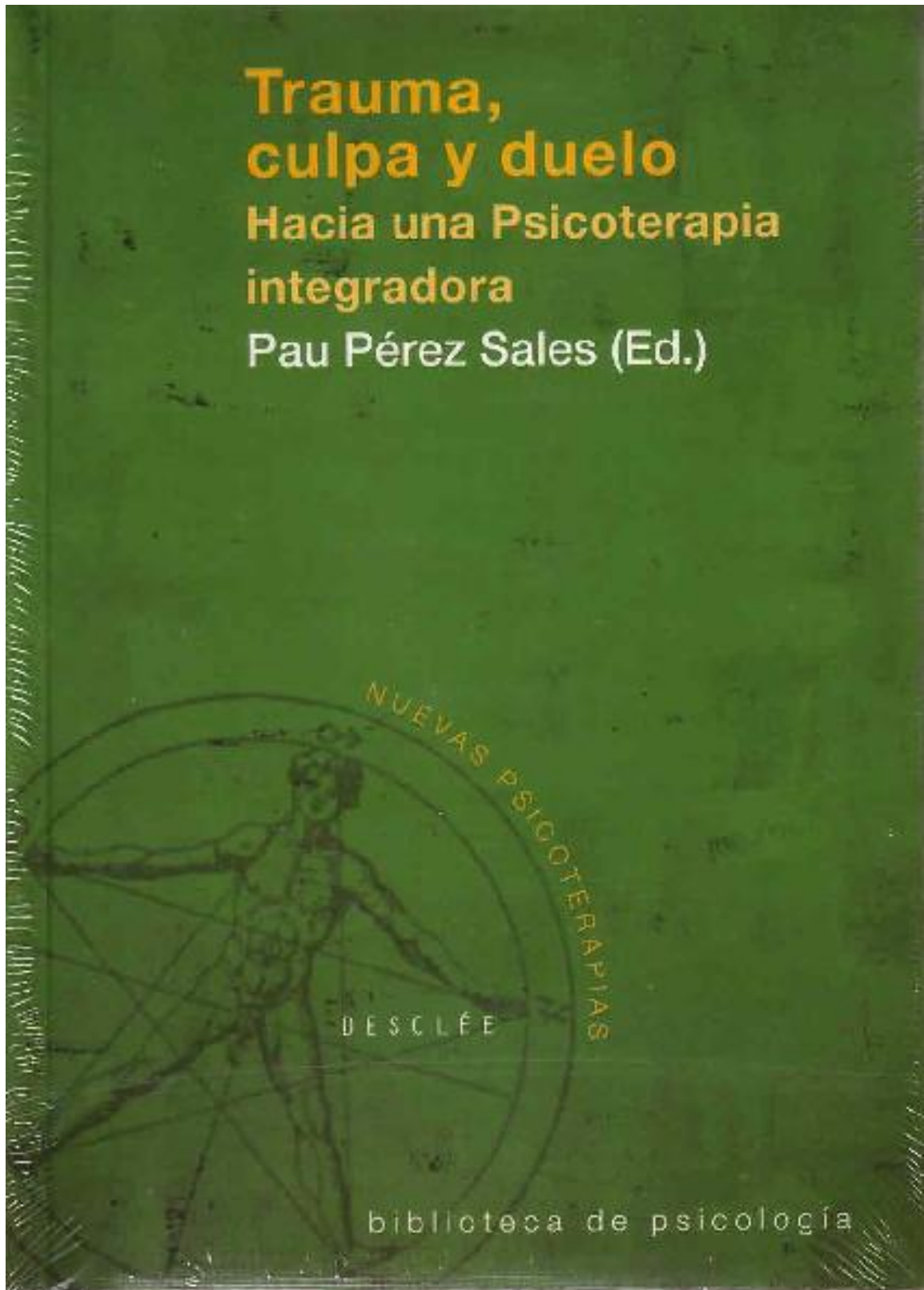


BORRADOR DEL TRABAJO PUBLICADO COMO:

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres Intervenciones sobre duelo. En Pérez Sales P,(Ed) Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006

ISBN: 84-330-2056-0



INTERVENCIONES SOBRE DUELO

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra
Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid
Hospital Príncipe de Asturias
Universidad de Alcalá

Beatriz Rodríguez Vega

Psiquiatra
Hospital La Paz
Centro de Salud Mental de Alcobendas
Universidad Autónoma de Madrid

María Diéguez Porres

Psiquiatra
Hospital Príncipe de Asturias

DIRECCIÓN DE CONTACTO

Alberto Fernández Liria
Hospital Príncipe de Asturias
(Servicio de Psiquiatría)
Crtra de Meco s/n
28805 MADRID

INDICE

JUSTIFICACIÓN.....	4
INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN	6
CONCEPCIONES DEL DUELO Y LA SALUD MENTAL	7
LA REACCIÓN DE DUELO.....	11
INTERVENCIONES EN SITUACIONES DE DUELO	23
Objetivos de la intervención.....	25
Principios de la intervención en duelo	25
Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte	25
Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos	26
Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido.....	28
Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo.....	29
Principio 6: Evitar los formulismos	29
Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal.....	29
Principio 8: Permitir diferencias individuales	29
Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones	30
Principio 11: Identificar patología y derivar	30
INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DUELO.....	30
DUELO Y FAMILIA	35
Tareas familiares de adaptación.....	36
A MODO DE CONCLUSIÓN.....	37
BIBLIOGRAFÍA	38

JUSTIFICACIÓN

La exposición al tipo de situaciones que llamamos *traumáticas* conlleva, por regla general, la ocurrencia de pérdidas. Si propugnamos el desarrollo de intervenciones psicosociales para las experiencias traumáticas en general, y para aquellas situaciones particulares en las que estas llegan a representar una experiencia común, como son las de catástrofe, guerra y violencia organizada, sería lógico pensar que es porque creemos que estas situaciones, afectan de algún modo a la salud mental. Intuitivamente no parece disparatado pensar que así ha de ser (aunque en este tipo de apreciaciones de lo obvio se basan algunos de los más importantes desvaríos de la historia de la psiquiatría¹). Además en las clasificaciones psiquiátricas se han descrito trastornos mas o menos específicos sobre todo en personas sometidas a las condiciones propias de las principales catástrofes o guerras habidas a lo largo del siglo veinte, en las que se basan las estrategias de intervención actualmente aceptadas para las situaciones traumáticas, como las que se han propuesto en el primer volumen de este trabajo.

El último de estos trastornos descritos, el *trastorno de estrés postraumático*, provee del modelo sobre el que se articulan la mayor parte de estas intervenciones psicosociales. Según este modelo, lo que hemos de afrontar es un *trastorno* que resulta del impacto de un estresor que, por sus características, adquiere esa condición de ser *traumático*. Es un *trastorno* porque tiene una causa identificable que actúa sobre el lecho de una vulnerabilidad de los sujetos, presenta unos síntomas, (hiperalerta, entumecimiento afectivo, intrusiones y evitación), determinados cuadros de estado (que combinan estos síntomas), sigue una evolución previsible y responde a unos tratamientos específicos¹

Sin negar que pueda presentar ventajas que hayan facilitado la expansión del concepto y los modelos de trabajo sustentados en él, este modelo de trastorno *postraumático* tiene algunas insuficiencias. En primer lugar, y por empezar por las situaciones en las que se generó específicamente el concepto, se refiere a un supuesto que no sólo no es el más común, sino que es excepcional en las situaciones de guerra, catástrofe o violencia organizada desde las que ha sido inicialmente pensado, donde no abundan las personas que han sufrido una experiencia brutal pero puntual (como era el caso de los combatientes americanos en Vietnam que sirvieron de modelo para pensar el trastorno) y fracasan en su intento de reintegrarse - con una biografía que ha de incorporar esa experiencia - a un medio normalizado, sino personas que permanecen durante meses o años en una situación de amenaza continua en la que la experiencia etiquetable como traumática se repite o amenaza con repetirse en cualquier momento y que deben adaptarse a esa situación (muy alejada de lo que entenderíamos como *normalizada*) y en un contexto en el que todo el mundo ha vivido experiencias semejantes. La guerra o la violencia organizada – situaciones a las que nos referiremos con frecuencia en este texto, porque en nuestro trabajo en ellas hemos aprendido los autores buena parte de lo que intentamos transmitir² - no son acontecimientos (que producen un impacto), sino procesos (que exigen un trabajo de adaptación). Por otra parte, en estas situaciones, los síntomas que configuran el hipotético *trastorno* (hiperalerta, vivencias de intrusión, evitación y entumecimiento afectivo) constituyen en

¹ Y de la ciencia en general. Lo obvio es que el cielo es azul, la tierra es plana y el sol describe un semicírculo a nuestro alrededor.

buena medida defensas adaptativas ante estas situaciones y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población (son tan estadísticamente *normales*) que no parece que tenga sentido calificarlas de *patológicas* o *trastornadas*¹. Además, si bien algunos de los síntomas que constituyen el síndrome parecen respuestas mas o menos universales a adversidades importantes (como las vivencias de intrusión y la hiperalerta) otros (como la evitación o el entumecimiento afectivo) parecen estar sometidos a importantes variaciones de una a otra cultura³. Por otra parte, este modelo medicalizado aunque tiene la ventaja de autorizar y servir para guiar actuaciones reparadoras a nivel individual, presenta el inconveniente de ignorar la importancia de los procesos colectivos en la operación de resignificación que supone la superación de la experiencia "traumática". Por último, si bien es cierto que lo que caracteriza a la experiencia *traumática* es su carácter de *innombrable*, y, por tanto, de inasimilable en los términos habitualmente utilizados por el sujeto para dar sentido a su experiencia – y ello hace necesario el desarrollo de estrategias específicas para afrontar este hecho - también lo es que la experiencia traumática generalmente reviste otras características que deben ser no menos específicamente atendidas y que pueden dificultar la asimilación. La ocurrencia de pérdidas y la necesidad de un proceso de duelo para asimilarlas, constituye un ejemplo frecuente de esto.

Por todos estos motivos frente a un modelo que contempla un *trastorno* como respuesta a una *noxa*, creemos preferible organizar, en la medida de lo posible, las intervenciones - tanto las individuales como las comunitarias - según un modelo que lo que contempla es un *trabajo* (y, en concreto un trabajo de *otorgamiento de significado*) que la comunidad y cada uno de sus miembros han de realizar frente a una *experiencia*. Trabajo y experiencia que se entienden mal desde una consideración reducida al individuo. Para ello nos ha sido de utilidad el modelo del **duelo** como referente para organizar el trabajo en salud mental en estas situaciones⁴.

