

EL DUELO: UN ABORDAJE CLINICO
PARA PENSAR EN EL SIDA

César E. Castellanos / Raquel Jerez

"La muerte es en realidad un hecho terriblemente brutal; no tiene sentido pretender otra cosa. Es algo brutal no sólo como suceso físico, sino también, y mucho más, es su aspecto psíquico: un ser humano se aleja definitivamente de nosotros, y lo que queda es sólo la fría quietud de la muerte. Ya no hay lugar para esperar alguna relación, porque todos los puentes han caído derrumbados por un soplo.

Carl Jung, 1961

Resumen:

Este artículo pretende servir de base teórica para la discusión necesaria que en torno al SIDA debe existir desde una perspectiva de la psicología clínica. Es conocido por todos que el SIDA no es solamente un fenómeno médico, sino que la dimensión social, la dimensión económica, la dimensión política e inclusive la dimensión étnica han sido reconocidas y profundamente estudiadas. La psicología clínica se ha involucrado a través de la adaptación de las técnicas del counselling al apoyo emocional de las personas que viven con el VIH y con SIDA.

En parte, este artículo quiere abrir el debate hacia nuevos alcances de la psicología clínica tanto en la atención como en la investigación de los procesos emocionales vinculados a las enfermedades terminales y la muerte.

El artículo consta de tres partes. En la primera parte se describen los conceptos generales del VIH y del SIDA. En la segunda parte se

discuten algunos conceptos que se manejan de manera continua dentro del tema del duelo y la muerte. La tercera parte se constituye en la exposición teórica de una teoría del duelo y su aplicación al SIDA, además de servir como propuesta para una investigación de campo basada en esta teoría.

Palabras claves: SIDA, VIH, Psicología Clínica, Duelo, Muerte.

Acerca del SIDA

El SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual pertenece a la familia de virus denominada retrovirus. Como cualquier otro virus el VIH se reproduce en las células vivas. Como característica principal del VIH, éste ataca directamente ciertas células del sistema inmune, las llamadas linfocitos. Puede suceder que el virus se quede latente y por tanto la infección persiste sin que la persona presente ningún tipo de signo o síntoma, pero puede transmitir el virus e infectar a otras personas por cualquiera de las vías de transmisión. Otra posibilidad es que el virus invada el linfocito CD4 y comience a reproducirse dentro de él, hasta que lo hace explotar, liberando de esta forma más virus que afectan a otros linfocitos para realizar el mismo proceso, cuando el virus ha logrado disminuir gran cantidad de linfocitos, el organismo se halla indefenso y las enfermedades oportunistas comienzan a predominar en el sujeto, llevándolo lentamente a la muerte.

Se calcula que los primeros síntomas de la infección por VIH se pueden presentar entre los 2 y los 7 años siguientes a la adquisición del virus. Estas manifestaciones son muy variadas y van desde la aparición de ganglios, diarrea, hasta infecciones muy severas que pueden llevar a la muerte al paciente.

El VIH se transmite a través de tres vías: las relaciones sexuales, las transfusiones de sangre y una mujer embarazada que transmita el virus al feto. (también puede transmitir en el momento del parto o a través de la leche materna).

Según datos del programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, hasta enero del 1996 existían 3,086 casos

notificados de personas con SIDA, con lo que se estima que existan entre 180,000 y 220,000 adultos infectados por el VIH. En la República Dominicana el 80% de las infecciones ocurren a través de la vía sexual y el 77% de los casos de SIDA han ocurrido en edades de 15 a 44 años de edad. La República Dominicana tiene el 2.24% de los casos de América Latina y el 0.24% de los casos reportados en el mundo, pero la cifra sigue subiendo.

Algunos Conceptos

Desde los inicios de la epidemia del SIDA se vislumbraba la necesidad de incorporar el elemento psicológico al análisis de la problemática y al diseño de los modelos de prevención e intervención. El énfasis se ha colocado en la prevención, lo cual es comprensible, pero poco se ha explorado los terrenos de la atención psicológica de los que ya se infectaron. A lo sumo se han adaptado las técnicas del counselling para llevarlas al campo del SIDA. Es de allí que nacen los distintos momentos de la intervención: el counselling, pre-prueba, la entrega de resultados y el counselling, post-prueba. Cada uno compuesto de un suficientemente documentado paquete de técnicas de abordaje para cada una de las situaciones.

