

RESOLUCIÓN DE DUELOS COMPLICADOS DESDE UNA ÓPTICA SISTÉMICA

Del Pino Montesinos, J.I.*; Pérez García, J.*; Ortega Beviá, F.**

* Psiquiatra. Profesor Master de Terapia de Familia y Sistemas. Universidad de Sevilla. Correo: magarciaf@medynet.com

** Psiquiatra. Director Master de Terapia de Familia y Sistemas. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

Es conocido que el trabajo normal de resolución de un duelo puede complicarse y/o detenerse por circunstancias diversas, causando un sensible efecto/defecto en el recorrido vital de la persona que lo sufre. La presente aportación se centra en cómo lograr un acercamiento psicoterapéutico práctico que permita al doliente superar este obstáculo y retomar su desarrollo personal, temporalmente interrumpido. Para ello clarificamos el concepto de duelo y otros términos relacionados, y exponemos los recursos técnicos básicos empleados (desde una perspectiva sistémica e integral) en la consecución de este objetivo.

INTRODUCCIÓN

La muerte no llega más que una vez pero se hace sentir en todos los momentos de la vida.
Jean de LA BRUYÈRE

Manuela conoció a su marido siendo ambos adolescentes, se casan con 22 años y conviven como matrimonio más de cuarenta. Su hábito de ser puntual le hace salir de la casa sin esperarle, criticando su tardanza y diciéndole que se dé prisa. La siguiente vez que lo ve es en el depósito de cadáveres, pues ha sido atropellado al cruzar la calle sin mirar.

Pedro conoce a su esposa desde niña y llevaban casi treinta años casados a pesar de los graves trastornos de salud que ella presenta. Ambos de carácter alegre y extrovertido, una mañana mientras él sale de casa, ella le censura bromeando desde la cama: *Me abandonas así...* Fueron sus últimas palabras, pues en el hospital no le dieron ya la oportunidad de volver a hablar con ella.

Después de veinte años en los que uno de sus hijos padece un trastorno esquizofrénico, la vida se complica para Isabel y Alfonso cuando la hija exitosa, que iba a sustituir al padre en la empresa en su próxima jubilación, se deprime y acaba suicidándose en la casa el día de Navidad.

Francisco y Carmen presentan problemas de salud mental que les impiden disfrutar plenamente de sus dos hijos adolescentes. Ella, en concreto, ha intentado quitarse la vida en distintas ocasiones sin conseguirlo. Inesperadamente, una tarde al llegar a la casa encuentran que uno de los hijos sin previo aviso se ha dado muerte.

Si fuésemos los protagonistas de estas trágicas historias no hay duda que nos reconoceríamos como necesitados de ayuda, pero siendo sólo testigos... ¿Qué puede decirse a Manuela, Pedro, Isabel, Alfonso, Francisco, Carmen o a cualquier otra persona que pase por un trance semejante? ¿Cómo enfrentarnos a alguien que ha perdido su pareja, un padre, un hermano u otro familiar en tan dramáticas circunstancias? ¿Cómo hablar a los alumnos de una clase que saben que uno de sus compañeros no se encuentra en su pupitre porque ayer por la tarde en vez de hacer los deberes o salir a divertirse con ellos decidió ahorcarse en el salón de su casa?

Nuestra parte más sensible presenta exactamente los mismos sentimientos que ellos sufren: aturdimiento, incredulidad, rabia, dolor, deseos de gritar: ¿Por qué? ; pero con tan comprensible como inútil bagaje nos sentimos impotentes para ayudarles. ¿Existe la posibilidad de ofrecer algo más que apoyo humanitario, palabras de compasión o palmaditas en la espalda? ¿Es posible evitar que esta situación se alargue más de lo imprescindible?

A una persona que de por sí ya presenta una luxación de hombro parecería una crueldad que alguien le movilizase el brazo, pero es lo que un profesional capacitado debe asumir si quiere acortarle el dolor y ahorrarle futuras complicaciones. Si deseamos contribuir a que supere tan difíciles momentos hay que poseer la claridad de ideas de un cirujano que, con el bisturí en la mano, se dispone a iniciar la intervención quirúrgica.

Entendemos que el trabajo del duelo es algo inherente a cualquier tipo de pérdida, aunque no siempre requiere de una actuación terapéutica y la gran mayoría se resuelven espontáneamente. El presente estudio se centra exclusivamente en aquellas derivadas del fallecimiento de un ser querido. Es interesante saber qué cosas se pueden hacer y, más importante aún, aquellas que nunca conviene realizar. Para ello, necesitamos precisar algunos conceptos que con frecuencia no se diferencian suficientemente en la literatura médica y conocer algunos elementos responsables de la inútil perpetuación del dolor. Finalmente expondremos las líneas básicas de nuestro acercamiento psicoterapéutico cuando trabajamos con personas que se encuentran inmersas en estas trágicas circunstancias.

PALABRAS ACLARATORIAS

Aquí reside todo el error, en las palabras. Cada uno de nosotros posee dentro de sí un mundo de objetos, su mundo. Pero, ¿cómo podremos entendernos si en las palabras que yo pronuncio encierro el sentido y el valor de las cosas tal como son dentro de mí, mientras quien las escucha las asume inevitablemente con el sentido y el valor que tienen para él, que tienen en su mundo? Creemos entendernos; nunca nos entendemos.

