

Nº21 – 16 Marzo 2026

EL MENSAJERO DE ASCLEPIO

FOLIA UNIVERSALIS



EL LABERINTO DEL DUELO

Ramón Cacabelos



El duelo es una de las experiencias psicológicas más universales y, al mismo tiempo, más singulares del ser humano. Universal, porque todos los seres humanos —sin excepción— se enfrentan a la pérdida; singular, porque cada duelo es vivido, narrado y metabolizado de manera irreplicable. El duelo no es una enfermedad, pero puede enfermar; no es un trastorno mental, pero puede devenir patológico; no es un proceso lineal, pero tiene hitos reconocibles.

El duelo simula un laberinto: no como un túnel con entrada y salida previsible, sino como un espacio complejo, con retrocesos, bifurcaciones, callejones sin salida y, ocasionalmente, aperturas inesperadas hacia la transformación.

El duelo puede definirse como el conjunto de procesos psicológicos, emocionales, cognitivos, conductuales y neurobiológicos que se desencadenan tras la pérdida de una persona significativa, de una función, de una identidad, de un proyecto vital o de un símbolo central de sentido. Desde una perspectiva clínica, el duelo no debe confundirse con depresión mayor, trastorno de ansiedad o estrés postraumático, aunque pueda compartir con ellos síntomas parciales. El duelo normal es una respuesta adaptativa: expresa el vínculo perdido y permite, progresivamente, reorganizar la vida psíquica en ausencia del objeto amado.

Desde el punto de vista existencial, el duelo confronta al sujeto con tres realidades ineludibles: (i) La finitud (la muerte o la pérdida son irreversibles). (ii) La vulnerabilidad (lo amado puede perderse). (iii) La identidad (quién soy ahora sin aquello que he perdido).

NEUROBIOLOGÍA DEL DUELO

El duelo tiene una base neurobiológica bien documentada. Estudios de neuroimagen funcional muestran alteraciones transitorias en redes cerebrales implicadas en: (i) Regulación emocional (amígdala, corteza prefrontal ventromedial). (ii) Memoria autobiográfica (hipocampo). (iii) Dolor social (corteza cingulada anterior). (iv) Sistemas de apego y recompensa (núcleo accumbens, dopamina). La activación persistente de circuitos de apego ante la ausencia del objeto perdido explica fenómenos como la búsqueda del fallecido, la sensación de presencia y los sueños vívidos recurrentes.

El duelo prolongado se asocia a hiperactivación del sistema de estrés (eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal), aumento de cortisol, disfunción inmunitaria y mayor riesgo de enfermedad somática, especialmente cardiovascular y metabólica.

TIPOS DE DUELO

El duelo puede presentar diferentes formas que se tipifican en: (1) Duelo normal: Proceso doloroso pero progresivo, con oscilaciones emocionales, que permite la integración de la pérdida y la continuidad de la vida. (2) Duelo complicado o prolongado: Caracterizado por persistencia intensa del dolor más allá de 12 meses; incapacidad para aceptar la pérdida; y anhelo persistente y disfunción social. Esta forma de duelo es reconocida en clasificaciones diagnósticas modernas. (3) Duelo anticipado: Ocurre antes de la pérdida, especialmente en enfermedades terminales. Puede facilitar la adaptación posterior o, por el contrario, generar agotamiento emocional precoz. (4) Duelo traumático: Asociado a muertes violentas, súbitas o ambiguas. Se solapa con síntomas de trauma psicológico. (5) Duelo desautorizado: Duelo no reconocido socialmente (exparejas, abortos, pérdidas no normativas). Incrementa el riesgo de cronificación.

EL DUELO SEGÚN EL PERFIL PSICOLÓGICO

El impacto del duelo depende de variables individuales: (i) Estructura de personalidad (neurótica, límite, psicótica). (ii) Estilo de apego (seguro, ansioso, evitativo). (iii) Historia previa de pérdidas. (iv) Recursos simbólicos, culturales y espirituales. Personalidades con apego inseguro o rasgos dependientes presentan mayor riesgo de duelo complicado. En cambio, estructuras con capacidad de mentalización y simbolización tienden a elaborar el duelo con mayor integración narrativa.



PELIGROS DEL DUELO

Aunque el duelo no es patológico en sí mismo, entraña riesgos clínicos relevantes: (i) Depresión mayor. (ii) Conductas autolíticas. (iii) Abuso de alcohol o psicofármacos. (iv) Aislamiento social severo. (v) Somatización crónica. En poblaciones vulnerables (ancianos, niños, pacientes con enfermedad mental previa), el duelo puede actuar como factor desencadenante o descompensador.

CÓMO AFRONTAR Y ACOMPAÑAR EL DUELO

1. Principios clínicos generales: (i) No medicalizar el dolor normal. (ii) Validar la experiencia subjetiva. (iii) Evitar cronificar la pasividad. (iv) Acompañar sin imponer tiempos.
2. Intervenciones psicológicas: (i) Psicoterapia de apoyo. (ii) Terapias narrativas. (iii) Terapia cognitivo-conductual en duelo complicado. (iv) Intervenciones basadas en apego.
3. Papel del psicofármaco: Los psicofármacos no tratan el duelo, pero pueden ser útiles para síntomas asociados (insomnio grave, depresión mayor, ansiedad incapacitante), siempre con criterio prudente y temporal.

EL DUELO EN LA HISTORIA: UNA TRAVESÍA CULTURAL

El duelo, lejos de ser una invención de la psicología moderna, es una experiencia antropológica fundacional. Allí donde ha habido conciencia de muerte, ha habido duelo; allí donde ha habido vínculo, ha habido pérdida. Sin embargo, la manera de interpretar, expresar, ritualizar y tratar el duelo ha variado profundamente a lo largo del tiempo, reflejando los sistemas de creencias, las estructuras sociales y los modelos de comprensión del ser humano propios de cada época. La historia del duelo es, en realidad, una historia paralela de la concepción del alma, del cuerpo, del tiempo y del sentido.

1. El duelo en las culturas prehistóricas y arcaicas: Los primeros indicios arqueológicos de prácticas funerarias —enterramientos con ajuar, pigmentos, ofrendas— sugieren que incluso las sociedades prehistóricas no concebían la muerte como una simple desaparición biológica. El duelo no era un fenómeno íntimo, sino colectivo y ritualizado. El dolor por la pérdida se expresaba mediante gestos corporales, gritos, cantos fúnebres y ritos de separación. Estas prácticas cumplían funciones esenciales: (i) Contener la angustia ante lo incomprensible. (ii) Reafirmar la cohesión del grupo. (iii) Dar continuidad simbólica al vínculo con el muerto. El duelo, en este contexto, no era algo que hubiera que “superar”, sino algo que debía ser compartido en comunidad. El aislamiento del doliente —tan frecuente en la sociedad contemporánea— era prácticamente inexistente.

