

## *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo*

A. FERNÁNDEZ LIRIA, B. RODRÍGUEZ VEGA\*

Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid. \*Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Alcobendas. Hospital La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

*Interventions about problems related to grief for Primary Health Care physicians (I): the grief process*

### RESUMEN

Ésta es la primera parte de un trabajo de dos en el que se revisan diferentes concepciones del duelo, y se propone un modelo por el que éste es considerado como un trabajo a realizar por la persona y su entorno. Se describen los problemas de salud mental asociados a las dificultades encontradas en este proceso y las tareas a llevar a cabo por la persona en duelo.

**Palabras clave:** Duelo. Aflicción. Psicología. Social. Atención Primaria.

### ABSTRACT

In this first paper of two, we review the different concept of grief process though the psychiatric literature. We propose a model in which the grief is considered as a work to do by the person and his/her significative relationship network. We describe the mental health problems associated with the difficulties found in this problems and the tasks to do by the person in grief.

**Key words:** Grief. Bereavement. Psychology. Social. Primary Health Care.

### INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

Aunque es difícil establecer inequívocamente relaciones causa-efecto, numerosos estudios han relacionado las pérdidas de diverso tipo con alteraciones de la salud<sup>1</sup>. Hoy se acepta generalmente que en torno a un tercio de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria presentan problemas de salud mental que requerirían algún tipo de tratamiento y, aproximadamente una cuarta parte del total presenta problemas que podrían considerarse relacionados con algún tipo de pérdida<sup>1</sup>.

El conocimiento del fenómeno del duelo y de los medios de ayuda que pueden proporcionarse a las personas que enfrentan este proceso es importante para los médicos de Atención Primaria por diversas razones. En primer lugar, porque es relativamente

frecuente que pase inadvertido para el médico el hecho mismo de la pérdida o que no se establezca la relación entre ésta y los problemas que motivan la consulta. Por otro lado, el conocimiento de las características básicas del proceso de duelo normal faculta al médico para realizar actuaciones que faciliten el que éste pueda llevarse a cabo de un modo satisfactorio. El conocimiento de los factores que pueden ser causa de problemas posibilita actuaciones preventivas. El conocimiento del proceso de duelo normal y de sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias y hace posible que se intervenga, en cambio, cuando sea verdaderamente necesario. Además, el entorno sanitario está vinculado a pérdidas específicas, para empezar la de la salud, que deben ser manejadas y,

Aceptación: 08-11-01

a veces, anticipadas para evitar que se traduzcan en problemas adicionales.

Por todo ello, se han realizado diversas revisiones de los aspectos del duelo más relevantes para la práctica médica<sup>2</sup>, incluida la consideración de aspectos específicos de distintos grupos etarios<sup>1,3,4</sup>, la pérdida de partes del cuerpo o de facultades<sup>5,6</sup>, la pérdida de relaciones<sup>7</sup>, el trabajo con pacientes moribundos<sup>8,9</sup>. También se han propuesto procedimientos estructurados de formación como personal de ayuda en estas circunstancias<sup>10</sup>.

En este texto llamaremos duelo al proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud o el empleo,...) se adapta y se dispone a vivir sin ello.

Se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo. Y se trata de un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación, no de un cuadro que la persona sufre pasivamente. En este sentido retomaremos el concepto freudiano de *trabajo* de duelo<sup>11</sup> y el modelo de duelo como proceso en el que se abordan una serie de *tareas* propuesto por Worden<sup>10</sup>.

Revisaremos primero las concepciones más relevantes del proceso de duelo que se han sucedido en la historia de la psiquiatría. Posteriormente desarrollaremos una propuesta concreta para el trabajo en situaciones de duelo.