Luigi Pirandello

Hace ya casi un siglo que el innovador literato siciliano nos advertía de las dificultades que la comunicación encierra. ¿Se puede ayudar a alguien a través de las palabras cuando carecemos de la certeza de compartir su significado? En el tema que nos ocupa la confusión supone que ante la muerte de una persona hablemos de estrés, trauma, aflicción, pesar, duelo normal, patológico, no resuelto, complicado, alterado, agudo, anticipado, diferido, exagerado, inhibido, enmascarado, congelado, crónico, ausente... Aunque sea con la brevedad que nos impone el objetivo de este trabajo debemos previamente desenmarañar esta imponente babel de términos.

Siguiendo a Benyakar³ entendemos por **estrés** la reacción defensiva de nuestro organismo ante la detección de una amenaza, mientras que el **trauma** sería la reacción psicológica posterior a la falta de detección de dicha amenaza. Así la enfermedad de un familiar puede provocarnos un estrés mantenido, mientras esperamos el fatal desenlace, y un fallecimiento súbito por accidente, sin padecimiento previo, es subsidiario de ser vivido de forma traumática. En el tema de la muerte el estrés suele hacer referencia a la espera *anterior* o inmediatamente cercana a la misma, mientras que el trauma es siempre *posterior* y con mayor riesgo de generar secuelas. CROCQ⁹ nos recuerda además que el primer concepto pertenece al ámbito biofisiológico y es una reacción que escapa a la voluntad del sujeto, mientras que el segundo es más propio de la esfera psicológica y es una experiencia que presenta una dificultad evidente para conseguir que sea asimilada.

Los autores de habla inglesa distinguen entre los conceptos de **aflicción** (*mourning*), **pesar** (*grief*) y **pérdida** (de un ser querido) (*bereavement*), traducidos todos ellos en alguna ocasión como duelo. En los años sesenta Bowlby señalaba que el primero se refería a todo el proceso psicológico desencadenado tras la pérdida, y el segundo a las manifestaciones subjetivas de pena y dolor que la acompañan. En la misma década, Averill consideraba que la aflicción implicaba la conducta habitual condicionada por factores y ritos sociales, traducida también como luto, mientras que el pesar implicaba aquellas reacciones de etiología biológica. Más recientemente, Weisman²⁹ indica que el primero es más agudo y con signos vegetativos y en cambio el segundo es más crónico e intenso. Sin embargo para autores como Carr⁸ el pesar atañe a los afectos subjetivos precipitados por el óbito y la aflicción es el proceso de resolución del anterior. Quizás debido a esta falta de acuerdo, en otros idiomas como el español se pierde este matiz y ambos conceptos (junto al de **duelo agudo**) se aplican como sinónimos de la conmoción más inmediata, inherente al sentimiento de pérdida, que se caracteriza por sentimientos de tristeza, inquietud, angustia... Pero entonces ¿qué entendemos por duelo propiamente dicho?

Todos conocemos el sufrimiento padecido tras la frustración por no conseguir un objetivo ansiado, el desgarramiento interior al finalizar una relación sentimental o el dolor por la desaparición de un ser querido. Los sentimientos de incredulidad, aturdimiento, tristeza, pesadumbre, desconsuelo, impotencia, futilidad, vacío interior, angustia, desesperación, indignación, quebranto emocional... se suceden y nos invaden haciendo imposible creer que alguna vez fuimos o volveremos a ser felices. Es un caleidoscopio emotivo que distorsiona nuestro ser y sólo con el paso del tiempo, cuando el sufrimiento y la amargura se hacen tolerables, es posible superarlos. Sabemos que es necesario un periodo para ordenar nuestra vida afectiva, aceptar la realidad de lo sucedido y seguir avanzando, con nueva ilusión, tras haber encajado el golpe recibido. *Esta etapa posterior a la pérdida, y la reorganización personal que conlleva*, es lo que se conoce como **duelo**.

Autores que se han enfrentado a este problema en diferentes épocas han definido el concepto desde orientaciones diversas (**tabla I**). Valga reseñar las del profesor Marc Burgeois⁷ y el filósofo Thomas Attig³⁰ que destacan los aspectos positivos obtenidos al resolver esta crisis, el aumento de creatividad y del crecimiento personal. De hecho, algunas obras maestras del arte universal son fruto de esta superación tales como la coral *Lo que Dios hace bien hecho está* del insigne pianista húngaro Franz Liszt escrita tras la muerte de su hija en 1862, el mausoleo *Taj Mahal* que el emperador hindú Shah Jahan (s. XVII) mandó edificar en Agra a la memoria de su esposa favorita, o *Las coplas a la muerte de su padre* del heroico poeta castellano Jorge Manrique, que pese a estar compuestas en el siglo XV continúan transmitiendo la esperanza de que tras el dolor se logra *...el harto consuelo de su memoria*.

Pero si el duelo normal es algo habitual e incluso sano, fomentador del crecimiento... ¿por qué habría de ser tratado? Lo cierto es que este desenlace es el esperado y deseado para cualquier situación de pérdida, sin embargo no siempre acaece así. La meta de unificar los rasgos distintivos del denominado **duelo complicado, alterado o patológico** aún está por alcanzar.

Autores como Lindemann, Bowlby, Parkes, Faschingbauer, Zisook... han subrayado las diferencias *cuantitativas* de estos duelos con los normales, bien por mayor intensidad de los síntomas, **duelos exagerados**, o por duración excesiva de los mismos, **duelos crónicos**. Consideran que la resolución del trabajo de duelo está en función del tiempo.