2. Antigüedad clásica: entre destino, razón y tragedia: (i) **Grecia antigua:** En la Grecia clásica, el duelo se inscribe en una visión trágica de la existencia. La pérdida es parte del *moira* (destino) y el sufrimiento es inseparable de la condición humana. Las tragedias de **Sófocles**, **Esquilo** o **Eurípides** muestran personajes desgarrados por la pérdida, donde el duelo no se oculta, sino que se exhibe como experiencia moral y política. El llanto ritual, las plañideras y los funerales públicos cumplían una función catártica. **Aristóteles** conceptualizaría esta catarsis como una purificación emocional necesaria para el equilibrio psíquico y social. (ii) **Roma:** En Roma, el duelo adquiere un carácter más normativo. Existían tiempos reglados de luto, vestimentas específicas y prohibiciones sociales. El duelo excesivo era mal visto, pues se consideraba contrario al ideal estoico de dominio de las pasiones. Aquí aparece una tensión que atraviesa la historia: ¿Debe el duelo expresarse libremente o contenerse en nombre de la razón y el orden social?

3. El duelo en las tradiciones religiosas: (i) **Judaísmo:** El judaísmo desarrolló uno de los sistemas de duelo más estructurados y psicológicamente sofisticados. Las fases del *shivá*, *shloshim* y el año de luto regulan progresivamente la reintegración del doliente a la vida cotidiana. El dolor no se niega, pero se canaliza temporalmente, evitando tanto la represión como la cronificación. (ii) **Cristianismo:** El cristianismo introduce una transformación radical: la muerte deja de ser el final absoluto y se



convierte en tránsito hacia la vida eterna. El duelo se interpreta dentro de una dialéctica entre dolor humano y esperanza trascendente. Sin embargo, esta promesa de resurrección generó ambigüedades clínicas: en algunos contextos, el sufrimiento excesivo podía interpretarse como falta de fe, favoreciendo la culpabilización del doliente. (iii) **Islam:** En el islam, el duelo está regulado por normas claras que limitan su duración y expresión, reforzando la aceptación del decreto divino (*qadar*). El exceso de lamento se considera una forma de rebeldía contra la voluntad de Dios.

4. Edad Media: el duelo como prueba espiritual: Durante la Edad Media europea, el duelo se inscribe en una cosmovisión teológica. La muerte es omnipresente (guerras, pestes, hambrunas), y el duelo se vive como prueba espiritual, castigo divino y oportunidad de redención. El dolor por la pérdida se subordina a la salvación del alma. El cuerpo doliente importa menos que el destino eterno. Esta concepción reduce el espacio para la elaboración psicológica individual y favorece una resignación obligada, que en términos modernos podría entenderse como un duelo inhibido.

5. Renacimiento e Ilustración: el giro hacia el individuo: Con el Renacimiento emerge el individuo como centro de experiencia. El duelo empieza a representarse en el arte, la literatura y la correspondencia personal como vivencia íntima. La Ilustración, por su parte, intenta racionalizar la muerte y el dolor. El duelo comienza a ser visto como una reacción emocional comprensible, pero que debe ser moderada por la razón. Se sientan así las bases de una futura psicologización del duelo.

6. Siglo XIX: romanticismo y medicalización incipiente: El Romanticismo reivindica el dolor, la melancolía y la nostalgia como expresiones profundas del alma. El duelo se idealiza como prueba de amor auténtico. La figura del viudo o la viuda inconsolable se convierte en símbolo literario. Paralelamente, la medicina y la psiquiatría comienzan a interesarse por el duelo como fenómeno clínico. Aparecen las primeras descripciones de melancolía patológica asociada a la pérdida, anticipando la distinción moderna entre duelo normal y patológico.

7. El psicoanálisis: el duelo como trabajo psíquico: El verdadero punto de inflexión teórico llega con **Sigmund Freud**. En *Duelo y melancolía* (1917), Freud conceptualiza el duelo como un trabajo intrapsíquico mediante el cual el sujeto desinvierte la libido del objeto perdido para reinvertirla en nuevos objetos. Esta formulación introduce ideas clave: (i) El duelo es activo, no pasivo. (ii) El tiempo es necesario, pero no suficiente. (iii) Cuando el proceso fracasa, aparece la melancolía (depresión patológica). El modelo freudiano dominará gran parte del siglo XX y seguirá influyendo, directa o indirectamente, en la clínica contemporánea.

8. Siglo XX: modelos por fases y popularización: En la segunda mitad del siglo XX, el duelo entra definitivamente en el ámbito de la psicología aplicada y la medicina. El modelo más difundido es el de **Elisabeth Kübler-Ross**, quien describe cinco fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Aunque este modelo ha sido criticado por su rigidez, tuvo un enorme impacto pedagógico y social: (i) Normalizó el duelo como proceso. (ii) Facilitó la comunicación con pacientes y familias. (iii) Humanizó el acompañamiento al final de la vida. No obstante, su aplicación literal ha generado malentendidos clínicos, al asumir erróneamente que todos los pacientes deben atravesar las mismas etapas en el mismo orden.

9. Teoría del apego y modelos contemporáneos: Con **John Bowlby**, el duelo se redefine como una respuesta a la ruptura del vínculo de apego. El énfasis ya no está en “olvidar” al objeto perdido, sino en reorganizar el vínculo internamente. Los modelos actuales conciben el duelo como no lineal, oscilante (enfrentamiento–evitación) y compatible con la continuidad del vínculo simbólico. Esta visión se ajusta mejor a la experiencia clínica real y permite comprender por qué muchas personas “siguen hablando” con sus muertos sin estar patológicamente ancladas en el pasado.

10. El duelo en la sociedad contemporánea: Paradójicamente, la sociedad actual —tecnológicamente avanzada y médicamente sofisticada— muestra una gran pobreza simbólica para el duelo. La muerte se oculta, el dolor se privatiza y el tiempo de luto se acorta artificialmente. El duelo histórico, colectivo y ritualizado ha sido sustituido por un duelo silencioso, medicalizado y acelerado. Este contexto



explica, en parte, el aumento de duelos complicados y la creciente demanda de atención psicológica especializada.

La historia del duelo no es una línea de progreso, sino una oscilación entre sentido y negación, entre comunidad e individuo, entre simbolización y silencio. Conocer esta historia no es un ejercicio erudito: es una herramienta clínica fundamental.

El profesional que acompaña el duelo hoy hereda siglos de interpretaciones, errores y aprendizajes. Comprender cómo otras culturas y épocas dieron lugar al dolor permite evitar dos extremos igualmente peligrosos: romantizar el sufrimiento o patologizarlo prematuramente.

El duelo, ayer como hoy, sigue siendo un laberinto. La historia nos enseña que nunca se sale de él del mismo modo en que se entra, pero que toda cultura que ha sabido nombrar la pérdida ha protegido mejor a sus vivos.

MANEJO DEL DUELO EN PSIQUIATRÍA

1. El lugar del duelo en la psiquiatría: El duelo ocupa una posición fronteriza en la psiquiatría: no es una enfermedad mental, pero puede generar psicopatología; no es un trastorno psiquiátrico en sí mismo, pero puede confundirse con varios de ellos; no requiere tratamiento farmacológico sistemático, pero en determinados casos sí exige intervención psiquiátrica especializada.

El reto fundamental del psiquiatra no es “tratar el duelo”, sino discernir cuándo el duelo sigue siendo un proceso adaptativo y cuándo ha derivado en un cuadro clínico que compromete la salud mental, la funcionalidad o la vida del paciente. Esta tarea exige conocimiento técnico, prudencia diagnóstica y una profunda comprensión del sufrimiento humano.

