificara. Esto le hace pensar en la razón del evento que la deja sin respiración, para luego, interpretar que su problema obedece a la situación de duelo, dice

...me ahogué dos veces. Tuve dos ataques de asma. Fuertes, muy fuertes...que me quedé sin aire...digo, fue la única vez que tuve asma en mi vida... fue terrible porque realmente, literalmente, no me entraba el aire. Y bueno, llamando al médico y todo eso...fue puntual, oxígeno, me pasó un par de veces, y ahí creo que fue cuando, si bien mi hermano y mi abuela eran asmáticos, yo nunca había tenido asma...ahí yo dije que ta, esto es el duelo, tenía que comenzar psicoterapia y comencé la psicoterapia... (Beatriz, 56 años).

Durante el duelo por la muerte de su hijo, también Vanesa concurre a consultas médicas y en ellas se le prescriben fármacos para cada uno de los malestares que siente. Además comienza un tratamiento psicológico donde, parte de sus dolencias, intentan ser aplacadas.

Cuenta que, en algunos momentos estaba tan mal que pensó que había enfermado, dice al respecto

...tenía malestares físicos...la fuerza la perdés...porque vas caminando y los pasos es como que tenés 85...y el corazón, lo sentía partido...era como que había un pedazo de mi corazón que no estaba, yo lo sentía así...fui al médico de medicina general y empecé una terapia con psicóloga, sí. Y ahí fue que me mandaron la medicación, y me mandó antidepresivos, me acuerdo que me mandaron también... Digeprax para antes de la comida también, porque viste que te queda la sensación de que la comida no te pasa, que si tenés una angustia cualquiera, te pasa también. Y un hipnótico entonces, tenía el hipnótico, el ansiolítico, el antidepresivo y me agregó un Tizafen, creo que era, relajante muscular, y ni así igual, ponele que dormías un rato y el Tizafen lo que me dejaba era un peso en la cabeza, porque no me relajaba nada...con la psicóloga trabajamos con visualizaciones...me hacía que yo me imaginara mi corazón como que ponerlo en una jarra con agua y ver cómo lo veía y yo me acuerdo que como sucio, y después volcar esa agua...hasta que llegó un momento que yo ya no veía ese color oscuro horrible, y me ayudó, a su vez, que se me iba yendo ese dolor fuerte que tenía en el pecho. Tomé flores de Bach también en ese entonces, me acuerdo que me había mandado ella, la terapeuta... (Vanessa, 62 años).

Similar recorrido llevó a Karina al médico, pero el galeno enseguida entendió que sus dolencias eran consecuencia del duelo, ella cuenta que

... tenía cansancio, dolores, dolor de cabeza, todo, todo, dolor en la nuca, todo...sé que fui al médico de Medicina General, sé que me derivó a la psicóloga y la psicóloga me dijo esto no es para mí, hay un grupo especialmente para ayudar en estas situaciones... Y me derivaron al grupo de terapia de duelo...Y nos contábamos cómo habíamos pasado la semana y si alguna no iba por dos semanas, la llamábamos a ver por qué no estaba

yendo. Y creo que fue re importante, porque era en el único lugar donde yo podía llorar tranquila, que nadie me decía nada porque todas estaban igual...poder hablar suelta...solo pensando en mi...sin preocuparme de que en mi familia me vieran mal y se pusieran mal ellos...(Karina, 49 años).

El espacio al que concurrió Karina le permite cierta paridad, ella llora, las demás lloran, sin cuidarse, sin limitaciones, es un grupo para eso, para poder hablar, también para contar la semana, la vida cotidiana atravesada por el duelo. Este espacio logra ser esencial, un descubrimiento, en la medida que es diferente, es un espacio construido para socializar los duelos de todas (eran mujeres las que concurrían).

Ernesto también muestra la necesidad de tener un lugar donde hablar de lo que le pasa, de su pena por perder a los abuelos/padres que lo habían cuidado toda su vida. A raíz de su duelo, por algunas dificultades en el dormir y por pensamientos recurrentes decide ir a un psicólogo. Pero si bien los problemas para dormir oficiaron como esa primera razón que lo lleva a consultar, comenta seguidamente la dificultad para ser escuchado por sus amigos en relación a su duelo. De su experiencia dice

...fui un tiempo a terapia... lo que más malestar tuve fue el tema del sueño y de vez en cuando, pensamientos recurrentes...me venían sobre distintas cosas, sobre los vínculos de ahora...la verdad los vínculos fueron bastante decepcionantes... no se habla de que uno anda mal, no hay lugar, como que pasan de tema, imposible... (Ernesto, 22 años).

Graciela empezó terapia por el duelo de su padre porque necesitaba hablar, retomar, volver a pensar, como que todo había sido muy rápido y sentía la necesidad de ubicar las cosas, el pasado, a ella misma, el dolor en algún lugar, para poder entender, dice que

...sentía y siento todavía mucha tristeza... un proceso que inicié en ese momento, que fue tratar de hablar de eso... unos meses después arranqué una terapia. Y empecé a hablar de eso, yo qué sé, empecé como a ver qué cosas estaban condensadas en mi padre,

qué ideas tenía yo de él...que era él para mi madre, qué era él para los otros y qué era él para mí, entonces, muchas preguntas...de alguna manera como tratando de ordenar un poco, para entender... (Graciela, 32 años).

La presencia de los dolores en el cuerpo o las enfermedades, tratadas o no, se asocian por parte de los sujetos con la pérdida y con estar en duelo. Para Antonio los dolores empezaron cuando dejó de ocuparse por su padre, a los pocos días que éste murió

... sé que bajé, como se dice, bajé las revoluciones. Creo que me empezaron a doler cosas que no me dolían, músculos...Después que pasó todo eso, ya te digo, no sé si al otro día, a la semana, no recuerdo cuánto tiempo pasó, empecé a sentir dolores por todos lados...y ahora me acompañan esos dolores, vienen y van, cada vez menos, pero todavía vienen y van, como que el cuerpo tiene que adaptarse también, antes cuidar y acompañar y cuando no tenés que dar ese cuidado, ya se terminaron meses y meses de correr, te quedan como las huellas de todo eso, se tenía que ir, estaba grande, eso no quita que, lo entiendo pero me duele, lo extraño...(Antonio, 54 años).

Al igual que Antonio, Karina logra establecer el vínculo entre su duelo y sus dolores corporales que permanecen a pesar de las consultas y tratamientos que realizó, dice

...yo ya estaba contracturada, pero creo que a partir de ese momento, fue como que, es como crónico, es como que siempre está el dolor y siempre está y me he hecho de todo y no se me va... lo que identifico más con el duelo son esos dolores y los dolores en el pecho...angustia en el pecho y el no poder respirar, como la respiración cortada... (Karina, 49 años).

Estos dolores o enfermedades que vienen de antes, se profundizan, empeoran y hasta se cronifican, como señala Karina, en vinculación a la experiencia de duelo.

Julio, durante los primeros tiempos del duelo por su madre no podía dormir y sentía que estaba muy deprimido, por eso consulta con una psiquiatra y de esto cuenta

.... me dormía de noche y me despertaba de madrugada y no me podía volver a dormir... me quedaba pensando en mi madre... me mandó Escitalopram y después Clonazepam para dormir mejor y a la vez, Zolpidem también, porque yo le comentaba que, a pesar de que tomaba ese cuarto de clonazepam no me dormía...y sigo tomando... pero es como que el tema del duelo ya, no te voy a decir que lo superé, porque hay momentos que la re extraño, pero se me ha hecho más llevadero al día de hoy... (Julio, 53 años).

Este malestar, mencionado por Julio, se mantuvo durante mucho tiempo y fue llevado a varias consultas médicas donde se le prescribieron varios fármacos que seguía tomando al momento de ser entrevistado, muchos meses después de la muerte de su madre.

También al inicio del duelo por su madre, Sara sintió cambios en su carácter, inquietud, que las cosas le molestaban. Se levantaba en la mañana desorientada, no sabía si se despertaba en la casa de su madre, donde la había cuidado hasta su fallecimiento, o en su propia casa. Por eso concurre a un médico que la atiende hace mucho tiempo pero luego decide ir a una psiquiatra quien le prescribe una serie de medicamentos

...y me di cuenta que me había puesto como más irritable y estaba con más rabia, me dolía todo, había sido un alivio y no podía estar bien...fui al internista primero...que nos atiende hace tiempo, que la maneja como clarito. Y después...fui a la psiquiatra. Yo tengo un trastorno del sueño larguísimo...siempre tengo que tomar alguna cosa. Y bueno, y ahí me agregó fluoxetina y bupropion...y nada es más o menos lo mismo. Y lo estoy tomando...también, la fluoxetina ya me las había sacado, yo ya me las había medio retirado...pero me ayuda a no estar mal, enojarme por todo, irritable... (Sara, 56 años).

Cuando se le pregunta por qué piensa que le sucede esto, Sara dice que es por la mala relación que tuvo con su madre, y dice "...emocionalmente, sigue doliendo, en duelo más...no sé si aflojará...recibí mucha hostilidad... golpes ¡una rabia! humillaciones permanentes... la ira o la irritabilidad...son equivalentes depresivos, no deja de haber una depresión encapsulada...no

puedo explicar el duelo, si no explico esto...no puedo separar...”. De esta forma, Sara dice vivir su pena. Ella considera que su ira es parte de la depresión causada por los maltratos recibidos por su madre, historia del dolor que se agudiza en el duelo y requiere consultar a un otro para encontrar una solución. Estos fármacos a su entender son un “calmante”, hacen mejor el trato con los demás, al hacerla menos “irritable” pero, igualmente, no logran evitar que Sara se siga preguntando si algún día lo que le pasa “aflojará”.

9.3. La demanda de Atención al Duelo según los Expertos

En las entrevistas a informantes calificados se observa bastante concordancia en cuanto a que el duelo es un tema frecuente en la consulta sea de medicina general, psiquiátrica, psicológica, de trabajo social y en las comunidades religiosas. La forma en que se presenta la demanda de atención tiene, en algunos casos, la característica de no ser directa, esto es, se llega por una dolencia en particular que afecta una parte o función del organismo y quien recibe la consulta, en su indagación, termina descubriendo que la base del problema está en la experiencia de pérdida. Una profesional, integrante de un comité de recepción multidisciplinario, en un servicio de salud pública expresa “...vemos mucho, mucha gente que está transitando duelos, sí... algunos dicen sí, estoy mal, perdí a mi hija hace tres meses, murió mi padre, estoy mal...otros llegan por algún malestar o dolor corporal y enseguida hablan de su pérdida...” (Psicóloga, consulta sector público). Esto también es relatado en relación a las consultas particulares, es decir por fuera del sistema de salud, donde según expresa otra experta los sujetos en duelo llegan

...con una gran sensación de soledad y también con somatizaciones o porque la persona se calla lo que siente para supuestamente, no molestar a los demás o no dar lástima, o para que la gente que está en su entorno no desaparezca. Porque a veces las personas tienden a irse de aquel que está duelando, de su alrededor, porque no lo quieren escuchar

repetir una y otra vez lo que siente cuando, en realidad, está necesitando repetirlo una y otra vez para ver si puede como darle el lugar que corresponde a esa pérdida... (Psicóloga, consulta sector privado).

Con respecto a la consulta por duelo en psiquiatría, parece ser cualitativamente diferente a cuando se presenta en otras disciplinas. Una psiquiatra consultada como experta entiende que ...el duelo que consulta inmediatamente en la consulta de psiquiatría es porque hay una excesiva angustia, todavía no se puede hablar de depresión porque viste que sabemos que no se puede hablar hasta que se haya cumplido determinados plazos y ahí se empieza a hablar de duelo patológico y por lo tanto, bueno, empiezan a caber otros diagnósticos dentro de ese cuadro clínico...el duelo se encubre mucho...con otros síntomas... ahí hay que descartar lo orgánico... (Psiquiatra, consulta sector privado).

Los trabajadores sociales también reciben derivaciones y consultas de sujetos en duelo que, por lo general, llegan enviados de grupos de duelos o de centros de salud. Una profesional de esta disciplina relata su experiencia

...hay una muy alta demanda...llegan al hospital y no saben qué hacer con ellos, no están tan mal pero aparecen siempre por algo que les duele y no tienen nada, están solos y van para hacerse escuchar, algunos tienen familia, otros la perdieron en ese mismo hospital al que van... es un problema social...y empezar a acompañar ese proceso, fundamental esto de evitar el aislamiento social, ver qué recursos tiene la persona, fortalecer sus propias herramientas, ver qué recursos tiene, sociales, comunitarios, familiares, como para poder apoyarse también...cuesta un montón están tan focalizados en la pérdida que les impide ver qué es lo que tienen para salir adelante...(Trabajadora social, primer y tercer nivel de atención, sector público).

De igual manera los representantes de comunidades religiosas entrevistados informan de la alta recepción de pedidos de ayuda y consuelo. Ellos expresan que los sujetos en duelo

...vienen para aprender a vivir con la pérdida, están enojados, no es que lleguen y se pongan a rezar, vienen con dolor...buscando respuestas o intentando reparar el vínculo con el muerto...hay misas si...pero también tienen cosas para decir, quieren hablar del difunto, pacificar... (Líder espiritual denominado Sacerdote en la religión católica).

...vienen preguntando cómo sobrellevar el dolor de la pérdida irreparable... por consuelo, guía para seguir adelante, fuerzas espirituales... ejecutar ciertos ceremoniales de desprendimiento...hay mucho dolor en quienes lloran a un ser querido y a su vez mucho respeto por la energía de la muerte y sus entidades y por los muertos sagrados... (Líder espiritual denominada Mae en la religión afro-umbandista).

Para todos los expertos consultados, la causa de la frecuencia de la consulta se atribuye a no poder hablar de la pérdida en los lugares familiares o sociales. Particularmente esclarecedor es lo que relata una psicóloga clínica de orientación psicoanalítica que trabaja en el primer nivel de atención. Condice con las razones que llevan al sujeto en duelo a la consulta, en la búsqueda de un encuentro con otro para hablar del muerto, la profesional dice

... me encuentro con gente que, a nivel familiar o de amistades, tampoco se puede hablar sobre el tema...se puede hablar dos, tres días, después ya no, porque ya es como la queja, como algo no bien visto... necesitan un espacio...donde poder hablar de ese muerto, donde poder repetir y contar en detalle la situación de la muerte, de la cremación....después de esos dos encuentros hay algo que se destranca o algo que se habilita a partir de eso, quizás, empezar a transitarlo de otra manera, capaz que más en solitario, pero después de una instancia de compartirlo de alguna manera... esa dificultad para poder dialogarlo... no poder, no querer empeorar esa situación, guardan y acumulan...y aparece algún tipo de síntomas como pesadillas, insomnio, bueno, hay gente que viene manifestando que tiene una depresión... (Psicóloga, primer nivel de atención, consulta sector privado).

Con respecto al contenido de la consulta clínica, los expertos señalan algunas particularidades, mencionando que los sujetos narran “...un relato muy detallado de la circunstancia de muerte, luego del vínculo con esa persona, dan un anecdotario de su muerto con detalles y no necesariamente todos trágicos... como un recuerdo de la vida de él...” (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público). Otro de asuntos tratados por los sujetos en duelo en la consulta con profesionales refiere a lo que sucedió después de la muerte y qué hacer con eso, tal como se muestra en este fragmento de entrevista a una experta

... empezar a hablar de eso genera un efecto liberador...como sacarle un poco del tabú de, hay gente que no quiere ir al cementerio, hay gente que sí y no se anima, hay gente que se arrepiente de haber enterrado a su muerto y lo quiere desenterrar y lo quiere cremar...encontrar un espacio en donde hablar de eso...recuerdo una muchacha que perdió a la madre y al padre y en el tiempo de pandemia, empezó a revisar el ropero y encontró pertenencias de su madre. La madre le había pedido que pusiera sus cosas en una barca en el mar y nunca lo hizo. Encontró esas pertenencias y empezó a cuestionarse de si eso no la podría ayudar a, no sé si cerrar, pero como poner un cierto límite a la pena. Y en esa misma línea, desenterrar al padre, quizás cremarlo, tirar sus cenizas al mar. Empezar a hablar de eso, me parece que libera como...creo eso, que la gente no tiene espacio para hablar de los muertos, pero mucho menos para hablar de cosas, que generan capaz que más impacto en el otro, no sé... me quedo con ese efecto, como más de alivio de la gente... (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público).

Frente a los temas desplegados en los diferentes espacios sociales, sanitarios y religiosos, se ponen en juegos diferentes modalidades de intervención llevadas a cabo por los profesionales.

9.4. Intervenciones, Tratar el Duelo

Según los expertos consultados y las narrativas de los sujetos entrevistados, dentro de las intervenciones o modalidades de tratar el duelo, el abanico de acciones es amplio. El que la consulta sea admitida y no se descarte como blanco de atención, ya muestra que se entiende viable y conveniente tratar el duelo como un problema, una enfermedad o un asunto a considerar. Aceptado como objeto de la consulta, las respuestas o tratamiento que se brindan van desde la escucha, pasando por la aplicación de técnicas psicoterapéuticas tradicionales o alternativas y la prescripción de fármacos hasta la ejecución de prácticas religiosas. Al respecto de la escucha como forma de intervención una experta opina,

...es un proceso en el que hay que sentarse a escuchar...sostener, no es un momento... no hacemos muchas intervenciones...un 80% de la consulta es escuchar lo que tiene para decir. Sí orientar, sí sostener...capaz que no todos estamos preparados...a veces está la ansiedad de ver que avance, que se sane, que se le pase, que lo supere...se ve eso de que pasa poco tiempo y ya, medicarlos, se intenta que la persona pase rápido la situación... no se entiende que requiere más tiempo...y hay mucha gente para atender con miles de problemas...muchos en lista de espera y como que ¿tanto tiempo dedicarle a un duelo? (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público, coordinadora grupos de duelo).

Este fragmento expone que la modalidad –escucha y acompañamiento- entra en tensión con la alta demanda de consultas en salud mental, en el sentido que su eficacia terapéutica, a la cual se llega luego de un tiempo, colide con los tiempos institucionales de la asistencia en salud mental, altamente requerida. Como alternativa para “...resolver la consulta en corto tiempo”, un dispositivo de trabajo reportado por los expertos refiere a la comunicación de determinadas orientaciones y explicaciones donde el profesional instruye al usuario acerca de lo que es el duelo. En relación a esto una de las entrevistadas cuenta acerca de las normas del servicio donde se desempeña “... se dice, hay ciertas etapas a transitar...se explica a la gente...con esquemas,

dibujos... de que va a pasar esto, hasta acá es lo normal, hasta acá no, si te pasa esto, tenés que venir a consultar, como una psico-educación...” (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público). Como se observa, con este procedimiento, además de intentar acortar el tiempo de atención, se imprime una definición y una caracterización del duelo, qué esperar de esa experiencia y qué considerar como inconvenientes o desajustes en la misma. Filtra de algún modo la demanda, por decirlo, rápidamente, educando a la población acerca de cómo debe ser su duelo en base a esquemas y concepciones ampliamente discutidos como se muestra en esta tesis. Al respecto del tiempo que se puede destinar a un usuario en duelo, una psicóloga de primer nivel de atención agrega

...algunos médicos hacen una contención unos meses...son contados, pocos...las intervenciones nuestras también tienen un tiempo acotado...pero siempre damos todo lo más que se puede para la persona...en primer nivel ya tiene entre ocho y doce sesiones y en realidad, terminamos siempre extendiendo eso, pero hay otro segundo nivel que podría tener hasta un año de trabajo, un año y medio, dependiendo de la situación... (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público).