No obstante, el alcance de la psicología va más allá y un gran campo de trabajo se abre desde el momento en que una persona es diagnosticada con una enfermedad terminal como el SIDA. El tema de la muerte es constante y los procesos psicológicos que acompañan a este tema son múltiples, sobre todo el proceso del duelo. Es nuestra percepción el que los servicios de psicología que están trabajando con pacientes HIV+ no están enfocando el tema de las pérdidas y los duelos por los cuales atraviesa una persona VIH+ y sus familiares.

De ahora en adelante se establecerá un cercano paralelismo entre una persona en duelo y una persona HIV/SIDA, ya que nuestra tesis fundamental es que una persona que vive con el VIH debe afrontar múltiples pérdidas a lo largo de su vida, pérdidas que incluyen la idea de inmortalidad, la salud, el trabajo, la pareja, la familia, la estima social, las amistades y finalmente la vida misma.

La experiencia de una pérdida es una parte inevitable de la vida. La pérdida de personas, especialmente de aquellos con quienes hemos establecido relaciones significativas, es probablemente la más significativa de las pérdidas. La pérdida es una experiencia dolorosa que incluye una serie de síntomas, los cuales en ausencia de pérdida alguna serían indicadores de trastornos emocionales. Sin embargo en presencia de una pérdida son considerados necesarios y normales.

Las reacciones frente a la pérdida son individuales. Estas reacciones incluyen mecanismos de defensa (tanto adaptativos como no adaptativos) y un amplio espectro de intensidad y duración de los síntomas. Las respuestas a la pérdida están influenciadas por factores estables como la personalidad y el tipo de relaciones objetales. Un determinante importante es la forma como la persona ha lidiado en el pasado con conflictos de larga duración donde se destaquen la confianza, la dependencia, la intimidad y la agresión (W. Piper, 1992). Otro elemento a tomar en cuenta es el tipo de reacción que la persona ha tenido a otras pérdidas en el pasado. Por otra parte, una relación de ambivalencia con la persona muerta, es un predictor de complicaciones en el duelo.

Las necesidades de una persona en duelo son muy individuales, pero por lo general existe necesidad de catarsis y apoyo por parte de sus familiares y amistades. Tradicionalmente la familia, las amistades y las religiones han dado este apoyo, sin embargo existen razones para pensar que cada vez es menos la capacidad de estos para brindar este apoyo.

En parte, la relación de la sociedad con el que está en duelo es ambivalente ya que esta persona nos recuerda al muerto, y que nosotros también somos vulnerables y moriremos. Lo mismo sucede con la persona que vive con el HIV/SIDA. Es frecuentemente observado que las personas tienden a afrontar la pérdida como si fuera un error en sus vidas.

Las reacciones a la pérdida han sido conceptualizadas según dos dimensiones: el estado del duelo y el tipo de duelo. Las intervenciones que se han diseñado pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: counselling y psicoterapia, ambos pueden ser divididos en

individuales y grupales. El counselling brinda soporte, información y ayuda para los problemas cotidianos, intentando que la persona atraviese sin problemas las distintas etapas del duelo. La psicoterapia se utiliza cuando la persona ha quedado estancada en alguna de las etapas del duelo y no mejora emocionalmente.

Las intervenciones psicoterapéuticas individuales son múltiples. Haremos una revisión basada en el texto de William E. Piper y Mary McCallum titulado "Adaptación to loss through short-term group psychotherapy" (1992).

Uno de los modelos más utilizados es el diseñado por Horowitz, Masmar, Weiss, DeWitt y Rosenbaum (1984), el cual se basa en un número limitado de sesiones y utilizando un enfoque psicodinámico. El objetivo es identificar y resolver los conflictos relacionados con el duelo y los patrones de relación maladaptativos. Los temas activados por la pérdida son explorados a través de la catarsis, se confrontan las resistencias y se interpretan los estilos defensivos.