2. Duelo normal y psiquiatría: una relación de respeto: El primer principio del manejo psiquiátrico del duelo es no patologizar el dolor normal. El duelo sano puede cursar con: (i) Tristeza intensa; (ii) Llanto frecuente; (iii) Insomnio; (iv) Disminución del apetito; (v) Dificultades de concentración; y (vi) Pensamientos recurrentes sobre el fallecido. Estos síntomas, en el contexto de una pérdida significativa reciente, no constituyen por sí mismos un trastorno mental, aunque se solapen con criterios de depresión o ansiedad. El papel del psiquiatra, en esta fase, es principalmente contener, explicar, normalizar y vigilar. La intervención excesiva puede interferir con el proceso natural de elaboración del duelo y generar dependencia terapéutica innecesaria.

3. Evaluación psiquiátrica del paciente en duelo: La evaluación psiquiátrica debe ser integral, longitudinal y contextualizada. No basta con identificar síntomas; es imprescindible comprender el significado de la pérdida para ese sujeto concreto.

Los elementos clave de la evaluación son: (i) Tipo de pérdida (muerte esperada, súbita, violenta, ambigua). (ii) Relación con el fallecido (dependencia emocional, ambivalencia, conflicto no resuelto). (iii) Historia psiquiátrica previa. (iv) Estilo de apego y personalidad. (v) Apoyo social real. (vi) Consumo de alcohol o psicofármacos. (vii) Ideación autolítica (explícita o pasiva). El tiempo transcurrido desde la pérdida es relevante, pero no debe utilizarse como único criterio diagnóstico.

4. Diferenciación diagnóstica: el núcleo del manejo psiquiátrico: Uno de los aspectos más complejos es diferenciar el duelo de otros trastornos psiquiátricos: (i) Duelo vs depresión mayor: Aunque comparten síntomas, existen diferencias cualitativas. En el duelo, la tristeza está ligada al recuerdo del fallecido; en la depresión es más global y persistente. La autoestima suele conservarse en el duelo; en la depresión aparece la autodevaluación. En el duelo hay capacidad de experimentar momentos de alivio; en la depresión, el afecto positivo está marcadamente disminuido. (ii) Duelo vs trastorno de estrés postraumático: Cuando la pérdida es traumática, pueden aparecer reviviscencias, hipervigilancia, evitación, y disociación. En estos casos, el psiquiatra debe valorar la coexistencia de duelo y trauma, evitando reduccionismos diagnósticos.



5. Duelo prolongado o complicado: entidad clínica: En los últimos años, los sistemas clasificatorios han reconocido el trastorno por duelo prolongado como entidad diagnóstica específica (incluido en la Organización Mundial de la Salud – CIE-11). Se caracteriza por: (i) Anhelos intensos y persistentes por el fallecido. (ii) Dificultad marcada para aceptar la pérdida. (iii) Sensación de vacío existencial. (iv) Deterioro funcional significativo. En estos casos, la intervención psiquiátrica está claramente indicada.

6. Psicofarmacología en el duelo: Los psicofármacos no tratan el duelo, sino los trastornos psiquiátricos que pueden aparecer en su contexto. Su uso debe ser justificado, temporal y prudente.

Los antidepresivos están indicados cuando existe depresión mayor claramente establecida y cuando hay duelo prolongado con sintomatología depresiva intensa. No deben prescribirse de forma automática en las primeras fases del duelo.

Los ansiolíticos e hipnóticos pueden utilizarse de forma puntual para insomnio grave y ansiedad incapacitante. El riesgo de dependencia es especialmente alto en pacientes en duelo, por lo que su uso debe ser limitado y estrechamente supervisado.

7. Intervención psicoterapéutica desde la psiquiatría: Aunque tradicionalmente asociada a la psicología clínica, la psicoterapia forma parte esencial del manejo psiquiátrico del duelo. El psiquiatra puede: (i) Realizar psicoterapia de apoyo. (ii) Facilitar la elaboración narrativa de la pérdida. (iii) Identificar bloqueos patológicos del proceso de duelo. (iv) Coordinar intervenciones con psicólogos y otros profesionales. El modelo ideal es integrador y colaborativo, evitando compartimentos estancos entre disciplinas.

8. Duelo y riesgo suicida: El duelo es un factor de riesgo mayor para la conducta suicida, especialmente en viudos recientes, personas mayores y pacientes con antecedentes depresivos. La ideación de “querer reunirse con el fallecido” requiere una evaluación clínica cuidadosa: puede ser una expresión simbólica de anhelo o una señal de riesgo real. El psiquiatra debe explorar siempre: (i) Deseo de morir. (ii) Planificación. (iii) Medios disponibles. (iv) Factores protectores.

9. El psiquiatra ante su propio límite: Uno de los desafíos menos reconocidos del manejo del duelo es el impacto emocional en el propio profesional. Acompañar pérdidas repetidas expone al psiquiatra a: (i) Fatiga por compasión. (ii) Duelo vicario. (iii) Desensibilización defensiva. Reconocer estos riesgos es una condición ética para una práctica clínica sana y sostenible.

El manejo del duelo en psiquiatría exige más criterio que intervención, más escucha que prescripción y más humildad que omnipotencia terapéutica. El psiquiatra no debe acelerar el proceso ni sofocar el dolor, pero tampoco abandonar al paciente cuando el duelo se vuelve patológico.

La buena praxis psiquiátrica en el duelo consiste en sostener el sufrimiento sin apropiárselo, aliviar cuando es clínicamente necesario y respetar el ritmo interno del paciente. En ese equilibrio delicado entre ciencia y humanidad se sitúa la verdadera excelencia clínica.

EL DUELO A LO LARGO DEL CICLO VITAL

El duelo no es una experiencia homogénea a lo largo de la vida. Aunque el núcleo emocional de la pérdida — dolor, ausencia, ruptura del vínculo— es universal, su vivencia, expresión, significado y manejo clínico varían profundamente según la etapa del desarrollo. La edad determina no solo la comprensión cognitiva de la pérdida, sino también los recursos simbólicos disponibles, la estructura del apego, la identidad en construcción o consolidación, y la proximidad subjetiva a la propia muerte. Comprender el duelo desde una perspectiva evolutiva es esencial para psicólogos, psiquiatras y médicos —y para la familia—, ya que los errores de manejo suelen derivarse de aplicar modelos adultos a etapas no adultas, o de interpretar como patológicos fenómenos que son normativos para una edad concreta.



1. El duelo en la infancia: Las principales causas de duelo en la infancia son: (i) Muerte de uno de los progenitores. (ii) Muerte de abuelos u otros cuidadores significativos. (iii) Separación o divorcio parental (duelo no mortuorio). (iv) Hospitalización prolongada o enfermedad grave de un familiar. (v) Pérdida de estabilidad (cambios de hogar, acogimiento, abandono). En el niño, la pérdida no siempre es definitiva para ser traumática; la interrupción del vínculo, incluso temporal, puede vivirse como absoluta.

El niño no vive el duelo como un proceso continuo, sino fragmentado y oscilante. Su comprensión de la muerte depende del nivel de desarrollo cognitivo. En edades tempranas, la muerte puede percibirse como reversible. El pensamiento mágico es frecuente (“si me porto bien, volverá”). El dolor se expresa más en la conducta que en el lenguaje. Las manifestaciones típicas son: (i) Regresiones evolutivas (enuresis, lenguaje infantil). (ii) Irritabilidad, hiperactividad o inhibición. (iii) Juegos repetitivos relacionados con la pérdida. (iv) Quejas somáticas sin base orgánica. El sufrimiento infantil suele ser subestimado, precisamente porque el niño no lo verbaliza de forma adulta.