Si bien no se puede establecer de antemano cuál es el tiempo justo para el trabajo clínico en salud mental, parecería, a juzgar por lo mencionado en el fragmento, que no es tan reducido. Sin embargo, frente a la alta demanda de atención se opta por otras medidas. En relación a esto, otra profesional expresa,

...creo que los psiquiatras... internan, y como los internistas, juran, juran que lo tienen que hacer por la vida, pero me parece que lo ponen para sacar rápidamente también eso. Ellos tienen la farmacopea, que también ayuda mucho...creo que ahí no sólo los psiquiatras, los psicólogos, cuando se asustan mucho me parece que también... es típico, se angustiaron ¿Querés una pastillita? tomate un Armonyl...creo que les cuesta como sostener al otro. Entonces, me parece que la medicación es una buena forma, bueno,

tómese esto, como una esperanza de que se pase rápido... (Psicóloga, tercer nivel de atención, sector público).

Este último fragmento introduce otras de las modalidades de atención, la intervención farmacológica que, según los expertos, es una vía frecuente para atender la demanda por duelo. Una terapeuta especialista en duelo comenta esta situación diciendo,

...he visto una pronta medicación frente a esa tristeza profunda que la persona en duelo lleva a la consulta con un médico... y se medica como una depresión... si bien a la vista puede parecer una depresión, no siempre o en los inicios no se trata de eso... a veces la medicación se prefiere a la escucha y por sí misma anestesia estas emociones que como terapeutas de duelo, tenemos que ayudar a confrontar a la persona.... también hay médicos que derivan a la consulta con psicólogos, pero, aún hoy a veces se ve que rápidamente se medica como si esto fuera una solución posible...pero en sí mismo, el duelo no requiere medicación....se dan, antidepresivos...en algunos casos también, algún antipsicótico. Siendo que en el duelo puede haber alguna alucinación auditiva... por no estar interiorizado del proceso de duelo, han dado algún antipsicótico... (Psicóloga, psicoterapeuta especialista en terapia de duelo).

Desde el campo de la psiquiatría, una informante plantea su perspectiva estableciendo que, si bien no hay un protocolo farmacológico para el sujeto en duelo, se termina realizando una prescripción por una vía indirecta. Es decir, según su concepción, no se interviene el duelo sino sus manifestaciones, síntomas o las alteraciones que conllevan, aquellas que impiden al sujeto su desempeño, su vida de relaciones o las actividades de la vida diaria. En este sentido plantea,

...en el duelo no se hace una intervención farmacológica...excepto, que lo que exista es insomnio...y se lo ayude a dormir con alguna medicación... no lo vas a dejar a la persona, que está sin poder conciliar el sueño, sin duda que es por su dolor, o que está

absolutamente angustiado, capaz que lo puede ayudar algo de esto, pero no una medicación específica para el duelo, sino que es para que pueda descansar de noche, porque es fundamental que pueda dormir, para incluso, poder procesar todo esto... hay gente que se pone sumamente ansiosa, que no para, eso también es negativo. Pero no hay intervenciones farmacológicas específicas para el duelo... en mi experiencia, el acompañar el duelo y que ese proceso se pueda realizar de la mejor manera posible es muy positivo, es terapéutico en sí mismo... (Psiquiatra, sector privado).

Conjuntamente con la prescripción de medicación, otra forma de intervención del duelo delimitada en los médicos es la derivación a otro profesional. Aquí la derivación funciona como una indicación a seguir, complementaria del acto médico, tal como se relata en este fragmento,

...a veces los médicos de medicina familiar o general les recetamos alguna benzodiacepina...pero también como que se entiende lo que pasa, de hecho, los médicos derivamos muchas situaciones a los psicólogos, pero ya van con alguna medicación, que es una medicación bastante suave... para que concilie el sueño, para que siga siendo funcional, digamos, al estilo de vida de esa persona...y la derivación para que pueda trabajar eso que le pasa... (Médica de familia, primer nivel de atención sector público).

Los expertos también informan que algunas veces los usuarios se resisten a la medicación porque entienden que tiene efectos en su duelo. Según cuenta una profesional,

...la mayoría toman Alprazolam de entrada, generalmente, o sea, pasa mucho en el servicio que ellos consultan con algún médico, sobre todo, médico de familia, y el médico lo nota angustiado, le pregunta por qué es la angustia, murió fulanito, listo, pase para Psicología. O sea, aunque la persona no quiera, porque pasa eso también, hay veces que no, que la persona entiende que no es necesario y lo pasan. Ya con la medicación. Algunas personas se dan cuenta que no está bueno, me ha pasado de algunas personas, esta señora, por ejemplo, nunca tomó nada ni quiso tomar absolutamente nada para

dormir, o sea, soportó esas noches de insomnio y de dormirse en el ómnibus y demás, pero hay otras que bueno, ta, que el poder médico y como la sugestión de los médicos hace su efecto y bueno, y hacen caso. Y que por más que vienen y que hablan y que no sé qué, no abandonan la medicación, entienden que necesitan eso y que sin eso, no van a poder... (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público).

Además de informar acerca de la prescripción, los informantes calificados realizan valoraciones de la intervención farmacológica, considerando tanto su utilidad, beneficios y limitaciones. Al respecto en una de las entrevistas se dice,

...más allá de mejorar el dormir... la gente no se calla por eso, o sea, no deja de hablar ...puede dormir, pero sigue hablando de sus muertos igual...a veces está muy instalada esa idea de ay, sigue hablando de la madre que se murió hace 20 años, vamos a darle una pastilla y el fármaco no funciona como un callador, como quien dice...mirá una señora, ella está medicada desde los 20 años...tiene casi 70, tiene trastornos múltiples, según los psiquiatras... se le murió el marido hace dos años...dice que necesita llorar y que todo ese combo de pastillas que toma, que son muchas, no le permiten llorar. Va a la psiquiatra y le reclama que por favor le saque algo, que le permita llorar por el marido, ella entiende que llorando podría sacar algo de todo eso que tiene adentro y que la medicación no le permite. A la vez, tiene todo un discurso de que si no se toma la medicación, se va a morir... (Psicóloga, primer nivel de atención, sector público).

Además de esta valoración, en relación a la utilidad de los fármacos y sus beneficios, otra experta hace la siguiente reflexión mostrando además ciertas tendencias o cambios en relación a la prescripción, dice

...a veces se medica...como que se está medicalizando el duelo, patologizándolo...se les da benzodiacepinas, pero ahora, por suerte, hay una muy buena tendencia a corregir eso y a restituir un tratamiento más específico y no tan, lo que era una cosa generalizada en

su momento...ahora se está derivando antes, como para que quede en manos, en todo caso, es necesario ver a psiquiatra, pero muchas veces las personas plantean dificultades de sueño y ahí directamente los pasan a alguna Sertralina... (Médica de familia, primer nivel de atención, sector público).

Asimismo, algunos expertos evalúan los efectos de la medicación en los duelos en relación a las características de los sujetos que consultan y su aceptación o no aceptación a consumir psicofármacos. Lo que se infiere en el siguiente fragmento, es la idea de que la sustancia por sí sola, no haría el efecto, sino que debe contarse con cierta disposición o aceptación del sujeto que la consume, atribuyendo una razón moral vinculada a querer o no querer estar bien. Es decir no se considera la posibilidad de una disidencia en relación a la solución química. Quien no la acepte, se ubica en una posición de resistencia y oposición que es clave y puede interpretarse como negación o no querer salir de la situación penosa. De esta forma se expresa tal idea,

...depende mucho del historial del sujeto, la intervención...porque conozco de las dos, donde hubo intervención psicofarmacológica y en donde no. Y dentro de lo que hubo, hay como una actitud más positiva a querer salir de ese dolor agarrando toda la ayuda que se pueda... en los casos en que dijeron no, de esto tengo que salir solo, no necesito empastillarme...se demora más en poder asumir el aquí y ahora de lo que está pasando, del duelo que están transitando...(Psicóloga, sector privado).

Para esta informante, que el sujeto acepte el psicofármaco implica el reconocimiento del dolor por la pérdida y su estado de duelo y la aceptación de que no puede lidiar con ello. Entonces más allá del efecto esperado, sea cual fuere, bajar la ansiedad, dormir, mejorar el ánimo, aceptar la prescripción y usar el medicamento, coloca al sujeto en relación a un buen pronóstico. Lo convierte, por decirlo de alguna manera, en su sujeto tratable, consciente de sus debilidades y que asume no poder con el dolor. Esta idea se conjuga con la opinión de algunos

informantes, relativa a que, la intervención farmacológica, permite el logro de cierta funcionalidad, altamente valorada y necesaria, en el tránsito por la experiencia de duelo. Esto es, el trabajo con la palabra, que muchas veces es llevado a cabo por el psicólogo al cual se deriva la consulta por duelo. En el siguiente fragmento una experta compara el efecto del fármaco con el del electroshock, entendiendo que las consecuencias de la aplicación de dichas terapéuticas posibilitarían controlar, disminuir y regular en el sujeto la angustia y la pena para que pueda hablar de la pérdida

...yo creo que la medicación a veces ayuda, pero también es como parecido al efecto del electroshock...al acallar el síntoma, no hay como afectos relacionados a eso que pasó... con la medicación pasa algo de lo mismo...atempera y uno puede manejar otros contenidos que en algún momento son como más difíciles de sostener...creo que tampoco uno tiene por qué sufrir tanto, por tanto tiempo, para poder elaborar algunas cosas que, con la ayuda química, a veces se revierten...la medicación lo que hace es como que no sea tan así y se le dé una homeostasis como para poder trabajar con la palabra conjuntamente. (Psicóloga, tercer nivel de atención, sector público).

Según esta consideración, el fármaco sería todo lo contrario a lo que muchas veces se espera de él, como se decía más arriba, ser un “*callador*”. Al respecto una de las expertas cuenta de su práctica, brindando justamente una idea contraria al fármaco como inductor o habilitador de la palabra

...he tenido que pedir a veces, hablar con psiquiatras y explicarles que precisaba que trabajáramos en conjunto para que pudieran retirar en dosis, ir probando en dosis pequeñas, retirar para que la persona pueda conectar con esas emociones que, de otra manera, no podía...como esa anestesia de no sentir y no conectar y sabemos que conectar con cada una de las emociones que transitamos en el duelo tiene una función y es necesario... el paciente a veces no se anima a dejar la medicación, tienen temor porque

no saben si van a estar ya pronti para afrontar la vida sin esa medicación...(Psicóloga, psicoterapeuta especialista en terapia de duelo).

De esta manera el medicamento parece coagular varias expectativas de los profesionales, que en algunos casos, como los planteados, resultan contradictorias. En relación a esto, es posible pensar en el uso extendido del fármaco, para un espectro amplio de situaciones, que no estaban previstas originalmente, como suele suceder en razón de causas comerciales o simplemente para mejorar o potenciar la acción de otras sustancias.

Como contrapunto de las valoraciones acerca de la intervención farmacológica, algunos expertos realizan consideraciones sobre la intervención psicológica del duelo, al mismo tiempo que recomiendan cómo debe abordarse el problema cuando llega a la consulta,

...no hay que apurarse con los duelos, hay que respetarlos y estar siempre como atentos a que no se nos vaya de eso...los psicólogos escuchan mucho, está bárbaro, no lo digo en el sentido despectivo, digo que escuchan demasiado tiempo y a veces capaz que se dejan pasar situaciones que podrían haber sido acompañadas también desde el lado psiquiátrico y que hubieran progresado mucho mejor si hubiera sido una cosa complementaria... (Psiquiatra, sector privado).

Estas diferencias en la valoración de la prescripción de psicofármacos y de la intervención psicoterapéutica/ psicológica, muestran la coexistencia de saberes que algunas veces se observan en tensión, otras en complementariedad para el tratamiento del duelo, problema, como todos expresan, de alta demanda en la consulta pública y privada.

Por su parte los sujetos en duelo ofrecen en sus narrativas algunas experiencias con psicofármacos durante sus duelos. Como se dijo anteriormente, la consulta de medicina general, médico de familia, psiquiatría o profesionales de la psicología, es un mojón, presente en el itinerario de los entrevistados enfrentados a distintas dolencias que se presentan en el duelo, o que viniendo de antes, se agudizan o cronifican. Con el objetivo de sobrellevar los malestares

muchos de ellos asumen como una necesidad el consumo de fármacos, ya sea para poder dormir, trabajar y tener un vínculo aceptable con los demás.

Los efectos de los mismos, a raíz de lo que dicen los sujetos, no podrían generalizarse. Para algunos entrevistados fue beneficioso. Por ejemplo, Paola cuenta que necesito consultar a los meses de estar en duelo por su hermana, dice "... el psiquiatra me mandó a tomar Sertralina, por la angustia que tenía...el mínimo, media pastilla, que es lo que tomo hasta el día de hoy...me hizo bien...y hoy en día, la sigo tomando y tomo melatonina para dormir, por ejemplo, si no la tomo un par de días, me doy cuenta la diferencia..." (Paola, 22 años). A diferencia de Paola, para Julio (53 años) los fármacos no resultaron eficaces de manera inmediata, si con el tiempo y no hace una valoración al respecto. Sin embargo, Karina manifiesta otro tipo de reflexiones respecto a la medicación que le fuera prescrita o que decidió consumir, ella cuenta

...me negaba a tomar medicación, entonces, empecé a ir al grupo de terapia de duelo... todas las que estaban en el grupo estaban tomando algo... lloraba y tenía dolor en el pecho y la coordinadora me decía, no podés negarte totalmente a la medicación. Tanto me dijeron que fui al psiquiatra...me mandó una Sertralina por día... a mí me parecía que no me hacía nada, la dejé...tomo medio Aceprax de noche, porque me cuesta mucho dormir... según el psiquiatra, no es nada, es psicológico lo tuyo, vos te tomás medio Aceprax y te dormís...creo que es, más efecto placebo...y tomé flores de Bach, las dejé y estoy sin medicación, solamente el pedacito de Aceprax... (Karina, 49 años).

Como se observa en estos tres ejemplos los efectos de los psicofármacos no son homogéneos. Su prescripción parece orientada a intentar disminuir la carga afectiva de la pérdida y a rehabilitar funciones que con el duelo se ven alteradas. Es interesante señalar del último fragmento de entrevista, el proceso de aceptación del fármaco, en el contexto del grupo psicoterapéutico de duelo, sostenido por las relaciones sociales de paridad frente al dolor por la pérdida, el consumo de todas las integrantes, fue un argumento para consultar.

Capítulo 10. Consideraciones Finales

En este capítulo se presentan las principales ideas sobre la experiencia de duelo que se fueron encontrando en esta investigación y permitieron dar respuesta a los objetivos planteados en ella. Se organizan en función de las interrogantes que se buscó responder y expresan las dimensiones halladas al respecto del tema investigado. Estas emergen de la articulación entre las narrativas de duelo de los participantes de la investigación, las entrevistas a informantes calificados, la teoría acerca del tema, el relevamiento de trabajos de otros investigadores interesados en el problema y del análisis e interpretación de quien escribe esta tesis. Por lo anterior se considera una producción entre varios, a punto de partida de un cúmulo de palabras, tensiones, afectos, lapsus, encuentros, conflictos, movilizaciones y demás expresiones humanas que el tema genera. Las incógnitas iniciales del proyecto se ampliaron y fueron reconfiguradas y transformadas por la dinámica de la investigación. Se encontraron varias respuestas acerca de las significaciones del duelo como experiencia subjetiva y social a través de consultar acerca de ¿Qué significa perder a alguien importante en la vida? ¿Qué sucede en los primeros días luego de la pérdida? ¿Qué produce el duelo en un sujeto (tipo de afectos, malestares, recuerdos)? ¿Cómo se describe la experiencia de pena? ¿Se llevan a cabo prácticas rituales frente a estas muertes? ¿Cómo se caracterizan y qué valor se les da a las mismas? ¿Cómo se sobrelleva, que se hace frente al dolor por la pérdida? ¿Qué espacios sociales reciben y atienden las demandas o necesidades de los deudos? ¿Se solicita ayuda para transitar y hacer frente a los malestares del duelo? ¿La atención al duelo, cómo se considera? ¿Se puede catalogar como una intervención del duelo? ¿Qué efectos tiene la respuesta a la demanda de atención al duelo? ¿Cómo intervienen los otros, semejantes, prójimo, en el duelo? ¿Es el duelo una experiencia mayormente individual? ¿Cuáles son los sentidos que se atribuyen a la experiencia de duelo? ¿Qué aspectos, no pensados previamente, resultaron emergentes e imprevistos en esta

investigación? Las repuestas, inferencias y construcciones, que se formulan en las conclusiones logran conjugar algunas aproximaciones sobre el problema estudiado.

La Experiencia de Duelo y el Interés Reconstructivo

En las entrevistas se intentó dejar que los sujetos iniciaran su relato por donde pudieran, entendiendo que era un tema difícil de hablar. Si bien los sujetos, en cierta medida, al responder a las diferentes convocatorias, se habían “autoseleccionado”³⁴, no suponía eso, que los narrativas fluyeran fácilmente. La invitación que iniciaba el intercambio ofrecía un campo abierto para facilitar la palabra y que los entrevistados indicaran por donde querían o podían empezar a contar la historia de su pérdida. Como respuesta a eso, se observó que ellos nombraron inicialmente, a modo de presentación de sí mismos y del otro, el lazo que los unía al muerto, por quién están de duelo y luego, pasaron a hablar de la escena de muerte. Se da así, el primer paso, que muestra un interés reconstructivo, que permanecerá a lo largo del intercambio. Llamo “reconstructivo” dado que la narrativa reconstruye la experiencia en varias de sus magnitudes, para quien habla y escucha, con los afectos dolorosos y los recuerdos amargos, con los diálogos y pactos, encuentros y conflictos que dejó compartir la vida, con el ahora, difunto. También esa reconstrucción alude a un volver a poner en escena, al ausente, y la relación con él, recopilando en cada instante significativo su condición valiosa. Lo doloroso de la escena de muerte también necesita ser hablado, como una forma de reconstruir el tiempo previo de la vida y el posterior acontecimiento de la muerte. Las razones acerca de este contenido pueden ser varias. Es posible que sea una introducción de aquel del que se va hablar; o puede ser un volver al momento de la muerte para formular preguntas que quedaron sin responder o para resolver asuntos pendientes; o es un repetir la escena para intentar elaborarla,

³⁴ En el entendido que la respuesta a la convocatoria y la participación en el estudio se debió a la elección de cada sujeto.

tramitar las imágenes que persisten; o es un intento más de significar la muerte; o es simplemente un modo de dar comienzo a la historia del duelo. Todas estas razones constituyen formas de comunicar el suceso a un otro, como una experiencia digna de ser contada y en cierta medida colectivizada. Valentine (2007), en su investigación sobre el duelo en Gran Bretaña, menciona un comienzo similar en las narrativas de sus entrevistados. Atribuye esto a la necesidad de afirmar y preservar al ser querido fallecido, como a la relación con él, compartiendo en la entrevista, algo que parece quedar situado entre pocos, la circunstancia de la muerte, en el espacio del centro de salud, o del lugar donde se produjo el deceso. Esa escena necesita ser socializada, situada como un acontecimiento relevante. Junto con estas narrativas de la muerte, encontramos reflexiones acerca de la enfermedad, los afectos y conflictos en relación al difunto, el papel de los miembros de la familia y de los otros que intervienen. De esta forma, también se observa el interés reconstructivo asociado a las interacciones previas que el recuerdo va a enlazar con el muerto y el duelo posterior. Asimismo, con respecto al papel del fallecido en sus últimos momentos de vida, las historias ponen en palabras las características del difunto y su manera de enfrentar la muerte. Se le atribuyen virtudes como la valentía, deseos de querer seguir viviendo y luchar contra la muerte o por el contrario de docilidad y de entrega. Las variantes al respecto se mencionan con orgullo, resignación o comprensión. Se agrega en los relatos la pena por la situación de soledad, la preocupación por el dolor y la pregunta por la conciencia que pudo haber tenido el fallecido acerca de su propia muerte. Los entrevistados significan sus duelos de manera diferencial dependiendo de la actitud del difunto frente a la vida y la enfermedad o la fatalidad, que lo lleva a la muerte. En el proceso de reconstrucción, los participantes demostraron que seguían reflexionando sobre lo sucedido. No solo intentaban recordar, recapturar y transmitir el tenor de su experiencia en ese momento, sino también reevaluarla a la luz del presente.