## CONCEPCIONES SOBRE EL DUELO Y LA SALUD MENTAL

Corresponde a Sigmund Freud el mérito de haber abordado el *duelo* como un *trabajo de elaboración* de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado<sup>11</sup>. Para la teoría psicoanalítica y de modo muy general, el duelo supone el proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirlo en uno nuevo. Tal y como lo expresa Freud en *Duelo y melancolía* el trabajo del duelo sigue los siguientes pasos. En primer lugar *"el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo"*. A continuación *"contra esa demanda surge una resistencia naturalísima pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando haya encontrado ya una sustitución"*. Según Freud *"...lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria"*. Pero *"su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y sólo es realizado de un modo paulatino, con un*

*gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con la libido de objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido. Esto se debe a que durante el proceso "la realidad impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas, que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, su veredicto de que dicho objeto no existe ya, y el Yo, situado ante la interrogación de si quiere compartir tal destino, se decide, bajo la influencia de las satisfacciones narcisistas de la vida a abandonar su ligamen con el objeto destruido"*. Por fin *"al final de la labor de duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición"*. El proceso de duelo normal se diferencia del que conduce a consecuencias morbosas como la melancolía (y la manía) en que en este caso, por un lado, la relación del objeto estaba complicada por una ambivalencia que impide que la batalla entre afectos ligados al objeto se haga consciente, y por otro en que en estos casos se da una regresión (narcisística) de la libido al Yo.

Como queda dicho, la patología asociada al duelo, para el psicoanálisis, descansa mucho en factores de predisposición personal y el mantenimiento de una relación de ambivalencia con la persona perdida. Para otros autores psicoanalíticos como Klein<sup>12</sup>, las personas que sufren duelos patológicos nunca han conseguido superar con éxito la posición depresiva que constituye una etapa del desarrollo infantil normal, o establecer una buena relación objetal que les permita sentirse seguros dentro de su mundo interno.

Un modelo de duelo de base psicoanalítica que ha tenido gran influencia es el desarrollado por Enrich Lindemann<sup>13</sup> que sirvió de base a toda la estrategia de prevención primaria mediante la intervención en crisis propuesta por Gerald Caplan<sup>14</sup>, sobre la que, a su vez, se desarrolló todo el movimiento de salud mental comunitaria americano de los años 60. Según Lindemann, el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por: a) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos); b) preocupación por la imagen del difunto; c) culpa; d) reacciones hostiles; y e) desestructuración de la conducta (como síntomas patognómicos) que pueden acompañarse de la e) aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental para facilitarlas. Describe también reacciones de duelo patológicas (duelo diferido, diversas formas de duelo distorsionado) que pueden aparecer si el proceso no se lleva a cabo en condiciones.

En la teoría de la vinculación, la otra gran teoría explicativa del duelo, Bowlby<sup>15-17</sup> integró conceptos

analíticos y etológicos. El duelo se consideró como la extensión de una respuesta general a la separación. El concepto de un "instinto de vinculación" explicaba las respuestas tan universales de sufrimiento ante la separación. Aunque inicialmente sus ideas enfatizaron el papel protector de un adulto, usualmente la madre, para el niño en edad de dependencia, la teoría se amplió para incluir el mantenimiento de relaciones de refuerzo mutuo en la vida adulta. El duelo fue considerado, entonces, como una forma de ansiedad de separación en la edad adulta en respuesta a la ruptura de una relación de vinculación. Para Bowlby el duelo en sujetos sanos dura con frecuencia más tiempo del que se ha sugerido y muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en sujetos sanos. La teoría de la vinculación también relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres. Los sujetos que habían sufrido unas relaciones parentales disfuncionales en la infancia eran especialmente vulnerables<sup>15-17</sup>.

Los modelos derivados de la teoría psicoanalítica y de la vinculación han continuado dominando las conceptualizaciones actuales, mientras que constructos sociológicos, cognitivos o etológicos tienen menos presencia en los intentos de comprensión del fenómeno.

Desde estos modelos de duelo se han descrito procesos más ajustados a un patrón *normal* y reacciones que entrarían dentro de lo que podría considerarse como duelo *patológico*. Así, Parkes, desde la teoría del vínculo<sup>18</sup> identificó tres formas principales de duelo patológico: *duelo crónico*, que supone una prolongación indefinida del duelo con exageración de los síntomas, *duelo inhibido* en el que la mayoría de los síntomas del duelo normal están ausentes y *duelo diferido*, en el cual las emociones que no hicieron su aparición tras la pérdida se desencadenan por otro acontecimiento posterior.