Los principios fundamentales del manejo del duelo en la infancia son: (i) Decir la verdad con un lenguaje adaptado a la edad. (ii) Evitar silencios protectores que generan fantasías más dañinas. (iii) Mantener rutinas y figuras de apego estables. (iv) Permitir la expresión emocional sin forzarla. El tratamiento psicofarmacológico raramente está indicado. La intervención prioritaria es psicoterapia de apoyo infantil, trabajo con la familia como sistema, y prevención del duelo complicado mediante acompañamiento prolongado.

2. El duelo en la adolescencia: Las principales causas de duelo en la adolescencia son: (i) Muerte de iguales (amigos, compañeros). (ii) Rupturas afectivas intensas. (iii) Suicidio de personas cercanas. (iv) Fracaso de ideales o proyectos identitarios. El adolescente no solo pierde personas: pierde narrativas sobre quién iba a ser.

La adolescencia combina intensidad emocional elevada, identidad aún inestable y dificultad para integrar dependencia y autonomía. El duelo puede vivirse como: (i) Rabia intensa contra el mundo o los adultos. (ii) Conductas de riesgo (consumo de sustancias, impulsividad). (iii) Aislamiento radical o identificación con el fallecido. (iv) Ideación suicida, a veces romantizada. El adolescente suele resistirse a la ayuda, pero necesita profundamente ser acompañado.

El manejo clínico del duelo en la adolescencia requiere: (i) Escucha respetuosa, sin infantilizar ni moralizar. (ii) Validación del dolor sin reforzar conductas autodestructivas. (iii) Evaluación sistemática del riesgo suicida. (iv) Psicoterapia individual y, cuando es posible, familiar. La medicación solo debe considerarse si aparece depresión mayor, trastorno de ansiedad grave y/o trastorno por duelo prolongado claramente establecido.

3. El duelo en la madurez: Las principales causas de duelo en la edad adulta son: (i) Muerte de padres. (ii) Muerte de pareja. (iii) Pérdida de fertilidad o proyectos vitales. (iv) Divorcios y rupturas definitivas. (v) Enfermedad crónica o discapacidad adquirida. Aquí, el duelo suele coexistir con responsabilidades laborales y familiares, lo que dificulta su elaboración.

El adulto suele tener mayor capacidad de simbolización, pero también menos tiempo para el dolor, mayor presión social para “funcionar”, y sensación de desmoronamiento del proyecto vital. Es frecuente el duelo silencioso, encapsulado, funcional hacia fuera pero devastador hacia dentro. La somatización y el abuso de psicofármacos o alcohol son riesgos relevantes.

El abordaje debe integrar: (i) Psicoterapia focalizada en la pérdida y el sentido. (ii) Intervención psiquiátrica si aparecen trastornos asociados. (iii) Acompañamiento prolongado cuando el duelo afecta a la identidad. En esta etapa, el duelo puede convertirse en crisis o en transformación, dependiendo de los recursos personales y del apoyo recibido.

4. El duelo en la vejez: Las principales causas de duelo en la vejez son: (i) Muerte de la pareja. (ii) Muerte de hermanos y amigos. (iii) Pérdida de rol social y laboral. (iv) Deterioro físico y cognitivo. (v) Anticipación de la propia muerte. El duelo en la vejez no es solo reactivo, sino existencial.

En el anciano, el duelo puede expresarse como: (i) Tristeza persistente y silenciosa. (ii) Retraimiento social progresivo. (iii) Confusión entre duelo y depresión. (iv) Aceptación serena o desesperanza



profunda. El riesgo de duelo prolongado es alto, especialmente en viudos mayores con aislamiento social.

Los aspectos clave del manejo clínico son: (i) No confundir duelo con “tristeza normal de la edad”. (ii) Evaluar cuidadosamente depresión y deterioro cognitivo. (iii) Combatir el aislamiento social como intervención terapéutica central. (iv) Uso muy prudente de psicofármacos, atendiendo a comorbilidades. La escucha y la presencia adquieren aquí un valor terapéutico esencial. En muchos casos, ser testigo del relato vital del anciano es parte del tratamiento.

El duelo no es el mismo a los cinco, a los quince, a los cuarenta o a los ochenta años. Cada etapa vital impone límites y ofrece recursos distintos para elaborar la pérdida. Tratar el duelo sin considerar la edad es clínicamente insuficiente y éticamente cuestionable.

El profesional competente no aplica recetas universales: adapta su mirada, su lenguaje y su intervención al momento vital del paciente. Comprender el duelo a lo largo del ciclo vital no solo mejora la práctica clínica, sino que humaniza la relación terapéutica y recuerda una verdad esencial: el modo en que perdemos revela el modo en que hemos vivido.

ENFERMEDAD, MUERTE Y DUELO

La enfermedad grave y la proximidad de la muerte constituyen escenarios privilegiados del duelo, no solo para el paciente, sino también para la familia, los profesionales sanitarios y la comunidad que rodea al proceso. En este contexto, el duelo no comienza con el fallecimiento, sino que se inicia mucho antes, a menudo en silencio, bajo la forma de pérdidas sucesivas: de salud, de autonomía, de identidad, de proyectos y de futuro.

Comprender la tríada enfermedad, muerte y duelo es esencial para evitar errores frecuentes: negar el duelo anticipado, reducir la experiencia a síntomas aislados o medicalizar procesos que pertenecen al ámbito del sentido y la finitud humana.

1. La enfermedad como experiencia de pérdida: Toda enfermedad significativa implica una ruptura biográfica. Incluso cuando no es mortal, la enfermedad introduce un antes y un después en la narrativa vital del paciente. Las pérdidas asociadas pueden incluir: (i) Pérdida de la imagen corporal previa. (ii) Pérdida de roles sociales y laborales. (iii) Pérdida de autonomía y control. (iv) Pérdida de expectativas y proyectos. Desde esta perspectiva, la enfermedad es ya una forma de duelo. El paciente comienza a despedirse, a veces de manera inconsciente, de la vida tal como la conocía. Este duelo por la salud perdida puede coexistir con esperanza, negación o lucha activa, configurando una experiencia emocional ambivalente.

2. Duelo anticipado: cuando la muerte aún no ha llegado: El concepto de duelo anticipado resulta central en enfermedades crónicas avanzadas y terminales. Se trata del proceso por el cual pacientes y familiares elaboran emocionalmente una pérdida que aún no ha ocurrido, pero que es percibida como inevitable. El duelo anticipado puede manifestarse como: (i) Tristeza persistente. (ii) Ansiedad ante el futuro. (iii) Distanciamiento emocional defensivo. (iv) Hiperimplicación cuidadora. Clínicamente, el duelo anticipado no debe interpretarse como rendición, sino como un intento adaptativo de preparación emocional. Sin embargo, cuando es negado o invalidado (“no hay que pensar en eso”), aumenta el riesgo de duelo complicado tras la muerte.