Se estima que el lapso habitual necesario para finalizarlo fluctúa alrededor del año, aunque se admite que algunos síntomas puedan persistir un tiempo mayor. El rango oscila desde los seis meses de Prigerson²⁴ hasta los dos años de Carr⁸ o incluso los tres de Rando²⁶. Si aceptamos el factor cronológico como determinante, el duelo de una persona durante este período (inferior a dos

años) sólo podría ser clasificado como **no resuelto**.

En cambio para estudiosos como Freud, Grinberg, Prigerson, Jacobs, Marwit, Horowitz... las diferencias son *cualitativas* y coinciden en la necesidad de establecer una categoría diagnóstica con características propias: tipos de culpa especiales, síntomas depresivos diferenciados, particular afrontamiento cognitivo de la pérdida...

Dentro de los duelos incluidos entre los complicados se hallan los llamados “**diferidos**” o también “**retrasados**”, “**inhibidos**”, “**suprimidos**” o “**pospuestos**”^{11, 30}. Se detectan cuando tras una primera pérdida hay una reacción emotiva leve, pero al sufrir un posterior quebranto surge un segundo duelo de intensidad desmedida. Por duelo “**enmascarado o reprimido**” entendemos aquella situación en la que la persona no se permite presentar síntomas afectivos sino trastornos de conductas o síntomas físicos, incluso similares a los que padeció el sujeto fallecido.

Por último, hay una categoría de importancia creciente y a la que se le debe prestar la atención que merece: los duelos “**congelados o no terminados**”. Aquellos soldados que nunca regresaron del campo de batalla, los hombres del mar que aún reposan allí, los desaparecidos en accidentes, depuraciones de tipo político, atentados como los del tristemente recordado 11 de Septiembre... Todos ellos presentan la dificultad añadida de que la persona muerta permanece aún presente. Pauline Boss⁵ ha trabajado admirablemente estos aspectos aplicando el concepto de *pérdida ambigua* a situaciones tan cotidianas como la emigración o las enfermedades progresivas tipo Alzheimer. En relación a estos últimos, en la literatura aparecen los duelos “**anticipados**” de Lindemann, también llamados “**pre-mortem**”, significando que se realizan mientras la persona, habitualmente enferma crónica, aún vive y cuando llega el momento de la defunción se manifiestan como los conocidos duelos “**ausentes**”¹¹.

Vemos pues que si bien lo más común es que los duelos se resuelvan de modo satisfactorio, existen posibilidades de que este proceso se altere. El psiquiatra británico Colin Parkes²⁰ realizó en los años setenta una excelente aproximación a los agentes que intervienen en la complicación del duelo, dividiéndolos en precedentes, concurrentes y consecuentes al fallecimiento. Cada investigador resalta los aspectos que considera más determinantes, por citar algunos: Gamo Medina¹³ incide en lo imprevisto de la pérdida, la acumulación de varias de ellas a la vez y el grado de convivencia con el fallecido, Prigerson²⁴ hace hincapié en la presencia simultánea de alguna enfermedad, Villanueva Suárez²⁸ subraya la importancia de la historia previa de los progenitores para afrontar la muerte de un hijo, Pazos Pezzi²¹ explorando en fuentes literarias destaca la importancia del tipo de vínculo, Pérez Sales²³ se centra en el papel de la cultura para la construcción social del duelo, Weisman²⁹ habla de *las muertes intempestivas*, vividas como absurdas o injustas, en un momento del ciclo vital inesperado.....

La dificultad para abarcar los factores susceptibles de intervenir en la complicación del duelo resulta evidente pero con afán didáctico se resumen en el siguiente esquema (Ver **tabla II**).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Primum non nocere
Hipócrates

En nuestro trabajo como terapeutas debemos encontrarnos con personas que no sólo han padecido lo anterior sino que permanecen anclados en el desaliento, sintiéndose incapaces de proseguir su desarrollo personal con normalidad. Vamos a referirnos a ellas y a cómo podemos intervenir terapéuticamente en duelos no resueltos o ya complicados para que puedan dejarse atrás

situaciones tan desdichadas y funestas. Para lograr este objetivo, es necesario conocer lo que se puede hacer para aliviar como también, siguiendo el viejo aforismo atribuido al médico Hipócrates de Cos, evitar crear más dolor del estrictamente necesario.

Los ritos sociales que hasta hace poco formaban parte de nuestra cultura cumplían una labor impagable en este sentido. El velatorio, el entierro, el funeral, el luto.... permitían a los dolientes y allegados saber exactamente lo que debían hacer en unos momentos en los que nadie mantiene intacta su claridad de pensamiento. La vida en las ciudades modernas ha propiciado que las muertes ocurran en un ámbito tan inhóspito como el hospitalario, valga el juego de palabras, lo que junto a las actitudes y comportamientos de algunos sanitarios han favorecido un entorno deshumanizado incapaz de aliviar la angustia que conlleva tan crucial momento.

Además, si queremos penetrar en la intimidad de la persona y tomar contacto con su sufrimiento las fórmulas rituales se muestran insuficientes²⁵. El consabido “te acompaño en el sentimiento” es pertinente enmarcado en el rito social del que forma parte pero inadecuado para una relación más personal. Las expresiones huecas y de mera cortesía como: “Ya sabes donde me tienes”, ¡Qué se le va a hacer!, Sé por lo que estás pasando... sólo ponen de manifiesto nuestro deseo de quedar bien y mantener las distancias, sin querer una implicación real en el dolor del otro. Las aseguraciones banales y a destiempo, o un optimismo insulso tampoco ayudan en absoluto: Ha sido lo mejor que podía haber pasado, ¡Ya es feliz!, La vida continúa, Dios lo ha querido así, Ya ha pasado lo peor... Nuestras actitudes de evasión hacia todo lo referente al difunto o la pasividad para con el doliente impiden la descarga de sentimientos y nunca son aconsejables. Por último, quizás aún peor sea el exceso de intervencionismo bienintencionado pero nefasto: ¡Qué bien lo estás llevando!, Tú lo que tienes que hacer es..., En comparación con lo que pasaste con... [otra pérdida], Esto es más llevadero que lo que le ocurrió a... [otra persona]... Este tipo de actitudes contribuye a aumentar la confusión, si cabe, de alguien cuyo mundo se acaba de derrumbar. Pero entonces, ¿cuál podría ser un acercamiento realmente útil?