El esquema del **duelo** ofrece varias ventajas. En primer lugar se refiere a una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante el acontecimiento doloroso de la pérdida de un ser querido. Se trata de una tarea que ha de realizarse siempre que existen pérdidas y que, en las situaciones de catástrofe, violencia, guerra o desestructuración grave del medio como consecuencia del acontecimiento traumático, ha de realizarse en condiciones difíciles. Este enfoque evita la estigmatización de partida de las víctimas como *enfermos* que lo son en función de una especial *vulnerabilidad* individual. La necesidad de elaborar el duelo reclama - y posibilita - la *participación* del superviviente, mientras que el padecimiento de una enfermedad evoca el comportamiento del *paciente* (sujeto pasivo sobre el cual interviene el médico). La guerra, la violencia, las catástrofes y las experiencias *traumáticas* en general, colocan a **personas normales en situaciones anormales**, las intervenciones psicosociales pretenden ayudarlas a enfrentar esas situaciones, el duelo es uno de los procesos de que consta el enfrentamiento de tales situaciones.

¹ *No parece que tenga sentido hablar de evitación* como síntoma cuando la amenaza real continúa vigente; la *hiperalerta* aumenta objetivamente las posibilidades de sobrevivir a la segunda granada en un bombardeo; el entumecimiento afectivo permite sobrevivir aún dejando desangrarse a un ser querido al que un francotirador ha preferido herir mortalmente, evitando matarlo en el acto, precisamente para convertirnos en nuevo blanco al intentar socorrerlo; las imágenes intrusivas (no mucho mas intrusivas que la realidad) permiten sostener este estado.

En segundo lugar el modelo de duelo no se refiere necesariamente al *efecto* de una experiencia puntual (como un trastorno que sigue a un *trauma*) sino a un *trabajo* que debe ser realizado frente a una (o muchas) pérdida(s). Tal modelo no sólo describe mejor la experiencia de los supervivientes de estas situaciones (que, sobre todo en el caso de la guerra o la violencia organizada, pero también en la violencia familiar, por ejemplo, no suelen ser circunscritas en el tiempo), sino que permite, a la vez, dar cuenta de sus dificultades para afrontarla (en la medida en la que los mecanismos individuales, interpersonales y comunitarios que intervienen en los procesos "normales" de duelo pueden estar destruidos o alterados por la misma situación *traumática*).

Por último, el esquema del duelo, concebido como un trabajo de elaboración, permite situar y entender la función de distintos elementos (recursos psicológicos, entorno interpersonal, contexto cultural y social...) a lo largo de un **proceso** y es útil para planificar intervenciones y asignar tareas en las mismas.

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 en general y en la salud mental en particular⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²

El conocimiento del fenómeno del duelo y de los medios de ayuda que pueden proporcionarse a las personas que enfrentan procesos de duelo es importante para las personas que tratan de mantener una relación de ayuda de cualquier tipo con otras que enfrentan o están en riesgo de enfrentar pérdidas importantes por diversos motivos. En primer lugar, porque es relativamente probable que les pase inadvertido o no le concedan importancia al hecho mismo de la pérdida o que no se establezca la relación entre ésta y algunas de las dificultades que puedan encontrarse en el intento de practicar la relación de ayuda. Por otro lado, el conocimiento de las características básicas del proceso de duelo normal faculta a quien pretende ayudar para realizar actuaciones que faciliten el que este 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 actúe, en cambio, cuando sea verdaderamente necesario. Las situaciones de guerra, violencia y catástrofe están vinculadas a pérdidas específicas y a dificultades específicas para llevar a cabo el proceso de duelo, que deben ser conocidas por quien a trabajar con quien las enfrenta.

Existen buenas revisiones para no profesionales de la salud mental de los efectos sobre la salud mental en particular y la salud en general de los procesos de duelo y las dificultades para llevarlos a cabo⁵⁻¹³, incluida la consideración de aspectos específicos de distintos grupos etarios⁶⁻¹⁴⁻¹⁵, la pérdida de partes del cuerpo o de facultades¹⁶⁻¹⁷, la pérdida de relaciones¹⁸, o el trabajo con pacientes moribundos¹⁹⁻²⁰. También se han propuesto procedimientos estructurados de formación como personal de ayuda en estas circunstancias²¹

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*²² y el modelo de duelo como proceso en el que se abordan una serie de *tareas* propuesto por Worden²¹.

El modelo de duelo, puede aplicarse a cualquiera de las pérdidas que un sujeto sufre a lo largo de su vida: la de una persona querida, pero también, la de un trabajo, la de una casa, la de la capacidad de realizar determinadas tareas debido a la edad o a una enfermedad, la de la salud, la de un miembro, la de la belleza, la juventud, la ocasión de demostrar la propia valía a través de los exámenes al dejar de ser estudiante... En algunas situaciones, como la guerra, lo mismo que en los desastres naturales, el sujeto puede sufrir en un corto periodo de tiempo multitud de pérdidas. En la situación de conflicto bélico o de violencia organizada, la tensión se prolonga, con frecuencia, durante mucho más tiempo y a la pérdida de personas se pueden sumar las de la casa, la del entorno cuando se hace necesaria la migración, la de rol y estatus social. Pero también se produce una honda pérdida de la confianza en el mantenimiento de la seguridad básica. Porque no solo se han podido vivir situaciones de amenaza de pérdida de la propia vida o la de las personas queridas sino que además éstas se producen de forma violenta y como consecuencia de la agresión de un ser humano a otro. Las situaciones que llamamos *traumáticas* en general, por puntuales que sean, conllevan, por definición, también esa pérdida de la seguridad básica porque lo que las convierte en tales es que son incompatibles con la visión del mundo que la sustenta para el sujeto al que afectan en particular.

El duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que las personas establecemos entre nosotras y, en consecuencia, de cómo se hace posible la sociedad. En la guerra o en las catástrofes, el proceso es de destrucción de los lazos establecidos y el método por el que se llega a ello abrupto y traumático. El duelo es, al mismo tiempo, la tarea general de la sociedad y la particular de cada individuo que atraviesa esa trágica situación.

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 DEL DUELO Y LA SALUD MENTAL

Las clásicas teorías de comprensión del duelo, la psicoanalítica y la de la vinculación, quizás tengan que aceptar modificaciones para abarcar la reacción emocional a las pérdidas que pueden acompañar la experiencia traumática.

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 amado²². 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 gustos 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, 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. En las situaciones que llamamos *traumáticas*, el fracaso para sentirse seguros ocurre en el mundo interno y en el externo, a la pérdida masiva de relaciones significativas y de red de apoyo social, que se puede dar, por ejemplo, en una situación de guerra o catástrofe, se suma la pérdida, que volveremos a discutir más adelante, de seguridad y predictibilidad del futuro.

Un modelo de duelo de base psicoanalítica que ha tenido gran influencia es el desarrollado por Enrich Lindemann²³ que sirvió de base a toda la estrategia de prevención primaria mediante la intervención en crisis propuesta por Gerald Caplan²⁴ 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 1) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos), 2) preocupación por la imagen del difunto, 3) culpa, 4) reacciones hostiles y 5) desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que pueden acompañarse de la 6) 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 facilitarlos. 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, Bowlby²⁵⁻²⁶⁻²⁷ 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 un paternaje patógeno eran especialmente vulnerables.

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 ha descrito procesos más ajustados a un patrón *normal* y reacciones que entrarían dentro de lo que podría considerarse como duelo *patológico*. Así, Parkes⁵, desde la teoría del vínculo 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 en el *American Journal of Psychiatry*, Horowitz y colaboradores²⁸ 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 insoportable), 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 aún en ausencia de acontecimientos o situaciones *traumáticas*. Autores como Eisenbruch han discutido la legitimidad de tal intento ante la variedad de respuestas a la pérdida puestas en marcha por diferentes culturas²⁹. Este autor ha señalado otro hecho de importancia central. Los rituales de duelo no representan 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 trabajo²⁹...Las dificultades para llevar a cabo estos rituales en las situaciones de guerra o en las sociedades afectadas por acontecimientos *traumáticos*, tienen no sólo repercusión sobre el sentir de los individuos supervivientes, sino sobre la posibilidad misma de reorganizar la vida social para la paz o la *normalidad*.

En una revisión reciente Pérez Sales³⁰ critica desde una perspectiva transcultural las ideas, provenientes de Bowlby sobre la universalidad del duelo. Revisa estudios que permiten sostener que las emociones son construcciones culturales (Por eso las expresiones utilizadas para referirlas carecen, con frecuencia de equivalentes en otros idiomas) y no respuestas biológicas universales. “La cultura – dice – no colorea la emoción, sino que la antecede y determina”. Considera, en base a una exhaustiva revisión de lo publicado al respecto, que tanto la pretensión de que los rituales de duelo

tienen como objetivo cuidar del superviviente y no se realizan en beneficio del fallecido, como la de que el proceso psicológico que sigue a la pérdida (*grief*) es universal y el rito o acto colectivo que lo facilita (*mourning*), viene determinado por la cultura, representan una visión etnocéntrica del duelo que extrapola abusivamente lo aceptado en la cultura dominante euronorteamericana y contradice la experiencia de otras culturas. Para este autor, en definitiva, la muerte, evoca respuestas emocionales determinadas por las experiencias del sujeto a la luz de las concepciones culturales y no hay un patrón universal de respuesta a una pérdida, por lo que no pueden establecerse criterios de normalidad universales.

El papel que éstas asunciones abusivas señaladas por Pérez Sales puede jugar en las ideas acerca del duelo de los terapeutas o asesores y en sus modos de proceder ha sido revisado exhaustivamente por Wortman y Silver³¹, en un brillante trabajo que actualiza su estudio clásico³². Según estas autoras, buena parte de las asunciones generalmente aceptadas sobre el duelo en el mundo euroamericano, no sólo carecen de base empírica, sino que han sido contradichas por una buena cantidad de estudios de campo. Entre ellas se encuentran la idea de que las emociones positivas están necesariamente ausentes en los sujetos en duelo, que la no aparición de afectos dolorosos es indicadora de problemas, que la culminación con éxito del proceso requiere una suerte de *elaboración* (*working through*), que el mantenimiento del apego a lo perdido es algo patológico y que en un período de uno o dos años, el sujeto se recupera de la pérdida, ideas a las que se refieren como los "mitos sobre el manejo de la pérdida". La revisión de la base empírica de su crítica, se sigue de una serie de recomendaciones para la clínica que en definitiva, se traduce en la necesidad de *personalizar* la intervención, preguntándose con el doliente cuáles son los motivos por los que el afecto doloroso puede no aparecer (puede ser porque la pérdida suponga un alivio respecto a la relación preexistente, porque la pérdida haya podido ser integrada en la visión del mundo del superviviente o por otros motivos a investigar), investigando por qué motivos alguien expresa sentimientos negativos (por tener mayor facilidad para este tipo de expresión, porque la pérdida despierta más cuestiones existenciales...), o cuáles son las condiciones concretas y el significado personal de posible proceso de *elaboración* por parte de cada doliente concreto.

EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA

Desde el punto de vista del constructivismo social el duelo es un proceso emocional y cómo tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suya³³. 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. Las asunciones anteriores no niegan la importancia de determinantes biológicos o psicológicos, lo que se rechaza es la posibilidad de comprender de modo independiente los diferentes niveles³⁴³⁵.

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 Worden²¹:

- 1) Construir un mundo sin 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 del objeto perdido y
- 4) ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, 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 objetos dignos de ser amados.

Las situaciones que solemos calificar de traumáticas, como la guerra son quizás en las que se da con más intensidad la discrepancia entre el mundo "que es" y el mundo "que debería ser". Efectivamente ese mundo interno es individual y por ello, el duelo también se experimenta como un proceso emocional individual y único. La guerra, las catástrofes, la violencia organizada o doméstica, colocan a las personas que las sufren como víctimas, en la necesidad de emprender una revisión profunda y radical de sus presupuestos sobre el mundo, que sin duda afectarán a muchos aspectos de la vida: por ejemplo, asunciones sobre la persona ("he de enseñarle a mi hijo a sobrevivir", "lo más importante es que no se deje engañar"), sobre las relaciones entre las personas ("el que da primero da dos veces"), sobre la sociedad ("no hay que esperar nada bueno de ella") y en general sobre el mundo externo que se ha vuelto impredecible, en el que ya no hay nada seguro. Además, sus consecuencias tienen implicaciones a muy largo plazo y se suele producir en periodos prolongados de tiempo.

LA REACCIÓN DE DUELO

Se han propuesto repertorios de *fenómenos* o *síntomas* que suelen estar presentes en los procesos de duelo. El cuadro 1 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 o su comunidad, respecto a algunos fenómenos que, a veces, se viven como muy amenazantes (como los fenómenos de presencia 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.

CUADRO 1: MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO (Modificado de Worden 1991)**Sentimientos:**

Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autoreproches, ansiedad sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional...

Sensaciones físicas:

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....

Cogniciones:

Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto...

Alteraciones perceptivas

Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitoria y seguidas de crítica, fenómenos de presencia...

Conductas:

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...

Esta característica de ser un proceso se resalta en los modelos de duelo que presentan éste como una sucesión de *fases*. Nosotros, como Worden²¹ preferimos hablar de "tareas" y no de estadios como Kübler-Ross³⁶ o de fases como Parkes⁵, porque el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto y de su entorno, 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 un 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 e 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

Una joven bosnia musulmana nos relató como, al inicio del conflicto ente croatas y musulmanes en la ciudad bosnia de Mostar, fue desplazada a punta de pistola de su casa por sus vecinos croatas de la zona Oeste. Agrupada con otros musulmanes delante del emblemático puente de la ciudad, tuvo que correr bajo las balas croatas atravesándolo, para llegar a la zona Este, musulmana. Una vez allí, separada de su familia, sin casa, ni personas a las que recurrir, pasó días vagando por las calles, en un estado de embotamiento e incredulidad del que le era imposible salir.

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

En el mismo conflicto, otra mujer, participante en uno de los talleres, contaba cómo en las primeras semanas del comienzo de la guerra en Mostar, se arriesgaba diariamente bajo el fuego de las granadas para contemplar desde la otra orilla de la ciudad la que había sido su casa durante veinte años.

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.

En el “psiquiátrico” que se improvisó en un refugio nuclear de la ciudad bosnia de Mostar, conocimos a una mujer que había ingresado hacía meses, en un profundo estado depresivo. Su única hija había fallecido unos años antes y su pérdida marcó su vida de modo muy importante. Ayudada por sus vecinas y otros familiares, Amila consiguió seguir adelante, pero cuando se inició la guerra, los sentimientos de tristeza, desesperanza e indefensión se hicieron tan intensos, que ingresó en una situación de abandono e incapacidad de cuidar de sí misma.

Cuando, por fin, Olivia logró convencerse de que su hijo se había quitado la vida, decidió que para vivir así, no valía la pena molestar, 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 este, 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.

En la guerra, en las situaciones de catástrofe o en los entornos deteriorados por acontecimientos traumáticos, este proceso está impedido por la propia situación. Aunque es llamativo comprobar cómo un par de tardes de tranquilidad en medio del desastre, animan a las personas no solo a cubrir una necesidad tan básica como la búsqueda de alimentos, sino otras también necesarias para la supervivencia, como son las de relación y afiliación.

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 (1991), se base en la consideración de un conjunto de **tareas** que, en uno u otro orden deben ser llevadas a cabo por el sujeto doliente. Consideramos, en lo que sigue, el duelo y las posibles intervenciones sobre él como un trabajo de elaboración de narrativas. Revisaremos a continuación las tareas propuestas por este autor.

EJERCICIO 1

Todos los seres humanos a lo largo de la vida tenemos que enfrentar pérdidas de personas o cosas que son más o menos significativas, esto es universal y común para todos. Lo que es diferente es la manera de reaccionar a dichas pérdidas, que es peculiar para cada persona. Estas diferencias pueden deberse también al grupo étnico o cultural al que pertenezcamos. Te pedimos que reflexiones sobre tu manera y la del grupo social al que perteneces de enfrentar las pérdidas.

Tómate un tiempo para realiza el ejercicio:

Trae a tu imaginación una pérdida que hayas tenido en el pasado (puede ser un fallecimiento, una separación temporal o definitiva, un cambio de trabajo o de domicilio, un proyecto al que hayas tenido que renunciar, etc.). No hagas este ejercicio con una pérdida muy significativa o traumática reciente ni si piensas que te va a hacer sentir especialmente mal.

Trata de responderte a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad. Si te resulta más fácil puedes hacer este ejercicio con alguien de confianza e intercambiar con ella vuestras experiencias diferentes. Lo que te pedimos es que explores un poco en las sensaciones y vivencias referentes a tus propios duelos, de manera que puedas encontrar en tu experiencia puntos en común con las personas que atraviesan duelos en la actualidad y que solicitan tu ayuda.

- ¿Qué emociones recuerdas haber tenido? ¿Alguna de ellas te resultó más difícil que otras de soportar?
- ¿Recuerdas algún periodo o momento especialmente difícil o doloroso después de la pérdida?
- ¿Aún hoy, al recordar aquella pérdida, puedes sentir alguna de aquellas emociones? ¿Sientes tristeza?
- Piensa en cómo reaccionaron las personas de tu entorno. ¿Hay algo de lo que hicieron/dijeron que te sirvió en aquel momento para sentirte mejor?. Por el contrario: ¿Algo de lo que hicieron/dijeron o no hicieron/dijeron estas personas te hizo sentirte mal (incomprendida, exigida, culpable, desesperanzada)?

tarea 1: aceptar la pérdida 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.

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 escayolado (en la pierna amputada).

En la guerra y en otras situaciones de emergencia, los mecanismos que facilitan esta tarea pueden estar en suspenso. El cadáver de un hijo o un cónyuge puede haber quedado sepultado entre los escombros de la vivienda bombardeada que los supervivientes han tenido que abandonar para buscar refugio a muchos kilómetros. O el entierro del padre víctima de la metralla ha de *celebrarse* saliendo por la noche con una pala, silenciosamente para no llamar la atención de los francotiradores, en un parque o solar próximo a la casa arruinada. Además toda la energía de la persona que ha sufrido la pérdida es inmediatamente reclamada para llevar a cabo la nada fácil tarea de sobrevivir en las condiciones de guerra. A esto hay añadir que todas las otras referencias a la *normalidad* de la que el objeto desaparecido está ausente pueden haber desaparecido también¹ y en esta situación se produce un sentimiento de irrealidad ("*esto no puede ser verdad*") casi fisiológico. Es frecuente encontrar personas que dicen *saber* que su hijo o su cónyuge están vivos a pesar de la notificación de lo contrario por parte de las autoridades militares (que se refieren, quizás, a fosas comunes o cadáveres no recuperados).

Facilitar esta tarea supone proveer un entorno relativamente seguro para considerar la pérdida, una cierta *normalidad* con la que contrastarla y algo semejante a un rito en el poder darle existencia social (a veces una carta a familiares exilados ha

¹ ¿Cuántas veces hemos oído, en condiciones de paz cosas como "*Verdaderamente, no me di cuenta de que faltaba hasta que vi la cama sin él (o su despacho vacío, o el armario con la ropa que no volverá a ponerse.)*"? La pérdida de un ser querido en la guerra puede haber sido simultánea o inscribirse en la sucesión de la pérdida de la casa, las pertenencias, la ciudad, el trabajo...

cumplido este papel). Y supone, sobre todo, poder nombrar la pérdida, poder hablar de ella.

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"... En condiciones de guerra, a veces, pararse a llorar puede significar la muerte propia y la de las personas que dependen de uno. La aparición de la ambivalencia o los sentimientos de culpa o alivio ("fue él y no yo") son tanto más frecuentes cuanto más lo han sido las estrategias psicológicas encaminadas a hacer que las víctimas se hayan visto forzadas a comportamientos que podrían ser calificados - por ellas mismas - como cobardes o traidores. En condiciones *normales* el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea puede ser, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración por la guerra, la violencia o las catástrofes.