De esta forma, en las narrativas mencionadas se encuentra, una primera significación de la experiencia de pérdida, vinculada al aporte de palabras, preguntas y sentidos sobre la muerte. Se reconoce allí un interés reconstructivo que impregna los duelos y se basa en la necesidad de volver a pensar, recordar y socializar el acontecimiento del fin de la vida.

Significaciones de los Efectos de la Pérdida. Rupturas y Afectos

Ubicados en los recuerdos acerca de los primeros días luego de la muerte, algunos sujetos cuentan los efectos inmediatos de la pérdida. Mencionan un cúmulo de sensaciones de alteración, de interrupción del curso normal de la vida, con la percepción de desorganización, de quedar fuera de lugar, desorientado, sin encontrar ubicación en el mundo físico y de relaciones acostumbrado, vacío, extrañeza, algo se trastoca. Otros entrevistados, por el contrario, hablan de la sensación de imperturbabilidad del universo, que no se conmueve ante lo sucedido. En este punto, la idea de Lacan, referida al duelo como lo que ubica al sujeto frente a frente con un agujero en lo real, ayuda a comprender las vivencias relatadas por los entrevistados. La desaparición del amado produce un agujero en la existencia y lo extremo de esta experiencia queda representado con quiebres, diferencias, cambios en relación al mundo, o en relación al sí mismo, marcando una ruptura en la biografía del sujeto que necesita reconfigurarse. Lo que vendrá después, en los días posteriores, puede considerarse como un intento de volver a colocarse en la vida, entender lo que pasó y hacer algo con eso.

Con la pérdida del ser querido, aquel que ocupa un lugar relevante, con quien se tienen relaciones amorosas de reciprocidad, intimidad, conexiones particulares, del otro necesario para sostener la relación, sea esta buena o mala, se produce una movilización, que trastoca la subjetividad del doliente. Lo que comienza a faltar hace que el mundo, hasta ese momento habitado y conocido, se considere ajeno. Por eso, se advierte que los primeros días de duelo,

dejan al sujeto perplejo, cambian su existencia y significan una instancia de desencuentro con lo sabido, conocido y habitual.

Dentro de la significación de la experiencia de pena se incluyen una variedad de afectos, contradictorios y ambivalentes, en un mismo sujeto. La misma se constituye por una serie de oscilaciones afectivas que se vinculan al amor, la angustia, la tristeza y para algunos a la ansiedad. También, del mismo modo, los afectos vinculados al odio como la rabia, el enojo, la culpa, entre otros. Todos ellos coexisten y llegan a manifestarse de manera sostenida o intermitente. Esto que se observa refleja la idea freudiana del duelo que conduce a los afectos, de naturaleza penosa, de amor y odio (hostilidad) que se circunscriben y tiene como causa la pérdida de un objeto amado y su añoranza.

Con respecto a los afectos vinculados en esta tesis al amor, como la tristeza, para algunos sujetos, no es fácil hablar o definir su contenido, dicen que no hay palabras suficientes para eso. Otros, entienden que se diferencia de la angustia y otros toman explicaciones de la psiquiatría o la psicología para describir lo que sienten como ansiedad. Las palabras usadas recubren varios contenidos y se asocian a la inseguridad, el vacío, la sensación de quedarse solo en el mundo, el miedo a la muerte o a las enfermedades. Es decir, intentan circunscribir la experiencia, a la vez que darle un sentido, hacerla comprensible para ellos y los otros.

Además del amor y la añoranza, las narrativas muestran el odio, expresado a través del enojo, la hostilidad, la rabia, la frustración y la culpa, como también formando parte de la experiencia y mostrando la ambivalencia de sentimientos señalada por el psicoanálisis. Son la expresión de conflictos no resueltos, de disputas y desacuerdos, de preguntas en relación al muerto, de la culpa por esos conflictos y hasta por sobrevivir. También, son vehículos que sirven para dirigir reproches al fallecido, por lo sucedido en vida, que aún no se puede apaciguar. Esta polaridad de los afectos, marca de la ambivalencia, logra ser discriminada y funciona como un recordatorio de la ausencia al mismo tiempo que ocupa la vida del deudo

dejando registro de las consecuencias de la pérdida. Todo el universo de afectos, amorosos y hostiles, más que atender o procurar la distancia o separación del difunto, lo hacen presente. Esto permite pensar el duelo como un territorio donde se expresan reclamos, preguntas y cuentas pendientes, que reflejan la historia de la relación entre el muerto y los sobrevivientes, que continúan dilucidándose, y permanecen sin resolución después de producida la muerte.

En muchos de los entrevistados los afectos, están expuestos y son más o menos intensos, en los menos, si bien son reconocidos, se presentan bajo un manto de alivio, vinculado a la historia de la enfermedad, la muerte o el fallecido.

Cabe aclarar que si bien es notorio el padecimiento por esta circunstancia, los afectos presentes en el duelo no hacen que éste se consolide como una queja, sino más bien, se expresa como algo que *no debe* ser de otra forma, o que no puede dejar de hacerse, experimentarse, de esa manera. Es decir no se cuestiona la pena, por más que, como se dice en las narrativas de esta tesis, produce malestares.

De este modo, el duelo, también es significado en estos afectos. Representan su característica definitoria, situando al sujeto en relación a su pérdida y le otorgándole un lugar respecto del muerto. El amor, el odio, la culpa, hablan del otro significativo, aquel por los cual, se produce un duelo.

Significaciones de los Rituales Fúnebres y su Vinculación con los Duelos

El ritual por la muerte de un ser querido abarca varios significados. La diversidad de situaciones y experiencias muestra que las personas en duelo no actúan únicamente adhiriéndose a lo que se acostumbra hacer o a lo establecido socialmente para el caso (velar por muchas horas, velar por tiempo reducido o no velar; disponer del cuerpo, enterrándolo, cremándolo, etc.); a veces se resisten a lo estipulado o cumplen con ello parcialmente.

Lejos de experimentarse como una obligación fáctica o material, en el sentido de que "hay que hacer algo con el cuerpo", el sentimiento de apropiación y disposición de los restos del ser querido se vincula a los afectos, al cuidado del muerto, de su imagen y a la necesidad de despedirse. Más allá del acatamiento de ciertas convenciones, pautadas por lo cultural y la institucionalización y comercialización de los servicios fúnebres a los que se accede, se observan instancias de apropiación y subjetivación de las prácticas rituales. Frente a tener que disponer del cuerpo, en los familiares sobrevivientes, se suceden discusiones sobre cómo llevar a cabo el ritual y se distribuyen las acciones para efectivizarlo. Esto deja entrever, que para algunos, el ritual tiene un significado familiar, es algo que se decide entre varios, aunque sean pocos, quienes lleven las acciones adelante. Se producen para el caso también negociaciones, en relación a los deseos en vida del muerto, lo que dejó dicho o lo que le hubiera gustado, y, entre los sobrevivientes. Asimismo, se vuelven a significar en el evento, las historias, los conflictos y las tradiciones familiares. Algunos entrevistados, se oponen al ritual del velatorio, por considerarlo artificial o un "circo", pero igual, lo llevan a cabo. Se trasluce en ellos el desagrado por la exposición del ser querido, y de sí mismos, ante la mirada de los otros, conocidos pero lejanos, o directamente desconocidos. Es clara la molestia por llevar a lo público algo que, entienden, debería quedar reducido a los allegados más cercanos. De esto, podemos inferir, que los rituales pueden significar para algunos, un momento de exposición innecesario de la muerte, del dolor y de la familia. Contrariamente a esto, desde la perspectiva de otros entrevistados, la concurrencia de mucha gente al velatorio o entierro es una muestra de estima y valoración hacia el difunto. El acompañamiento de los otros, expone al muerto en relación a su vida, y a los afectos que cosechó, transfiriendo a los deudos la gratitud, el reconocimiento y la compañía. Una consideración particular merece lo sucedido por las restricciones sanitarias con respecto a los rituales de despedida. Los que tuvieron esa experiencia no dejan de significar la soledad y la ausencia de los otros, que en condiciones normales, hubieran estado

acompañando. Estos entrevistados muestran la sorpresa de que el aislamiento se aplique hasta en esas circunstancias, y la pena por la escasez de personas, a la hora de despedir a los difuntos, mostrarle la estima merecida por su papel en la vida.

Con respecto al entierro o a la cremación, representan el cierre de una etapa, la separación de los restos y el comienzo de otra, la vida con la ausencia del ser querido. Tanto el lugar de enterramiento como el espacio donde se esparcen las cenizas, constituyen sitios especiales, a los que muchos de los entrevistados, vuelven de manera regular u ocasionalmente. Para algunos, representan espacios de reunión y encuentro; para otros de tristeza y olvido. Que el difunto sea enterrado en determinado lugar, por ejemplo, en el panteón familiar, implica la pertenencia y el resguardo de los antepasados de la familia. También la elección de formas de depositar el cuerpo, en un cajón o directamente en la tierra, muestran el cuidado y la significación del muerto, así como, del lugar de su reposo final. Todas estas prácticas dan cuenta que los espacios donde se evacúan los restos y la forma en que se disponen tienen una fuerza simbólica particular para los deudos, intervienen y forman parte de los duelos, mostrando las diferentes visiones sobre la muerte. Por fuera de la situación de aflicción, los cuidados y la preocupación por el difunto, resultarían poco convenientes o no permitidas, pero, en virtud del tránsito doloroso, se llegan a aceptar y comprender. Con respecto a la cremación, si bien la reducción a cenizas remite a pensar en la desaparición absoluta de los restos, las acciones llevadas a cabo sobre ellas, y el significado de los lugares donde se esparcen o de la urna donde se depositan, se ofrecen como marcas de representación y significado, en vinculación con el difunto y la relaciones con él. Estas prácticas rituales, de transición de la vida a la muerte, también implican la continuidad del lazo con los muertos. Algunas de ellas pueden pensarse como rituales de conexión que aseguran la presencia y perpetuidad de las relaciones. Estos enlaces se realizan a través de objetos legados por el muerto o de acciones que se llevan a cabo, pensando en ellos. Los objetos, constituyen reliquias que materializan y simbolizan el lazo

afectivo, haciéndolo perdurar. Muestran que no todo se perdió y al mismo tiempo le asignan un lugar al muerto, teniendo un papel relevante en las narrativas de los duelos.

La multiplicidad de significaciones invertidas por los deudos en todas estas instancias, permiten pensar en la necesidad de continuar, por lo menos por un tiempo, sosteniendo el lazo que lo une al difunto para lograr tramitar la experiencia. Si bien estas acciones pueden entenderse como lo que posibilita y hace lugar al desprendimiento del ausente, es claro que esto no ocurre de manera inmediata. Aunque tanto la necesidad de los rituales como del lazo con el muerto paulatinamente se van debilitando, no podemos decir que desaparecen completamente. Parte de esta experiencia se integra a la vida del sobreviviente y se conserva de algún modo. Este punto lleva a la reflexión el modelo freudiano, en la medida en que propone, mediante el trabajo del duelo, la tarea de desligar del muerto, los recuerdos y expectativas que posee el sobreviviente. De eso se trataría el duelo según esta propuesta, de la disolución de los lazos con el difunto, pero como vimos, este desasimiento no llegaría a establecerse del todo, persistiría sin obstaculizar la vida, dando cuenta de cierta continuidad de la conexión.

Los Malestares del Duelo

En las narrativas de muchos entrevistados, fue posible encontrar que las enfermedades, los dolores en el cuerpo, el no poder dormir, el desgano, los problemas en la alimentación, entre otras situaciones, acompañan y/o forman parte de la experiencia de duelo. Esto lleva a los sujetos a consultar a servicios de emergencia, policlínicas de medicina general, internistas, médicos de cabecera y psiquiatras, quienes les prescriben medicamentos o tratamientos específicos. Asimismo, realizan consultas psicológicas, procesos psicoterapéuticos individuales o grupales. Es interesante observar que estos mismos sujetos reconducen sus malestares o los asocian con el duelo que están atravesando, resignificando y otorgando un sentido a sus dolencias. Estas manifestaciones del duelo y el acudir al sistema de salud o a consultas privadas

para tratar de resolver el malestar se corresponden con lo que expresan los expertos entrevistados y la literatura nacional e internacional, mencionada en los antecedentes, es decir, conciben con la alta frecuencia de la consulta por duelo.

La atención del duelo por parte de la Medicina, si bien no es nueva, comporta en la actualidad algunas características que son presentadas en esta tesis.

Podemos registrar que la misma está presente desde hace largo tiempo en la consulta de medicina general o de especialidades, tales, como la psiquiatría. Un caso a señalar mencionado en el recorrido teórico, es el de la famosa paciente vinculada al origen de la teoría psicoanalítica Ana O, quien fuera atendida por el médico fisiólogo Breuer. En este caso, si bien, el duelo, formaba parte de cuadros sintomáticos y de las enfermedades establecidas en la paciente, no era vinculado directamente a la causa de los padecimientos. Ana O, según cuenta el historial acerca de su tratamiento, enfermó estando al cuidado de su padre, y no a partir del duelo por su muerte, aunque es claro que ésta se anunciaba. Más directamente, el caso nombrado como Elizabeth von R. que llega al psicoanálisis, a causa de dolores en las piernas. En el historial, Freud da cuenta de las dificultades que se presentaron en la paciente luego de la muerte de su padre y de su hermana, como una de las hipótesis de la enfermedad. Del mismo modo el famoso paciente immortalizado por Freud en el historial del *Hombre de las Ratas*, ve agudizada su condición patológica previa, en virtud del duelo por la muerte de su padre. En relación a esto, Freud plantea que el duelo ha encontrado en la enfermedad, su expresión. Seguramente en la historia del psicoanálisis y de la medicina estos no son los únicos ejemplos.

La diferencia entre ese tiempo y el contemporáneo, entre aquellos pacientes y los de ahora, quizás radica en que los últimos expresan que el origen de su malestar se encuentra en el duelo por la pérdida de su ser querido. Si bien los expertos consultados, médicos, psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, dicen que la consulta por duelo, se debe a la carencia de espacios sociales y familiares para hablar del asunto, los sujetos entrevistados por su duelo,

reconducen el motivo de su demanda de atención a los malestares que les produce dicha experiencia. De esta forma, le otorgan sentido y significan sus padecimientos.

La llegada a la consulta se realiza de manera directa, anunciando el malestar por el duelo o de manera indirecta, pidiendo atención para otra sintomatología, efecto del mismo, como por ejemplo, el insomnio. Independientemente de esto, los entrevistados remarcan que tales dolencias están ocasionadas por su duelo. La raigambre de esta convicción puede venir de diferentes vías. Por un lado, de los mensajes disciplinarios (médicos, psicológicos) acerca del tópico, que instruyen o advierten acerca de la vivencia de duelo como algo que produce malestar o riesgo de enfermedad y, frente a lo cual, plantean alguna solución o tratamiento. Por el otro, de la necesidad de atender el malestar para la prosecución y el funcionamiento de la vida, trabajar, vincularse con otros, aun estando de duelo. Esto último también necesita de los recursos y el alivio de las disciplinas consultadas. De este modo, la perspicacia con que los sujetos llegan a detectar que los padecimientos son causados por el duelo, es evidente por todo lo que envuelve la situación de pena, es decir, son dolores o dificultades, realmente percibidas. Pero también es posible que el duelo sea pensado como una razón para consultar, debido a la delimitación científica de la experiencia, que la termina incluyendo dentro de los problemas a tratar por la medicina, la psiquiatría y la psicología.

Aceptado el duelo como objeto de consulta y causa de padecimientos, se producen varias modalidades de intervención que van desde la escucha clínica y el trabajo con la palabra, las intervenciones religiosas o espirituales, los espacios psicoterapéuticos tradicionales o alternativos, las orientaciones psico-educativas y la atención médica, con la prescripción de estudios diagnósticos y psicofármacos. Dentro del sistema de salud, las consultas se procuran cuando los sujetos en duelo, solicitan atención por motu proprio, recurriendo a los médicos de medicina general o familiar, quienes deciden atender los padecimientos, pedir estudios o derivar a especialistas en salud mental, psiquiatras o psicólogos, así como también, medicar con

psicofármacos. La respuesta a aplicar en estos casos dependerá de los tiempos institucionales, las valoraciones acerca del duelo en relación a otro tipo de demanda de atención, las pautas y políticas de salud, entre otras cuestiones. Si la demanda se lleva al campo de la atención particular, por lo general, el sujeto o su entorno familiar, evalúan la necesidad de hacer frente al duelo con un tratamiento psicoterapéutico. Cada una de estas modalidades de atención van a implicar diferentes formas de entender el duelo, tales como, considerarlo un problema médico, algo que requiere tratamiento psicológico, una experiencia a cuidar o acompañar para prevenir una enfermedad, un asunto que necesita ser puesto en palabras, o medicarse, una vivencia que debe orientarse, educarse, un proceso que no requiere intervención, etc. El tipo de atención con que se responda a la demanda transmitirá un mensaje disciplinar que delimitará la experiencia de duelo, produciendo efectos en la misma.

Vale la pena detenerse en la modalidad de intervención farmacológica ya que, según los expertos entrevistados, es una vía frecuente para atender la demanda por duelo. Por lo expresado en las narrativas, parece no existir un protocolo farmacológico propiamente dicho para el duelo, sino que este se medica de manera indirecta, es decir que, la sustancia química opera para yugular sus variados efectos, el insomnio, la angustia, los dolores, entre otros. Se agrega a esto, la información de que algunas personas que consultan por duelo, se resisten a tomar psicofármacos, eventualidad que para algunos especialistas en el tema, sería índice de un mal pronóstico y el sujeto atravesaría la experiencia de pérdida con dificultades. Pero también, como se ha señalado en el análisis, que la sustancia por sí sola no haría el efecto deseado, sino que debe contar con la anuencia del deudo y sus deseos de estar bien. De esta forma si quien consulta no acepta consumir psicofármacos para aliviar los malestares del duelo, sería como “no querer estar mejor” o “no querer curarse”. Se atribuye así la responsabilidad al sujeto, esgrimiendo una razón moral, vinculada al padecimiento por la pérdida y a querer o no querer estar bien. Por otra parte, aceptar el fármaco prescripto indicaría que el sujeto acepta también no poder con su

duelo, cosa que ya hizo, en la medida en que consulta por eso. Obviando esto, aceptar consumir un medicamento para los síntomas de duelo, lo haría un sujeto tratable. Este punto es fundamental de exponer, pues engarza con los que, según los expertos consultados, es la razón de la consulta por duelo. Para ellos, la consulta se justifica en la escasez de espacios cotidianos para hablar del padecimiento por la pérdida, que, al no poder manifestarse, produce síntomas. Para algunos especialistas entrevistados, pertenecientes al campo de la psiquiatría y la psicología, el psicofármaco permite el logro de cierta funcionalidad, altamente valorada y necesaria, en el tránsito por la experiencia de duelo. Esto es, el trabajo con la palabra, que muchas veces es llevado a cabo por el psicólogo, al cual, se deriva la consulta por duelo. Igualmente, no hay que olvidar que, para otros expertos pertenecientes al mismo campo, el fármaco produce justamente lo contrario, recorta la angustia o la hace un poco más manejable, “anestesiando” el dolor por la pérdida, y acallando de este modo la pena, de la cual consideran importante que se hable para “hacer” el duelo.