Desde el campo profesional resulta imposible resumir tantas y tan valiosas aportaciones al trabajo terapéutico del duelo, dada la amplitud con que ha sido estudiado. Por citar algunas más representativas, en la óptica **psicoanalítica** Freud, siguiendo a Abraham, habla de desligar la libido del objeto perdido y realizar la llamada contracatectización. Klein, Pollock, Lagache, Winnicott... señalan la importancia del trabajo de adaptación a la nueva realidad. Bowlby incidía en la incapacidad para establecer nuevas relaciones tras una pérdida traumática. El excelente trabajo de León Grinberg¹⁵ sobre los diferentes tipos de culpa, la pérdida de una parte del yo con cada fallecimiento, la recuperación del sentimiento de identidad... posee en la actualidad plena vigencia.

Las **psicoterapias breves** derivadas del Psicoanálisis, como la de Sifneos, aceptan trabajar con el foco centrado en las pérdidas y separaciones, y también reconocen, por ejemplo la de Bellak, la importancia de aceptar el duelo como proceso gradual permitiendo que las personas decidan cuanta realidad pueden aceptar en cada momento. La visión **cognitivista**, sea la terapia racional emotiva de Ellis o la cognitiva de Beck, subraya la importancia de identificar las ideas erróneas y contrastarlas con la realidad, consiguiendo así un mejor manejo de las emociones, fundamental en estas circunstancias. Desde la **Gestalt**, Perls con su *aquí y ahora* evidenció que el pasado es sólo pasado y nunca debe servir para justificar la manera en que nos comportamos en el presente. El método de hablar a la silla vacía del ausente y expresarle los sentimientos ocultos consigue movilizar los recursos y capacidades del doliente para proseguir su desarrollo vital en nuevas direcciones aún sin explorar.

Ya en la orientación **sistémica** recordamos como Bowen⁶ señala que ante cualquier pérdida significativa se altera el equilibrio familiar apareciendo una *onda de choque emocional*, manifestación de la interrelación entre los roles y las dependencias del sistema familiar.

Boszormenyi-Nagi establece la metáfora del libro familiar de cuentas, que aplicado en la relación con el difunto explica como no puede cerrarse satisfactoriamente si el balance entre el debe y el haber no está equilibrado.

Las técnicas de intervención a la hora de trabajar con las familias durante el duelo son muy variadas: cambios en los límites o jerarquía de la estructura familiar que permitan un ajuste novedoso, empleo de paradojas o innovaciones en las normas que impidan la autoperpetuación del duelo, rituales para romper este círculo vicioso, el uso de narrativas o la creación de un pasado nuevo para ofrecer una perspectiva inédita de la experiencia actual...

Esta enorme variedad de recursos en cuanto a la técnica se acompaña de un reconocimiento tácito: la importancia que la figura del propio terapeuta tiene para la finalización satisfactoria del proceso. La experiencia de estar desahuciado por una poliomielitis como ocurrió en la infancia de Milton Erickson, la facilidad de comunicación de experiencias íntimas de Carl Whitaker, la capacidad de utilizar la propia historia de duelo personal de Luigi BOSCOLO, el reconocimiento de singularidades y *resonancias* por Mony Elkaim... son una muestra de que las vivencias del terapeuta son trascendentales si se quiere prestar ayuda.

NUESTRA APORTACIÓN

Quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre un cómo.
Friedrich Nietzsche

¡Tanto y tan bien ha sido dicho! ¿Cuál puede ser entonces nuestra aportación? Si se nos permite la licencia, contestaremos con la pregunta que uno de nosotros, cuando era niño, tenía en mente: “Siendo sólo siete las notas musicales, ¿cómo es posible seguir creando nuevas melodías?

En otro lugar hemos estudiado el papel que algunos tipos de duelos tienen para el desarrollo personal y la evolución de una familia. Decíamos que el duelo general de la adolescencia y los duelos satélites que la acompañan se traducen en una serie de pérdidas a corto plazo para el sistema familiar (incluido el adolescente), mientras que las ganancias resultantes solo se empiezan a disfrutar a medio y, sobre todo, largo plazo. De la capacidad para tolerar esta tensión por parte del sistema y sus integrantes, especialmente el propio adolescente, dependerá el éxito final¹⁰.

En esta ocasión queremos centrarnos en el duelo por excelencia, el que se produce cuando “la parca” llega a la vida de una familia. Al igual que entonces, recurrimos al diccionario de la Real Academia Española²⁷ y al repasar las diversas acepciones de la palabra duelo, hallamos que proceden de dos fuentes etimológicas distintas. La primera (derivada del latín *dolos*, por dolor) puede entenderse como *dolor, lástima, aflicción, fatiga, trabajo* o las *demonstraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguno*; y la segunda (del latín *duellum*, guerra, combate) con el significado de *combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío*.