3. La experiencia subjetiva de la muerte en el paciente: La proximidad de la muerte activa procesos psicológicos complejos: (i) Revisión biográfica. (ii) Búsqueda de sentido. (iii) Reconciliación o reactivación de conflictos. (iv) Necesidad de ser escuchado y reconocido. En este punto, la muerte deja de ser un concepto abstracto para convertirse en una vivencia personal e intransferible. Algunos pacientes experimentan serenidad; otros, angustia intensa; muchos, una oscilación entre ambos estados. Desde el punto de vista psiquiátrico, es crucial no confundir: (i) Angustia existencial con trastorno de ansiedad. (ii) Tristeza profunda con depresión mayor. (iii) Deseo de descanso o de no prolongar el sufrimiento con ideación suicida. La escucha clínica debe ser especialmente fina, ética y respetuosa.



4. La familia: duelo en curso y duelo futuro: La familia vive la enfermedad y la muerte del ser querido como un proceso de duelo acumulativo. A menudo, el rol de cuidador principal implica: (i) Renuncia progresiva a la propia vida. (ii) Agotamiento físico y emocional. (iii) Culpa anticipatoria (“no hago suficiente”). (iv) Ambivalencia afectiva (amor–cansancio–deseo de final). Tras el fallecimiento, este desgaste previo puede condicionar el tipo de duelo posterior: algunos familiares sienten alivio junto al dolor; otros desarrollan culpa patológica por haber deseado, siquiera fugazmente, el final del sufrimiento.

5. Enfermedad terminal, cuidados paliativos y duelo: Los cuidados paliativos han transformado la manera de entender la relación entre enfermedad, muerte y duelo. Su enfoque reconoce que: (i) El sufrimiento no es solo físico. (ii) La dignidad del paciente es central. (iii) El acompañamiento continúa más allá de la muerte.

La atención paliativa facilita la elaboración del duelo anticipado; la comunicación honesta y compasiva; la despedida simbólica; y la reducción de duelos traumáticos. Este enfoque integral, impulsado históricamente por figuras como **Cicely Saunders**, ha demostrado un impacto positivo tanto en la calidad de vida del paciente como en el duelo posterior de los familiares.

6. El momento de la muerte: impacto psicológico inmediato: El instante de la muerte marca una frontera simbólica, pero no un corte emocional abrupto. La reacción inmediata puede incluir: (i) Shock emocional. (ii) Sensación de irrealidad. (iii) Desorganización cognitiva. (iv) Conductas automáticas. El modo en que se produce la muerte —acompañada o en soledad, con información clara o confusa, con respeto o con violencia institucional— influye de manera decisiva en la vivencia del duelo posterior.

7. El duelo tras la muerte: continuidad y ruptura: Tras el fallecimiento, el duelo se reconfigura. El duelo anticipado se transforma en duelo reactivo. La presencia física se convierte en ausencia definitiva. El cuidado deja paso al vacío. En este momento, el riesgo de duelo complicado aumenta cuando la enfermedad fue vivida como injusta o absurda; hubo mala comunicación clínica; persisten sentimientos de culpa o reproche; y la muerte fue percibida como evitable.

8. Los profesionales sanitarios y el duelo: Médicos, enfermeras y otros profesionales también participan de este proceso. La exposición reiterada a enfermedad y muerte genera duelo acumulativo, desgaste emocional y despersonalización defensiva. Reconocer el duelo profesional no es una debilidad, sino una condición de humanidad clínica. Ignorarlo favorece el *burnout* y empobrece la relación asistencial.

9. Dimensión ética y humana del acompañamiento: Acompañar enfermedad y muerte no consiste en vencer a la muerte, sino en humanizar su tránsito. Desde una perspectiva ética, el profesional debe decir la verdad con compasión; respetar los tiempos psicológicos; evitar el encarnizamiento terapéutico; y reconocer el derecho al duelo. La buena práctica clínica no elimina el dolor, pero evita añadir sufrimiento innecesario.

Enfermedad, muerte y duelo forman un continuo inseparable. Separarlos conceptualmente puede ser útil para el análisis, pero clínicamente son experiencias entrelazadas que atraviesan al paciente, a la familia y al profesional. Comprender este continuo permite acompañar mejor, intervenir con mayor prudencia y sostener el sufrimiento con dignidad. En última instancia, el manejo adecuado del duelo en el contexto de la enfermedad y la muerte no es solo una competencia clínica: es una expresión madura de la medicina y de la salud mental al servicio de la condición humana.

El duelo no se supera: se transforma. No se olvida al que se ha perdido; se aprende a vivir con su ausencia integrada en la memoria, en la identidad y en el relato vital. Para el clínico, acompañar un duelo no es “curar”, sino caminar junto al paciente por el laberinto, respetando sus tiempos, sus rodeos y sus silencios.

Comprender el duelo es comprender la condición humana en su forma más desnuda: amar es exponerse a perder, y perder es el precio inevitable de haber amado. En ese espacio frágil y profundo se sitúa la verdadera tarea terapéutica: no borrar el dolor, sino hacerlo habitable.



INTERPRETACIONES DEL DUELO

Sigmund Freud (1856–1939), neurólogo y fundador del psicoanálisis, en *Duelo y melancolía* (1917), entendía el duelo como “la reacción a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces.” Freud inaugura la comprensión moderna del duelo al situarlo como reacción psíquica legítima y necesaria. Introduce una idea crucial: no solo se pierde a personas, sino también ideales, proyectos, identidades. Esta ampliación conceptual sigue siendo central en la clínica actual, donde muchos duelos no son mortuorios, pero sí profundamente invalidantes.

Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004), psiquiatra, pionera en cuidados paliativos, en *On Death and Dying* (1969), llevaba el duelo al máximo nivel de personalización: “El duelo es una experiencia tan individual como una huella dactilar.” Esta frase corrige las lecturas rígidas de su propio modelo por fases. Kübler-Ross recuerda que el duelo no puede estandarizarse sin violentar la subjetividad. En clínica, esta idea protege al profesional del error de imponer trayectorias emocionales normativas.

John Bowlby (1907–1990), psiquiatra y psicoanalista, creador de la teoría del apego, en *Attachment and Loss* (1980), entendía el duelo como un débito: “El duelo es el precio que pagamos por el apego.” Bowlby condensa en una frase toda una teoría: solo duele aquello a lo que estamos vinculados. El duelo no es un fallo del sistema emocional, sino su consecuencia inevitable. Esta idea despatologiza el sufrimiento y lo ancla en la biología y la historia relacional del individuo.

C. S. Lewis (1898–1963), escritor y académico, en *A Grief Observed* (1961), vincula el duelo a un deleite ido: “El dolor ahora es parte de la felicidad entonces.” Lewis expresa con precisión literaria una verdad clínica profunda: el dolor del duelo es inseparable del valor del vínculo perdido. Esta frase ayuda a resignificar el sufrimiento como testimonio de amor, no como fracaso emocional.

El psiquiatra **Viktor Frankl** (1905–1997), fundador de la logoterapia, en su obra *Man's Search for Meaning* (1946), confronta el duelo con la capacidad de cambio: “Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación, nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros mismos.” Aplicada al duelo, esta idea subraya que la pérdida es irreversible, pero la relación con ella puede transformarse. Frankl introduce la dimensión del sentido como eje terapéutico, especialmente relevante en duelos prolongados o existenciales.