Estas expectativas contradictorias, relativas a la función del psicofármaco, permiten pensar, por un lado, en el uso amplio para el cual se destina, y por el otro, en los varios significados que se le otorgan, por parte de los expertos y de los sujetos, cuando son administrados en ocasión del duelo. Con respecto a estos últimos, que aceptan el consumo de fármacos, tanto por la prescripción médica, como por la recomendación de familiares, amigos o compañeros de grupos de duelo, las valoraciones sobre los efectos de los psicofármacos, también son dispares. Algunos entrevistados reportan efectos beneficiosos inmediatos, otros, tiempo después, y otros no registran efectos, por lo cual no podemos hablar de un resultado homogéneo en este aspecto.

Las contradicciones y perspectivas dispares, vinculadas a la prescripción, consumo y efectos de los psicofármacos en el duelo, muestran como la experiencia de pérdida ingresa en el territorio de las tensiones que se producen en relación a estos medicamentos, al igual que

sucede en otros casos, para los cuales, también se suministran estas sustancias. Esto refleja que el duelo puede entenderse o interpretarse a partir de los procesos de farmacéuticalización y delimitarse a la luz de sus parámetros.

Escenarios Sociales para el Duelo

Tomando las ideas de Roudaut (2005, 2012, 2017), es posible pensar que la demanda de atención al duelo y las respuestas asistenciales de la medicina y psicología, la psicoterapia y la prescripción de fármacos, configuran una serie de prácticas con efectos análogos y asimilables a los producidos por los rituales. Estas prácticas se despliegan en escenarios donde es posible la socialización de la muerte y el duelo, y contienen, reglas, roles, prescripciones, etapas, orientaciones, recomendaciones y palabras, que se intercambian acerca del asunto, acompañando y regulando el tránsito de la experiencia de pérdida. La relación con los profesionales, al igual que el ritual, es un recurso socialmente pautado que da la posibilidad a los sujetos en duelo de atribuir significados a su experiencia, pronunciando palabras, que otro escucha, sobre los afectos y las relaciones con el difunto. Al decir de Roudaut (2012, 2017) el papel de los deudos tiende a construirse social e institucionalmente a través del trabajo realizado en común con los profesionales (terapeutas, psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, médicos, grupos de duelo, entre otros dispositivos). El individuo que pierde a alguien significativo en su vida, busca donde hablar del ausente y retomar o dar continuidad a su historia, poder reestructurar su biografía, luego de la ruptura y el corte que provoca la muerte. Quizás, pensando en el tiempo, que en algunos casos se destina para la consulta médica en Montevideo, pocos minutos, esto puede resultar impracticable o tener un tratamiento muy acotado. El punto a explicar es que, más allá de la respuesta que se logre, o que los médicos pueden dar en el tiempo que disponen, el sujeto en duelo sitúa en ese espacio su demanda de atención, sus síntomas, dolores corporales, enfermedades e inconvenientes que le suscita la experiencia de

pérdida y es el lugar adonde concurre en búsqueda de alivio. Se dispone a hacerlo en el encuentro con otros que pueden escuchar sus padecimientos y entenderlos en relación, causados o agravados por el duelo. De esta forma se hace un lugar al problema y se lo valida socialmente como tal. Aspecto necesario si consideramos lo que siempre se dice, que la vida sigue, y de esto da cuenta la limitada licencia laboral que se otorga al doliente en estas ocasiones. En esta línea es clara la importancia de la legitimación social del duelo para la subjetividad de los que sufren la pérdida (Fowlkes, 1990), por lo que es posible, considerar que el sujeto busca expresar su duelo en los espacios habilitados en el mundo contemporáneo para eso, como pueden ser, en el encuentro con los profesionales que estudian y saben del duelo o de los malestares subjetivos que provoca. Si el duelo es en este tiempo privado e íntimo, tal como se dice en la literatura sobre el tema, buscará un espacio con esas características, como soporte o mecanismo para regular las tensiones contenidas por la situación. De esta forma, con un espacio de consulta, adonde se llega hablar de los malestares corporales, la inhibición de ciertas funciones, la condición de los afectos, entre otros problemas del duelo, se da cauce a la expresión simbólica de las tensiones, además de posibilitar el tratamiento y apaciguamiento de las mismas, regulando y ajustando las consecuencias de la pérdida. Esto, claro está, sin llegar a tener el estatuto de un ritual establecido y pautado, puede observarse con similares motivaciones y efectos, tal como se espera de los rituales fúnebres tradicionales.

Pero, si bien la consulta por los malestares que se presentan en el duelo es uno de los caminos para sobrellevar el tránsito por la experiencia, este trabajo ha sido testigo de otras modalidades. Los sujetos entrevistados reconocen encontrar un refugio y una forma de soportar la pena en compañía de los otros, por lo general amigos, personas que están presentes y que no pertenecen a la familia. Esta eventualidad, puede deberse a la distancia de los amigos con respecto al muerto, cosa que no sucede con los parientes cercanos, que llegan a estar igual de afectados que el deudo. Estos otros que acompañan el duelo parecen ser una pieza fundamental

que permite tanto como asumir y hablar de la pena, como evadirla y salir de ella. Cuando estos no están, en algunos casos, se reclaman o se sienten en falta conservando la esperanza de que en algún momento se presenten. Aun cuando esos otros pueden resultar insistentes, agobiantes en los cuidados de quien están en duelo, la vinculación con ellos resulta ser un alivio.

Sentidos y Metáforas del Duelo

Por último, los sujetos, convidados a situar en pocas palabras lo que es estar en duelo, ofrecen un espectro de significaciones que conjugan la experiencia de pena. Algunos, la nombran con metáforas que aluden a la dificultad, estrechez, catástrofes, desajustes, algo raro, extrañeza, inestabilidad, ajenidad. Otros, la entienden como un camino que no se logra recorrer solo, y como una ruta donde hay desencuentros y sintonías. También, hay quienes la entienden como una ruptura o reconfiguración de la vida, la pérdida de algo propio, pero la constatación de la continuidad de las relaciones con los que ya no están.

De este modo el duelo implica un antes y un después que para algunos cambia y otorga sentidos a su vida presente, resignifica su pasado y proyecta su futuro, llegando a considerarse como un hecho que transforma la subjetividad del sobreviviente.

A partir de las palabras de los participantes, se pudo observar que el duelo por un ser querido fallecido, involucra actividades, relaciones, palabras, objetos, diversos sentidos. Configura un universo de experiencias amplio donde se engarzan aspectos biográficos, consideraciones acerca de la vida y la muerte, el pasado y la proyección de un futuro sin el difunto. Cuenta de rupturas, cambios y continuidades. Al corte provocado por la muerte en la ilusión de continuidad biográfica se le atribuyen diversos significados dependiendo de la persona en duelo.

La construcción de las nociones del duelo en las teorías y en los antecedentes

Iniciamos el recorrido dirigiendo la pregunta, respecto del duelo, a la teoría. Ese camino permitió observar las diferentes versiones, discusiones y tensiones sobre el tópico que llegan hasta nuestros días. La teoría freudiana, se toma como inicio de dos líneas de desarrollo del duelo. Por un lado, la vinculada a las ideas psicoanalíticas, acerca de cómo se constituye la subjetividad. Esta línea de pensamiento fue seguida, con algunos matices, por los psicoanalistas posteriores, que mantuvieron estas ideas y las enriquecieron a partir del trabajo clínico. La misma ha sido ampliamente desarrollada por los psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras locales, durante buena parte del siglo XX, tal como se observa en los antecedentes. Por otro lado, la línea en la cual esta tesis profundiza; la teoría del duelo que será asociada a la descripción de cuadros clínicos, en especial de la neurosis, y las formas patológicas de expresión de los afectos. Al respecto, como se consideró en el capítulo dos, si bien Freud, intenta precisar el concepto de duelo, no lo logra y termina definiéndolo en relación a criterios de normalidad y patología. Esto pautó los desarrollos posteriores al respecto que, si bien fueron variando y complejizándose, lo hicieron a la luz de ese esquema. El duelo además, será considerado en el primer tercio del siglo XX como un problema para la psiquiatría y la psicología, que desplegarán estudios y teorizaciones sobre el tópico. Estas disciplinas tomarán como antecedente el modelo de duelo propuesto por Freud, es decir, la idea de duelo como reacción por la pérdida y proceso a consumir en el tiempo, en comparación con la melancolía como versión de la patología, y también, la teoría del duelo ausente, delimitada por Deutsch (1937). En base, a este recorte, las investigaciones posteriores, estudiarán y comprenderán, las formas de expresión del duelo, sus transformaciones y regulaciones, categorizando el duelo como normal o patológico. De este modo, el duelo llega establecerse como objeto de investigación científica y en blanco de tratamientos médicos, psiquiátricos y psicológicos. Además, se convierte en una experiencia que debe diagnosticarse, orientarse, medirse,

acompañarse, medicarse, tratarse, formulándose constructos teóricos, prescriptivos y normalizadores del duelo en la cultura occidental. Conjuntamente a estos desarrollos, es relevante observar, que el duelo es considerado por la sociología y la antropología como un fenómeno digno de ser estudiado en relación a los efectos que produce en el sujeto, la familia y la población toda. Asimismo, las muertes por las guerras lo volverán un problema frecuente entre los sobrevivientes, llegando a pensarse, como un asunto de salud pública. También, se lo considera, en su vínculo con el Estado, en la medida que las viudas eran subvencionadas por su condición. De allí el interés de regularlo, corregirlo, lograr el ajuste social, orientando a los sujetos acerca de cómo debe transitarse, que es lo esperable en estos casos y cuándo debe ser objeto de estudio, consultas, acompañamiento o intervenciones.

Luego, en la segunda mitad del siglo pasado, paulatinamente la agenda investigativa acerca del duelo, abandona el paradigma psicoanalítico como sustento teórico de sus estudios. Los avances en el conocimiento de la biología del cerebro y la creación y popularización de los psicofármacos, como remedios para síntomas y malestares, fueron desplazando las ideas del psicoanálisis. Para muchos investigadores, volvió a primar, la hipótesis biológica de la enfermedad mental y su diagnóstico, nunca del todo abandonada. Consecuentemente, la hipótesis biológica y evolutiva del duelo, también siempre estuvo más o menos presente, al igual que la preocupación por las características y diagnóstico del duelo patológico. Esto hizo que el duelo se considere en vinculación a la depresión, resituando los síntomas y delineando diagnósticos. De este modo, el problema se trasladó a la discusión acerca de la causa de la depresión, para el psicoanálisis, establecida por la pérdida y el duelo; para la nueva/vieja psiquiatría, de inspiración biológica, vinculada a un déficit químico. En este punto, es evidente el papel que han jugado la industria farmacéutica y los psicofármacos, delineando nuevos malestares y pautando las discusiones respecto al tema. Tal controversia se observa en los

antecedentes de esta tesis, que muestran, como tanto el terreno académico de la psicología y de la medicina, como el psicoanalítico, se vieron afectados y enfrentados en torno a este asunto.

El panorama mencionado, da cuenta del proceso de patologización, medicalización, psicologización y farmacuticalización del duelo iniciado en el siglo XX que llega hasta nuestros días. Esto hace que se pueda pensar y establecer advertencias acerca del sobre-diagnóstico de duelo patológico, que deriva en tratamiento profesional y farmacológico, expresando una nueva modalidad cultural de comprensión y tramitación de la experiencia de pérdida. También, en que no es necesario contar con el mismo para que los duelos sean recibidos y atendidos por profesionales. Alcanza con la demanda de atención que el sujeto efectúa en pro de calmar los malestares que el duelo le genera, a él y su entorno.

A esta línea de análisis, es posible sumarle otra, vinculada a la socialización del duelo en el mundo occidental contemporáneo, tal como se expresa en relación a los estudios de Seale (1998) y Roudaut (2012, 2017). La consulta por duelo a los profesionales se puede considerar, en similitud con los rituales y su función, en la medida que son formas de poner en palabras, exorcizar, calmar, aliviar y contemplar al deudo y su dolor.

Finalmente, cabe destacar una crítica y un cambio de posición fundamental en relación al duelo, su tránsito y finalización, sustentada en los desarrollos de la sociología, la antropología y la psicología. La teoría tradicional del duelo, tal como se establece desde Freud, implica que el tránsito por la experiencia de pérdida tenga la marca del distanciamiento de la figura del muerto, eliminando su presencia y limitando o prescindiendo de toda vinculación con él. Las corrientes sociológicas contemporáneas, que vienen desarrollándose desde mediados del siglo XX y algunos avances teóricos de la psicología clínica, dan cuenta de otra perspectiva, basada en la prosecución de estudios sobre el duelo, críticos o no permeables a los tradicionalmente establecidos. Con el argumento de sus investigaciones, vinculadas a sujetos en duelo o de grupos de duelo, postulan la necesidad de la conservación y continuidad de los vínculos con los

difuntos significativos para la vida del deudo. Lejos de consignar esta situación como una enfermedad, se alejan del modelo médico y las formas patológicas del duelo, considerando que los muertos tienen un rol en la vida personal, familiar y social. De este modo, dan cuenta de una forma alternativa de considerar los duelos, revelando cómo el vínculo del deudo con el fallecido continúa pero también cambia, estableciendo una nueva forma de relación que tiene efecto en las relaciones familiares y comunitarias de los sobrevivientes.

El conocimiento producido por el psicoanálisis, la medicina, la psiquiatría, la sociología, la antropología y la psicología, sobre el duelo, intenta hacer lugar, entender y solucionar los problemas que se plantean en un contexto histórico, social y cultural determinado. Una vez formuladas las respuestas y miradas disciplinares sobre tema, llegan a generar transformaciones en la sociedad, en las ideas y en las subjetividades que recaen en la experiencia de duelo.

Síntesis

- Una primera significación de la experiencia de pérdida que aportan los sujetos se vincula a la producción de sentidos sobre la muerte. Se reconoce allí un interés reconstructivo, que impregna los duelos y se basa en la necesidad de volver a pensar, recordar y socializar el acontecimiento del fin de la vida y sus efectos.

- La desaparición del amado, produce un agujero en la existencia y lo extremo de esta experiencia, queda representado con quiebres, diferencias, cambios en relación al mundo, o en relación al sí mismo, marcando una ruptura en la biografía del sujeto, que necesita reconfigurarse. Lo que vendrá, en los días posteriores a la muerte, se explica como un intento de volver a colocarse en la vida, entender y dar sentido a lo que pasó.

- Los sujetos explican la experiencia del duelo, mencionando todo un universo de afectos, amorosos y hostiles, los cuales, más que atender o procurar la distancia o separación del difunto, lo hacen presente. El duelo es significado, a partir de los afectos que produce. Representan su característica definitoria, situando al sujeto en relación a su pérdida y otorgándole un lugar respecto del muerto.

- El padecimiento y la pena por la pérdida es notoria, pero el sujeto no hace de eso una queja, tal como se observa en las entrevistas realizadas. El modelo de la pena es el esquema aceptado, el duelo *no debe* ser de otra forma, no puede dejar de hacerse, experimentarse, de esa manera. Es decir no se cuestiona la pena, por más que, como se dice en las narrativas de esta tesis, produce malestares, los cuales son tolerados o se les busca una solución.

- El ritual por la muerte de un ser querido abarca varios significados. La diversidad de situaciones relatadas en esta tesis muestra que las personas en duelo no actúan únicamente adhiriéndose a lo que se acostumbra hacer. A veces se resisten a lo establecido o cumplen con ello parcialmente. Los rituales que se llevan a cabo, además de los significados compartidos culturalmente, poseen un significado familiar. Se decide qué se va hacer y cómo se va a realizar,

entre los miembros de la familia, más cercanos al difunto. No se delegan y la intervención familiar en estos asuntos, es un derecho y a la vez, una obligación.

- En los rituales se observan valoraciones dispares, por parte de la familia del difunto acerca de allegados, conocidos, los otros de la comunidad que participan, acompañando las prácticas fúnebres. Algunos familiares se sienten expuestos y observados por lo cual expresan desagrado vinculado a los concurrentes. Para otros, los que asisten a despedir al muerto, dan cuenta de la estima que le tenían y ponen en valor su vida. Esto es algo que se expresa con molestia, en el primer caso, y con orgullo, en el segundo.

- Los espacios donde se evacúan los restos y la forma en que se disponen, están presentes en las narrativas del duelo y muestran las diferentes visiones que se tienen sobre la muerte. Poseen una fuerza simbólica particular para los deudos, siendo, tanto el enterramiento o la cremación, algo más que modalidades de evacuación del cadáver, implican también representaciones y significados vinculados al difunto y la relación que se tuvo con él.

- Algunas de las prácticas fúnebres mencionadas, pueden pensarse como rituales de conexión, que aseguran la presencia y perpetuidad de las relaciones, con los muertos. Estas conexiones, se realizan a través de objetos o de acciones que se llevan a cabo, y dan cuenta de elementos de la relación que ocupan un lugar en los duelos.

- La multiplicidad de significaciones invertidas por los deudos en todas las instancias rituales mencionadas, permiten pensar en la necesidad de continuar, por lo menos por un tiempo, sosteniendo el lazo que lo une al difunto para lograr tramitar la experiencia. Aunque, tanto la necesidad de los rituales, como del lazo con el muerto, paulatinamente se van debilitando, no podemos decir que desaparecen completamente. Parte de esta experiencia, se integra a la vida del sobreviviente y se conserva de algún modo. Este punto lleva a la reflexión el modelo freudiano, en la medida en que propone, mediante el trabajo del duelo, la tarea de desligar del muerto, los recuerdos y expectativas que posee el sobreviviente. De eso se trataría

el duelo según esta propuesta, de la disolución de los lazos con el difunto, pero cómo vimos, este desasimiento no llegaría a establecerse del todo, persistiría sin obstaculizar la vida, dando cuenta de cierta continuidad de la relación que, aunque no logra replicarse suficientemente, transformada por la muerte, juega un rol en el duelo.

- La experiencia de duelo produce malestares tales como enfermedades, algunos de los cuales llevan a los sujetos a consultar a servicios de emergencia, policlínicas de medicina general, internistas, médicos de cabecera y psiquiatras, quienes les prescriben medicamentos o tratamientos específicos. Asimismo, realizan consultas psicológicas, procesos psicoterapéuticos individuales o grupales, en este último caso, destinados a personas en duelo.

- La atención del duelo por parte de la medicina, si bien no es nueva, comporta en la actualidad algunas características que son presentadas en esta tesis. La diferencia radica en que los sujetos en duelo reconocen y expresan, que el origen de su malestar, se vincula al duelo. La raigambre de esta convicción puede devenir de los mensajes disciplinares acerca del tópico, que instruyen sobre las dolencias del duelo y prometen una solución para ellas o de la necesidad de atender el malestar para funcionar en la vida, trabajar, vincularse con otros, aun transitando la experiencia. Esto último, también, necesita de los recursos y el alivio de las disciplinas consultadas. La perspicacia con que los sujetos llegan a detectar que los padecimientos son causados por el duelo, es evidente por todo lo que envuelve la situación de pena, es decir, son dolores o dificultades, realmente percibidas. Pero también, es posible que el duelo sea pensado como una razón para consultar, debido a la delimitación científica de la experiencia, que la termina incluyendo dentro de los problemas a tratar por la medicina, la psiquiatría y la psicología.

- Las contradicciones y perspectivas dispares, vinculadas a la prescripción, consumo y efectos de los psicofármacos en el duelo, muestran como la experiencia de pérdida, ingresa en el territorio de las tensiones que se producen en relación a estos medicamentos, al igual que

sucede en otros casos, para los cuales, también se suministran estas sustancias. Esto refleja que el duelo puede entenderse o interpretarse a partir de los procesos de farmacéuticización y delimitarse a la luz de sus parámetros.