En un grupo terapéutico que lideraba un psiquiatra musulmán y al que acudíamos como observadores durante la guerra en la ciudad bosnia de Mostar, una mujer bosnia que había perdido a sus hijos y a su marido en los primeros meses de la guerra y había pedido consulta por problemas somáticos abigarrados, se quejaba mostrando su enojo porque, al volver a empezar a salir a la calle tras los bombardeos, la gente pasaba ante ella atenta a trivialidades y hasta contenta, sin darse cuenta de lo que ella tenía que afrontar. "Los que hemos vivido algo así deberíamos llevar un letrero en la frente, para que los demás lo supieran". Nos pareció a los españoles que aquello era una invitación a hablar de los sentimientos de soledad y desamparo que sufría aquella mujer frente al dolor por la pérdida de toda su familia. Se nos adelantó el psiquiatra local diciendo "¿Un letrero en la frente? ¿Que quiere usted? ¿Que la tomen por loca?". Nuestro colega sabía que aquella mujer que vivía sola en unas ruinas y aún bajo la amenaza de los morteros serbios carecía - a pesar del grupo - de los soportes mínimos para afrontar con garantías este trabajo.

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 juntos 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.

Desde luego que son de utilidad las estrategias que se recomiendan en los manuales de *counselling* para facilitar esta tarea (nombrar las emociones, distinguir entre emociones o impulsos y actuaciones - únicas de las que uno es responsable - escuchar aceptando, sin recriminar...). Lo que afirmamos es que son inviables si no se da el marco de seguridad física e interpersonal en el que puedan llevarse a cabo y que, por tanto, procurar éste es **ya** trabajar sobre el proceso de duelo.

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. En condiciones de paz 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.

En la guerra, las catástrofes o las comunidades afectadas por acontecimientos traumáticos, las redes sociales pueden estar pulverizadas, la familia disgregada y los mecanismos institucionales desaparecidos. La perentoriedad de la situación, la amenaza a la supervivencia hace, sin embargo, que esta tarea, que en condiciones normales requiere un largo tiempo de adaptación, se acometa necesariamente desde el primer momento. Personas que aún se sorprenden si les dicen que su familiar ha muerto o que su casa ya no existe y que viven en un sentimiento de irrealidad permanente, personas que malamente han podido sentir nada hacia pérdidas que apenas han llegado a percibir, pueden jugar un papel clave en la organización de una columna o un campo de refugiados. Es más fácil que las redes sociales se reconstruyan en primer lugar con esta finalidad.

*De acuerdo con esta percepción en el Programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Mostar, por ejemplo, los **grupos de reconstrucción** se constituyeron como grupos de actividad (idiomas, cocina, bisutería...). Cuando el grupo se ha constituido en entorno suficientemente seguro, las otras tareas (el recuerdo de los muertos, la evaluación de las pérdidas, el dolor...) pueden ser facilitadas por él.*

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 desconfía 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.

Las situaciones a las que aquí nos referimos no facilitan objetos amorosos alternativos. Pero, algunas, como la guerra, si son pródigas en fetiches que requieren toda la energía que uno es capaz de generar. A veces es la ayuda a otras víctimas, a veces la salvación. de personas mas débiles que dependen de uno, pero sobre todo cosas como la patria, la victoria, los nuestros o la venganza son candidatos idóneos para ocupar ese lugar.

Llegado un momento de nuestro trabajo durante la guerra de Bosnia, los mandos de la Armija decidieron que era mejor que no trabajáramos con los soldados. En su

lógica los soldados no tenían que sentirse bien, ni que pensar en nada. Los soldados tenían que estar listos para combatir y aniquilar al enemigo. Todo el esfuerzo de la instrucción militar se encaminaba a conseguir que cualquier otra cosa se resolviera en esa. "Buena falta nos hará vuestra ayuda -nos dijeron - precisamente cuando todo esto acabe". Los mandos de la Armija - buenos amigos que nunca pensaron que iban a verse como militares - tenían razón. La desmovilización ha dejado, de nuevo todo el sufrimiento carente de sentido. Y los que pudieron dejar de ser víctimas desvalidas porque fueron aclamados como héroes, vuelven hoy como simples mutilados, como parados, como molesto recordatorio o, aún, como sospechosos de asesinatos o atrocidades.

EJERCICIO 2

A continuación te vamos a mostrar una serie de viñetas que ilustran situaciones de dificultad para elaborar un duelo. Lee detenidamente las viñetas e intenta responder a estas preguntas en cada una de las viñetas.

- ¿En qué tarea o tareas te parece que está teniendo dificultades el paciente o familia para elaborar el duelo?
- ¿Qué te parece que ha influido para que aparezcan dificultades precisamente en esta tarea?

VIÑETA 1

Jaime es un chico de 19 años estudiante de Económicas. Su madre murió hace diez meses, de forma repentina tras un grave incendio que se declaró en su casa una noche, estando los tres durmiendo. En un primer momento fueron todos rescatados con vida aunque con síntomas de asfixia. Su madre falleció al llegar al hospital. Todo el mundo alrededor de Jaime y su padre están gratamente sorprendidos de la entereza de ambos. Jaime y su padre están mucho más unidos tras el fallecimiento de la madre y ambos expresan su opinión de que uno no puede venirse a bajo ante algo que el destino les ha deparado sin poder preverlo. La vida sigue y es preciso ser fuertes para enfrentar las dificultades con coraje. Actualmente Jaime está en estudio en la consulta de un neurólogo por mareos y visión borrosa. Al neurólogo le ha llamado la atención la enorme preocupación que Jaime manifiesta por poder tener una enfermedad grave.

VIÑETA 2

Manuela es una mujer de 58 años, cuyo hijo murió apuñalado en la calle hace unas semanas. La hija de la paciente nos cuenta que su madre está inquieta durante todo el día, de estado de ánimo cambiante entre la irritabilidad y los accesos de llanto incontenible. Ha abandonado su aseo personal y permanece durante horas acostada en la cama. Manuela le ha dicho a su hija que en la cama se siente mejor porque nota aún el calor del cuerpo de su hijo cuando se sentó en ella al despedirse el día que murió. Se encierra también durante horas en la habitación de su hijo que permanece tal cual él la dejó. Por las noches, Manuela se sienta en una silla enfrente de la ventana, a oscuras, vigilando la esquina por donde su hijo solía aparecer. Hace dos días, Manuela le contó a su hija que al contestar al portero automático de su casa escuchó la voz de su hijo pidiéndole que le abriera la puerta. Manuela le ha propuesto

a su hija ir a visitar a una medium. La hija no sabe qué hacer y pide consulta. Cree que su madre se ha vuelto loca.

VIÑETA 3

Josefina perdió a su marido hace tres años durante el asalto a la sede de la ONG con la que colaboraba en la guerra de la Balcanes. 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.

La consulta la ha pedido la cuñada en base a los síntomas depresivos de Josefina.

VIÑETA 4

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 por las heridas sufridas durante un bombardeo. 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 muerte de su marido. Recuerda esos años como de una gran armonía entre ellos y recuerda el periodo de la guerra como de gran sufrimiento, pero también de una íntima unión entre ellos y con su comunidad de vecinos. Cuando éste falleció, días más tarde del bombardeo, 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. La comunidad y los grupos de mujeres que ella dirigía la reclamaban. Ella no se sentía con derecho a expresar su tristeza frente a las desgracias que también escuchaba de las demás mujeres. 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, el duelo es un proceso, lo que incluye la noción de tiempo y de evolución, que se puede presentar en la clínica abiertamente o a través de sintomatología bizarra y muy variada, que quien pretende ayudar 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. En lo que sigue desarrollaremos las estrategias que nos parecen útiles para facilitar estas tareas

INTERVENCIONES EN SITUACIONES DE DUELO

Muchos autores, entre ellos Worden²¹ consideran útil la distinción entre *counselling* o *asesoramiento* y *terapia de duelo*. El *counselling* o *asesoramiento* sería un tipo de intervención que deberían ser capaces de realizar los profesionales que se relacionan frecuentemente con personas que enfrentan procesos de duelo, como trabajadores sociales, profesionales de ayuda en general, policías, bomberos, religiosos o cooperantes, y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo *normal*. Podría aplicarse en el contexto habitual en el que trabajan las personas que la llevan a cabo y no requeriría (como la *terapia*) de un encuadre especial. Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer este tipo de ayuda a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, falta de personas con las que compartir su dolor, falta de recursos para afrontar la vida sin lo perdido, circunstancias especiales de la pérdida – desaparición, masacre, tortura, suicidio, responsabilidad del doliente... – o de la relación – hijo, persona con la que se mantenía una relación muy ambivalente... – exigencias inmoderadas del entorno...) o, bien, sólo a aquellas personas que lo solicitan por propia iniciativa, o a las que muestran dificultades detectables para realizar alguna de las tareas a que nos referíamos en el apartado anterior.

Según este planteamiento, la segunda modalidad de intervención, la *terapia de duelo* propiamente dicha estaría indicada en los casos de duelo *complicado* (por contraposición a *normal*) y se realiza por profesionales de salud mental con un encuadre lo más semejante posible al de otras terapias psicológicas. Según este modo de ver las cosas, los agentes de salud que actúan en contacto con la mayor parte de los supervivientes, de lo que deberían de ser capaces es de *detectar* los casos de duelo complicado para derivarlos a especialistas en salud mental. Buena parte de los programas de salud mental preparados por las ONGs de la parte noroccidental del planeta para intervenir en este tipo de situaciones se atienen a este esquema (y reservan a sus expertos el papel de especialistas). Nosotros creemos que esta forma de ver las cosas puede ser fuente más de confusión que de esclarecimiento

En nuestra opinión deberíamos contemplar tres niveles de actuación para personas que están llevando a cabo una relación de ayuda. El primero consistiría en utilizar los conocimientos sobre los procesos de duelo para facilitar o, al menos, no entorpecer, los procesos de duelo de las personas que contactan con ellos en el ejercicio de su actividad. Este nivel incluye la aceptación de la expresión de emociones, por ejemplo a través del llanto, una actitud empática ante estos sentimientos, la utilización de términos claros y que faciliten una conexión con las emociones cuando son los transmisores de información (*muerte, amputación...*), la facilitación de instrumentos para llevar a cabo operaciones necesarias para que se lleve a cabo el duelo (una sala donde se puedan encontrar los familiares que van a compartir por primera vez el hecho del fallecimiento, *kleenex*, un espacio seguro, tiempo..).

“No te asustes por lo que estás sintiendo. A veces, cuando es muy dolorosa la pérdida de una persona, como a ti te pasa con la de tu marido, pueden aparecer

este tipo de ilusiones de seguir viéndolo. La aparición de la imagen de tu marido por la noche es una forma de negarte a aceptar tu pérdida y de seguir teniéndolo presente. ¿no es así?"