En un artículo de 1997 en el *American Journal of Psychiatry*, Horowitz et al.<sup>19</sup> proponen la inclusión en el DSM de una categoría para *trastorno de duelo complicado* que se caracterizaría por la presencia, 14 meses después de una pérdida, de síntomas intrusivos (recuerdos o fantasías, accesos de emoción intensa, añoranza insostenible), de evitación (de lugares y personas que recuerdan al ser perdido, pérdida de interés o reacciones maladaptativas en el trabajo, familia,...) o incapacidad para adaptarse (con sentimientos de soledad y vacío y alteración del sueño).

Definir un *duelo trastornado* es difícil. Autores como Eisenbruch<sup>20</sup> han discutido la legitimidad de tal intento ante la variedad de respuestas a la pérdida puestas en marcha por diferentes culturas. Este autor ha señalado otro hecho de importancia central. Los rituales de duelo no represen-

tan sólo un procedimiento de apoyo para el miembro de la comunidad que ha sufrido la pérdida. Según su propuesta los rituales de duelo tienen la función primordial de estructurar a una comunidad que ha sido amenazada por la muerte. En condiciones normales la muerte de un miembro da cuerpo a la familia, al grupo de amigos, al de correligionarios políticos, al de compañeros de trabajo,...<sup>20</sup>. En situaciones de guerra, por ejemplo, las dificultades para llevar a cabo estos rituales no sólo tienen repercusión sobre el sentir de los individuos supervivientes, sino sobre la posibilidad misma de reorganizar la vida social para la paz.

## EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA

Desde el punto de vista del constructivismo social<sup>21</sup> el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo. Dicha construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un "programa de conducta" innato, independiente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las propias creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la que se expresa la emoción. Estar de acuerdo con esta idea no supone negar la importancia de determinantes biológicos o psicológicos, lo que se rechaza es la posibilidad de comprender de modo independiente los diferentes niveles.

El duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto (en una operación que es del orden de la narración) debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos que se corresponden con las tareas enunciadas por Worden<sup>10</sup>:

1. Construir un mundo sin la persona o el objeto perdido.
2. Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía.
3. Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos de la persona o del objeto perdido y
4. Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, personas o relaciones, lo que, precisamente, supone no la reorientación de un afecto que queda vacante, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo *sin* el objeto perdido, pero que es capaz de albergar otras personas u objetos dignos de ser amados.

## LA REACCIÓN DE DUELO

Se han propuesto repertorios de *fenómenos* o *síntomas* que suelen estar presentes en los procesos de duelo. La tabla I presenta un ejemplo de éstos. Se trata de repertorios que son útiles en la medida en la que permiten que el clínico tenga constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal, y que pueda obrar en consecuencia, evitando intromisiones innecesarias y, en ocasiones tranquilizando al doliente y a su familia respecto a algunos fenómenos que, a veces, se viven como muy amenazantes (como los fenómenos de presencia de la persona fallecida o los momentos de anestesia o descontrol emocional). El inconveniente de estos repertorios es que pueden transmitir la idea de un especie de cuadro fijo y hacer olvidar que el duelo es un proceso, con una historia, en la que unos y otros se suceden o se simultanean.

Tabla I

MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO*
<p><b>SENTIMIENTOS</b></p> <p>Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y auto-reproches, ansiedad sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional,...</p>
<p><b>SENSACIONES</b></p> <p>Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño,...</p>
<p><b>COGNICIONES</b></p> <p>Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto,...</p>
<p><b>ALTERACIONES PERCEPTIVAS</b></p> <p>Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia,...</p>
<p><b>CONDUCTAS</b></p> <p>Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido,...</p>

\*Modificado de cita 10.

Esta característica de ser un proceso se resalta en los modelos de duelo que presentan éste como una sucesión de *fases*. Nosotros, como Worden<sup>10</sup> preferimos hablar de “tareas” y no de estadios como Kubler Rose<sup>22</sup> o de fases como Parkes<sup>18</sup>, porque el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto, y no un mero pasar por distintas etapas y, además, porque no se presta al equívoco de pretender que hay un determinado orden preferible o *sano* en el que deberían sucederse las cosas y permite moverse mejor a través de las diferencias individuales, que pueden ser muy variadas en función de las características personales del doliente, la naturaleza de la relación con lo perdido, o el contexto en el que se produce la pérdida y la supervivencia.

Los modelos estructurados en *fases* tienen la ventaja de describir bien situaciones concretas. En la *fase de shock*, el desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación durante la cual la tarea más importante es la de “aceptar la realidad” de lo que está ocurriendo.