- La relación con los profesionales, al igual que el ritual, es un recurso socialmente pautado que, posibilita a los sujetos en duelo, atribuir significados a su experiencia a partir de pronunciar palabras, que otro escucha, sobre los afectos y las relaciones con el difunto, más allá de la respuesta que se logre, o que, los médicos pueden dar en el tiempo que disponen, el sujeto en duelo, sitúa en ese espacio su demanda de atención, sus síntomas, dolores corporales, enfermedades e inconvenientes que le suscita la experiencia de pérdida y es el lugar adonde concurre en búsqueda de alivio.

- Los sujetos entrevistados reconocen encontrar un refugio y una forma de soportar la pena en compañía de los otros, por lo general amigos, personas que están presentes y que no pertenecen a la familia.

- Dar sentido al duelo implica explicaciones médicas, psicológicas, racionales, instrumentales, rituales pero también, metáforas, ideas propias, signos, y símbolos para expresar el dolor. El sujeto en duelo busca dar sentido a su experiencia de pérdida para reconfigurar su mundo con la ausencia del ser querido. Para eso intenta gestionar su duelo y los malestares que éste le provoca, compartiéndolo con otros cercanos o llevándolo a la consulta médica, psiquiátrica, psicológica, socializando de esta forma la experiencia. Los sentidos que se encuentran no están exentos de las ideas, normas y discursos que se producen sobre el duelo, las prescripciones y mensajes disciplinares o de otros sujetos que han pasado por la situación. Lo que podría entenderse como la experiencia de duelo en un sujeto se halla atravesada, además por las expectativas sociales sobre lo que se considera el curso “normal” de un duelo.

- La variedad de perspectivas y teorías acerca del duelo muestran las diferentes aristas de la experiencia, no logrando ninguna dar cuenta de la totalidad o de manera suficiente de la

misma. Todas muestran una forma de hacer con el duelo, le imprimen una finalidad y lo ubican como algo a superar, pasar, dejar atrás, un acto o una función que debe alcanzar cierta finalización y recuperación de un estado anterior. Esto delimita la experiencia y puede llegar a transformarla en un acto moral, en la medida que algo debe hacerse individual y socialmente para salir de alguna manera de ese quiebre vital que supone enfrentar el dolor por la pérdida.

- La historia de los estudios del duelo, aquí expresada, muestra sus reflejos en las experiencias de duelo recabadas para esta investigación. Se puede observar, en las modulaciones del duelo, en la descripción de los efectos de la pérdida, en los malestares que genera, en las prácticas rituales puestas en juego, en las estrategias implementadas para la búsqueda de alivio, en la consulta y en las intervenciones que se hacen respecto al problema. Los retazos de la teorías, discusiones e ideas que las disciplinas producen acerca del duelo se observan en lo que dice el sujeto que atraviesa la experiencia de pérdida, lo que podría estar hablando de una clara correspondencia, pero también de la modulación del fenómeno.

Apuntes para la psicología clínica

El desarrollo presentado en esta tesis con respecto a la experiencia de duelo, espera contribuir a la psicología ampliando la discusión sobre un motivo frecuente en la demanda de atención clínica. Los diferentes estudios y perspectivas teóricas que se presentan en esta investigación ponen en escena que el tema todavía sigue ofreciendo interrogantes. Asimismo, dan cuenta de cómo el duelo llega al espacio clínico con singulares presentaciones en cada sujeto, un síntoma, una enfermedad, malestares concretos o difusos, conflictos, silencios, palabras y demás expresiones por venir. Todas estas manifestaciones pueden pensarse como formas de otorgarle sentido al dolor por la pérdida, a su incompreensión, al vacío experimentado, a la ausencia y a sus consecuencias.

Los sentidos que se construyen en un duelo por parte de quien sufre constituyen significaciones para la vida que queda y son necesarios para que ésta prosiga de alguna manera. Dar sentido al dolor por la pérdida es transformarlo, situarlo, pasarlo por los afectos, ir y volver en los recuerdos, repetir la historia o inventar una nueva.

El clínico, tal como lo expresa Nasio (2007), recibe un dolor de carácter inadmisibile para el sujeto en duelo, que pone al profesional que escucha, en la disyuntiva de si, interpretar, medicar, intervenir, acompañar, ser testigo. Por lo cual, lo implica, y lo lleva a preguntarse por la función que debe sostener en torno al otro y su demanda.

La clínica del duelo, según Gerez Ambertín (2005) configura la posibilidad de hacer algo con la pérdida, subjetivarla a partir de las palabras entregadas, a sabiendas de que esto será solo una parte del todo; que no se llega a la “reparación” absoluta; que la pérdida deja una o varias marcas; y que quedarán restos, cuyo retorno se dará indefectiblemente. Para la investigadora, el duelo pensado desde la clínica psicoanalítica es “incurable”. A pesar de esto es preciso situar una escucha que aloje la pérdida, considerando que la experiencia de la muerte de un ser amado no es banal, tiene efectos, llega a subjetivarse, produciendo transformaciones en la vida y reconfigurando el pasado (Elmiger, 2010a).

De estas ideas, se desprende un mapa de ruta para el trabajo con el duelo en la clínica, que no es nuevo en psicoanálisis, y que apunta a seguir el camino que señalan las diferentes palabras puestas en juego ante la pérdida. Asimismo, pensando en la formación en psicología clínica esta investigación acerca a los estudiantes de grado y posgrado, un panorama de los diferentes movimientos conceptuales que se fueron dando en torno al duelo. Los mismos se vinculan a expectativas sociales, históricas, políticas, disciplinares y tecnológicas, que por momentos se conjugan y producen, desde sus coordenadas, ideas particulares sobre el tópico, tal como se intentó comprender y mostrar en este trabajo.

El estudio presentado con los fragmentos a la vista de las diferentes narrativas del duelo, su investigación, lectura y trabajo con las palabras, ofrece una aproximación a la clínica del duelo e invita a la producción de nuevas reflexiones por parte de los estudiantes, colegas y lectores interesados. Asimismo, la tesis convoca a interrogarse por la concepción de duelo que se ha recibido en la formación disciplinar y desde allí, poder advertir, cómo juega la misma en el encuentro con el otro que atraviesa la experiencia de duelo y la trae a la consulta.

Referencias

- Abinzano, R. (2019). Tres perspectivas de abordaje de las alucinaciones en la obra de S. Freud. *Perspectivas en Psicología*, 16(1), 66-75.
<http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/421>
- Abraham K. (1980/1911). Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalítico de la locura maníaco depresiva y condiciones asociadas. En *Psicoanálisis clínico* (pp. 104-118). Colección Psicoanálisis (trabajo original publicado en 1911). Hormé.
- Abraham K. (1980/1916). El primer estadio pregenital de la libido. En *Psicoanálisis clínico* (pp. 189-212). Colección Psicoanálisis (trabajo original publicado en 1916). Hormé.
- Abraham K. (1980/1924). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales En *Psicoanálisis clínico* (pp. 319-364). Colección Psicoanálisis (trabajo original publicado en 1924). Hormé.
- Acero, P., Pulido, M. y Pérez, B. (2007). Efectos emocionales, en padres que han perdido a un hijo en accidente de tráfico, en el contexto colombiano. *Umbral científico*, 011, 111-127. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30401110>
- Acevedo de Mendilaharsu, S. (1977). El carácter obsesivo y la estructura perversa; un sistema de Relaciones, de la personalidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 56, 31-50.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/725>
- Acevedo de Mendilaharsu, S., Frioni de Ortega, M. y Volinski de Hoffnung, P. (1985). La perversión. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 63, 84-108.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/832>
- Acevedo de Mendilaharsu, S. y Mendilaharsu, C. (1987). Melancolía y depresión. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 66, 39-56.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/818>

- Acevedo de Mendilaharsu, S. (1998). Estados de ánimo depresivo. *Relaciones*, 171, 7-9.
<http://www.chasque.net/frontpage/relacion/9808/index.html>
- Acevedo de Mendilaharsu, S. (2000). Duelo y dolor. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 13-24). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Achterberg, J. (1994). Ritual. *Foundation Transpersonal Medicine. ReVision*, 14(3), 158–165.
file:///C:/Users/user/Downloads/Jeanne%20Achterberg_Ritual%20the%20foundation%20for%20transpersonal%20medicine.pdf
- Adler, A. (1943). Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Cocoanut Grove disaster. *Journal American Medical Association*, 17(123), 1098-1101.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/jama.1943.02840520014004>
- Albou, J. (1991). La muerte y sus actores. *Relaciones*, 82, 16-17.
- Alizade, A.M. (2000). Duelos en el cuerpo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 27-33). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Allen, C. (2007). The poverty of death: social class, urban deprivation, and the criminological consequences of sequestration of death. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying*, 12(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/13576270601088392>
- Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Edelp.
- Alonso, L. (2007). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Coordinadores J. Delgado y J. Gutiérrez (coordinadores) *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. (pp. 225-240) Síntesis Psicología.
- Altman de Litvan, M. (2000). Alcance del sufrimiento y la muerte en la transmisión transgeneracional ¿Es posible la sublimación de las situaciones límite? En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 209-218). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Altman de Litvan, M. y Grill, S. (2000). Relación entre el Duelo y el Apego en la relación Madre-Bebé. Desde la clínica a la investigación empírica. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 219- 224). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Alves, A.M., Couto, S.B., Santana, M.P., Baggio, M.R.V. y Gazarini L. (2021). The medicalization of mourning: limits and perspectives in the management of suffering during the pandemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133221>
- Amaral, R. y Zijlstra, A. (2000). Suicidio y depresión. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 5-12). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Amigo, E. y Bagattini, J. (1986). Diagnóstico y certificación de muerte cerebral. *Archivos de Medicina interna*, 7(3), 53-63.
- Angulo, B., Buka, D. y González, E. (2000). Posible relación entre depresión y duelos maternos y Asma del niño. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 223-235). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Arantes, E., de Almeida, B., dos Santos, J., dos Santos Lotério, L., Guerrieri, A. y dos Santos, M. (2020) The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-American de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Araujo, M., Navarro, S. y García, E. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31 (1), S112-S116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Archer, J. (1999). *The Nature of Grief: The Evolution and Psychology of Reactions to Loss*. Brunner-Routledge.

- Arfuch, L. (2007). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetivación temporánea*. Fondo de Cultura Económica.
- Ariès, P. (1996). *El hombre ante la muerte*. Taurus.
- Armus, M., Roitman, A. y Szwarc, N. (2000). Duelo por la muerte de un hijo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 177-185). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Aslan, C.M. (2000). Metapsicología del duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 169-176). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Assandri, J. (2000a). Escrituras del duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 257-270). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Assandri, J. (2000b). La sombra del hombre ha caído sobre el yo. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 13-30). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Assandri, J. (2021). La venganza. ¿Un plato que se sirve frío? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 133, 24-44. <https://doi.org/10.36496/n133a5>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1952). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (1era. Edición).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1968). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (2da. Edición).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (3era. Edición).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4ta. Edición, texto revisado).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ta. Edición).

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ta. Edición, texto revisado).
- Aullé, M. (1998). La ritualización de la pérdida. *Anuario de Psicología*, 29(4), 67-82.
<file:///C:/Users/user/Downloads/61501-Text%20de%20l'article-88608-1-10-20071019-3.pdf>
- Averill, J. (1968). Grief: its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70(6), 721-748.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0026824>
- Averill, J. y Nunley, E. (1993). Grief as an emotion and as a disease: A social-constructionist perspective. In M. Stroebe, W. Stroebe y R. Hansson. (Ed.) *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 77–90).
- Bacci, M. (2014). *Pérdida y permanencia. El duelo en las personas que deciden donar un órgano de un familiar*. Ediciones Universitarias.
https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/bacci_perdida_y_permanencia_psico.pdf
- Bachini, O. y Garbarino, H. (1956). Dos observaciones de depresión distímica en relación con la elaboración del duelo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 21 (122), 39-43.
- Balparda, S. y Tenenbaum, H. (2000). Emergencia de duelo. Intervención psicoanalítica en una situación de crisis. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 123-130). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Bandini, J. (2015). The medicalization of bereavement: (Ab) normal grief in the DSM-5. *Death Studies*, 39, 347–352. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.951498>
- Baranger, Willy (1961). El muerto-vivo. Estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(4), 586-603.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/699>
- Barrán, J. (1993a). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. (Vol. 1). Banda Oriental.
- Barrán, J. (1993b). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. (Vol. 2). Banda Oriental.

- Barreto, P., de la Torre, O. y Perez Marin, M. (2012). Detección del duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barrett, C. y Schneweis, K. (1980). An empirical search for stages of widowhood. *Journal of Death and Dying* 11, 97-104. <https://doi.org/10.2190/T9GT-QJCU-ADJP-37ER>
- Barthes, R. (2009). *Diario de duelo 26 de octubre 1977- 15 de septiembre 1979*. Siglo XXI.
- Beaunoyer, E., Hiracheta Torres, L., Maessen, L. y Guitton, M. J. (2020). Grieving in the digital era: Mapping online support for grief and bereavement. *Patient Education & Counseling*, 103(12), 2515-2524. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.013>
- Benjamin, W. (1987). *Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura*. Brasiliense.
- Berg-Cross, L., Daniels, C. y Carr, P. (1992). Marital rituals among divorced and married couples. *Journal of Divorce and Remarriage*, 18, 1-30. https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J087v18n01_01
- Bergsmark, P. y Ramsing, F. (2023). Which considerations are lost when debating the prolonged grief disorder diagnosis? *Theory & Psychology*, 33(6), 1-17. <https://doi.org/10.1177/09593543231172193>
- Bernardi, R. (2000). Depresión y enfermedad orgánica: desafíos para el psicoanálisis. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 265-269). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Bernardi, R., Bouza de Suaya, G. y Morató de Neme, R. (2000). Investigación actual sobre la depresión: psicoanálisis e interdisciplinariedad. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 99-111). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Berta, R. (2000), De duelos y dolores. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 294-297). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Bespali de Consens, Y. (1995). Homicidios en Uruguay. Violencia y duelos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 59(331), 29-38.
- Bettini, M. (2014). La repetición de los intentos de suicidio y su relación con el duelo. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/4467>
- Bianchi, E. (2014). Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. *Revista Culturas Psi*, 2, 87-114. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36285>
- Bichat, M. (1852 [1800]). *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. Masson (trabajo original publicado en 1800). <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6275881c>
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000)*. *Transformaciones de los saberes psicológicos*. Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República. https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/psico-01_bielli_2012-11-29-webo.pdf
- Bielli, A. (2014). Proyecto I+D Csic. Udelar. Consumo de medicamentos benzodiazepínicos en adultos: significaciones y experiencias de uso. (Inédito).
- Bielli, A. y Toledo, M. (2016). Proyecto I+D Csic. Udelar. Antidepresivos: Etnografía del consumo en población ASSE de Montevideo. (Inédito).
- Bleichmar, H. (1976). *La depresión. Un estudio psicoanalítico*. Nueva visión.
- Bleichmar N. y Lieberman, C. (1989). *El Psicoanálisis después de Freud*. Paidós.
- Boelen, P. y Lefenrink, L. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: symptom profiles, predictive value and cognitive - behavioral correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 765-777. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01776-w>

- Boelen, P. (2015). Peritraumatic distress and dissociation in prolonged grief and posttraumatic stress following violent and unexpected deaths. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(5), 541–550. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1027841>
- Bodnar, L. y Zitner, R. (2000). “Yo canto una canción que se llama silencio”. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 111-122). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Bonanno, G. A., y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705–734. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
- Boschan, P. (2000). El niño no bienvenido y sus sueños. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 285-290). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss*. Harvard University Press.
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychology*, 59, 137–145. <https://doi.org/10.1007/s11089-009-0264-0>
- Bouza de Suaya, G. (2000). Los duelos en el analista. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 225-231). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Bowlby, J. (1986/1961). *Vínculos afectivos, formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1961).
- Bowlby, J. y Parkes, C. (1970). Separation and loss within the family. En E. J. Anthony y C. Koupernik (Eds.) *The Child and His Family*. (pp. 197–216). Wiley.
- Bowlby, J. (1980). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. El apego y la pérdida 3. Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El apego*. Paidós.
- Bowling, A. (1983). The hospitalisation of death: should more people die at home? *Journal of medical ethics*, 9, 158-161. <https://doi.org/10.1136/jme.9.3.158>

- Breen, L. y O'Connor, M. (2007). The fundamental paradox in the grief literature: a critical reflection *Omega Journal of Death and Dying*, 55(3), 199-218.
<https://doi.org/10.2190/OM.55.3.c>
- Breuer, J. y Freud, S. (1996/1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En Etcheverry, J. (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. II. (pp. 27-44) Amorrotu (Trabajo original publicado en 1893).
- Brewster, H. (1950). Grief: A Disrupted Human Relationship. *Human Organization*, 9(1), 19–22. <https://doi.org/10.17730/humo.9.1.g718686718498167>
- Briceño, B., León, H., Medina, N. y González-Díaz, J. Anotaciones en torno al duelo durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 1(19), 6-12. https://www.webapal.org/docs/revista/revista_APAL_19.pdf
- Brinkmann, S. (2014). Languages of suffering. *Theory & Psychology*, 24(5), 630–648.
<https://doi.org/10.1177/0959354314531523>
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Anxiety Disorders*, 17, 131–147.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0887-6185\(02\)00184-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0887-6185(02)00184-6)
- Brown, F. (1961). Depression and childhood bereavement. *Journal of Mental Science*, 107, 754-777. <https://doi.org/10.1192/bjp.107.449.754>
- Brown, F. y Epps, P. (1966). Childhood bereavement and subsequent crime. *British Journal of Psychiatry*, 112(491), 1043-1048. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.491.1043>
- Bruhn, J. G. (1962). Broken homes among attempted suicides and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Mental Science*, 108(457), 772-779.
<https://doi.org/10.1192/bjp.108.457.772>
- Brum, J. L. (1978). La muerte cerebral. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 58, 102-104.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/628>

- Brum, José Luis (1985). Aspectos teórico-clínicos de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 50 (297-298-299-300), 161-166.
- Burke, L., y Neimeyer, R. A. (2014). Complicated spiritual grief. Relation to complicated grief symptomatology following violent death bereavement. *Death Studies*, 38(4), 259–267. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2013.829372>
- Burke, L., Clark, K., Ali, K., Gibson, B., Smigelsky, M. y Neimeyer, R. (2015). Risk Factors for Anticipatory Grief in Family Members of Terminally Ill Veterans Receiving Palliative Care Services. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11(3-4), 244-266. <http://dx.doi.org/10.1080/15524256.2015.1110071>
- Burton, R. (1947 [1651]). *Anatomía de la Melancolía*. Espasa Calpe. (Trabajo original publicado en 1651).
- Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Cabanne, J. y Suarez, E. (2000). Trastorno bipolar: Interacción Psiquiátrico Psicoanalítica. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 112-124). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Campalans, L. (2000). De todos los duelos, el duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 198-200). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Cantonett, E. (2000). Adicciones. Problemática de la obesidad infantil: una propuesta diferente. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 278-283). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Caparrós N. (2002). *Correspondencia de Sigmund Freud. Tomo V 1926-1939. El ocaso de una época. Los últimos años*. Biblioteca Nueva.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.