Partimos desde una **perspectiva sistémica e integral**, queriendo significar así que se utilizan recursos de las distintas orientaciones de terapia familiar y que se completa recuperando la visión intrapsíquica del individuo. En palabras de uno de nosotros, pretendemos que la naturaleza de las cosas no impida el desarrollo de las cosas de la naturaleza¹⁹.

Para explicar esta aproximación podemos recurrir a un ejemplo histórico. El iniciador del llamado empirismo inglés John Locke, afirmaba: *Nihil est in intellectu quod non fuerit in sensu*; y fue el racionalista Godofredo G. Leibniz, inventor del cálculo infinitesimal, quien supo darle la respuesta apropiada: *...excipe: nisi ipse intellectus*.

En el tema que nos ocupa, es claro que los sistemas influyen decisivamente en la vida del sujeto y que nadie puede sustraerse a ellos, pero no olvidemos que el individuo es quien participa en estos juegos, entendidos en el sentido del grupo de Milán, quien decide o no cambiar sus reglas y quien, finalmente, formando parte de ellos hace posible su existencia. La dialéctica individuo-sistema estará siempre presente y necesita ser atendida en su conjunto de manera constante.

Estimamos que la **naturaleza del problema** al que nos enfrentamos estriba en que el sistema aún no ha encontrado un nuevo nivel de funcionamiento y tiende a que el ausente permanezca presente. Además, parte de la identidad de el/los doliente/s está basada en los roles y dependencias recíprocas de la relación ahora rota. El deseo de recrear su identidad se ve frenado por la ambivalencia de sentimientos y la culpa de dejar atrás a quien debemos lealtad. Se genera una situación de atasco emocional con un desgaste enorme para quienes lo sufren.

Nuestro **objetivo** es liberar al sujeto del estancamiento en que se halla inmerso, favoreciendo un ajuste del sistema basado en su nueva identidad y, al igual que en cualquier otra psicoterapia, transmitir una visión esperanzadora que le facilite proseguir su recorrido personal. Merece la pena reflexionar sobre la frase del inmortal filósofo alemán citada al principio de este apartado y que tanto gustaba repetir al creador de la logoterapia Viktor Frankl.

En cuanto a los **recursos técnicos** podemos utilizar indistintamente la terapia de familia (entendida como cita para todo el grupo familiar), de pareja, de grupo o individual, siempre en función de las necesidades de el/los doliente/s. Coincidimos plenamente con Weakland cuando afirma que puede realizarse *terapia familiar sin la familia* y con Madanes, quien advierte que la terapia de familia no implica necesariamente que todos los miembros acudan a las sesiones, sino que es índice de que se utiliza una visión sistémica en el desarrollo del proceso de la terapia.

En lo que se refiere al tipo de aproximación al problema, diríamos que predomina el **enfoque estratégico** (en el sentido de la autora anteriormente citada¹⁶) con una doble vertiente: la atención al problema del *dolos* pero sin olvidar resolver el conflicto del *duellum*.

Como **condición sine qua non** consideramos una adecuada unión con el sistema, ya que de otro modo se hace imposible el acercamiento terapéutico. Kleinman opinaba al respecto (citado por Beyebach⁵) que... *ser un testigo empático constituye un acto moral, no un procedimiento técnico*. Es fundamental la aplicación empática de la técnica, huyendo de comportamientos impersonales, mecánicos o inhumanos y permitiendo el encuentro personal.

Iniciamos nuestra **intervención sobre el “dolos”**, por lo que resulta útil conocer las etapas de la aflicción que conlleva el duelo. Lindemann fue el pionero en describir fases, Bowlby y Parkes las ampliaron, pero han sido las de Kübler-Ross, en principio pensadas para pacientes agonizantes, las que han alcanzado mayor difusión (**tabla III**).

Autores como Worden³⁰, Rando²⁶ o Neimayer¹⁷ se muestran en claro desacuerdo con el concepto de fases, ya que consideran que favorecen la creencia de que la persona desempeña un papel pasivo frente al proceso. Los dos primeros prefieren hablar de *tareas* y el tercero de *desafíos*, queriendo subrayar así la importancia de la actividad del sujeto en su duelo. Nuestra meta principal a este respecto es *legitimar los sentimientos* que presenta la persona favoreciendo la expresión de los mismos: llanto, rabia, angustia... La *prescripción del síntoma* clásica *alumbra* su presencia y transmite al doliente que está haciendo lo adecuado. Realizamos el *reencuadre* de que al inicio todas las pérdidas provocan una conmoción similar, período de aflicción o duelo agudo. Se trata de acompañar a la persona que sufre permitiéndole seguir un ritmo adecuado a sus circunstancias.

Una vez reconocido este sufrimiento, es necesario efectuar simultáneamente una **intervención sobre el “duellum”**, máximo responsable a nuestro juicio del peligro de perpetuación del duelo. Entendemos que el atasco emocional es producto de la ambivalencia y que se traduce en sentimientos culposos por una falsa idealización del desaparecido, en perjuicio del

doliente: ¿Cómo puedo expresar mis sentimientos negativos hacia el otro si ya no está aquí?...
solución: en realidad todo lo de él era bueno y yo soy el malo. Por esto *ampliamos el reencuadre* anterior. Mantenemos la única reacción inicial pero informamos claramente que después se diferencian *dos tipos de relaciones*: las inadecuadas, que sólo provocan felicidad mientras la relación existía en la realidad externa (durante) y las adecuadas, cuyo valor se pone de manifiesto también *a posteriori* (durante y después). Avisamos: a) desconocemos qué tipo de relación era la suya, b) lo averiguaremos viendo su evolución y c) más adelante le comunicaremos nuestra opinión. Debemos ser *firmes* en el mantenimiento de esta afirmación, para que la presencia del desaparecido en el sistema sea incompatible con la persistencia de la aflicción. Es necesario que el doliente genere una identidad nueva, admitida por el sistema familiar, con ciertos rasgos positivos del desaparecido y, al mismo tiempo, inicie el lento peregrinar hacia la felicidad.