*Sergio es un estudiante de 14 años que conducía de vuelta a casa después de una fiesta. Su coche que sufrió un accidente del que él salió con heridas leves pero en el que murió su hermano, dos años mayor. Mientras le curaban, Sergio mantenía la vista perdida en el vacío y parecía no enterarse de las manipulaciones de que era objeto, ni enterarse de si le hablaban. Cuando la enfermera le preguntó si necesitaba algo dijo que avisaran a su hermano. Cuando le repitió que, desgraciadamente, su hermano había perdido la vida en el accidente, sin cambiar el gesto de perplejidad, musitó: “¡ah, es verdad!”. Un rato después se levantó diciendo que quería devolverle el teléfono móvil a su hermano, que se lo había dejado a él porque le molestaba para bailar en la fiesta.*

En la *fase de protesta*, el sujeto realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con el fallecido o lo perdido.

*Cuando llevaron a Carla a la consulta hacía seis semanas que su hijo había muerto en un accidente de coche. Carla había conservado la ropa que su hijo había dejado para lavar el día anterior y pasaba la mayor parte del día encerrada en su cuarto con ella aplicada a la nariz, porque eso le permitía recuperar la presencia de su hijo por el olfato.*

*Antonia, que siempre había manifestado su desprecio por esas prácticas, después de unos días en los que alternaba la perplejidad y el llanto incoercible, consultó a un medium que le garantizó que le podía poner en contacto con el espíritu de su amante, muerto de cáncer.*

En la *fase de desesperanza*, es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión, hasta que el superviviente se consigue adaptar a la realidad de la pérdida.

*Cuando, por fin, Olivia logró convencerse de que su hijo se había quitado la vida, decidió que para vivir así, no valía la pena molestarse, abandonó el trabajo, se negó a recibir a las amigas y no quería salir de la cama. Decía que sólo la cobardía le impedía hacer lo mismo que había hecho él.*

La última fase que se describe es la de reorganización que tiene como consecuencia el reestablecimiento de nuevas relaciones.

*Leonardo, que estaba realizando una carrera brillante como violinista, abandonó la música y toda actividad gratificante, repetía continuamente que un cojo no tenía nada que hacer en un mundo como éste, y comenzó a beber desafortunadamente. Su recuperación no supuso el que olvidara que era cojo (lo que, desde luego le hubiera supuesto graves problemas), sino el que pudiera admitir que, el serlo, no le tenía por qué impedir seguir disfrutando de la música y de su interpretación.*

Aunque la consideración de estas fases ayuda a identificar fenómenos y nos acerca a la comprensión de los procesos de duelo, a nosotros nos ha resultado más útil un modelo del proceso de duelo que, como el que propone Worden<sup>10</sup>, se base en la consideración de un conjunto de *tareas* que, en uno u otro orden la persona doliente lleva a cabo. Consideramos, en lo que sigue, el duelo y las posibles intervenciones terapéuticas en esta situación, como un trabajo de elaboración de narrativas. Revisaremos a continuación las tareas propuestas por este autor.

### **Tarea 1: aceptar la pérdida de la persona o del objeto**

La tarea de constatación de la pérdida del objeto es condición de posibilidad del trabajo de duelo. El fracaso en la misma puede tomar formas diversas que van de la sensación de irrealidad o simple negación de las evidencias (muy frecuentes en los primeros momentos de cualquier duelo), a la producción alucinatoria del objeto perdido. En todas las culturas existen procedimientos para ayudar al doliente en esta tarea. En la nuestra se vela el cadáver, se celebran funerales de cuerpo presente en los que el oficiante se refiere al difunto en pasado al igual que los conocidos, que pasan al terminar la ceremonia a dar el pésame a los familiares; cada familiar arroja su puñado de arena sobre el ataúd que espera en la fosa a ser cubierto, hay una forma especial de tañer las campanas, se visitan y se llevan flores a las tumbas y existe la tradición del luto que –entre otras cosas– hace presente la pérdida. Tras estas ceremonias el doliente vuelve a la casa, y la cultura y hasta la reglamentación laboral le proporcionan un tiempo para hacerse a la idea de la pérdida.