Otro modelo de intervención es el "Interpersonal" desarrollado por Klerman, Weissman, Rousaville y Chevron (1984). Consiste en un número limitado de sesiones y hace énfasis en las relaciones interpersonales a la vez que intenta liberar a la persona de los patrones maladaptativos de vínculo con la persona muerta o con lo perdido.

Un método alternativo es el propuesto por William Worden (1982) el cual focaliza en la identificación y resolución de los conflictos de separación que impiden la finalización del duelo. Worden utiliza técnicas de la Gestalt como la "silla vacía", psicodramas, juegos de roles y otras formas de interpretación.

Debemos destacar que pocos han sido los esfuerzos aparte de los de Piper (1992) por desarrollar modelos de terapia grupal para duelo complicado, existiendo en cambio bastantes experiencias de counselling grupal para personas con duelo normal.

Entre los modelos para trabajo en grupo debemos destacar el estilo desarrollado por Vachon, Lyall, Rogers, Freeman-Letofsky & Freeman, llamado "Widow-to-Widow". El grupo se forma a través de contactos entre las mismas viudas y se establecen reuniones para discutir tópicos relevantes para las viudas. Se establece un tiempo límite para estas reuniones.

Otro modelo fue desarrollado por la organización Ayuda entre nosotros de manera espiritual (cuyas siglas en inglés forman la palabra THEOS), donde se tocan temas educacionales, sociales y espirituales. Una característica distintiva es que no tienen tiempo límite, se mantienen funcionando mientras se les necesite.

Un estilo de grupo cerrado y de tiempo limitado fue diseñado por Barret (1978). Este grupo consta de siete sesiones, una semanal de 2 horas de duración cada una. El propósito fundamental es desarrollar amistad entre las viudas, ayudarlas a que entre ellas mismas busquen solución a sus problemas y que desarrollen conciencia de cómo la viudez las afecta como mujeres.

Walls y Meyers (1985) desarrollaron dos tipos distintos de grupos, ambos con tiempo límite de diez sesiones a razón de una por semana con una duración de 90 minutos cada una. Uno de los grupos utiliza las técnicas de reestructuración cognitiva utilizada con pacientes deprimidos y que focaliza en las influencias negativas de los pensamientos irracionales y los beneficios de la auto-verbalización adaptativa. El otro grupo utiliza herramientas conductuales dirigidas a aumentar la frecuencia de y el disfrute de actividades placenteras en la vida.

Yalom y Vinogradov (1988) reportaron su experiencia conduciendo grupos de duelo utilizando técnicas conductuales. Los grupos tenían ocho sesiones e incluían ejercicios estructurados como traer una foto del muerto, etc.

Hacia la elección de un modelo conceptual

William Worden articula un modelo en el cual explícita una amplia gama de síntomas que la persona en duelo puede presentar. Con fines didácticos, estos síntomas son clasificados en cuatro esferas de la existencia humana: sentimientos, cognición, conducta y aspectos físicos.

A nivel de sentimientos se destacan síntomas tales como:

tristeza	rabia	culpa
ansiedad	soledad	incapacidad
shock	lástima	aturdimiento

A nivel físico se incluyen los siguientes síntomas:

Sensación de vacío en el estómago	Compresión en la garganta
Hipersensibilidad a los ruidos	Debilidad muscular
Compresión en el pecho y la garganta	Dificultad para respirar
Pérdida de energía	Resequedad en la boca

En las esferas cognitivas se destacan:

Incredulidad Confusión	Alucinaciones (visuales y auditivas)
Despersonalización	Preocupación

A nivel conductual:

Trastorno del sueño	Distraimiento
Sueños y pesadillas	Evitación o provocación de los recuerdos
Suspiros	Llanto
Trastornos de apetito	Aislamiento Social
Conducta de búsqueda	Hiperactividad

Es importante destacar que durante el duelo todos estos síntomas se consideran normales. Además se debe considerar que estos síntomas están muy cerca de lo que conocemos como depresión clínica. No obstante, la depresión se diferencia del duelo a través del tipo de culpa que se experimenta. En el duelo, la culpa está focalizada en los aspectos relacionados con la pérdida. En el caso de la depresión, la culpa es generalizada a todos los aspectos de su vida. Otro elemento importante es la autoestima, la cual se ve seriamente lesionada en personas depresivas y no necesariamente en personas que están haciendo duelo emocional.