El gran epistemólogo Gregory Bateson gustaba contar aquella historieta en la que a un ordenador le pidieron que explicase como funcionaba el cerebro humano y tras un largo rato de espera, se le encendieron las luces y con su voz metalizada se le oyó decir: *Esto me recuerda una historia...* Según lo que deseamos transmitir podemos *contar una historia* o *establecer un símil* que facilite la comunicación a otros niveles además del simple consciente. Debe procurarse que las comparaciones sean personalizadas y adecuadas a los dolientes, sin más límite que la creatividad del terapeuta ese día. Pero este objetivo no impide recurrir a algunas que, por su carácter general, suelen ser oportunas con sólo leves matizaciones:

- Para facilitar la expresión de sentimientos e introducir la idea de los buenos recuerdos olvidados que aparecerán luego: *símil del tesoro sumergido*, hay que “vaciar” el mar de lágrimas, es necesario un tiempo previo para alcanzarlo, está profundo...

- Para retomar actividades previas a la muerte: *símil del olvido al cambiar de cuarto*, volvemos al que estábamos previamente para así acordarnos mejor del finado.

- Para distinguir la relación adecuada/inadecuada y aliviar la culpa de anteriores disputas: *símil del profesor duro / blando*, al cabo del tiempo ¿cuál nos ha sido de mayor utilidad para desenvolvernos después en la vida?

- Para superar muertes en la infancia: *símil de películas, novelas, canciones...* ¿preferimos la más larga y pesada, o la más buena y corta?

- Para centrar la atención en algo/alguien distinto del difunto: *símil de las estrellas y el telescopio, símil del olor en las perfumerías...*, el ser humano sólo es capaz de percibir cuando existen diferencias, para ver una estrella no podemos mantener mucho tiempo la vista fija en ella.

- Para separar los legados perjudiciales de las transgeneracionales positivas: *símil de cerner el trigo de la paja, símil de la herencia con antiguallas y antigüedades en el mismo desván*, etc. Debemos realizar un trabajo de selección para rescatar lo realmente valioso.

- ...

Gracias a ellas se consigue *facilitar la unión*, lo que resulta fundamental para que el doliente nos conceda autoridad y así lograr el éxito de la intervención. Al prescribir la expresión de sentimientos y aceptar temporalmente las creencias irracionales de la persona, en unos momentos en los que necesita engañarse a sí misma, nos aliamos con ella frente a un mundo intransigente y *establecemos las bases* que más adelante permitirán superar la aflicción.

Cuando empieza la mejoría, podemos prevenir las intervenciones externas negativas (típicas de las pequeñas comunidades) con el simple aviso de que: *Otras personas no han tenido la suerte de compartir tanto con ella...* Implícitamente se sugiere que la relación con ellos no fue tan adecuada como la suya y que los otros son los dignos de compasión y de ser llamados *pobrecitos*.

Es imprescindible la *firmeza al mantener el primer reencuadre* de los dos tipos de relación, pues ahí pivota la palanca que mueve la pesada piedra de la ambivalencia de sentimientos. Ahora

puede llorar, pero si el recuerdo del desaparecido no le hace feliz más adelante es que la relación no era adecuada, satisfactoria, buena.... Sabiendo que lo último que desea la persona (o el sistema) es cuestionar la memoria del difunto, resulta comprensible la aparición de recuerdos felices, la elevación del ánimo, la actitud positiva... todo le vale si con eso nos demuestra lo adecuado de su relación (en el caso contrario nunca hubiera aparecido un duelo complicado). Así, paulatinamente, se recrea una identidad que permite la nueva homeostasis del sistema y ya no necesita el ajuste que proporcionaba el ahora desaparecido.

El éxito depende de *ser flexibles* en la aplicación de la técnica, eligiendo la ocasión y el estilo apropiados, y siempre desde una posición de *respeto y humanitarismo* hacia todos los integrantes del duelo, sean difuntos o dolientes.

Aquí queremos recordar un ejemplo clásico del irreplicable Milton Erickson¹⁸ cuando frente a un paciente que llevaba nueve años ingresado y hablaba una jerga sin sentido, se sentó durante meses al lado en los descansos y aprendió su particular idioma hasta que pudo contestarle en su mismo lenguaje. El paciente se sorprendió y respondió a su vez, así durante semanas hasta que la comunicación fue tan cuerda que hizo posible el ser dado de alta. Corolario: ¿hay que decir a todos los pacientes inicialmente cosas sin sentido o más bien, debemos emplear el tiempo necesario para conocer la intimidad de la persona, aceptarla y, a partir de ahí, trabajar juntos mientras sea conveniente?

CONCLUSIÓN

Te vas, amor, pero te quedas porque formas parte de mí...
Camilo Blanes

Tras clarificar el concepto de duelo y otros términos relacionados, hemos señalado algunas aportaciones significativas al tema y expuesto los recursos técnicos básicos que empleamos para ayudar a las personas a superar este difícil trance. Consideramos que el final de un duelo se consigue cuando el doliente o el sistema hacen realidad la frase tomada de una composición de los años setenta del famoso cantante alicantino. El fallecido pasa a formar parte de la identidad del sujeto y ésta facilita la nueva homeostasis del sistema. Nuestro objetivo es conseguir que la incorporación sea sólo en aquellos aspectos considerados positivos: los que aportan felicidad, recursos, crecimiento, maduración, valores...