María recuerda con agradecimiento, como la médico de Urgencias del Hospital donde había sido trasladado su marido tras el accidente del autobús en el que viajaba, la llamó, la apartó del resto de las personas que llenaban la sala, a la espera de noticias de sus familiares, y le comunicó con tristeza y respeto que su marido había fallecido, pese a todos los intentos hechos por salvarle la vida.

El segundo nivel se correspondería con el que Worden²¹ y otros autores llaman *counselling* o *asesoramiento*, y, según nuestra forma de ver las cosas estaría caracterizado, no por referirse a un determinado tipo de duelo (normal versus patológico), sino por el hecho de estar realizada por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente, pero no es, necesariamente, un profesional de la salud mental.

Sería el caso de una enfermera que continúa en contacto con una familia después de la muerte de uno de los hijos tras una hospitalización prolongada. Esta enfermera, citaba a los padres cada dos semanas para supervisar el proceso de duelo que estos habían emprendido. En un momento determinado, su intervención resultó importante para ayudarles a facilitar la comunicación entre ellos, sin temor a dañarse el uno a la otra.

Javier acude por primera vez a la consulta de su médico de atención Primaria después de la amputación de su pierna izquierda tras un accidente. Sus padres le comentan al médico lo orgullosos que están de la valentía de su hijo para encajar lo ocurrido. Javier sonríe sin decir nada y se pone muy colorado. El médico hubiera podido obviar esa información y reconocer, junto con sus padres su valentía, animándole a seguir adelante. Pero este médico, después de revisar con todos lo ocurrido, les pide amablemente a los padres que le dejen unos minutos a solas con Javier. Una vez solos, el médico le pregunta abiertamente por sus sentimientos, el paciente se emociona y llora. Es la primera vez que ha podido expresar su tristeza con otra persona.

El tercer nivel se correspondería con lo que Worden llama *terapia* y vendría definido por ser llevado a cabo por un profesional de la salud mental o un agente de salud convenientemente entrenado para ello. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias. En primer lugar cuando las dificultades en el proceso de duelo han dado ya lugar a problemas de salud mental graves que requerirían esta intervención independientemente de su origen (un cuadro psicótico, un cuadro depresivo con ideas de suicidio incoercibles...). Y en segundo lugar cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas. El modelo de Worden ofrece un *molde* sobre el que construir la *pauta problema* para trabajar según los principios que guían el trabajo psicoterapéutico en general³⁷³⁸

“Una mujer de 52 años inició tratamiento después de haber realizado una tentativa autolítica por precipitación desde un tercer piso. Tres meses antes había sido avisada del grave estado de salud de su hijo tras haber sido herido en una acción bélica. Cuando después de muchas dificultades logró llegar al hospital donde estaba ingresado, su hijo ya había muerto. Esta misma mujer había perdido otra hija de meses de edad por muerte súbita muchos años antes. Al volver a experimentar una nueva pérdida traumática, el contenido de su discurso es que ella, como madre, no había servido para cuidar de sus hijos, ni para acompañarles hasta el final”

Antonia acude a la consulta de Psiquiatría derivada por su médico de cabecera. Presenta un trastorno depresivo grave con ideación de suicidio y fuertes sentimientos de culpa con respecto a la muerte de su padre. Cuando el psiquiatra le pregunta acerca de las circunstancias de la muerte de su padre, Antonia relata que el malestar de su padre había comenzado unas horas antes, como un dolor de estómago. Siendo como era, una persona muy aprensiva, ninguno en la casa le dio más importancia sus síntomas hasta que de madrugada el dolor se intensificó tanto que le llevaron a la Urgencia. El padre falleció a los dos días de un infarto de miocardio y el médico que le atendió les comentó que lo habían llevado muy tarde, que quizás si hubiera venido antes se podría haber salvado.

Objetivos de la intervención

De acuerdo con lo que hemos venido planteado hasta aquí, los objetivos de la intervención consistirán en facilitar que las cuatro tareas que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo. Es decir:

1. Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida
2. Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella
3. Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de aquello perdido
4. Facilitar una despedida y la posibilidad de vuelta a encontrar sentido y posibilidad de satisfacción en la vida

Principios de la intervención en duelo

A continuación describiremos una serie de principios que pueden ser aplicados a los tres niveles de intervención, aunque en el texto y en los ejemplos, se intentarán concretar para el segundo²¹.

Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte

En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió. También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos

funerarios, las visitas a la tumba. Si el superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar las fantasías al respecto

Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos

La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que el superviviente puede intentar protegerse inconscientemente. Aunque, a veces, posponer la experimentación de esos sentimientos puede ser útil, en general, ignorarlos puede ser causa de problemas y dificultades en el proceso de duelo. La persona que va a actuar como ayuda puede facilitar la expresión de estos sentimientos. A veces, esta tarea puede estar dificultada por el hecho de que quien la solicita puede pedirle, precisamente un remedio para evitar el dolor (en forma, por ejemplo, de medicamento o seguridades religiosas).

Los sentimientos puestos en juego por la pérdida pueden ser muy variados. Desde luego está el sentimiento de pena por la pérdida. Nos referiremos también a los de rabia, culpa e indefensión, que también son frecuentes y que, frecuentemente se asocian a problemas en el proceso de duelo.

La **tristeza** o la **pena**, es la emoción que parece más inmediatamente relacionada con la pérdida de alguien o algo que ha sido importante para uno. En ocasiones su expresión puede estar coartada por convenciones sociales, por ser considerada por el sujeto como una muestra inadmisibles de debilidad o una pérdida de dignidad, o por el temor a que su expresión pueda dañar o abrumar a otros.

La expresión más frecuente de la tristeza incluye el llanto. Poder llorar es importante, aunque lo que parece ser verdaderamente útil para el proceso de duelo es poder hacerlo con alguien que comprende al superviviente y le brinda su apoyo. El deseo de proteger a personas consideradas débiles dentro de una familia o comunidad, en ocasiones hace que se les prive de esta posibilidad.

La expresión de la pena por parte del superviviente a veces, puede inducir un estado de malestar y una sensación de impotencia en la persona que trata de brindar ayuda, que siente que no puede hacer nada por evitarlo. Sin embargo el hecho mismo de dar ocasión de expresarla, al escucharla empáticamente, sin tratar de inducir comportamientos alternativos y sin dejar que la sensación de malestar inducido le impulse a huir o a mostrarse dañado, puede ser excepcionalmente de ayuda.

Llorar no es suficiente. El superviviente ha de preguntarse por el significado de sus lágrimas y quien pretende ayudarlo ha de facilitarle esta tarea. Un significado que es diferente según la persona avanza en el proceso duelo³⁹

La **rabia** es otro sentimiento que frecuentemente aparece en los procesos de duelo. Es frecuente que aparezca como rabia hacia la persona que se ha perdido (por abandonarnos, por no haberse cuidado...). Pero también es posible que lo haga contra otras personas implicadas en el hecho de la pérdida (los compañeros, los médicos, el conductor de la ambulancia, la policía los bomberos, otros implicados en el accidente, Dios...). La rabia también puede aparecer contra uno mismo en forma de sentimientos de culpa o de tristeza. Quien pretende ayudar en esta situación debe explorar la posibilidad de ideas de suicidio, preguntando primero sobre si en esa situación se ha

planteado que no valga la pena seguir viviendo, caso de respuesta positiva, si ha pensado en hacer algo para quitarse la vida, en ese caso si ha pensado en la forma, si es así, si ha hecho planes concretos y, en caso afirmativo, si lo ha intentado. El temor a hacer este tipo de preguntas que frecuentemente muestra el personal de ayuda, no está justificado. Hasta la fecha no se conoce que nadie que no se haya planteado seriamente el suicidio lo haya llevado a cabo porque se le haya ocurrido a partir de una pregunta de su médico u otro personal de ayuda. En cambio el que quien pretende ser de ayuda ignore que el superviviente está haciendo planes al respecto, cuando esto es así, puede tener consecuencias fatales. En el duelo, los impulsos suicidas pueden tener que ver también con el deseo de reunirse con el muerto.

Los sentimientos negativos hacia alguien que ha muerto, pueden resultar inaceptables para quien los experimenta y ser negados o despertar fuertes sentimientos de culpa. Pensemos que la frase más corrientemente oída en los funerales es algo así como “qué bueno era”. Por ello es probable que el superviviente niegue este tipo de sentimientos si la persona que intenta ayudarlo le pregunta por ellos. En esta situación es útil la recomendación de Worden de dar primero ocasión de expresar los sentimientos positivos y escucharlos empáticamente con detenimiento para, una vez que el superviviente está convencido de que nos hacemos cargo de ellos poder entrar en los positivos. Una fórmula que, a veces, es útil es preguntar “¿Que es lo que le parece que más va a echar en falta de la persona que ha desaparecido?” y sólo después “¿Habrá cosas que, en cambio no echará de menos (aunque sea sus ronquidos)?”. O la utilización de fórmulas que facilitan la expresión de la ambivalencia

Me hago cargo de que tuvo una relación de mucho afecto y que su pérdida ha sido muy dura. Hay muchas cosas que va usted a echar mucho en falta. Pero en toda relación hay algunos momentos menos buenos. ¿Como eran los momentos en los que pudo haber problemas entre ustedes?

Desde luego hay casos en los que sucede es precisamente lo contrario y todo lo que se expresan son sentimientos negativos. Aquí los sentimientos negativos pueden estar protegiendo al superviviente de la pena profunda que supondría reconocer que la pérdida (a veces no la ocurrida con la muerte, sino con la historia de la relación) fue importante para él.

También es frecuente que en el duelo aparezcan sentimientos de **culpa**. Muy frecuentemente esta se organiza sobre formulaciones del tipo “¿Y si...?” (“Si no le hubiera pedido que viniera”, “si le hubiera llevado antes al médico”, “si no hubiera hecho caso de lo que me dijeron”, “si hubiera conducido yo”...). En esta situación puede ser útil ayudar al superviviente a preguntarse cuales son las opciones reales que hubo y por qué hubiera debido elegir una diferente.

La culpa puede tener que ver con las emociones experimentadas en relación a la pérdida. En ocasiones el superviviente puede pensar que se ha sentido insuficientemente afectado. En otras, puede sentir malestar por la experimentación de sentimientos de alivio, de satisfacción o de rabia hacia el fallecido. En tales situaciones es de utilidad la exploración del conjunto de sentimientos implicados tanto en la relación anterior con lo perdido como en la pérdida misma.