El filósofo **Søren Kierkegaard** (1813–1855), en *Las obras del amor* (1847), atrapa el vínculo amor-dolor: “Donde hay amor, hay dolor.” Kierkegaard formula una verdad incómoda: amar implica exponerse al sufrimiento. En una cultura que persigue la anestesia emocional, esta frase recuerda que el duelo no es una anomalía, sino una consecuencia inevitable de una vida afectivamente plena.

William Worden (1935–), psicólogo, investigador del duelo, en *Grief Counseling and Grief Therapy* (1982), señala que “el duelo no se completa; se acomoda.” Worden rompe con la idea de “cerrar” o “superar” el duelo. Desde la clínica, esta formulación es especialmente útil: el objetivo terapéutico no es eliminar el recuerdo doloroso, sino integrarlo en una vida que continúa.

Joan Didion (1934–2021), escritora y ensayista, en *The Year of Magical Thinking* (2005), atribuye al duelo fuerza suficiente para alterar el pensamiento: “El duelo cambia la forma en que pensamos, la forma en que sentimos y la forma en que vivimos.” Didion describe el duelo como una experiencia total, que afecta a la cognición, la emoción y la identidad. Su testimonio literario ha sido clave para visibilizar el duelo desde dentro, con enorme valor clínico y pedagógico.

La poeta norteamericana **Emily Dickinson** (1830–1886), en su Poema 561, canta: “El duelo tiene un elemento de vacío que no se puede llenar.” Dickinson anticipa una idea contemporánea: el duelo no siempre se “resuelve”. Hay pérdidas que dejan un hueco permanente. Reconocerlo evita falsas expectativas terapéuticas y legitima la permanencia del recuerdo doloroso.

El filósofo **Arthur Schopenhauer** (1788–1860), en su famosa obra *Parerga y Paralipómena* (1851), hace un reclamo al dolor: “El dolor es esencial a la vida como la sombra a la luz.” Schopenhauer ofrece una visión pesimista pero lúcida: el sufrimiento no es un accidente, sino un componente estructural de la existencia. En duelo, esta perspectiva ayuda a normalizar el dolor sin necesidad de justificarlo.



El poeta **Rainer Maria Rilke** (1875–1926), en sus *Cartas a un joven poeta* (1904), expresa: “La pérdida es un lugar que nadie puede atravesar por nosotros.” Rilke subraya la soledad esencial del duelo. El acompañamiento clínico no sustituye la experiencia del paciente; solo puede sostenerla. Esta frase protege al profesional de la ilusión de “salvar” al doliente.

El gran filósofo y ensayista francés **Michel de Montaigne** (1533–1592), en sus *Ensayos* de 1580, intuía que “aprender a morir es aprender a vivir.” Montaigne vincula duelo y sabiduría vital. Integrar la muerte y la pérdida permite una relación más auténtica con la vida. Esta idea sigue siendo fundamental en cuidados paliativos y psicoterapia existencial.

El escritor **Herman Hesse** (1877–1962), Premio Nobel de Literatura, en *Demian* (1919), defendía que “algunos duelos no nos destruyen; nos transforman.” Hesse introduce la noción de crecimiento postraumático. No todos los duelos conducen a patología; algunos generan reconfiguraciones profundas y creativas de la identidad.

El poeta argentino **Jorge Luis Borges** (1899–1986), en una entrevista de 1977 decía: “La muerte es una vida vivida. La vida es una muerte que viene.” Borges diluye la frontera rígida entre vida y muerte. En duelo, esta visión puede aliviar la vivencia de ruptura absoluta, permitiendo una continuidad simbólica del vínculo.

Donald Winnicott (1896–1971), pediatra y psicoanalista, en *Playing and Reality* (1971), jugueteaba con una interpretación psicoanalítica: “Es en la pérdida donde el *self* pone a prueba su continuidad.” Winnicott conecta duelo e identidad. El duelo desafía la cohesión del yo; cuando se elabora adecuadamente, refuerza la capacidad de existir sin el objeto perdido.

Para el escritor y filósofo francés **Albert Camus** (1913–1960), Premio Nobel de Literatura, de acuerdo a *El mito de Sísifo* (1942), “el verdadero drama no es morir, sino perder el sentido.” Camus sitúa el núcleo del duelo en la crisis de sentido más que en la pérdida en sí. Esta idea es clave para comprender los duelos existenciales y su abordaje terapéutico.

Por su parte, la escritora **Anne Morrow Lindbergh** (1906–2001), afirmaba en *Gift from the Sea* (1955), que “solo el tiempo y el silencio permiten que el duelo hable.” La autora reivindica dos elementos terapéuticos olvidados: tiempo y silencio. En una cultura acelerada, esta frase recuerda que el duelo no puede ser apresurado sin consecuencias.

Irvin D. Yalom (1931–), psiquiatra, referente de la psicoterapia existencial, en *Staring at the Sun* (2008), insistía en que “el duelo nos enfrenta no solo a la muerte del otro, sino a la nuestra.” Yalom señala la dimensión existencial del duelo: cada pérdida es también un recordatorio de la propia finitud. Reconocerlo permite abordar miedos profundos que suelen permanecer implícitos.

La filósofa y mística **Simone Weil** (1909–1943), en *La gravedad y la gracia* (1947), interpreta la ausencia como un refuerzo de presencia: “La ausencia es la forma más aguda de presencia.” Weil expresa magistralmente la paradoja del duelo: el ausente ocupa un lugar psíquico intenso. Esta formulación ayuda a comprender la persistencia del vínculo sin reducirla a patología.

Nuestro admirado **Ramón y Cajal** (1852–1934), médico, histólogo, y Premio Nobel de Medicina, en *Reglas y consejos sobre investigación científica* (1897), considera que la buena administración del sufrimiento puede convertirse en fuente de fortaleza: “Nada imprime tanto carácter como el dolor bien elaborado.” Aunque no escrita específicamente sobre duelo, esta frase conecta sufrimiento y maduración personal. En clave clínica, recuerda que el dolor, cuando es acompañado y simbolizado, puede fortalecer en lugar de destruir.

Estas frases no son adornos literarios: son mapas conceptuales que ayudan al clínico a orientarse en el territorio complejo del duelo. Integran ciencia, filosofía y experiencia humana, recordándonos que acompañar el duelo exige tanto conocimiento técnico como profundidad ética y cultural.



CRÍTICAS AL DUELO

Las interpretaciones contrarias no niegan el valor del duelo ni su legitimidad; lo problematizan. Introducen una mirada crítica frente a la idealización del sufrimiento, la romantización del dolor o la tendencia contemporánea a convertir el duelo en identidad permanente. Su función es dialéctica: ayudar al clínico a pensar, no a consolar.

En este capítulo de interpretaciones críticas destaca **Friedrich Nietzsche** (1844–1900). En *Así habló Zaratustra* (1883–1885) dice: “Lo que no me mata, me hace más fuerte.” Esta frase, frecuentemente malinterpretada, introduce una tensión esencial en el abordaje del duelo. No todo dolor fortalece; algunos duelos destruyen, paralizan o enferman. Clínicamente, asumir que el sufrimiento es siempre formativo puede conducir a la negligencia terapéutica. Nietzsche no glorifica el dolor pasivo, sino la capacidad activa de transfigurarlos. El error está en exigir fortaleza donde solo hay devastación.