Para explicar por qué con las siete notas musicales hemos compuesto esta melodía de entre todas las posibles y no otra, diremos que parece sensato tener en cuenta sólo aquellos parámetros que seamos capaces de manejar. El físico David Peat²² ofrece el siguiente ejemplo tomado del tenis. Si queremos devolver bien una pelota debemos prestar atención a nuestro estado físico, el del contrario, la calidad de los materiales utilizados, las condiciones atmosféricas de viento, lluvia...; pero desde la ley de la gravitación universal sabemos que también influyen si hay o no montañas cercanas, la fase de la luna, la estación del año... y aún más, (hasta el más mínimo cambio lejano debido al llamado ¡efecto mariposa! Es evidente que si intentamos abarcar todos los factores que intervienen o llevar la causalidad al extremo más absoluto perderemos la partida.

Para finalizar hacemos propias también las palabras de la ingeniosa terapeuta estratégica Cloe Madanes y las aplicamos a nuestra aproximación terapéutica:

Funciona... pero quizás por otros motivos de los que creemos que funciona.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguirre Baztán, A. (1994): *Estudios de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*. Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona.
- 2.- American Psychiatric Association (1995): *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. MASSON, Barcelona.
- 3.- Benyakar, M. (2001): Ponencia *Violencia terrorista: una amenaza a la estabilidad de la salud mental*. Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Madrid.
- 4.- Beyebach, M. (1995): Enfermedad terminal, muerte y familia. En: *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Alberto Espina; Begoña Pumar; Miguel Garrido (Comps.). Ed. Promolibro, Valencia.
- 5.- Boss, P. (2001): *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- 6.- Bowen, M. (1976): Family Reaction to Death. En: *Family Therapy. Theory and Practice*. Philip J. Guerin Jr. (Comp.) Gardner Press, Florida.
- 7.- Burgeois, M (1996): *Le deuil, clinique et pathologie*, PUF, Collection Nodules.
- 8.- Carr, C.C. (1989): Tanatología. En: *Tratado de Psiquiatría. 20 ed.* De Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Ed. Científicas y Técnicas MASSON SALVAT, Barcelona.
- 9.- Crocq, L.; Doutheau, C.; Louville, P.; Cremniter, D. (1998): Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. En: *Encyclopedie Médico Chirurgique, Psychiatrie, 37-113-D-10*. Ed. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris.
- 10.- Del Pino Montesinos, J.I.; Mena Cabezas G.; Hornero Jiménez, C; y Más Jiménez, D. (2001): La adolescencia:)Duelo personal o familiar? *Anales de Terapia Familiar. 6:* 99-112
- 11.- Franco Fernández, M.D. y Antequera Jurado, R. (2002): El duelo. En: *Psiquiatría Geriátrica* (L. Agüera Ortiz; M. Martín Carrasco y J. Cervilla Ballesteros (Comps.). Ed.MASSON, Barcelona.
- 12.-Freud, S. (1915): *Traner und Melancholie* [Traducción al español (1988): Duelo y Melancolía. En: *Freud. Obras completas. Vol. 11*. Ed. Orbis, Barcelona]
- 13.- Gamo Medina, E.; Del Álamo Jiménez, C.; Hernáiz Criado, L.; García Laborda, A. (2000): Problemática del duelo en la asistencia en salud mental. *Psiquiatría Pública 12:* 209-218
- 14.- Grinberg, L. (1994): *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Ed. Alianza Universidad Textos, Madrid.
- 15.- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (1989): Signos y síntomas típicos de la enfermedad psiquiátrica. En: *Tratado de Psiquiatría. 20 ed.* Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Ed. Científicas y Técnicas MASSON SALVAT, Barcelona
- 16.- Madanes, C. (1989): *Terapia Familiar Estratégica*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- 17.- Neimeyer, R.A. (2002): *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Ed. Paidós, Barcelona.
- 18.- O=Hanlon, W.H. (1993): *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y la hipnosis de Milton Erickson*. Ed. Paidos, Barcelona.
- 19.- Ortega Beviá, F.; Pérez de Ayala, E. (1998): El divorcio como crisis del ciclo vital. *Anales de Terapia Familiar 3:* 11-16
- 20.- Parkes, C.M. (1972): *Bereavement: Studies of grief in adult life*. International University Press, New York.
- 21.- Pazos Pezzi, P; García Eslava, S. (2000): Aspectos del duelo en la literatura. *Psiquiatría Pública 12:* 229-246
- 22.- Peat, D. (1988): *Sincronicidad. Puente entre mente y materia*. Ed. Kairós, Barcelona.
- 23.- Pérez Sales, P.; Lucena, R. (2000): Duelo: una perspectiva transcultural más allá del rito. La construcción social del sentimiento de dolor. *Psiquiatría Pública 12:* 259-271
- 24.- Prigerson, H.G.; Bierhals, A.J.; Kasl, S.V.; Reynolds, C.F. 3rd.; Shear, M.K.; Day, N.; Beery, L.C.; Newsom, J.T.; Jacobs, S.C. (1997): Traumatic grief as a risk factor fo mental and physical morbidity. *Am. J. Psychiatry 154:* 616-623
- 25.- Prigerson, H.G., Jacobs, S.C. (2001): Caring for bereaved patients: AAll the doctors just suddenly go@. *JAMA, 286:* 1369-1376.
- 26.- Rando, T. (1993): *Treatment of complicated mourning*. Research Press. Champaign, Illinois.
- 27.- Real Academia Española (1995): *Diccionario de la Real Academia Española. Ed. Electrónica 21.1.0* Ed. Espasa-Calpe, Madrid.
- 28.- Villanueva Suárez, C.; García Sanz, J. (2000): Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría Pública 12:* 219-228
- 29.- Weisman, A. D. (1989): Tanatología. En: *Tratado de Psiquiatría. 20 ed.* Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Ed. Científicas y Técnicas MASSON SALVAT, Barcelona
- 30.- Worden, J.W. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Ed. Paidós, Barcelona.
- 31.- Zisook, S. (1983): Death, dying and bereavement. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth edition*. Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Wilkins & Wilkins, Baltimore