Conclusión

El elemento psicológico presente en la evolución emocional de las personas que viven con el VIH/SIDA es de suma importancia si se quiere una visión integral del paciente. El proceso más relevante

desde el punto de vista psicológico en una persona que vive con el VIH/SIDA es el duelo emocional. Existen distintos modelos para conceptualizar el duelo. En este artículo asumimos el modelo del Dr. William Worden para intentar comprender el tránsito emocional de una persona que ha sufrido una pérdida, partiendo de la premisa de que la persona que vive con el VIH/SIDA experimenta múltiples pérdidas en el proceso.

Nos quedan aún muchos cuestionamientos que sólo se pueden resolver con la investigación de campo. ¿Cuál de los ejes es predominante en las personas VIH/SIDA?, ¿cuál de ellos predomina en los familiares de estas personas?, ¿existe un perfil definido de respuesta a la pérdida por parte de las personas VIH+ en la República Dominicana?, ¿cuál es el papel de los elementos culturales en el desarrollo de estrategias de manejo de la pérdida?, etc.

Bibliografía

- AIDSCAP/RD **VIH/SIDA en la República Dominicana**. Feb. 1996.
- Alvarado, Wilfredo. **Aspectos clínicos del SIDA**. En: Manual de Consejería sobre SIDA para los trabajadores y trabajadoras de salud. OPS/OMS Honduras, 1991.
- Bayés, Ramón. **SIDA y Psicología**. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1995.
- Beverley Raphael **The anatomy of bereavement**. Jason Aronson Publisher INC, London, 1994.
- Castellanos, César. **El Duelo: implicaciones psicológicas de la atención en VIH/SIDA**. Revista Dominicana de Psicología. 1995.
- Castellanos, César. **El rol del psicólogo y la psicóloga en el equipo multidisciplinario de atención al VIH/SIDA**. Ponencia presentada en el Congreso de Sexualidad Mujer y SIDA, Santo Domingo, 1995.
- Castellanos, César. **Lactancia Materna y VIH: decidiendo de manera informada**. Traducción y resumen del documento de igual nombre en inglés producido por Wellstart International. Febrero de 1996.
- Castellanos, César. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS) **Manual de consejería y apoyo emocional a pacientes VIH/SIDA**. Santo Domingo, 1993.
- Colin Murray Parkes **Recovery from bereavement**. Jason Aronson Publisher INC, London, 1994.
- David R. Dietrich. **The problem of loss and mourning**. Psychoanalytic perspectives. 1989.
- Donald F. Klein. **Understanding depression. A complete guide to its diagnosis and treatment**. 1993.

- Ginny Sprang. **The many faces of bereavement. The nature and treatment of natural, traumatic, and stigmatized grief.** 1995.
- Gómez, Elizabeth. **Situación actual y proyecciones de la epidemia de la infección VIH en RD. Prioridades en el desarrollo de intervenciones.** Conferencia dictada en el Congreso.
- Hendrick M. Ruitenbeek. **Death and mourning.** Jason Aronson Publisher INC, London, 1994.
- Kastenbaum, Robert. **Entre la vida y la muerte.** Editorial Herder. Barcelona. 1994.
- Kübler-Ross, Elizabeth. **On life after death.** Celestial Arts. California, 1990.
- Margaretta K. Bowers. **Counseling the dying.** Jason Aronson INC, Publishers. London 1995.
- Michael B. Sperling. **Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives.** 1994.
- Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS). **Declaración de Kingston sobre intervenciones de conducta para la prevención de ETS y VIH/SIDA.** Kingston, 11-14 de diciembre de 1990.
- Robert Kastenbaum. **The psychology of death.** 1992.
- Sandra L. Bertman. **Facing death. Images, insight and interventions.** 1991.
- Seth C. Kalichman. **Understanding AIDS. A guide for mental health professionals.** 1995.
- USAID/AIDSCAP. **“SIDA Un Desafío al Desarrollo”.** Santo Domingo, República Dominicana, Julio 1996.
- William E. Piper. **Adaptation to loss through short-term group therapy.** 1992.