El duelo de la reina Victoria de Inglaterra tras la muerte del príncipe Alberto a los 42 años en 1861

suscitó un gran interés en los historiadores de la psiquiatría. La reina mantuvo durante años después de su muerte los objetos personales y los enseres del príncipe en la misma situación que la noche que él murió. Hacía renovar diariamente los objetos de aseo del príncipe en lo que se podría considerar una especie de ritual cuyo objeto era la negación de la muerte de su esposo<sup>23</sup>.

*El Dr R es llamado a interconsulta en el hospital general por uno de los cirujanos. Se trata de valorar a Javier que es un joven de 19 años a quien se le ha amputado una pierna hace veinte días tras un grave accidente de coche en el que conducía el paciente y falleció un amigo de éste. Javier siente con intensidad la forma de su pierna perdida y el tacto de ésta. Los médicos y su familia le han explicado varias veces como ocurrió el accidente y las funestas consecuencias que tuvo para su amigo. Están sorprendidos porque Javier responde mostrando su disgusto por tener que retrasar las vacaciones que iban a emprender juntos y por tener que ser escolado (en la pierna amputada).*

### **Tarea 2: experimentar las emociones vinculadas a la pérdida**

La pérdida de un objeto importante conlleva siempre la eclosión de fuertes emociones. Está la tristeza, pero también, a veces, la rabia, la culpa, el despecho, el alivio, el miedo, la envidia o el resentimiento. Nuestra cultura nos proporciona en tiempos de paz instrumentos para facilitar la experiencia y la expresión de esos afectos y para hacer balance. Manifestaciones proscritas en otras situaciones son facilitadas en velatorios y funerales por la creación de un clima propicio que puede incluir hasta la contratación de plañideras. La comunidad puede facilitar la dedicación del doliente (quizás marcado por el luto para facilitar su identificación como tal) a esta experiencia eximiéndole de obligaciones sociales que podrían distraerle de un trabajo de metabolización que requiere su tiempo y unas ciertas condiciones para ser llevado a cabo. Los allegados facilitan el trabajo de balance “*a pesar de todo era muy bueno*”, “*ha dejado de sufrir*”, “*a su modo, él nos quería*”, etc. La dificultad para contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea es, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración, como por ejemplo en una guerra o durante una catástrofe.

*Malik, un inmigrante bosnio, comenzó a sentir sensación de ahogo y tristeza intensa, meses después de terminado el conflicto bélico. Dos años antes, en pleno enfrentamiento, su mujer había sido abatida por las balas de un francotirador cuando caminaban jun-*

tos por su ciudad. Entonces hubo que enterrarla rápidamente, por la noche, sin esperar a la llegada de sus hijas que estaban fuera, con prisas, enfrentando al día siguiente otro terrible día en el que las tareas prioritarias eran las de la supervivencia.

Joaquín es un paciente de 23 años que en el transcurso de una mañana de trabajo normal como impresor, comienza a presentar fuertes mareos. Tras varios días con esta sintomatología fue dado de baja laboral y se inició un estudio neurológico que, una vez finalizado, no reveló alteraciones a ese nivel. Su ánimo no era triste sino aparentemente preocupado por la posibilidad de padecer un tumor cerebral. Fue derivado a Psiquiatría dos meses más tarde tras haber presentado una crisis de angustia, interpretada por el médico de cabecera como consecuencia de la tensión nerviosa que el paciente sufría ante el TAC craneal que unos días más tarde estaba previsto. Al inicio de la entrevista, el paciente estaba muy inquieto, ante la posibilidad de la enfermedad física. Relata sus síntomas del día anterior como dificultad respiratoria y sensación de muerte inminente. Cree que está preocupado como estaría cualquier otro en su situación, pues no se considera una persona aprensiva. Al interrogar por cambios en las relaciones significativas en los últimos tiempos, Joaquín relata la muerte de su novia diez meses antes. Tres años antes había sido diagnosticada de un tumor de piel. Había abandonado las revisiones, considerándose, por su cuenta, curada. Un año antes de su muerte, comenzó a presentar mareos, a los que su médico de cabecera no concedió especial importancia. Ante el agravamiento de la sintomatología se le hizo un TAC craneal que demostró la existencia de múltiples metástasis. Hasta la muerte de su novia, Joaquín se hizo cargo totalmente de su tratamiento y de la relación con los médicos. La familia de su novia se apoyó también en él evitando una tarea que les resultaba muy penosa. Los últimos meses habían sido de una gran sobrecarga para Joaquín, que simultaneaba el trabajo en su empresa con el cuidado de la novia cada día más invalidada y consumida. Después de la muerte de su novia, Joaquín confiesa un sentimiento de gran liberación. Tras cumplir con todos los ritos, contactó de nuevo con sus amigos y se propuso volver a la vida normal. Salía todos los días, buscaba compañía de mujeres tanto dentro de su entorno como de prostitutas y comenzó a beber abusivamente. Él mismo se sorprendía de "lo bien que había reaccionado a la muerte de su novia". Sus amigos y su familia también. Unos meses más tarde comienza con el cuadro de mareos. Durante las primeras entrevistas fue capaz de ir conectando sus síntomas con los sentimientos no elaborados tras la muerte de su novia.