Tabla I

Definiciones de duelo	
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA ²⁷ (1995)	(Del lat. <i>dolus</i> , dolor): 1. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales. 4. Fatiga, trabajo. (Del b. lat. <i>duellum</i> , guerra, combate): 1. Combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío. 2. Pundonor o empeño de honor (desusado).
S. FREUD ¹² (1915)	Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.
S. ZISOOK ³¹ (1983)	Proceso disfórico autolimitado en el tiempo tras la pérdida de una persona significativa
L. GRINBERG ¹⁴ (1983)	Proceso dinámico complejo que involucra la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del Yo, sus actitudes y defensas y, en particular, las relaciones con los demás. [Puede] ...aplicarse tanto al sufrimiento provocado por la pérdida del objeto y de partes del Yo proyectadas en el mismo, como también al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado por desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos y bondadosos.
H. KAPLAN y B. SADOCK ¹⁵ (1989)	Tristeza apropiada a una pérdida real
A. D. WEISMAN ²⁹ (1989)	Proceso global... [y] ...continuo consistente en: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar el dolor de la pena; 3) adaptarse a un cambio de entorno y del ámbito psicosocial; 4) retirar la inversión emocional en el finado, y 5) desplegarla en otras direcciones.
J. W. WORDEN ³⁰ (1991)	Proceso de adaptación a una pérdida que implica [...] cuatro tareas básicas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido esté ausente y recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.
A. AGUIRRE BAZTÁN ¹ (1994)	Conjunto de representaciones mentales que acompañan a un objeto (persona, estado, cosa) amado [y que conlleva] ...una depresión ligada a sentimientos de culpabilidad.
A. P. A. ² (1994)	Reacción a la muerte de una persona querida cuando es objeto de atención clínica.
M. BOURGEOIS ⁷ (1996)	Experiencia natural y normal de la vida que causa dolor y distorsión del entorno pero mejora espontáneamente en la mayoría de los casos y puede aumentar la creatividad y favorecer el crecimiento personal.
Th. ATTIG ³⁰ (1996)	Proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades [cuya tarea fundamental es] ...volver a aprender cómo es el mundo.
E. GAMO MEDINA <i>et al.</i> ¹³ (2000)	Es la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido.
P. PÉREZ SALES <i>et al.</i> ²³ (2000)	Proceso humano normal... [consistente en] ...una reacción 1) compleja y multidimensional, 2) impredecible, 3) carácter recurrente y fluctuante y 4) de intensidad generalmente decreciente.
R. A. NEIMEYER ¹⁷ (2002)	Es un proceso personal [...] que nosotros mismos hacemos, no que se nos viene hecho, [y cuyo desafío fundamental] ...es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.
	Respuesta biopsicosocial, universal y compleja que experimenta un individuo ante pérdidas

Definiciones de duelo	
M. FRANCO y R ANTEQUERA ¹¹ (2002)	significativas.

Tabla II

Factores de riesgo para el duelo complicado	
A) Particularidades del acontecimiento	Súbito o de ocurrencia inesperada
	Implicación / participación del doliente
	De naturaleza absurda o vivido como injusto
	Posibilidad de ver / despedirse del cadáver
	Acumulación de pérdidas
	Circunstancias extraordinarias concurrentes
B) Particularidades del difunto y del vínculo	Edad
	Sexo
	Tipo del vínculo: parentesco, rol ejercido, límites, jerarquía...
	Intensidad del vínculo: instigador, existencia de ambivalencia...
	Momento de la relación: cambio de contrato, diferenciación...
C) Particularidades del doliente	Biografía personal: pérdidas previas, trastornos...
	Momento del ciclo vital personal y familiar
	Situación de crisis simultánea: enfermedades...
	Apoyo social y entorno cultural
	Educación, valores y creencias religiosas
	Situación económica

Tabla III

Etapas del duelo normal					
Lindeman* (1944)	Kübler-Ross* (1969)	Bowlby* (1969)	Parkes ²⁰ (1972)	Worden ²⁹ (1991)	Neimeyer ¹⁷ (2002)
Conmoción / Incredulidad	Negación	Aturdimiento / Protesta	Alarma	Aceptar la realidad de la pérdida	Evitación
			Aturdimiento		
Dolor Agudo	Rabia	Anhelo / Búsqueda de la figura paterna	Langüidez / Búsqueda	Trabajar las emociones y el dolor	Asimilación
	Resignación		Depresión		
	Depresión	Desorganización / Desesperación			
Resolución	Aceptación	Reorganización / Separación	Recuperación / Reorganización	Situar de nuevo al fallecido y seguir	Acomodación

* Citado por Neimeyer ¹⁷