- Caponi, S. (2018). La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria – Revista De Filosofía E Historia De La Ciencia*, 8(2), 97–103.
<https://doi.org/10.48160/18532330me8.179>
- Capshew, J. H. (1999). *Psychologists on the march: Science, practice, and professional identity in America, 1929-1969*. Cambridge University Press.
- Capurro, R. (1986). Los trabajos del duelo. 7mo. *Cuaderno de Psicoanálisis freudiano*, 11-20. Escuela Freudiana de Montevideo.
- Carril, E. (2000). Femenino/Masculino. La pérdida de ideales y el duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 140-148). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Cartwright, A. (1968). Communication between Doctors and Patients. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 61(6) 561-563.
<https://doi.org/10.1177/003591576806100612>
- Cartwright, A. (1991). Is Religion a Help Around the Time of Death? *Public Health*, 105(1), 79 -87. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(05\)80320-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(05)80320-8)
- Casas de Pereda, M. (2000). De finales y principios. El duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 25-34). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Casas de Pereda, M. (2009). Conflicto psíquico, efectos de una pérdida. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 109, 33-52.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1167>
- Castellanos, G. (2000). De la tragedia a lo cómico: un recorrido posible. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 41-58). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Cerecedo, M., Tovar, M. y Rozadilla, A. (2013) Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Atención Primaria*, 45(10), 536-540.

<https://core.ac.uk/download/pdf/dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.008>

Ceretti, T. (2000). Duelo, depresión y enfermedad orgánica. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. pp. (270-273). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Cherblanc, J., Simard Ch., Verdon, Ch., Gauthier, G., Maltais, D., Grenier, J., Bergeron-Leclerc Ch., Cadell, S., Zech, E., Sani, L. y Bacqué, M-F. (2022). Pratiques rituelles numériques en temps de pandémie. *Études sur la mort*, 1(157), 75-96.

<http://dx.doi.org/10.3917/eslm.157.0075>

Clayton, P., Desmarais, L. y Winokur, G. (1968) A study of normal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 125(2), 168-178. <https://doi.org/10.1176/ajp.125.2.168>

Clayton, P., Halikas, J. y Maurice, W. (1972). The depression of widowhood. *British Journal of Psychiatry*, 120(554), 71–77. <https://doi.org/10.1192/bjp.120.554.71>

Clayton, P., Halikas, j., Maurice, W, y Robins, E. (1973). Anticipatory grief and widowhood. *The British Journal of Psychiatry*, 122(566), 47-51.

<https://doi.org/10.1192/bjp.122.1.47>

Cohen, L. D. (1992). The academic department. En D. Freedheim (Ed.) *History of psychotherapy: A century of change*. (pp. 731-764). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10110-021>

Correa, L. (2000). “La expulsión del paraíso”. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 298-304). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Craft, M., Stephenson, G., y Granger, C. (1964).The relationship between severity of personality disorder and certain adverse childhood influences. *British Journal of Psychiatry*, 110(466), 392-396. <https://doi.org/10.1192/bjp.110.466.392>

Crepaldi, M., Schmidt, B., Noal, D., Bolze, S. y Gabarra, L. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: Demandas psicológicas emergentes e implicações

- prácticas. *Revista Estudos de Psicologia*, 37(e200090). <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
- Creswell, J. W. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Pearson Education
- Currier, J., Holland, J. y Neimeyer, R. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(2), 253-259. <https://doi.org/10.1080/15374410701279669>
- Currier, J., Neimeyer, R. y Berman, J. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychology Bulletin*, 134(5), 648-661. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.134.5.648>
- Daguerre, L., Cordero, S., y Costa-Ball, D. (2015). Propiedades psicométricas del PBQ-SF en su versión en español, en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 9(Espec), 163–175. <https://doi.org/10.22235/cp.v9iEspec.440>
- Darwin, Ch. (1902/1872). *La expresión de las emociones en el hombre y otros animales*. F. Sempere (Trabajo original publicado en 1872). https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/118043/file_1.pdf
- de la Hanty, P. (2000). Duelo en el analista: impacto en la sesión. Aproximaciones y notas. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 59-72). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- de Melo, M. y Merlhy, M. (2020). Luto e nao-violencia em tempos de pandemia: precariedade, saúde e outros modos outros de viver. *Psicologia & Sociedade*, 32. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240329>
- de Montgolfier, L. (2013). Deuil et médecine générale: enquête auprès de 244 endeuillés adultes. *Annales Médico-Psychologiques*, 171(3), 189-192.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.01.028>

- De León de Bernardi, B. (2000). Transferencia negativa y duelo en el proceso analítico. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. pp. (149-150). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- De Souza, N. (2000). Florencia, dos destinos para un duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 239-247). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- De Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar.
- De Souza Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6(3), 251-261. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348002.pdf>
- Déchaux, J.H. (2003). Mourir à l'aube du xxie siècle. *Gérontologie et Société* (25) 102, 253-268. <https://doi.org/10.3917/gs.102.0253>
- Decreto 379 (2008). Poder Ejecutivo, Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Investigación en seres humanos. <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>
- Defey, D. (2000). El duelo por el hijo soñado. El diagnóstico prenatal del síndrome de Down. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 284-293). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Defey, D. y Cherro, M. (2000). El mellizo sobreviviente. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 236-238). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Delprésito, N. (2000). Lo que o fue. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 185-191). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Delprésito, N., Gratadoux, E. y Schroeder, D. (2008). El lugar del otro en la práctica psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 106, 120-148. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1700>
- Dennehy, C. M. (1966). Childhood bereavement and psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 112(491), 1049-1069. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.491.1049>

- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *The Psychoanalytic Quarterly*, 6(1), 12-22.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1937.11925307>
- Díaz, J.P. (1992). El enfermo grave y su entorno en la literatura. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 75, 55-74.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1120>
- Di Pego, A. (2015). La experiencia en Walter Benjamín. Entre el orden profano y la intensidad mesiánica. X Jornadas de Investigación en Filosofía. *Memoria Académica*, 1-7
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7597/ev.7597.pdf
- Doka, K. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39.
<https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Duek, R. y London, C. (2000). El duelo ante un acontecimiento inesperado en la infancia: la muerte de los padres. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 310-315). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Dupont, J. (1992). Muerte, el nuevo tabú. *Relaciones*, 196, 20.
- Durà-Vilà, G., Littlewood, R y Leavey, M. (2011). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help - seeking. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165 –175. <https://doi.org/10.1177/0020764011430037>
- Durkheim, É. (1976 [1897]). *El suicidio*. Akal.
- Durkheim, É. (2015 [1915]). Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento). FCE.
- Earle, A.M. y Earle, B. V. (1961). Early maternal deprivation and later psychiatric illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31(1), 181-186.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1961.tb02117.x>
- Echeburúa, E., Karnele Salaberría, C. y Cruz-Sáez, M. (2014) Aportaciones y limitaciones el DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>

Eisenbruch, M. (1984). Cross-cultural aspects of Bereavement I A conceptual Framework for Comparative Analysis. *Cultural, Medicine Psychiatry*, 8(3), 283–309.

<https://doi.org/10.1007/BF00055172>

Eisma, M. Tamminga, A., Smid, E. y Boelen, P. (2021) Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison *Journal of Affective Disorders*, 278(1), 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>

Eisma M. y Tamminga, A. (2022). COVID-19, natural, and unnatural bereavement: comprehensive comparisons of loss circumstances and grief severity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2062998>

Eliot, T. D. (1930). Bereavement as a problem for family research and technique. *The Family*, 11(4), 114-115. <https://doi.org/10.1177/104438943001100403>

Eliot, T. D. (1932). The bereaved family. *The annals of the American Academy*, 160(1), 184-190. <https://doi.org/10.1177/000271623216000122>

Eliot, T. D. (1943). Of the shadow of death. *Annals of the American academic of political and social science*, 229, (1), 87-99. <https://doi.org/10.1177/000271624322900112>

Eliot, T. D. (1946). War Bereavements and Their Recovery. *Marriage and Family Living*, 8 (1), 1-8. <https://doi.org/10.2307/346823>

Elmiger, M. E. (2010a). La función subjetivante de los duelos en Freud. *Acta Académica*, 181-183. <https://www.aacademica.org/000-031/739>

Elmiger, M. (2010b) La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, (X), 13-33. <http://www.redalyc.org/pdf/271/27116941002.pdf>

Engel, G. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23(1), 18–22. <https://doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002>

Engel, G. (1962). *Psychological Development in Health and Disease*. Saunders.

- Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64(9), 93-98
<https://doi.org/10.2307/3419426>
- Engel, G. (1971). Attachment behavior, object relations and the dynamic economic points of view. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 183-196.
- Errandonea, E. (2000). La depresión en la mujer. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 125-130). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Espinosa, R., Campillo, J., Garriga, A. y Martín, J. (2015). Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 383-386.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265038752011>
- Faschingbauer, T., Devaul, R. y Zisook S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134(6), 696-698.
<https://doi.org/10.1176/ajp.134.6.696>
- Faval, V. y Ulriksen de Viñar, M. (2000). Dismormofobia. Un duelo imposible. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 34-42). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Fedidá, P. (2003). The relic and the work of mourning. *Journal of visual culture*, 2(1), 62-68.
<http://dx.doi.org/10.1177/147041290300200104>
- Ferenczi, S. (2011/1916-1917). Dos tipos de neurosis de guerra. En *Teoría y Técnica del Psicoanálisis*. (pp.92-104). Lumen Hormé.
- Fernández, Alba. (2012). La función de la amistad ante el dolor psíquico y su relación con la intervención clínica. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/2652>
- Ferraresi Rodrigues Queluz, F. N., Lessa, J. P., Rinaldo Priolo Filho, S., Trombini Frick, L., Zacarias Martins, J., Sanches Peres, R., Cortez, P. A. (2022). Adaptación y evidencia de

- validez del Traumatic Grief Inventory. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), e-2442.
<https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2442>
- Ferrari, V. (2018). Procesos de duelo en personas con demencia y sus familiares cuidadores. Diplomado en Psicogerontología. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/21028>
- Fidacaro, P. (2014). Duelo y Psicosis. Conjeturas psicoanalíticas. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/4457>
- Field, D. (1984). Formal instruction in United Kingdom medical schools about death and dying. *Medical Education*, 18(6), 429-434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1984.tb01298.x>
- Field, D. (1986). Formal teaching about death and dying in UK nursing schools. *Nurse Education Today*, 6(6), 270-276. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(86\)90043-2](https://doi.org/10.1016/0260-6917(86)90043-2)
- Figari Diab, F. (2021). Duelo público a través de la performance en Uruguay. *Contemporánea. Historia y problemas del siglo XX*, 15(2), 210-229.
<https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/cont/article/view/1422>
- Flechner, S. (2000). Acerca de los intentos de autoeliminación y los suicidios en la adolescencia. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 53-62). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Fleischer, D., Allegro, F., Rivas, D. y Surmani, F. (2016). De espectros y zombis: pensar los límites del proceso de duelo. *Acta Académica*, <https://www.aacademica.org/000-044/718.pdf>
- Flores, S. (2002). Duelo. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 25, 77-85.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>

- Fong, J. (2017). *The Death Café Movement: Exploring the Horizons of Mortality*. Palgrave/Macmillan.
- Fowlkes, M. (1990). The Social Regulation of Grief. *Sociological Forum* 5 (4), 635-651.
<https://doi.org/10.1007/BF01115395>
- Foucault, M. (1986). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Fulcomer, D. (1944). Bereavement as a Field for Research: An Introduction with Special Reference to Recent Research on Bereaved Spouses *Man*, 44, 122-123.
<https://doi.org/10.2307/2791993>
- Frances, Allen. (2010). Opening Pandora's Box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*, 27(3), 1-11.
- Franco, G. (2000). Acción-Repetición-Creación: Posibles destino del duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 141-148). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Frankenberg, R. (1987). Life: Cycle, Trajectory or Pilgrimage? A Social Production approach to Marxism, Metaphor and Mortality. En A. Bryman, B., Whiteway, P. Allatt, y T. Keil, (Eds.) *Rethinking the Life Cycle*. (pp. 122-140). Palgrave Macmillan.
- Freire de Garbarino, M. (1958). La posición depresiva en el análisis de un niño. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 2(3), 280-297.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/495>
- Freire de Garbarino, M. (1961). Estudio de la evolución del vínculo objetal entre pérdida paranoide y pérdida depresiva en el análisis de una niña fálica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(4), 621-646.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/712>
- Freire de Garbarino, M. (1989). Clínica de la depresión en el lactante. *Revista de la Asociación de psicopatología y psiquiatría de la infancia y la adolescencia*, 9, 5-7.

- Freud, S. (1996 /1890)). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En Etcheverry, J. (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. I. (pp. 111-132). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1890).
- Freud, S. (1996/1895). Proyecto de psicología. En Etcheverry, J. (Trad.), *Obras Completas*. Vol. 1. (pp. 323-393). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1996/1895). Manuscrito G. Melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. Vol. I. (pp. 239-246). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1996/1896). Manuscrito K. Las neurosis de defensa (Un cuento de Navidad). En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. Vol. I. (pp. 260-269). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896).
- Freud, S. (1996/1905). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. VII. (pp. 109-224). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1996/1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. X. (pp.119-194). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1909).
- Freud, S. (1996/1910). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XI. (pp. 231-232). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1909).
- Freud, S. (1996/1910-1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XII. (pp. 231-232). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1910-1911).

- Freud, S. (1996/1915). Pulsiones y destinos de Pulsión. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XIV. (pp. 105-134). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1996/1914). Introducción del Narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XIV. (pp. 65-98). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1996/1915). Lo inconsciente. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XIV. (pp. 153-214). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1996/1917). Duelo y Melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XIV (pp. 235-258). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1996/1915). De guerra y de muerte. Temas de actualidad. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XIV. (pp. 273-304). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1996/1916). La transitoriedad. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XIV. (pp. 305-312). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S. (1996/1916-1917)). Conferencias de introducción al Psicoanálisis Parte III. Conferencia XVIII. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XVI. (pp. 250-261). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S. (1996/1926). Inhibición, síntoma y angustia. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Vol. XX (pp. 71-164). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1926).

- Fried, M. (1962). Grieving for a lost home. En J. Wilson (1966). *Urban Renewal: The Record and Controversy*, (pp. 359-379). M.I.T. Press.
- Fullgraff, M.E. (2000). Depresiones al despuntar el tercer milenio. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 73-88). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Fulton, R. (2003). Anticipatory mourning: a critique of the concept. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying*, 8(4), 342-351.
<https://doi.org/10.1080/13576270310001613392>
- Gaines, R. (1997). Detachment and continuity. The two tasks of mourning. En G. Hagman (2016). *New Models of Bereavement Theory and Treatment: New Mourning* (pp. 549-571). Routledge.
- Gaines, R. (1997). Detachment and Continuity The Two Tasks of Mourning. *Contemporary Psychoanalysis*, 33, 549-571.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00107530.1997.10747005>
- Galeano Muñoz, J. (1984). Melancolía. *Relaciones*, 4, 3-5.
- Galeano Muñoz, J. (1985). Melancolía y formas clínicas de depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 50, 97-104.
- Galvez, M. y Maldonado, J. (2000). Vicisitudes en los vínculos en relación con el reproche y los duelos. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 151-168). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Gamino, L., Easterling, L. y Stirman, L. (2000). Grief adjustment as influenced by funeral participation and occurrence of adverse funeral events. *Omega*, 41(2) 79-92.
<https://doi.org/10.2190/QMV2-3NT5-BKD5-6AAV>

- Gamo, E., del Álamo, C., Hernangómez, L. y García, A. (2003). Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental *Medwave* 3(8) e2772
<http://doi.org/10.5867/medwave.2003.08.2772>
- Garbarino, H. (1958). El envejecimiento como síntoma transitorio. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 3(2), 271-279.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/494>
- Garbarino, H. (1960). Fantasía y realidad (Análisis de un núcleo autístico atípico)*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 3(2-3), 3-29.
- Garbarino, H. (1994). La depresión. Conferencia del Prof. Dr. Héctor Garbarino dictada el 18/3/94. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 58(329), 5-12.
- García, J. (1998). Fragmentos sobre tiempo, duelo y angustia (en el fin del milenio). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 112-130.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1363>
- García, J. (2000a). La muerte y el objeto. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 35-44). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- García, J. (2000b). Nociones de duelo y conceptos psicoanalíticos afines. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 89-96). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- García, J. (2009). La muerte y el objeto. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 108, 90-107.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1199>
- García, M. (2023). El proceso de duelo en la vejez: la importancia de los vínculos y la garantía de los derechos humanos en los establecimientos de larga estadía en el Uruguay. Diplomado en Psicogerontología. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/43960>

- García, S. (2000). Fallas primarias que dificultan la elaboración de los duelos. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 149-161). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Gerez Ambertín, M. (2005). El incurable luto en psicoanálisis. *Psicología en Revista* 11(18), 179-187. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a03.pdf>
- Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150. http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Gibson, A., Wladkowski, S., Wallace, C. y Anderson, K. (2020). Considerations for Developing Online Bereavement Support Groups. *Journal of Social Work in End-of- Life & Palliative Care*, 16(2), 99-115. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745727>
- Giovannetti, M. (2000). Identidade e sombreamentos. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. (Tomo II. p. 91). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Giraud, P. (1979). *La semiología*. Siglo XXI.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1965). *Awareness of dying*. Aldine.
- Goijnan, L. (2000). El duelo congelado. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 177-184). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Goldstajn, J. (2000). Depresao em psicanálise: repensando o seu conceito. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (p. 272). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Gómez Mango, E. (1985). El migrante y sus signos. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 1(4), 81-91.
- Gómez, J.J. (2000). La agresividad en el vínculo. Una modalidad que genera depresión. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 20-26). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Gonzalez, E. (2000). Cuando muere el analista. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 273-278). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- González-Rodríguez, A. y Labad, J. (2020). Mental health in times of COVID: Thoughts after the state of alarm. *Medicina Clínica*, 155(9), 392-394. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-english-edition--462-articulo-mental-health-in-times-covid-S238702062030471X>
- Gorer, G. (1955). The pornography of death. *Periodical Encounter*, 5(4), 49-52. http://dx.doi.org/10.1057/9781137367938_12
- Gorer, G. (1965). Death, grief, and mourning in contemporary Britain. Cresset Press. https://archive.org/details/deathgriefmourni0000gore_h5j3/page/8/mode/2up?view=th eater
- Granek, L. (2008). Bottled Tears: The pathologization, psychologization and privatization of grief. Tesis Doctorado en Filosofía. Programa de Psicología. Universidad de York. Toronto, Canada.
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief Theory in Psychology from Freud to the present. *History of Psychology. American Psychological Association*, 13(1), 46–73. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016991>
- Granek, L. (2014). Mourning Sickness: The Politicizations of Grief. *Review of General Psychology. American Psychological Association*, 18(2), 61–68. <https://doi.org/10.1037/gpr0000001>
- Granek, L. y Peleg-Sagy, T. (2018). The use of pathological grief outcomes in bereavement studies on African Americans. *Transcultural Psychiatry*, 54(3) 384–399. <https://doi.org/10.1177/1363461517708121>