El sentimiento de culpa es más difícil de trabajar cuando hay responsabilidad real en la pérdida (el superviviente que conducía borracho, el compañero que traicionó o abandonó al desaparecido, el familiar que cometió una negligencia clara...). Worden propone el uso de técnicas psicodramáticas para encarar esta tarea.

Los sentimientos de **angustia** e **indefensión** son también frecuentes. De hecho Parkes señala en la última edición de su clásico libro (1998) que la angustia es incluso más frecuente que la pena⁵. La angustia puede provenir del sentimiento de indefensión o desamparo por tener que afrontar la vida sin lo perdido. El sujeto que pretende ayudar puede facilitar el manejo de este sentimiento, facilitando el que el superviviente analice las posibilidades de desempeño que tiene en su nueva situación

La angustia también puede provenir de la reactivación de la conciencia de la propia muerte. Tal reagudización se produce casi como regla general y suele ser pasajera. Si no es así, puede ser de utilidad hablar y compartir los temores.

Principio 3: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido

Supone ayudar al superviviente a poder enfrentar los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin lo perdido. La dificultad de esta tarea depende mucho del tipo de relación que existía entre lo perdido y el superviviente. Puede haberse perdido a la persona que tomaba las decisiones en la pareja, a la que aportaba el sustento o a la que se hacía cargo de tareas imprescindibles como el cuidado del hogar o la educación de los hijos. Puede haberse perdido un compañero sexual. Puede haberse perdido un elemento que ha sido esencial para la supervivencia (el empleo, la vivienda...). Y de ello derivan problemas prácticos de distinto orden.

Es frecuente que la persona que ha sufrido una grave pérdida se sienta impelido a hacer grandes cambios que le permitan sortear su dolor (cambiar de casa, de ciudad o de compañero...) En general, deben desaconsejarse medidas drásticas e irreversibles sobre decisiones tomadas en los primeros momentos, aunque, al hacerlo, conviene tener cuidado para no promover actitudes de indefensión. Se trata de posponer las decisiones para el momento en el que la persona esté capacitada para hacerlo pensando en las consecuencias y no sólo en la utilidad de la decisión para disminuir el sufrimiento en un momento dado.

Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido

La recolocación es, con frecuencia, interpretada como sustitución u olvido de lo perdido y, en tal caso, su anticipación puede mover un rechazo a la idea de progresar en el proceso de duelo, cuyo final se anticipa en la fantasía como un especie de traición a lo perdido o como signifiante de que el vínculo que anteriormente unía al superviviente con ello no era suficientemente fuerte como para dejar una marca permanente.

En realidad recolocar nos significa abrir el camino a reemplazar (reemplazar es imposible), sino dar a lo perdido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo (tan cargado afectivamente como sea necesario) no vete la posibilidad de que el superviviente pueda sentir interés y afecto por otras cosas o personas. Es frecuente,

que las personas que atraviesan procesos de duelos cuenten que al avanzar en esta tarea se les ha hecho más accesible, más nítido y más capaz de proporcionar gratificación, el recuerdo de lo perdido.

También hay supervivientes que se apresuran a rellenar el hueco dejado por lo perdido con nuevas relaciones o actividades, como procedimiento de evitar el dolor suscitado por la pérdida. En estas situaciones no podemos hablar de recolocación sino de defensas que entorpecen la tarea 2 (experimentar las emociones suscitadas por la pérdida).

Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo

Como hemos señalado anteriormente, el duelo requiere tiempo. Esto, a veces, no es tan obvio ni para el superviviente, ni para las personas de su entorno, que, en ocasiones pueden presionarle para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

Hay fechas o mementos que pueden ser particularmente difíciles. Son muy comunes las llamadas *reacciones de aniversario* (El primer aniversario suele ser particularmente difícil). También pueden ser difíciles el primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo, que se celebran sin el fallecido...

Principio 6: Evitar los formulismos

Como regla general puede decirse que los comentarios sociales al uso (“te acompaño en el sentimiento”, “hay que seguir adelante”, “hay que ser fuerte”) no suelen ser de utilidad y que generalmente, los supervivientes ya los han oído y si presentan problemas es porque no les han servido. Si el ayudador no sabe que decir es preferible que lo reconozca diciendo algo así como “No sé que decirte”

Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal

Es frecuente que algunos de los fenómenos que son normales en los procesos de duelo provoquen el superviviente o en su entorno miedo a que sean señales de que se está trastornando. Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se cuentan entre los que más frecuentemente provocan estas reacciones. En estas situaciones la persona que pretende ayudar puede tranquilizar informando de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo

Principio 8: Permitir diferencias individuales

También puede causar extrañeza y, a veces, alarma el hecho de que personas diferentes, aún dentro de un mismo grupo familiar y cultural, puedan manifestar comportamientos, emociones y modos de expresar éstas últimas muy diferentes entre sí. A veces eso puede hacer que la de alguno de ellos sea interpretada como patológica. También puede ser que los requerimientos diferentes de personas que están siguiendo trayectorias diferentes hagan que cosas que siente uno de ellos como

necesaria para su progreso, puedan resultar entorpecedores para el proceso del otro. Tales posibilidades pueden ser anticipadas y discutidas por la persona que pretende ayudar.

Principio 9: Ofrecer apoyo continuo

Como los requerimientos de las personas en duelo son diferentes a lo largo del proceso, es útil que la persona que pretende ser de ayuda se muestre disponible durante el mismo, estableciendo, por lo menos las condiciones y el procedimiento por el que el superviviente o sus allegados pueden buscar un nuevo contacto. El contacto por parte del ayudador en determinados momentos (aniversarios...) puede estar indicado en casos especiales. Los grupos de autoayuda son especialmente útiles para este tipo de trabajo.

Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones

Los procedimientos puestos en juego para hacer frente al dolor pueden ser, en ocasiones potencialmente peligrosos para la salud mental o para la salud en general y la persona que pretende ayudar puede tener que señalarlo. Hay personas que pueden utilizar el alcohol o las drogas (incluidos los psicofármacos) para evitar el dolor, que pueden exponerse en conductas peligrosas o temerarias (muy frecuente en situaciones de guerra) o que pueden utilizar mecanismos extremos de negación que pueden hacer previsible una dificultad para completar el proceso de duelo.

Principio 11: Identificar patología y derivar

La persona que pretende ayudar a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación. En los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y perdurable, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos clínicos está indicado el tratamiento de estos cuadros y, donde el sistema sanitario lo establezca así, la derivación a un especialista.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DUELO

1.- Detección de problemas relacionados con el duelo

Es frecuente que la existencia misma de pérdidas y, consiguientemente de procesos de duelo subsecuentes a ellas pase desapercibida para la persona que pretende prestar ayuda al superviviente. También lo es el que, aunque las pérdidas sean conocidas por él, pasen desapercibidas señales de que está habiendo problemas en su elaboración. La presencia de pérdidas puede ser explorada a través de preguntas explícitas (“¿Ha ocurrido algo importante en su vida durante este período?”). En caso de respuesta positiva deben explorarse los sentimientos ideas y comportamientos suscitados por la misma (“¿Qué le hizo sentir eso?”, “¿Qué le vino a la cabeza?”, “¿Qué es lo que hizo entonces?”, “¿Cómo se sintió después?”, “¿Y ahora?”). Deben rastrearse no sólo las pérdidas actuales, con la posibilidad de que se presenten problemas de los etiquetables como “duelo distorsionado” sino, los posibles efectos de pérdidas pasadas que puedan causar actualmente problemas como “duelo diferido” (por

ejemplo en forma de reacción de aniversario o reacción desmedida ante una nueva pérdida, aparentemente intrascendente).

CUADRO 2: SOSPECHA DE DUELO PROBLEMÁTICO (Adaptado de Klerman 1984)

HECHO	PREGUNTA
1. Múltiples pérdidas	¿Que mas estaba sucediendo en su vida en el momento de esta muerte?. ¿Alguien mas murió o se fue?. ¿que recuerda de ello desde entonces?. ¿Alguien ha muerto de forma o en circunstancias similares?.
2. Afecto inadecuado en el período de duelo normal.	En los meses que siguieron a la muerte ¿Como se sintió?. ¿tuvo problemas de sueño?. ¿Se condujo como de costumbre?. ¿Tenía ganas de llorar?.
3. Evitación de las conductas referidas a la muerte.	¿Evitó ir al funeral o visitar la tumba?.
4. Síntomas en torno a una fecha significativa.	¿Cuando murió esta persona?. ¿En que fecha?. ¿No empezó a tener síntomas por entonces?.
5. Miedo a la enfermedad que causó la muerte	¿De qué murió esta persona?. ¿Cuales fueron los síntomas?. ¿Teme Vd. tener la misma enfermedad?.
6. Historia de conservación del entorno como era cuando vivía la persona querida.	¿Que hizo Vd. con sus pertenencias?. ¿Y con la habitación?. ¿Lo dejó igual que cuando murió?.
7. Ausencia de la familia u otros apoyos durante el duelo.	¿Con quien contó Vd. entonces?. ¿Quien le ayudó?. ¿A quien buscó?. ¿En quien pudo confiar?.

El **cuadro 2** presenta una serie de situaciones que podrían orientar a la presencia de problemas en un proceso de duelo en curso y las preguntas que podrían ayudar a ponerlos de manifiesto. En ocasiones, lo que puede ser más prominente no es la presencia de fenómenos preocupantes, sino la ausencia de los que suelen ser normales. Tal ausencia puede ser explícitamente explorada.

"He observado que Vd. no mencionó a su madre cuando hablamos de sus padres.(...) ¿Ha muerto recientemente alguien próximo a Vd.?. (...) ¿Podría hablarme sobre esta muerte?. (...) ¿Cuando?. (...) ¿Donde? (...) ¿Cómo fue? (...) ¿Como se sintió cuando se enteró de la muerte? (...) ¿Como estuvo las semanas siguientes? (...) ¿Qué cosas cambiaron en su modo de comportarse?"

Estrategias de intervención

Lo anteriormente expuesto puede concretarse en una estrategia en la que el superviviente y la persona que pretende ayudarle se embarcan en una serie de tareas. Así lo hacen Klerman y colaboradores⁴⁰ cuyo esquema desarrollaremos a continuación.