Jean-Paul Sartre (1905–1980), filósofo y escritor francés, en *El ser y la nada* (1943), desvía la culpa a otros: “El hombre es lo que hace con lo que hicieron de él.” Aplicada al duelo, esta frase cuestiona cualquier concepción determinista del sufrimiento. La pérdida no define por sí sola al sujeto; lo define la respuesta que este construye. En clínica, esta idea obliga a no cristalizar al paciente en su condición de doliente ni a convertir el duelo en una coartada identitaria permanente.

Albert Ellis (1913–2007), psiquiatra, creador de la TREC, en *Reason and Emotion in Psychotherapy* (1962), psiquiatra el problema: “Las personas no se perturban por los hechos, sino por la visión que tienen de ellos.” Ellis introduce una lectura incómoda pero clínicamente útil: el duelo no es solo reacción a la pérdida, sino interpretación de la misma. Sin negar el dolor, esta perspectiva previene la sacralización del sufrimiento. El riesgo, si se aplica sin sensibilidad, es culpabilizar al paciente; el valor, si se usa bien, es devolverle margen de agencia.

El filósofo estoico **Epicteto** (ca. 50–135), en su *Enquiridión* del siglo I, propone evitar esfuerzos mentales inútiles: “No pretendas que los acontecimientos sucedan como deseas; desea que sucedan como suceden.” El estoicismo propone una aceptación radical que, en el duelo, puede ser tanto terapéutica como peligrosa. Cuando se confunde aceptación con represión emocional, el resultado es duelo inhibido. Sin embargo, bien entendida, esta frase invita a reducir la lucha inútil contra lo irreversible, algo esencial en fases avanzadas del proceso.

Michel Foucault (1926–1984), filósofo e historiador, en su famosa obra *Historia de la locura*, aparecida en 1961, desvía la atención hacia la sociedad: “Toda sociedad decide qué sufrimientos son aceptables y cuáles deben ser corregidos.” Foucault introduce una crítica social fundamental: el duelo no se vive en el vacío, sino bajo normas culturales implícitas. Algunas formas de duelo son toleradas; otras, patologizadas. Para el clínico, esta cita es una advertencia contra diagnósticos apresurados influidos por expectativas sociales más que por criterios clínicos reales.

Arthur Schopenhauer, en *El mundo como voluntad y representación* (1819), usa el péndulo como fórmula realista para afrontar los avatares de la vida: “La vida oscila como un péndulo entre el dolor y el aburrimiento.” Schopenhauer desmitifica la idea de una vida armónica. Desde esta perspectiva, el duelo no es una anomalía, sino una intensificación de una condición básica de la existencia. El riesgo clínico es caer en un nihilismo paralizante; el valor, recordar que no todo sufrimiento requiere explicación ni redención.

El filósofo **Emil Cioran** (1911–1995), en *Breviario de podredumbre* (1949), juega a contranihilismo: “Sufrir sirve de poco, pero no sufrir sirve aún menos.” Cioran incomoda deliberadamente. Su frase no propone el sufrimiento como virtud, sino como condición inevitable. En el duelo, esta visión puede ayudar a desmontar la fantasía de una vida emocionalmente indolora, aunque resulta clínicamente tóxica si se usa para justificar la pasividad o la desesperanza.

Hannah Arendt (1906–1975), filósofa y politóloga, en *La condición humana* (1958), se opone a la rumiación: “La vida humana se sostiene en la acción, no en la introspección interminable.” Arendt cuestiona el repliegue excesivo sobre el mundo interior. En duelo, esta idea es clave cuando la introspección se vuelve rumiación estéril. El duelo necesita tiempo psíquico, pero también reanudación del lazo con el mundo. Permanecer indefinidamente en el dolor puede convertirse en una forma de retirada vital.



El filósofo **Karl Popper** (1902–1994) se enfrenta a las ideas absolutistas en *La sociedad abierta y sus enemigos* (1945): “Toda teoría que lo explica todo no explica nada.” Aplicado al duelo, Popper desmonta los modelos excesivamente cerrados. Ninguna teoría —ni por fases, ni por tareas, ni por apego— agota la complejidad del duelo humano. El clínico debe usar los modelos como mapas, no como dogmas.

Blaise Pascal (1623–1662), matemático y filósofo francés, en sus *Pensamientos*, de 1670, aboga por un sosiego poco convincente: “Toda la desgracia de los hombres proviene de no saber permanecer en reposo en una habitación.” Pascal señala la dificultad humana para tolerar el vacío y el silencio. En duelo, esta incapacidad se manifiesta como huida hacia la hiperactividad, el consumo o la medicalización. La cita invita a reconsiderar el valor terapéutico del silencio, sin convertirlo en abandono clínico.

Erich Fromm (1900–1980), psicoanalista y sociólogo, en *El arte de amar* (1956), especula con la valentía del amor: “Amar es un acto de valentía, no una garantía de felicidad.” Fromm desmonta la expectativa implícita de que el amor debe proteger del sufrimiento. En el duelo, esta idea combate la fantasía de que “si duele tanto, fue un error amar”. Clínicamente, ayuda a resignificar la pérdida sin renegociar retrospectivamente el vínculo.

El filósofo **Byung-Chul Han** (1959–), en su obra *La sociedad del cansancio* (2010), se mete con la analgesia social: “Hoy el dolor ya no se narra: se elimina.” Han critica una cultura que no tolera el sufrimiento. En este contexto, el duelo se vive como fallo personal. Para el clínico, esta cita es una advertencia contra la prisa terapéutica y la presión por “normalizar” rápidamente al doliente.

Simone de Beauvoir (1908–1986), en *La vejez* (1970), no respalda el dolor como mérito: “El dolor no ennoblece por sí mismo.” Esta frase desmonta la mitificación moral del sufrimiento. El duelo no convierte automáticamente en mejor persona; puede endurecer, empobrecer o aislar. El valor terapéutico no está en el dolor, sino en su elaboración simbólica y relacional.

El psiquiatra **Thomas Szasz** (1920–2012), en una de sus obras más míticas sobre salud mental, *The Myth of Mental Illness* (1961), critica el poner diagnóstico a todo: “Cuando definimos el sufrimiento como enfermedad, dejamos de escucharlo.” Szasz plantea una crítica radical a la medicalización. En el duelo, esta advertencia es crucial: convertir el dolor humano en diagnóstico puede silenciar su significado. Sin embargo, llevada al extremo, esta postura ignora la realidad del duelo patológico. El equilibrio clínico es imprescindible.

George Steiner (1929–2020), crítico literario y filósofo, en *Lenguaje y silencio* (1967), pone coto a la influencia verbal ante el sufrimiento: “Hay dolores que el lenguaje no puede domesticar.” Steiner recuerda los límites de la palabra. En el duelo, no todo puede ni debe verbalizarse. El exceso de verbalización forzada puede ser tan dañino como el silencio impuesto. Esta observación crítica invita al respeto por lo indecible.

Ninguno de estos comentarios invalida el valor terapéutico del duelo; lo desidealizan. Frente a las frases que legitiman el dolor, estas lo cuestionan, lo contextualizan y lo limitan. Juntas, citas y contracitas construyen una visión madura: El duelo no es sagrado, pero sí significativo. No todo duelo transforma; algunos requieren intervención. No todo sufrimiento enseña; algunos solo duelen.