### Tarea 3: capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido

Normalmente nos repartimos las cargas de la vida con las personas con las que mantenemos relaciones estrechas. Cuando nos faltan estas personas, a veces, no somos capaces de afrontar problemas básicos. A la tristeza del viudo puede unirse el justificado sentimiento de incapacidad para llevar una vida autónoma que le obligaría a enfrentar tareas (compra, cocina, limpieza, educación de los hijos,...) que nunca realizó. Las redes sociales y familiares de los afectados se modifican para ayudarles en tanto se capacitan para desempeñar nuevos roles. En ocasiones extremas mecanismos institucionales (pensiones de viudedad, asilos, orfanatos,...) hacen que la sociedad en su conjunto asuma las cargas que los supervivientes no pueden soportar por sí solos.

Josefina perdió a su marido hace tres años, después de una corta enfermedad. Según cuenta ella misma, el marido era un hombre de gran decisión, de ideas muy claras, que dirigía la marcha de la economía de la casa y el futuro educativo de los hijos. Josefina tuvo con él una buena relación durante dieciocho años, en los que aprendió a admirar su capacidad de trabajo y energía. Ella se define a sí misma como pusilánime y apocada. Tras la muerte de su marido, la hija de ambos de quince años por entonces, empezó a ir mal en el colegio, a salir con mucha más frecuencia que antes, sin respetar los horarios que su madre le marcaba y a llegar a casa bebida o bajo el efecto de alguna otra sustancia. Los escándalos que la hija organizaba al volver a casa en malas condiciones, obligaban a Josefina a llamar a su cuñada, que vivía dos pisos más arriba, y era una mujer de gran carácter, respetada por la hija. Desde hace dos años, la cuñada de Josefina se hace cargo de las cuentas de la casa y de la orientación educativa de la hija. Josefina sale a trabajar unas horas fuera de casa, mientras que en su hogar se muestra inactiva y apática, abandonando sus tareas habituales.

### Tarea 4: recolocación de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos

La culminación de esta fase supone, de hecho, la terminación del trabajo de duelo. Como ya señalábamos anteriormente no se trata de redirigir hacia un nuevo destino un afecto que de algún modo el objeto perdido ha dejado vacante. Cuando - excepcionalmente - algo así sucede tras una pérdida importante, lo que se produce es, precisamente, la evitación del proceso de duelo. Lo que desaparece con el objeto que se pierde es un mundo habitado por él, y el doliente queda en un

mundo en el que no le cabe concebir la posibilidad de amar a otro objeto (tal amor adquiriría, en todo caso, significado *respecto al* objeto perdido - por ejemplo como *traición*). Lo que culmina esta fase es la construcción de un mundo, que es un mundo que tiene sentido aunque no contiene al objeto perdido, y que puede ser habitado por objetos dignos de ser amados. No es un proceso corto y los aparentes atajos suelen derivar en complicaciones. Worden (1991) dice que desconfiaba de los procesos que duran menos de un año y que no es tan raro que requieran dos.