1. Facilitar la expresión de los sentimientos y explorar sin emitir juicios

La persona que pretende ayudar puede facilitar esto animando al paciente a pensar en la pérdida, facilitándole, con el manejo de los silencios y de las señales de que se le está escuchando tiempo y espacio para ello, y pidiéndole que relate la secuencia de hechos que se organizaron alrededor de la misma y las emociones asociadas a ellos ("¿Cómo se enteró?",

“¿Qué estaba usted haciendo entonces?”, “¿Qué es lo que le dijeron exactamente?”, “¿Cómo se sintió?”, “¿Qué le vino a la cabeza?”, “¿Qué hizo?”, “¿Cómo se sintió entonces?”, “¿Cómo se siente ahora al recordarlo?”, “¿Qué le hace pensar esto?”...o, también "Cuénteme cosas sobre cómo era...", “¿Que hacían juntos?”, “¿Como se enteró usted de su enfermedad?” “Describalo...”, “¿Como se enteró de su muerte?”, “¿Como se siente sobre todo esto?”)

2. Tranquilizar

El superviviente puede experimentar miedo a muchas cosas. En primer lugar al significado de algunas de las manifestaciones del proceso de duelo. La persona de ayuda puede aplicar los principios anteriormente reseñados sobre interpretar como normal el comportamiento normal y permitir las diferencias individuales. Pero también puede manifestar miedo a hablar de la pérdida o recordar determinados hechos. En este caso quien pretende ayudar puede manifestar su disposición a apoyarle y su idea de que tal expresión no suele dar lugar a problemas incontrolables. Horowitz⁴¹ relaciona una colección de miedos que son frecuentes y deben ser explorados. Aquí los recogemos en el **cuadro 3**.

CUADRO 3: EMOCIONES FRECUENTES EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DUELO (Horowitz 1976)

1. Miedo a la repetición del acontecimiento
2. Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho.
3. Rabia hacia el fallecido.
4. Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías destructivos.
5. Culpa del superviviente.
6. Miedo de identificación o fusión con la víctima.
7. Tristeza en relación con las pérdidas.

3. Reconstruir la relación

La labor de construcción de nuevas narrativas a la que estamos refiriéndonos, se ve facilitada por la reconsideración de la historia de la relación con lo perdido. Por ello es de utilidad animar al superviviente a que nos narre su relación con ello y facilitarle en que lo haga haciendo hincapié en los afectos (positivos o negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados.

"Cuénteme como fue su vida con..." (...) "¿Como ha cambiado su vida desde que murió?" (...), " Toda relación tiene sus altos y bajos. ¿Cuáles fueron los suyos?".

4. Esclarecer

Se trata aquí de ayudar al paciente a desarrollar un nuevo modo de ver los hechos para lo que deben explorarse respuestas tanto afectivas como factuales. Conviene evitar el refugio en sobreentendidos como “ya se puede usted imaginar”, “lo normal”, como todos los matrimonios”, “como cualquier padre”, y pedir al superviviente que concrete, porque

nos interesa precisamente el modo en el que esto le sucedía a él o ella personalmente. En cualquier caso ayudan preguntas como las siguientes:

"¿Cuales eran las cosas que le gustaban de...?. ¿Y cuales las que no?".

5. Explorar los cambios de comportamiento

La exploración de los cambios experimentados tras la pérdida puede señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemáticos.

"¿Como es su vida ahora?. ¿Como ha intentado compensar la pérdida?. ¿Quienes son sus amigos?. ¿Con qué actividades disfruta?".

EJERCICIO 3

Lee las siguientes viñetas clínicas y trata de responder a estas preguntas para cada una de ellas:

- ¿Cuál/es de los Principios (Worden 1991) aplicarías en un primer momento de la intervención?
- ¿Cuál/es de las estrategias de intervención te parece mas importante para ayudar a esta persona a elaborar el duelo?
- ¿Qué dificultades te puedes encontrar?
- Razona tu respuesta

VIÑETA 1

El Dr. K 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 después de haber estado bebiendo alcohol 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 escayolado (en la pierna amputada).

VIÑETA 2

Angel perdió a su mujer en un terrible accidente en que explosionó una bomba en el restaurante donde estaban cenando. Relata que después del tremendo estallido, quedó sepultado entre los escombros del edificio. Lo primero que pensó fue en apuntalar de alguna manera el pequeño nicho en el que estaba enterrado y, a continuación, buscar a su mujer. A oscuras y con movilidad restringida, tocó una pierna que fue siguiendo hasta darse cuenta de que estaba desprendida de su cuerpo. Está seguro de que era la pierna de su esposa. Tres días después, en el hospital pide ayuda psiquiátrica porque se siente tremendamente angustiado ante el impulso irresistible de pedirle a la mejor amiga de su mujer, que acude todos los días a visitarle al hospital, que se case con él. No entiende lo que le ocurre, ni lo vacío que se siente de sentimientos ante el recuerdo de su mujer, con la que mantuvo una buena relación

durante veinte años y con la que tenía cuatro hijos, el último de ellos con una grave enfermedad crónica.

VIÑETA 3

Fernando Fernández acude a consulta por sentirse apático, falta de ilusiones e iniciativa y con deseos de muerte que le han llevado a pensar repetidamente en quitarse la vida. Es la primera vez que le ocurre en sus 47 años de vida. La única circunstancia que refiere como posible desencadenante es una discusión con su jefe hace unos meses en el que él se sintió minusvalorado. Desde entonces la relación con éste se ha enrarecido. Cuando habla de su vida nos cuenta que es el hijo mayor de una familia de tres hermanos. Su padre, de profesión militar era un hombre muy estricto que sufrió en los últimos diez años de su vida las secuelas cerebrales de un atentado terrorista que le obligaron a vivir en una residencia, donde falleció tres meses antes del momento actual. Su madre vive con una de sus hermanas, si bien no tiene una estrecha relación con ellas. Fernando está casado con una mujer diez años mayor que él, con la que mantiene una buena relación y con la que ha tenido, a su vez, tres hijos.

Técnicas

Para llevar a cabo esta propuesta de actuación, puede ser útil la utilización de algunas técnicas concretas. Revisaremos a continuación el listado propuesto por Worden²¹:

- a. Utilización de un **lenguaje evocador**. Como la contemplación del sufrimiento de otra persona es dolorosa, las costumbres y las buenas maneras suelen consagrar precisamente el uso de términos que no evoquen sentimientos dolorosos a nuestros interlocutores. En los hospitales, por ejemplo, lo frecuente es la utilización de términos como *exitus*, óbito o, en todo caso, del verbo “fallecer” para referirse a la muerte o al morir. Ni que decir tiene que estos términos no facilitan el que el superviviente ponga en juego sus sentimientos en su relación con nosotros. La utilización de términos evocadores (“muerte”, “perder”, “viudo”...) y de tiempos verbales adecuados, facilita tanto el que el superviviente tome conciencia del hecho de la pérdida, como que contacte con sus sentimientos (tareas 1 y 2)
- b. Utilización de **símbolos y objetos de vinculación**. Puede ser de utilidad permitir o pedir al superviviente que muestre fotos, imágenes o recuerdos del fallecido o de lo que se ha perdido, ya que ello facilita la emergencia de los afectos en la relación con nosotros. Un caso especial son los llamados **objetos de vinculación**. Se trata de objetos cargados con un simbolismo, a través de los cuales se mantiene la relación con el fallecido. En ocasiones pueden dificultar completar el proceso de duelo. Pueden ser de muchos tipos: objetos que el muerto utilizó en vida, como relojes o joyas, algo con lo que el muerto extendía sus sentidos, como una cámara o un bastón, una representación del muerto, como una fotografía o algo que el superviviente tenía a mano cuando se enteró de la noticia o cuando vio el cuerpo. Cuando existen, el superviviente necesita saber siempre exactamente donde está para no sentir angustia. Son similares a los objetos transicionales de los niños. Son diferentes de otros recuerdos, pues están investidos de mucho más significado y causan una gran ansiedad cuando se pierden. En el trabajo con personas en duelo,

se puede explorar la existencia de tales objetos, preguntando qué cosas han conservado después de la muerte.. Si se cree que el superviviente está utilizando algo como objeto de vinculación se debe discutir en la terapia. Puede ser útil animarle a traer estos objetos a la sesión de terapia.

- c. Con algunas personas es útil el uso de **escritos** porque el acto de escribir facilita el contacto con sus emociones y la búsqueda de significados. Pueden por ejemplo escribir al difunto expresando sus emociones, hacer un diario del proceso de duelo o utilizar este medio para “resolver” discusiones pendientes o decir cosas que no tuvieron ocasión de comunicar antes.
- d. La utilización de **dibujos** juega el mismo papel para otras personas. Es particularmente útil en niños
- e. El **rol playing** es útil al menos con dos objetivos. En primer lugar para facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de nuevos significados, así como actualizar conflictos pendientes con la persona ausente. Una modalidad especialmente útil en estas situaciones es la de la silla vacía, en la que el superviviente puede comunicar al desaparecido algo pendiente imaginándolo en una silla colocada a su lado. También puede ocupar esa silla e imaginar cómo será recibido por el desaparecido lo que acaba de decir, para luego volver a ocupar la suya y continuar la “comnversación”. El *rol playing* también puede ser utilizado para modelar o entrenar habilidades, sobre todo en personas que están teniendo dificultades en la tercera tarea (enfrentar los problemas prácticos de la vida sin lo que se ha perdido)
- f. La **reestructuración cognitiva**, por la que se trata de analizar asunciones implícitas y diálogos internos, es particularmente útil por ejemplo, para tratar con los problemas referentes a los sentimientos de culpa o responsabilidad que parecen en forma de “¿Y si...?” (“Si yo no le hubiera pedido que viniera, si se lo hubiera advertido, si hubiera ido yo...)
- g. En algunos casos puede ser útil la confección de un **libro de memorias** que, además, puede emprenderse como una tarea colectiva, facilitando el que la familia entera, incluidos los niños, comparta el intento de reconstruir la relación con el ausente, reuniendo, fotos, escritos, recuerdos...
- h. El uso de la **imaginación guiada** (en la que el paciente imagina al muerto, con los ojos cerrados y tiene ocasión de establecer algún tipo de *diálogo* con él) cumple la misma función que la técnica de la silla vacía a la que hacíamos referencia anteriormente.
- i. La utilización de **psicofármacos** ha sido objeto de polémica. En general se admite su uso puntual para aliviar el insomnio o la ansiedad. El uso de antidepresivos no está indicado salvo en elk caso de que aparezca, como complicación una depresión clínica.