Para el clínico, estas apreciaciones actúan como antídoto contra el sentimentalismo, el dogmatismo teórico y la medicalización acrítica. El duelo exige compasión, pero también pensamiento crítico. En ese equilibrio se sitúa la verdadera práctica profesional.



CARTOGRAFÍA DEL DUELO: CIENCIA, TIEMPO Y HUMANIDAD

A lo largo de este recorrido —desde la definición conceptual hasta la clínica, desde la historia hasta las edades de la vida, desde la enfermedad hasta la muerte— el duelo se ha revelado no como un fenómeno aislado, sino como una estructura profunda de la experiencia humana. El duelo no es un episodio, sino un proceso; no es un síntoma, sino un lenguaje; no es una anomalía, sino una respuesta proporcional a la magnitud de la pérdida.

Desde el punto de vista científico, el duelo es hoy comprendido como un fenómeno biopsicosocial y existencial, donde convergen: (i) La neurobiología del apego y del estrés. (ii) La psicología del desarrollo y de la personalidad. (iii) La psiquiatría clínica y la psicopatología. (iv) La cultura, la historia y los sistemas de creencias. (v) El sentido y la narrativa de la propia vida.

Esta complejidad explica por qué el duelo no admite simplificaciones. Ningún modelo lo explica por completo; ninguna teoría lo agota; ninguna técnica lo resuelve por sí sola. El duelo exige integración, no reducción.

Hemos visto que no todo duelo es patológico, pero algunos duelos enferman. No todo sufrimiento debe medicalizarse, pero algunos requieren intervención especializada. El tiempo es necesario, pero no siempre suficiente. El acompañamiento es esencial, pero no sustituye el trabajo interno del doliente.

En la infancia, el duelo se expresa en el cuerpo y en la conducta; en la adolescencia, en la identidad y el riesgo; en la madurez, en la biografía y el sentido; en la vejez, en la acumulación de pérdidas y en la cercanía de la propia muerte. Cada etapa impone un lenguaje distinto al mismo dolor, y cada una exige un manejo clínico diferenciado.

La enfermedad grave y la muerte nos han mostrado que el duelo no comienza con el fallecimiento, sino con la primera pérdida significativa: de salud, de control, de futuro. El duelo anticipado, tantas veces ignorado, es uno de los grandes determinantes del duelo posterior. Allí donde se ha podido despedir, hablar, cerrar y ser acompañado, el duelo tiende a ser más humano y menos devastador.

Desde la psiquiatría, el manejo del duelo exige una virtud poco espectacular pero decisiva: criterio clínico. Saber cuándo no intervenir, cuándo sostener, cuándo derivar, cuándo tratar. Y, sobre todo, saber no confundir el dolor con la enfermedad, ni la enfermedad con el dolor.

Las opiniones y comentarios de quienes han dedicado tiempo de sus vidas al análisis han cumplido una función dialéctica: mostrar que el duelo puede ser comprendido, pero no domesticado; acompañado, pero no controlado; respetado, pero no sacralizado. El sufrimiento no ennoblece por sí mismo, pero su negación empobrece al ser humano. Entre ambos extremos se sitúa la práctica clínica madura.

En conjunto, *El Laberinto del Duelo* no propone una salida única, porque no existe. Propone mapas, advertencias, linternas conceptuales. El duelo no es un túnel con final garantizado, sino un espacio de transformación posible, donde el sujeto puede perderse o reencontrarse de otra manera.



EPÍLOGO: EL ARTE DE ACOMPAÑAR LO IRREVERSIBLE

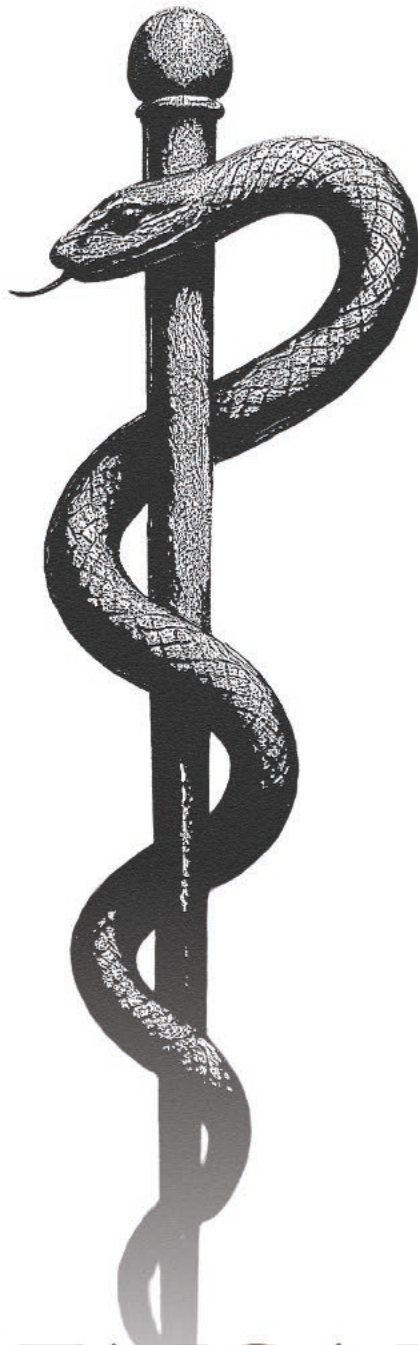
Hay experiencias que no pueden ser corregidas, ni resueltas, ni reparadas. La muerte es una de ellas. El duelo, su sombra inevitable. En una época obsesionada con la eficacia, la velocidad y el rendimiento emocional, el duelo resulta incómodo. No produce, no optimiza, no se deja acelerar. El doliente recuerda a la sociedad una verdad que preferiría olvidar: que amar tiene un precio y que vivir no es indemne.

Acompañar el duelo es, quizás, una de las tareas más exigentes para el profesional de la salud mental y de la medicina. No porque requiera técnicas sofisticadas, sino porque exige presencia sin omnipotencia, ciencia sin frialdad y humanidad sin sentimentalismo. Exige tolerar el silencio, aceptar la lentitud y renunciar a soluciones rápidas.

El buen clínico no promete que el dolor desaparecerá. Promete algo más honesto y más difícil: no abandonar al paciente mientras aprende a vivir con lo que ya no está. Porque el duelo no consiste en olvidar, sino en recordar sin sangrar; no en cerrar heridas, sino en cicatrizarlas; no en volver a ser quien se era, sino en aprender a ser alguien nuevo con la ausencia incorporada. Tal vez por eso el duelo es un laberinto. No para castigar al que entra, sino para transformarlo. Y porque, como todo laberinto verdadero, no se recorre solo con los pies, sino con la memoria, el amor y el tiempo. Cuando el profesional comprende esto, deja de intentar “sacar” al paciente del duelo y empieza a caminar a su lado. Y en ese gesto —silencioso, humilde, profundamente humano— la ciencia y la ética se reconcilian. Ese es, en última instancia, el sentido de esta larga reflexión: No enseñar a huir del dolor, sino a acompañarlo sin perder la dignidad, la lucidez ni la compasión.

RAMÓN CACABELOS

CATEDRÁTICO DE MEDICINA GENÓMICA



EL MENSAJERO
DE ASCLEPIO

FOLIA UNIVERSALIS