*Carmen acude a la consulta de un psiquiatra buscando apoyo por sentimientos de intensa angustia que se han presentado pocas semanas antes de su próxima boda. Durante la primera entrevista relata que éste sería su segundo matrimonio. El primero terminó con la muerte de su marido tras una larga y penosa enfermedad. La relación con él se había iniciado en la adolescencia, de modo que ambos habían sido la única pareja para el otro. Su matrimonio duró cuatro años, antes de la enfermedad que terminó con la vida de su marido. Recuerda esos años como de una gran armonía entre ellos y recuerda el periodo de la enfermedad como de gran sufrimiento, pero también de una íntima comunicación. Pudieron hablar muy abiertamente de la muerte que se avecinaba y del futuro de Carmen sola, más allá de la muerte del marido. Cuando éste falleció, Carmen sintió primero un gran alivio, seguido de una profunda tristeza que arrastró durante meses, si bien continuó con su trabajo y su vida social. Durante los años que pasaron después del*

*fallecimiento del marido, Carmen hizo obras en la casa, para adecuarla mejor a sus necesidades sola. La vida volvió a tener sentido para ella y empezó a mantener una relación muy satisfactoria con el hombre con el que está apunto de casarse. En estas últimas semanas, el recuerdo de su primer marido se ha intensificado junto con un sentimiento de traición que ella entiende que es irracional.*

En resumen, y como ideas centrales de este trabajo, el duelo es un proceso, lo que incluye la noción de tiempo y de evolución, que se presenta en la clínica abiertamente o a través de sintomatología bizarra y muy variada, que el médico ha de ser capaz de detectar y que supone para el doliente el desarrollo de una serie de tareas que, en la mayoría de los casos se solapan o aparecen en distinto orden. Introducir al médico de Atención Primaria en las actuaciones que facilitan la elaboración de este proceso es el objetivo de la segunda parte de este artículo.

#### CORRESPONDENCIA:

A. Fernández Liria  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Príncipe de Asturias  
Crtra. de Meco, s/n  
28805 Alcalá de Henares (Madrid)

## Bibliografía

1. Parkes CM. Coping with loss: Bereavement in adult life. *BMJ* 1998; 316: 856-9.
2. Parkes CM. Coping with loss: Facing loss. *BMJ* 1998; 316: 1521-4.
3. Black D. Coping with loss: Bereavement in childhood. *BMJ* 1998; 316: 931-3.
4. Pitt B. Coping with loss: loss in late life. *BMJ* 1998; 316: 1452-4.
5. Fitzgerald RG, Parkes CM. Coping with loss: blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *BMJ* 1998; 316: 1160-3.
6. Maguire P, Parkes CM. Coping with loss: Surgery and loss of body parts. *BMJ* 1998; 316: 1086-8.
7. Weiss R. Coping with loss: Separation and other problems that threaten relationships. *BMJ* 1998; 316: 1011-3.
8. Black. Coping with loss: The Dying child. *BMJ* 1998; 316: 1376-8.
9. Parkes CM. Coping with loss: The Dying adult. *BMJ* 1998; 316: 1313-5.
10. Worden J W. Grief counselling and grief therapy. New York: Routledge, 1991.
11. Freud S. Duelo y melancolía. En: Freud S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1948. p. 1087-95.
12. Klein M. Obras completas. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo. 1965.
13. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944 (reimpreso en *Am J Psychiatry* 1994; 151) 6: 155-60.
14. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. (11 ed). Buenos Aires: Paidós, 1980).
15. Bowlby J. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata, 1986. (The making and breaking of affectional bonds. Tavistock, 1979).
16. Bowlby J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós, 1990 (Attachment and Loss, vol 3. Loss, sadness and depression, Tavistock, 1980).
17. Bowlby J. La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós, 1985 (Attachment and Loss, vol 2. Separation,

- London, The Hogarth Press Clark S. Loss and grief in general practice: a pilot study. National convention of the Royal Australian College of general practitioners, 1986).
18. Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. London: Penguin Books, 1996.
  19. Horowitz MJ, Spiegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder. *AJP* 1997; 154: 904-10.
  20. Eisenbruch M. Cross-cultural aspects of bereavement; I: a conceptual framework for comparative analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1984; 8: 283-309.
  21. Averill JR, Nunley EP. Grief as an emotion and as a disease: a social constructivist perspective. En: Stroebe, Stroebe and Hansson Handbook of bereavement. New York, Cambridge University Press, 1993: 77-91.
  22. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, 1989.
  23. Ramchandani D. Pathological grief: Two Victorian case studies. *Psychiatric Quarterly* 1996; 67,1: 75-85.