DUELO Y FAMILIA

Enfrentar el proceso de duelo por la muerte de uno de sus miembros es, quizás, una de las tareas más duras que una familia ha de llevar a cabo a lo largo de su vida. Desde un pensamiento sistémico, la muerte se entiende como un proceso que, al mismo tiempo que implica a la persona que se muere, también implica a los supervivientes, poniéndose de manifiesto así, el ciclo de vida compartido familiar que reconoce la finalidad de la muerte y la continuidad de la vida simultáneamente⁴²⁻⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶

El cómo la familia lleve adelante esta tarea se considera como un determinante crucial para la adaptación individual y del grupo. Como ocurría cuando hablábamos desde una perspectiva más individual, variables que van a influir en este proceso de adaptación son la manera de morir, la existencia de una red social de apoyo, el tiempo de la muerte en el ciclo de la vida y el contexto socio-cultural de la pérdida. Con ello, se pone de relieve la “unicidad” de cada caso y la necesidad de respeto a las diferencias individuales, culturales y familiares

Para **Bowen**, el impacto de la muerte en el equilibrio familiar dependerá del nivel de integración emocional de la familia en el momento de la pérdida y de la importancia funcional del miembro perdido. Una familia adecuadamente integrada, mostrará una reacción emocional más abierta, mientras que una menos integrada responderá con menos reacción emocional inmediata, pero con más problemas emocionales o físicos más tarde.

El sufrimiento individual que sigue a la pérdida no es solo debido al duelo, sino consecuencia de los cambios en la dinámica familiar. La pérdida modifica la estructura familiar y la respuesta de cada miembro estará modelada por el sistema de creencias familiar, que a su vez es modificado por la experiencia individual de la pérdida.

Las familias, como los individuos, necesitan estar en armonía con el pasado, no en lucha por recapturarlo, escapar de él u olvidarlo.

La muerte plantea retos adaptativos, que requieren reorganizaciones familiares a corto y largo plazo y cambios en la definición familiar de su identidad y propósitos. La adaptación no significa resolución, más bien formas de poner la muerte en perspectiva y continuar con la vida. La idea psicoanalítica de trabajar a través de la pérdida para conseguir una completa resolución de ésta, no encaja con la experiencia de la mayoría de las personas. Hay pérdidas muy significativas o traumáticas que no se resuelven nunca.

Tareas familiares de adaptación

1- Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y experiencia compartida de la pérdida

Bowen apoya la inclusión de los niños diciendo que él nunca ha visto a un niño dañado por la exposición a la muerte, lo que si ha visto son niños dañados por la ansiedad de los supervivientes.

Los ritos funerales ayudan en esa confrontación.

La comunicación familiar es vital en este proceso. Un clima de confianza, empatía y tolerancia hacia las distintas respuestas es importante. El proceso de duelo también implica intentos compartidos para colocar la pérdida en una perspectiva significativa que encaja coherentemente con el resto de la experiencia familiar y sistema de creencias.

Surgen sentimientos de gran intensidad y es preciso afrontar sentimientos negativos, que, en nuestra cultura tienden a producir malestar en el otro, por lo que con frecuencia son callados y la comunicación bloqueada.

Es precisa la tolerancia ante las distintas respuestas emocionales y estar preparados para que los miembros de la familia puedan estar en distintas fases, reflejando la individualidad de las respuestas de afrontamiento.

En familias donde ciertos sentimientos, pensamientos o recuerdos, son evitados en base a lealtades familiares o tabús sociales, el bloqueo de la comunicación puede contribuir la conducta sintomática o sentimientos sintomáticos que pueden surgir a la superficie, en otros contextos desconectados de su fuente. Cuando la familia es incapaz de tolerar sentimientos, el miembro que expresa lo inexpresable puede ser utilizado como cabeza de turco o excluido

2-Reorganización del sistema familiar y reinversión de otras relaciones y metas vitales

La muerte de un miembro familiar trastorna el equilibrio familiar y los patrones de interacción establecidos. El proceso de recuperación implica un realineamiento de relaciones y redistribución de las funciones de rol necesarias para compensar la pérdida y continuar con la vida familiar . Promover la cohesión y la flexibilidad en el sistema familiar es crucial para la reestabilización.. La experiencia de desorganización inmediatamente después de la pérdida puede llevar a las familias a hacer movimientos precipitados hacia nuevos matrimonios u hogares

A MODO DE CONCLUSIÓN

El modelo del duelo, entendido como un proceso en el que alguien que ha sufrido la pérdida de alguien o algo importante para él, se adapta a vivir sin ello, resulta de utilidad para estructurar la ayuda que puede prestarse a personas que sufren pérdidas como consecuencia de guerras, violencia, catástrofes o experiencias *traumáticas*. Tiene la ventaja sobre los modelos que entienden estos mismos problemas como resultado de una agresión al organismo por un agente traumático de otorgar un papel al superviviente y a su entorno en el proceso de resolución y tiene, por sí misma un sentido normalizador. Este modelo sirve para guiar actuaciones a diferente nivel, que se ha expuesto en el texto.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹Yehuda R, McFarlane AC. (1995). *Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis*. Am J Psychiatry 152: 1705-1713.
- ²Díaz del Peral, Fernández Liria A, González Aguado F, Ibáñez Rojo V, Massip Amorós I, Rodríguez Vega B. (2002) *Los programas de salud mental de Médicos del Mundo en los conflictos balcánicos*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2(1): 18-26
- ³Martín Beristain C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria. Barcelona:
- ⁴Fernandez Liria A, Rodríguez Vega B (2002). *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política*. Revista de Psicoterapia 12 (49): 95-112.
- ⁵ Parkes CM. (1998) *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: International Universities Press; 3rd edition
- ⁶ Parkes CM. (1998a). *Coping with loss: Bereavement in adult life*. British Med. J ; 316: 856-859. (14 March)
- ⁷ Bennet G (1998). *Coping with loss: The doctor losses: ideals versus realities*. British Med J 316: 1238-1240. (18 April)
- ⁸ Figley C, Bride B, Mazza N (1997). *The traumatology of grieving*. London, Taylor and Francis.
- ⁹ Middleton W et al (1993). *Pathological grief reactions*. En Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press. 44-62.
- ¹⁰ Neimeyer RA (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, Paidós
- ¹¹ Parkes CM (1993). *Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change*. En Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, Schut H. *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press pp 91-102.
- ¹² Stroebe, Stroebe and Hansson (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington: American Psychological Association
- ¹³ Parkes CM. (1998c) *Coping with loss: Facing loss*. British Med J 316: 1521-1524.(16 May)
- ¹⁴ Black D.(1998a). *Coping with loss: Bereavement in childhood*. British Med J 316: 931-933. (21 March)
- ¹⁵ Pitt B. (1998) *Coping with loss: loss in late life*. British Med J 316:1452-1454 (9 May)
- ¹⁶ Fitzgerald RG, Parkes CM. (1998) *Coping with loss: Blindness and loss of other sensory and cognitive functions*. British Med J 316: 1160-1163. (14 March)
- ¹⁷ Maguire P, Parkes CM. (1998) *Coping with loss: Surgery and loss of body parts*. British Med J. 316: 1086-1088. (4 april)
- ¹⁸ Weiss R.. (1998) *Coping with loss: Separation and other problems that threaten relationships*. British Med J 316: 1011-1013. (28 March)
- ¹⁹ Black. (1998) *Coping with loss: The Dying child*. British Med J ; 316: 11376-1378. (2 May)
- ²⁰ Parkes CM. (1998b) *Coping with loss: The Dying adult*. British Med J. 316: 1313-1315. (25 April)
- ²¹ Worden J.W. (2000). *Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. (Third Ed). Springer. New York.
- ²² Freud S. (1948) *Duelo y melancolía*. En Freud S. *Obras Completas*. Madrid. Biblioteca Nueva 1087-1095.

- ²³ Lindemann E. (1944) *Symptomatology and management of acute grief*. Am J Psychiatry (reimpreso en Am J Psychiatry 1994; 151;6, 155-60)
- ²⁴ Caplan G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books (trad cast. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós. 11 reimposición 1980)
- ²⁵ Bowlby J. (1986) *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, Morata. (*The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, 1979)
- ²⁶ Bowlby J. (1990). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires, Paidós, (*Attachment and Loss*, vol 3. *Loss, sadness and depression*, Tavistock, 1980)
- ²⁷ Bowlby J. (1985) *La separación afectiva*. Buenos Aires, Paidós, (*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.
- ²⁸ Horowitz MJ, Spiegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. (1997) *Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder*. American J Psychiatry ; 154: 904-910.
- ²⁹ Eisenbruch M. (1984) *Cross-cultural aspects of bereavement; I: a conceptual framework for comparative analysis*. Culture, Medicine and Psychiatry 8: 283-309.
- ³⁰ Pérez-Sales P. (2000) *Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor*. Psiquiatría Pública; 12(3): 259-271
- ³¹ Wortman CB, Silver RC (2001) *The Myths of Coping wit Loss Revisited*. En Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO y Schut H (Eds), *Handbook of bereavement: consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001
- ³² Wortman CB, Silver RC (1989) *The Myths of Coping wit Loss*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 349-357.
- ³³ Averill JR and Nunley EP (1993). *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, 77-91.
- ³⁴ Rosenblatt P.C (1993). *Grief: the social context of private feelings*. En Stroebe, Stroebe and Hansson: *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 1993, 102-12
- ³⁵ Shapiro E (1996). *Family bereavement and culture diversity: a social development perspective*. Fam Process 35: 313-32.
- ³⁶ Kübler-Ross E. (1989) *Sobre la muerte y los moribundos..* Barcelona, Grijalbo.
- ³⁷ Fernandez Liria A, Rodriguez Vega B. (2001) *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- ³⁸ Fernandez Liria A, Rodriguez Vega B. (2002) *Habilidades de entrevista para Psicoterapeutas*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- ³⁹ Simos BG.(1979) *A time to grief*. New York: Family Service Association
- ⁴⁰ Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books.
- ⁴¹ Horowitz MJ (1976): *Stress response syndromes*. New York: Jason Aaronson.
- ⁴² Kissane DW, Bloch B. (1994) *Family Grief*. Br J Psychiatry 164, 728-740.
- ⁴³ Stroebe, Stroebe and Hansson (1993) *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 44-62.
- ⁴⁴ Raphael B. (1994) *The anatomy of bereavement*. London, Aronson,
- ⁴⁵ Walsh F, McGoldrick M (1991) *Living beyond loss*. New York, Norton,

⁴⁶ Stylianos S, Vachon ML. (1993) *The role of social support in bereavement*. En Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 1993, 397-411