- Greer, S. (1964a). Study of parental loss in neurotics and psychopaths. *Archives of General Psychiatry*, 11(2), 177-180. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488603>
- Greer, S. (1964b). The relationship between parental loss and attempted suicide: a control study. *The British Journal Psychiatry*, 110(468), 7069-7045. <https://doi.org/10.1192/bjp.110.468.698>
- Greer, S., Gunn, J. C., y Koller, K. M. (1966). Aetiological factors in attempted suicide. *British Medical Journal*, 2, 1352-1355. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5526.1352>
- Grele, R. (1990). La historia y sus lenguajes en la entrevista de historia oral: quien contesta a las preguntas de quién y por qué. *Revista Historia y fuente oral*, (5), 106-115. <https://www.jstor.org/stable/27753314?origin=JSTOR-pdf>
- Grigoravicius, M. y Toso, A. (2021). Repensar al duelo: de lo singular a lo cultural. *Affectio Societatis*, 18(34), 1–28. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v18n34a03>
- Grigoravicius, M. y Toso, A. (2022). La desmentida, su lugar en el duelo y en la cultura. *La época APA online*, 30. <https://laepoca.apa.org.ar/Revistas/30-Desmentida.-Efectos-en-la-clinica/La-desmentida-su-lugar-en-el-duelo-y-en-la-cultura>
- Guerra, V. (2000). Duelo y escritura. “Retrato de un hombre invisible”. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 98-110). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Gunaratnam, Y. (1997). Culture is not enough: A critique of multi-culturalism in palliative care. En D. Field, J. Hockey y N. Small (Eds.) *Death, gender and ethnicity* (pp. 166 – 186). Routledge.
- Gutiérrez, M. (2000). Acerca de la transmisión de los duelos en una niña. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 305-309). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Hagman, G. (1995). Mourning: A review and reconsideration *The International Journal of Psychoanalysis*, 76(5), 909-925.
https://www.researchgate.net/publication/14281301_Mourning_A_review_and_reconsideration
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Paidós.
- Hanauer, Ch., Telaar B., Al-Dawaf, N., Rosner, R. y Doering, K. (2023). 'Feeling disconnected' – risk factors for PGD and themes in grief counselling during the COVID-19 pandemic. A mixed-method study. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). 1-11.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2183006>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de investigación* McGrawHill. Empresa editora El Comercio S.A.
- Hernández –Fernandez, C. y Meneses-Falcón, C. (2020). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health Social Care Community*, 30(4), 220-1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13530>
- Hertz (1990/1907). *La muerte y la mano derecha*. Alianza.
- Hinton, J. (1967). *Dying*. Penguin Books.
- Hilgard, J. y Fisk, F. (1959). Strength of Adult Ego Following Childhood Bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 30, 788-798.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1960.tb02094.x>
- Hill, O. W. y Price, J. S. (1967). Childhool bereavement and adult depression. *British Journal of Psychiatry*, 113(500), 743-751. <https://doi.org/10.1192/bjp.113.500.743>
- Hobson, C. (1964). Widows of Blackton. *New Society*, 4 (104), 13–16.
<https://drive.google.com/file/d/1l8GNWgQLAeV6VSS7Cni3DodnRDB4nqdg/view?usp=sharing>

- Hockey, J. (1996). The view from the west. En J. Howarth y P. Jupp, P. (Eds.), *Contemporary issues in dying, death and disposal*. (pp. 3-16). Macmillan.
- Hockey, J. (2001). Changing death rituals. En J. Hockey, J. Katz y N. Small (Eds.) *Grief, mourning and death ritual*. (pp. 185-211). Open University Press.
- Hoffnung, H. (1989). Prevención y tratamiento de la depresión. Introducción al Simposio sobre prevención y tratamiento de la depresión. *Revista de la Asociación de psicopatología y psiquiatría de la infancia y la adolescencia*, 9, 33-36.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N. y Alvarez, W. (1980). Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 85-92.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.1980.01780140087010>
- Horowitz, M., Bonanno, G. y Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260–273. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00004>
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C. y Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(7), 904–910. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>
- Hovsepián, S. (2014). La intimidad de la muerte. *Relaciones*, 359, 23-24.
- Hug-Helmut, H. (1998/1965). El concepto de muerte en el niño. *Revista de Psicoanálisis del Uruguay*, 88, 7-21. Trabajo original publicado en 1965.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1342>
- Ihlenfeld de Arim, S. (1998a). Breve comentario de Hermine v. Hug-Helmut. *Revista de Psicoanálisis del Uruguay*, 88, 22-23.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1343>
- Ihlenfeld de Arim, S. (1998). Duelos en la infancia. *Revista de Psicoanálisis del Uruguay*, 88, 39-54. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1345>

- Ihlenfeld de Arim, S. (2000). Identificaciones y repetición en duelos de infancia. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 83-90). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Imber-Black, E. (1991). Rituals and the healing process. En F. Walsh y M. McGoldrick (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (pp. 207-223). W. W. Norton.
- Imber-Black, E. (2020). Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, responsiveness, and the Human Spirit. *Family Process*, 59(3), 912-920. <https://doi.org/10.1111/famp.12581>
- Israel, R. y Bonomo, S. (2000). Desencuentro, encuentro y separación en la relación docente-alumno. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 305-309). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Irion, P. (1991). Changing patterns of ritual response to death. *Omega*, 22(3), 159-172. <https://doi.org/10.2190/1MY9-7P2B-GWF2-A53X>
- Iuale, M.L. (2018). Cuerpos afectados: los afectos en la experiencia analítica. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires*, 25, 211-224. https://www.psi.uba.ar/publicaciones/anuario/trabajos_completos/25/iuale.pdf
- Jacobs, S., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., Kosten, T. y Charpentier P. (1986). The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved. *Hospital Journal* 2(4), 21-36. <https://doi.org/10.1080/0742-969X.1986.11882573>
- Jacobs, S., Kosten T., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L. y Charpentier, P. (1988). Attachment Theory and Multiple Dimensions of Grief. *Omega Journal of Death and Dying*, 18(1), 41-52. <https://doi.org/10.2190/8QD0-W9R6-QX96-A5K3>
- Jacobs, J. L. (1992). Religious ritual and mental health. En J. F. Schumaker (Ed.), *Religion and mental health* (pp. 291- 299). Oxford University Press.
- Jacobsen, M. (2016). “Spectacular Death” Proposing a New Fifth Phase to Philippe Ariès’s Admirable History of Death. *Humanities*, 5(2), 1-20. <https://doi.org/10.3390/h5020019>

- Jacobsen, M. (2021). *The age of spectacular death*. Routledge.
- Jacobsen, M. y Petersen, A. (2018). Sorgen socialite en Sosiologisk kommentar til psykologiseringen og medikaliseringen af menneskelige følelser. *Psyke & Logos* 39(1), 55-73. <https://doi.org/10.7146/pl.v39i1.112163>
- Jacobsen, M. y Petersen, A. (2019). *Exploring grief. Toward a Sociology of sorrow*. Taylor & Francis Group.
- Jacoby, N. (2012). Grief as social emotion: theoretical perspectives. *Death Studies*, 36(8), 679–71. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584013>
- Jiménez, R. (1998). *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*. Ciencias Médicas.
- Jones, P. y Martinson, I. (1992). The experience of bereavement in caregivers of family members with Alzheimer's disease. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(3), 172–176. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00714.x>
- Kachinovsky, A. (2000). Historias de aprendizaje: “El capellán del diablo”. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 67-79). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Kanciper, L. (2000). Los afectos y los duelos. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 239-248). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Kanciper, L. (2001). Resentimiento, memoria y duelo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 93, 28-50. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1683>
- Karmelic, V. y Alvarez, N. (2000). La depresión femenina: una aproximación a sus dimensiones sociales. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. Depresión. (pp. 97-110). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Kastenbaum, R. (2004). *On Our Way: The Final Passage through Life and Death*. University of California Press.

- Kebedjian, S. (2021). Genocidio y silencio: el duelo de los sobrevivientes del Genocidio Armenio, a través de las narrativas de sus descendientes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/37332>
- Kessel, N. (1965). Self-poisoning. *British Medical Journal*, 2. 1265-1270.
<https://doi.org/10.1136/bmj.2.5473.1265>
- Kierkegaard, S. (2018/1843) *La Repetición*. Alianza.
- Klass, D. (1988). *Parental grief: Solace and resolution*. Springer.
- Klass, D., Silverman, P., y Nickman, S. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- Klein, A. (2000). La depresión adolescente desde la tríada: objeto inexistente-objeto anhelado-objeto reconocedor. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 111-120). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Klein, M. (1990/1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos depresivos. En: *Amor, culpa y reparación y otros trabajos*. (pp. 267-295). Paidós (Trabajo original publicado en 1935)
- Klein, M. (1990/1940) El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En: *Amor, culpa y reparación y otros trabajos*. (pp. 346-371). Paidós. (Trabajo original publicado en 1940).
- Klein, M. (1990/1948) Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En: *Envidia y gratitud y otros trabajos*. (pp. 34-51). Paidós (Trabajo original publicado en 1948).
- Kolhas, G. (1994). Melancolía no es depresión. *Relaciones*, 122, 4-5.
- Kononovich de Kanciper, J. (2000). ¿Dios fue al colegio? Acerca de la elaboración de duelos en la infancia. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 299-304). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, (7), 19-39.
- https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv_cualitat_krause.pdf
- Kristensen, P., Weisæth, L. y Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses. A review. *Psychiatry*, 75, 76–97.
- <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>
- Krychiw, J., James, R. y Ward-Ciesielski, E. (2018). Suddenness of death as a determinant of differential grief experiences. *Bereavement Care*, 37(3), 92–100.
- <https://doi.org/10.1080/02682621.2018.1539312>
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan.
- Kubler-Ross, E. (1971). The five stages of dying. En *Encyclopedia Science Supplement* pp. 92–97. Grollier.
- Labrador, F. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Temas de hoy.
- Labraga, M. (2000). Un duelo sin destino: violencias traumáticas tempranas en el cuerpo y el daño en las configuraciones narcisísticas. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 43-46). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Lacan, J. (2013/1958-1959). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 6. El deseo y su Interpretación La ética del psicoanálisis 1958-1959*. Paidós.
- Lacan, J. (2013/1959-1960). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7. La ética del psicoanálisis 1959-1960*. Paidós.
- Lacan, J. (2013/1960-1961). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 8. La transferencia 1960-1961*. Paidós.
- Lacan, J. (2019/1962-1963). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La angustia 1962-1963*. Paidós.
- Lacan, J. (2019/1964). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1964*. Paidós.

- Lacan, J. (1970). Radiofonía. En *Otros Escritos*, 424-47. Paidós
- Lacan, J. (1972/1973). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 20. Aún 1972-1973*. Paidós.
- Lacan, J. (1973). Televisión En *Otros Escritos*, 535- 572. Paidós.
- Lamborghini, E. (2013). Dolor y duelo en la clínica. *Relaciones*, 351, 19-20.
- Langenscheidt (2024). Diccionario Langenscheidt online alemán- español. Trauer.
<https://es.langenscheidt.com/aleman-espanol/trauer>
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Leader, D. (2011). *La moda negra: Duelo, melancolía y depresión*. Sexto Piso.
- Leivi, B.M. (1998). El inconsciente y los afectos. *Psicoanálisis APdeBA*, 20(3), 651-681.
<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/04/Leivi.pdf>
- Levisky, D. (2000). Depresiones narcisistas en la adolescencia y su impacto en la cultura. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 66-74). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Levy, L., Derby, J. y Martinkowski, K. (1993). Effects of Membership in Bereavement Support Groups on Adaptation to Conjugal Bereavement. *American Journal of Community Psychology*, 21(3), 361-381. <https://doi.org/10.1007/BF00941507>
- Levy, L., Martinkowski, K. y Derby, J. (1994). Differences in patterns of adaptation in conjugal bereavement: their sources and potential significance. *Omega*, 29(1), 71-87.
<https://doi.org/10.2190/5Y05-TPHN-KETW-HLHP>
- Levy Yeyati, E. (2022). Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5 TR. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 50-54.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>
- Lijtenstein, M. (1988). Notas sobre el desamparo. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 67, 95-98. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/850>

- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Lo Bianco, A. y Moura, F. (2020). Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social *Psicologia: Ciência e Profissão* 40, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244103>
- Loewald, H. (1980). *Papers on psychoanalysis*. Yale University Press.
- López, D. (2021). Análisis de duelo por el homicidio-suicidio, en el contexto de violencia de género en una comunidad de menos de 3000 habitantes. Tesis de Maestría. Facultad de Enfermería. Universidad de la República.
<https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2021/FE-0090TM.pdf>
- López-Rodríguez, J. (2018). Sobre-diagnóstico en ciencias de la salud: una revisión narrativa del alcance en Salud Mental. *Atención Primaria*, 50(2), 65-69.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.001>
- Losantos, S. (2022). *Guía del duelo adulto para profesionales socio-sanitarios*. Fundación Mario Losantos del Campo. <https://www.fundacionmlc.org/guia-duelo-adulto/>
- Losso, R. (2000). Transmisión de los contenidos psíquicos a lo largo de las generaciones. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 189-200). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Lund, D., Caserta, M. y Dimond, M. (1986). Gender differences through two years of bereavement among the elderly. *The Gerontologist*, 26(3), 314-320.
<https://doi.org/10.1093/geront/26.3.314>
- Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 84-88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1192/bjp.144.1.84>
- Maddison, D. y Walker, W. L. (1967). Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, 113(503), 1057-1067.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1192/bjp.113.503.1057>

- Maddison, D. y Viola, A. (1968). The health of widows in the year following bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 12(4), 297–306.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0022-3999\(68\)90084-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0022-3999(68)90084-6)
- Maggi, I., Varela, G. y Flechner, S. (1998). Terceras Jornadas Clínicas sobre Adolescencia. 18 al 19 de setiembre. “La depresión y sus máscaras”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 202-203. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1376>
- Malinowski, B. (1948). *Magia, ciencia y religión*. Planeta Agostini.
- Marris, P. (1958). *Widows and their families*. Routledge.
- Martinovic, M. y Kovacs, J. (2000). Depresión en la vejez. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 131-139). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Matteo, A. (2000). Series complementarias de factores en la génesis de las depresiones. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (p. 271). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Mauss, M. (1971/1936). *Sociología y antropología*. Tecnos.
- Maylan, C., Harding, A., Preston, N. y Payne, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *Journal Pain Symptom Manage*, 60(2), 33-39.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- Merchant, S., Yoshida, E., Lee, T., Richardson, P., Karlsbjerg, K. y Cheung, E. (2008) Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors. *Clinical Transplantation*, 22(3), 341–347.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2008.00790.x>
- Mertens, D. (2005). *Research and Evaluation in Education and Psychology. Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative and Mixed Methods*. Thousand Oaks.

- Meynert, Th. (1998/1890)]. *La amentia o confusión*. En Stagnaro, J. (comp.) *Alucinar y delirar*. Tomo I. (pp. 171-184). Polemos.
- Moguillansky, C. (2000). El papel de las creencias en las pérdidas y el duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 45-53). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Munro, A. (1966). Parental deprivation in depressive patients. *British Journal of Psychiatry*, 112(486), 443-448. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.486.443>
- MSP. (2011). Plan de prestaciones en salud mental del sistema nacional integrado de salud. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- Naess, S. (1962). Mother-child separation and delinquency: further evidence. *British Journal of Criminology*, 2(4), 361-374. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/23634772>
- Napoli, D.S. (1981). *Architects of adjustment: The history of psychological profession in the United States*. Kennikat.
- Neimeyer, R. (2000). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Paidós.
- Nasio, J. D. (1996). El dolor, el odio, la culpabilidad. *Con-versiones. Revista transdisciplinaria*, <https://con-versiones.com/nota0155.htm>
- Nasio, J.D. (2007). *El dolor de amar*. Gedisa.
- Nelson, K., Lukawiecki, J., Waitschies, K., Jackson, E. y Zivot, C. (2022). Exploring the impacts of an art and narrative therapy program. *Grief and Bereavement Experiences. OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228221111726>
- Nielsen, M.K., Neergaard, M.A., Bonde Jensen, A. Bro, F. y Guldin, M-B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of

- caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>
- Nin, A. y Franco, G. (2000). Pensar destinos del duelo. *Relaciones*, 192, 12-13.
- Nin, A. (2000). Reflexiones sobre las incidencias de las perturbaciones narcisistas en el trabajo del duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 291-298). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Noccetti, D. y Zielecnic, R. (1988). Duelo y relación especular. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 2(48), 491-502.
- Ochogavía, J. (2001). Somatizaciones. *Tendencias en Medicina*, 21(1), s/n.
- Ochs, Elinor. (2000). Narrativa en Van Dijk. T. (comp.). *El discurso como estructura y proceso*. (pp. 271-303). Gedisa.
- OMS. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. <https://www.infocoponline.es/pdf/DirectricesOMSTEPT.pdf>
- Ortiz-Lobo A., García, B., Mata, I. y Rodríguez, F. (2006). Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable. *Atención Primaria*, 38(10), 163-169. <https://doi.org/10.1157/13095928>
- Ortiz- Lobo, A. y Bernstein, J. (2015). Excessos e alternativas da saúde mental na atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055)
- Oskam, S. (1988). The Editor's Page. *Journal of Social Issues*, 44(3), i-ii. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02072.x>
- Paciuk, S. (1971). Sobre la permeabilidad en el acceso a la posición depresiva *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 13(4), 457-474. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/616>

- Paciuk, S. (1998). Duelos depresivos y duelos reparatorios. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 88, 90-111. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1362>
- Paciuk, S. (1999). El otro y su muerte. *Relaciones*, 173, contratapa. <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/9810/index.html>
- Paciuk, S. (2000a). El duelo, los duelos. Serie freudiana LII. *Relaciones*, 196.12-15. <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0009/index.htm>
- Paciuk, S. (2000b). El duelo y la edificación de la subjetividad. Duelo, separación, identificación. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 92-98). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Paciuk, S. (2000c). Destinos del duelo. Sustitución –Recreación entre deudo y deudor. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 249-256). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Paciuk, S. (2001). Duelo, lo vivo y lo muerto. *Relaciones*, 200/1, 11-13. <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0101/index.htm>
- Packciarz de Losso, A. (2000). Los duelos en los vínculos familiares. Su procesamiento en la intersubjetividad. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 11-19). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Palacio, M.C. y Bernal, F. (2019). El duelo por muerte: la intersección entre prácticas culturales, rituales sociales y expresiones emocionales. *Tempus Psicológico*, 2(1), 89-108. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.1.2595.2019>
- Parkes, C.M. (1964a). Effects of Bereavement on Physical and Mental Health-a Study of the Medical Records of Widows. *British Medical Journal*, 2, 274-279. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5404.274>
- Parkes, C. M. (1964b). Recent bereavement as a cause of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 110(465), 198-204. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1192/bjp.110.465.198>

- Parkes, C.M., Benjamin, B. y Fitzgerald, R. G. (1969) Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. *British Medical Journal*, 1, 740-743.
<https://doi.org/10.1136/bmj.1.5646.740>
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. Tavistock.
- Parkes, C.M. (1985). Bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, 146 (1), 11-17.
<https://doi.org/10.1192/bjp.146.1.11>
- Parkes C.M. (1998) Coping with loss: Bereavement in adult life. *British Medical Journal*, 316 (7134), 856-859. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7134.856>
- Parkes, C. M. (2001). Bereavement dissected-A re-examination of the basic components influencing the reaction to loss. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 150–156.
- Parkes, C.M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26 (5), 367-385. <https://doi.org/10.1080/07481180290087366>
- Pearce, C., Wong, G., Kuhn, I. y Barclay, S. Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review. *Royal College of General Practitioners*, 5(3), 1-11.
<https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0008>
- Pelegrí, M. y Romeu, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. *Desde el Jardín de Freud*, 11, 133-148. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/39121/27228-95566-1-PB.pdf?sequence=1>
- Pelento, M. (1998). Duelos en la infancia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 24-38.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1344>
- Peréz, A. (1987). Familia, vida y muerte. *Relaciones*, 32/33, 14-15.
- Petry, S., Hughes, D., y Galanos, A. (2020). Grief: The epidemic within an Epidemic. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 38(4), 1-4.
<https://doi.org/10.1177/1049909120978796>

- Pincus, L. (1976). *Death and the Family: the Importance of Mourning*. Faber and Faber.
- Pizarro, F. y De La Fabián, R. (2019). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva*, 15(24), 1-14. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2319>
- Poder Legislativo. (2008). Ley 18331 CM 813 de Habeas Data – 11/08/2008. Uruguay.
- Poder Ejecutivo. (2008). Decreto de reglamentación Proyecto de regulación de investigación con seres humanos CM/515/08 Referencia N° 001-4573/2007 – 04/08/2008. Uruguay.
- Pollock, G. (1961). Mourning and adaptation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 341-361.
<https://www.proquest.com/openview/337d06af2fd75189d6397594b6eeb162/1?cbl=1818729&pq-origsite=gscholar>
- Pollock, G. (1987). The mourning-liberation process in health and disease. *The Psychiatric clinics of North America*, 10(3), 345–354.
<https://es.scribd.com/document/652199221/The-Mourning-Liberation-process-in-Health-and-Disease>
- Ponce de León, E. (2000). Lo irrepresentable. Duelo y transmisión transgeneracional. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 201-208). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Ponzoni, A. (2000). Gervasio y su dosis de humanidad. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 257-264). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Porras, L. (1991). Analizando, sobre una forma particular de duelo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 72-73, 187-202.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1091>
- Porras, L. (2000). ¿Tienen destino los duelos? En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 80-97). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Porzecanski, T. (2021). La comunicación con los difuntos. *Relaciones*, 450, 18-21.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, Ch., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Franka, E., Doman, J. y Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H., Kakarala, S., Gang, J. y Maciejewski, P. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 109–126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Probst, E. (1985). Consideraciones teóricas y técnicas de las psicoterapias psicoanalíticas de los cuadros depresivos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 50(297, 298, 299), 181-183.
- Probst, E. (1989). Perturbaciones narcisísticas en la adolescencia y suicidio. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 3(1), 7-13.
- Quagliata, S. (2015). Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/7570>
- Quijano, L. (2002). La angustia en el duelo y la melancolía. *Anudar*, 1(1), 23-25.
- Quijano, L. (2004). La angustia en el duelo y la melancolía. *Querencia*, 7, 1-2.
https://querencia.psico.edu.uy/revista_nro7/lia_quijano.htm
- Radcliffe-Brown, A. (1986/1952). *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Península.
https://archive.org/details/anatomyofbereave0000raph_c3n6/page/n9/mode/2up
- Rama, C. (2000). El silencio de los corderos. Niños: abuso sexual, trauma y duelo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 131-140). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Rama, C. (2000). Abuso sexual en la infancia y depresión. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 121-130). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Rando, T. (1985). Creating therapeutic rituals in the psychotherapy of the bereaved. *Psychotherapy*, 22, 236- 240. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085500>
- Rando, T. (1988). *How to go on living when someone you love dies*. Bantam.
- Rando, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.
- Rando, T. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.
- Raphael, B. (1983). *The Anatomy of Bereavement*. Basic Books.
- Rattin, E. (2002). Subjetividad comprometida. Depresiones en adolescencia. *Anudar*, 33-35.
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española*. (23a ed.). <https://dle.rae.es/experiencia?m=form>
- Real Academia Española. (2019) Diccionario. Significado de la palabra reliquia. <https://dle.rae.es/reliquia>
- Real Academia Española. (2019) Diccionario. Significado de la palabra maraña. <https://dle.rae.es/maraña>
- Reeves, N. y Boersma, F. (1990). The therapeutic use of ritual in maladaptive grieving. *Omega Journal of Death and Dying*, 20, 281 -291. <https://doi.org/10.2190/LL2H-T89A-P8K5-742P>
- Reina, M. (2015). Duelo en el cuidador del paciente terminal. Tesis de maestría. Universidad de la República. Facultad de Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7571>
- Reynolds, C., Miller, M., Pasternak, R., Frank, E., Perel, J., Cornes, C., Houck, P., Mazumdar, S., Dew, M. y Kupfer, D. J. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with

- nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, 156(2), 202–208. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.202>
- Restaino, E. (1985). Depresión en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 50(297-298-299-300), 184-188.
- Ricobaldi, A. (2023). Escenarios del duelo: consideraciones sobre la escritura y la función de lo literario en la clínica del duelo. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad de la República. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/39829>
- Rodríguez, A. (2000). Narcisismo y depresión: algunas puntualizaciones a partir de Werther de Goethe. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 131-148). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Roitman, A., Armus, M. y Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas* (12). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=216>
- Rolando, D. (1985). Algunas consideraciones acerca de la psicopatología y psicoterapia de las depresiones. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 50(297-298-299- 300), 189-196.
- Romanoff, B. y Terenzio, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies* 22(8), 697- 711 <https://doi.org/10.1080/074811898201227>
- Rosa, J. (1985). Conflicto de roles y depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 50(297-298-299- 300), 197-200.
- Rosenfeld, H. (1963). Una investigación sobre la teoría psicoanalítica de la depresión. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 5(1), 53-106.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/445>
- Roudaut, K. (2005). Le deuil: individualisation et régulation sociale. *Dans A contrario* (3) 1, 14-27. <https://www.cairn.info/revue-a-contrario-2005-1-page-14.html>
- Roudaut, K. (2012). *Ceux qui restent. Une sociologie du deuil*. Presses universitaires de Rennes.

- Roudaut, K. (2017). La normalisation du deuil. *Médecine palliative Accompagnement Éthique* (16), 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2017.03.001>
- Rush, B. (1962/1812). *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. Hafner Publishing Company. https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Rush_MedicalInquiries1812.pdf
- Salesio da Silva, B. (2000). Caso clínico, luto, elaboración y cesión. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 184-188). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Sanders, C. M. (1979-1980). A Comparison of Adult Bereavement in the Death of a Spouse, Child, and Parent. *Omega Journal of Death and Dying*, 10(4), 303–322. <https://doi.org/10.2190/X565-HW49-CHR0-FYB4>
- Sanders, C. (1980). Comparison of younger and older spouses in bereavement outcome. *Omega Journal of Death and Dying*, 11(3), 217–232. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2190/AHER-PDC7-VAW1-FYPX>
- Sanders, C.M., Mauger, P.A. y Strong, P.N. (1985). *A Manual for the Grief Experience Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Sanders, S. (1983). Effects of sudden vs. chronic illness death on bereavement. *Omega, Journal of Death and Dying*, 13(3), 227-241. <https://doi.org/10.2190/RTPF-M5EA-6N7A-7D0D>
- Sanders, S. y Saltz, C. (2003). Are they grieving? A qualitative analysis examining grief in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care*, 37(3), 35-53. https://doi.org/10.1300/j010v37n03_03
- Santamarinas, C. y Marinas, J. (2007). Historias de Vida e historia oral. En: J. Delgado y J. Gutierrez (coordinadores). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales Coordinadores*. (pp. 257-285). Síntesis Psicología.

- Saunders, C. (1981). The Hospice: Its meaning to patients and their physicians. *Hospital Practice*, 16:6, 93-108. <https://doi.org/10.1080/21548331.1981.11946786>
- Sayed, A. (2022). COVID-19: Searching for a Little Hope in Adversity—The Sub-Saharan Experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 3(63), 345-347. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.030>
- Schäfer, R. (1968). *Aspects of internalization*. International Universities Press.
- Scheinfeld, E., Gangi, K., Nelson, E. y Sinardi, C. (2021). Please scream inside your heart: Compounded loss and coping during the COVID-19 pandemic. *Health Communication*, 37(10), 1-13. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1886413>
- Schkolnik, F. (2000). Depresión y duelo desde la perspectiva psicoanalítica. En *Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Depresión*. (pp. 149-152). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Schwab, J., Chalmers, J., Conroy, S., Farris, P. y Markush, R. (1975). Studies in grief: a preliminary report. En B. Shoenberg, I. Gerber, A. Wiener, A.H. Kutsher, D. Perez y A. Carr (Ed.) *Bereavement: Its Psychosocial Aspects* (pp. 78-87). Columbia University Press.
- Schwartzmann, L. (2000). Duelo y depresión: necesidad de consenso. Acerca de su diagnóstico y tratamiento. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 280-284). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Seale, C. (1989). What happens in hospices: a review of research evidence. *Social Science & Medicine*, 28, (6), 551-559. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90249-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90249-9)
- Seale, C. (1990). Caring for people who die: the experience of family and friends. *Ageing and Society*, 10(4), 413-428. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0000739X>
- Seale, C. (1991). A comparison of hospice and conventional care. *Social Science & Medicine*, 32, (2), 147-152. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90054-G](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90054-G)

- Seale, C. (1998). *Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge University Press.
- Segalen, M. (2005). *Ritos y rituales contemporáneos*. Alianza.
- Seitz, P. y Warwick, L. (1974). Perinatal death: the grieving mother. *American Journal of Nursing*, 74(11), 2028–2033.
https://journals.lww.com/ajnonline/abstract/1974/11000/perinatal_death.38.aspx
- Selman, L., Chamberlain, C., Sowden, R., Chao, D., Selman, D., Taubert, M. y Braude, P. (2021). Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, 35(7), 1267-1276. <https://doi.org/10.1177/02692163211017026>
- Selman, L., Farnell, D., Longo, M., Goss, S., Torrens, A., Seddon, K. Machin, L., Mayland, C., Byrne, A. y Harrop, E. (2022). Levels of grief, support needs and risk factors among people bereaved during the COVID-19 pandemic: Baseline results from a longitudinal UK online survey. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, Vol. 0(0), 1-28.
<https://doi.org/10.1177/00302228221144925>
- Shackleton, C. (1984). The psychology of grief: a review. *Advance Behavioral research and therapy*, 6 (3), 153-205. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0146-6402\(84\)90015-8](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0146-6402(84)90015-8)
- Shamai, M. (2003) Therapeutic Effects of Qualitative Research: Reconstructing the experience of Treatment as a By-Product of Qualitative Evaluation. *Social Service Review by the University of Chicago*, 77(3), 455-467. <https://doi.org/10.1086/375789>
- Shand, A. (1914). *The foundations of character. Being a study of the tendencies of the emotions and sentiments*. Macmillan. <https://archive.org/details/foundationsofcha00shania>
- Shane, E. y Shane, M. (1990). Object loss and self-object loss: A consideration of self-psychology's contribution to understanding mourning and the failure to mourn. *The Annual of Psychoanalysis*, 18, 115–131.

<https://pep-web.org/browse/document/AOP.018.0115A?page=P0115>

Shapiro, E. (1994). *Grief as a Family Process: A Developmental Approach to Clinical Practice*. Guilford Press.

Shapiro, E. (1996). Grief in Freud's life: Reconceptualizing bereavement in psychoanalytic theory. *Psychoanalytic Psychology* 13(4), 547-566.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079710>

Sharpe, T. L., Joe, S. y Taylor, K. C. (2013). Suicide and homicide bereavement among African Americans: implications for survivor research and practice. *Omega, Journal of Death and Dying*, 66(2), 153–172. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2190/OM.66.2.d>

Shear, M., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, Ch., Lebowitz, B., Sung, Sh., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P. Ito, M., Nakajima, T., Takako, K., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M., First, M., Jitender, S., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. y Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28(2), 103–117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3075805/>

Shear, M., Reynolds, C., Simon, N., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., y Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *Journal American of psychiatry*, 73(7), 685–694.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>

Shelby, R. (1994). Mourning theory reconsidered. En G. Hagman (2016). *New Models of Bereavement Theory and Treatment: New Mourning*. (pp. 66-84). Routledge.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons.

Shuchter, S. y Zisook, S. (1988). Time course of spousal bereavement. *General Hospital Psychiatry*, 7(2), 95–100. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(85\)90017-9](https://doi.org/10.1016/0163-8343(85)90017-9)

- Silveira, M., Iankielevich, E., Bornholdt, I. y Silveira, M. (2000). Reflexiones sobre los destinos de duelos no elaborados. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 75-82). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Singer, F. (2014). Duelo y trabajo de objetualización. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 3(4), 115-125.
- https://www.researchgate.net/publication/307526799_El_duelo_que_modelizacion
- Sladogna, A. (2006). La muerte en tiempos de postmodernidad. *Revista Digital* 7(2), 1-10.
- http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art61/ago_art61.pdf
- Soler, C. (2011). *Los afectos lacanianos*. Letra Viva.
- Sopena, C. (2003). El duelo ¿de qué objeto? *Relaciones*, 224-225, 9.
- <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0301/index.htm>
- Sopena, C. (2009). Teoría freudiana del duelo. *Relaciones*, 300, 22-24.
- Starobinski, J. (1999). *Action et Réaction. Vie e adventures d'un couple*. Éditions du Seuil.
- Stephen, A., Wimpenny, P., Unwin, R., Work, F., Dempster, P., MacDuff, C., Wilcock, S. y Brown, A. (2009). Bereavement and Bereavement Care in Health and Social Care: Provision and Practice in Scotland. *Death Studies*, 33(3), 239-261.
- <https://doi.org/10.1080/07481180802671944>
- Strange, J.M. (2002). She cried a very little: Death, grief and mourning in working-class culture, 1880-1914. *Social History*, 27(2), 143-161.
- <https://doi.org/10.1080/03071020210128373>
- Stroebe, M., Stroebe, W. y Hansson, R. (1988). Bereavement Research: An Historical Introduction. *Journal of Social Issues*, 44(3), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02073.x>

- Stroebe, M., van den Bout, J. y Schut, H. (1994). Myths and misconceptions about bereavement. The opening of debate. *Omega, Journal of Death and Dying*, 29(3). 187-203. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2190/WMDD-EHKM-375W-MBGC>
- Stroebe, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007). Health consequences of bereavement: A review. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-736(07)61816-9)
- Stroebe, M. (2015). “Is Grief a Disease?” Why Engel Posed the Question. *Omega Journal of Death and Dying*, 71(3), 272–279. <https://doi.org/10.1177/0030222815575504>
- Stroebe, M. y Shut, H. (2020). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *Omega - Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Souza, M. (2017). Bereavement: An anthropological approach. *Death Studies*, 41(1), 61- 67. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1257888>
- Talarn, A., Rigat, A. y Carbonell, X. (2011). Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 29, 325-340. <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/248397/332521>
- Tato, G. (2000). Vivir, morir, analizar. Sobre los duelos en el analista. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 232-238). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Tellería, E. (2000). Aspectos depresivos del paciente fronterizo. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 248-256). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Theut, S., Jordan, L., Ross, L. y Deutsch S. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: a pilot study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 33(2), 113-118. <https://doi.org/10.2190/4kyg-j2e1-5kem-leba>
- Thomas, L.V. (1983/1975) *Antropología de la muerte*. Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1975).

- Tizón García, J. (2009). Sobre la tendencia al "enactment" en los duelos psicóticos. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 109, 167-199. <https://issuu.com/mpeirano/docs/rup109>
- Tizón García, J. (2017). *Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización*. APS. Duelo Protocolo. *Formación Médica continuada en Atención Primaria de Salud*, 24(S1), 1-66. <https://www.fmc.es/es-los-procesos-duelo-atencion-primaria-articulo-S1134207216303905>
- Towse, M. (1986). To be or not to be -anxiety following bereavement. *British Journal of Medical Psychology*, 59(2), 149-156. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1986.tb02679.x>
- Tutte, J.C. (2000). Duelo y fin de análisis. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 201-207). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Torres, D. (2006) Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 107-118. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41070208.pdf>
- Urbain, J. D. (1998). Mort traquée, mort tracée: Culte des morts, crémation, sida. *Ethnologie française*, 28(1), 43-49. <http://www.jstor.org/stable/40989955>.
- Uriarte de Pantazoglu, C. (1993). El objeto y su pérdida. Acerca de la depresión en la neurosis. En *La neurosis hoy*. (pp. 248-256). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Uriarte de Pantazoglu, C. (1998). Depresiones narcisistas en la neurosis. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 88, 55-76. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1346>
- Uriarte de Pantazoglu, C. (2000). La idealidad y los destinos de la perfección narcisística. Depresiones narcisistas en la neurosis. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 162-167). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Uriarte de Pantazoglu, C. (2014). La seducción incestuosa y su relación con lo melancólico en la mujer. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 118, 40-50.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/308>
- Vachon, M., Rogers, J., Lyall, W., Lancee, W., Sheldon, A. y Freeman, S. (1982). Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 139(8), 998-1002. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.8.998>
- Valentine, C. (2006). Academic constructions of bereavement. *Mortality*, 11(1) 57-77.
<https://doi.org/10.1080/13576270500439274>
- Valentine, C. (2008). *Bereavement narratives. Continuing bonds in the twenty-first century*. Routledge.
- Vallés, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.
- Vallespir, N. (1995). Las identificaciones. Cita de encrucijadas, encrucijadas de cita. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 83, 178-212.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1333>
- Vallespir, N. (2000). Todos los fuegos, el duelo. Duelo-fuego. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 54-66). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Vallespir, N. (2016). Yo: el resto de nosotros. Una revisión experiencial del duelo. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 122, 88-115.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/247>
- Van Gennep, A. (2013). *Los ritos de paso*. Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1908).
- Varela, B. (2000a). Mecanismos de defensa y afrontamiento (coping) en la enfermedad orgánica. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 274-279). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Varela, G. (2000b). Duelos y adolescencias. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo II. (pp. 47-52). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Vargas Castro, D. (2019). El odio en la clínica del duelo. *Desde el Jardín de Freud*, 19, 159-174. <http://dx.doi.org/10.15446/djf.n18.71456>
- Vazquez, M. y Cattivelli, A. (2000). Construir la falta. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 214-222). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Verissimo de Posadas, L. (1998). Del dolor de la pérdida al eclipse del deseo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 77-89.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1347>
- Vicente da Silva, A. (2020). Os ‘ritos possíveis’ de morte em tempos de coronavírus. Reflexões na Pandemia. *Dilemas. Revista de Estudos de Conflito e control social*, 1-12.
<https://www.reflexpandemia.org/texto-50>
- Vicente da Silva, A., Rodrigues, C. y Aisengart, R. (2021). Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Revista NUPEM Campo Mourão*, 13(30), 214-234.
<https://doi.org/10.33871/nupem.2021.13.30.214-234>
- Vidart, D. (1991a). Para una etnología de la muerte. *Relaciones*, 84, 8-10.
- Vidart, D. (1991b). Vida, muerte e inmortalidad. *Relaciones*, 87, 5-7.
- Viñar, M. (2000). El duelo por los orígenes. En *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*. Tomo I. (pp. 192-197). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Volkan, V. (1972). The linking objects of pathological mourners. *Archives of General Psychiatry*, 27(2), 215–221. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750260061009>
- Volkan, V. (1981). Linking objects and linking phenomena. International Universities Press
- Volkart, E. y Michael, S. (1957). Bereavement and mental health. En A. Leighton, J. Clausen, y R. Wilson. (Ed.) *Explorations in Social Psychiatry*, (pp. 281–307). Tavistock.

- Walter, T. (1993). Sociologists never die British sociology and death. *The Sociological Review*, 40(1), 266-295. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1992.tb03396.x>
- Walter, Tony (1994). *The Revival of Death*. Routledge.
- Walter, T. (1999). *On bereavement: The culture of grief*. Oxford University Press.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399-410.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>
- Winnicott, D. (1993/1971). *Realidad y Juego*. Gedisa.
- Wisdom, J. O. (1963) Comparación y desarrollo de las teorías psicoanalíticas de la melancolía: traducción de Madeleine Baranger. (1963). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 5(1), 107-152. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/447>
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Wolfestein, M. y Leites, N. (1950). *Movies - A Psychological Study*. The Free Press.
<https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.460416/mode/2up>
- Woodfield, R. y Viney, L. (1985). A personal construct approach to the conjugally bereaved woman. *Omega Journal of Death and Dying*, 15(1), 1-13.
<https://doi.org/10.2190/BC4F-DKFU-A6QN-9U56>
- Wortman, C. y Silver, R. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.57.3.349>
- Zisook, S., Shuchter, S. y Lyons, L. (1987). Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(3), 355-368.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30548-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30548-3)

Zisook, S. y Shuchter, S. (1991) Depression through the first year after the death of a spouse.
The American journal of psychiatry, 148(10), 1346-1352.
<https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1346>