

JORGE L. TIZÓN

PÉRDIDA, PENA, DUELO

Vivencias, investigación y asistencia

Ediciones Paidós
Barcelona - Buenos Aires - México
Fundació Vidal i Barraquer

DIRECCIÓN DE LA COLECCIÓN

VÍCTOR CABRÉ SEGARRA

CONSEJO ASESOR

JUNTA DIRECTIVA DE
LA FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER

DISEÑO GRÁFICO

MG

DISEÑO DE CUBIERTA

FERRAN CARTES Y MONTSE PLASS

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2004 Jorge L. Tizón

© 2004 de la presente edición:

Fundació Vidal i Barraquer

Coeditan: Fundació Vidal i Barraquer

St. Gervasi de Cassoles, 88 - 08022 Barcelona

www.fvb.es

y Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Av. Diagonal, 662-664 - 08034 Barcelona

www.paidos.com

ISBN: 978-84-493-1616-6

Depósito Legal: B. 37.365/2007

Impreso en Book Print Digital

Botànica, 176-178 - 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

ÍNDICE

Prólogo	13
---------------	----

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1. <i>Aproximación a una concepción biopsicosocial del duelo y el duelo patológico</i>	19
2. <i>Duelo, cultura y sociedad</i>	26
2.1. <i>La muerte como arquetipo de las pérdidas</i>	27
2.2. <i>La actitud social ante la pena y el duelo: tras el rumbo de la muerte</i>	35

CAPÍTULO II DEFINICIONES Y MODELOS

1. <i>Fonemas, términos, conceptos</i>	41
2. <i>El modelo psicoanalítico del duelo</i>	51
3. <i>El desarrollo de los modelos psicoanalíticos del duelo</i>	55
3.1. <i>Los procesos de duelo en el psicoanálisis kleiniano</i>	55
3.2. <i>Duelo y teoría del apego</i>	63
4. <i>Modelos psicosociales del duelo</i>	65
5. <i>El duelo como proceso adaptativo</i>	68
6. <i>El duelo como cumplimiento de tareas (psicológicas y psicosociales)</i>	73
7. <i>El duelo como expresión de la crisis o transición psicosocial</i>	76
8. <i>Por un modelo biopsicosocial del duelo y el «duelo patológico»</i>	78
9. <i>Categorías o tipos de pérdidas</i>	82

CAPÍTULO III
IMPORTANCIA BIOGRÁFICA Y SANITARIA DE
LOS PROCESOS DE DUELO Y PÉRDIDA AFECTIVA

1. Aspectos psicológicos del duelo	95
2. Aspectos psicosociales	105
3. Aspectos sociales y etológico-antropológicos	110
3.1. El duelo por la muerte en la cultura «occidental»	111
3.2. Retazos de «antropología comparada»	117
3.3. Un excursio de «antropología kleiniana»	121
4. Aspectos biológicos y sanitarios	126

CAPÍTULO IV
MOMENTOS DEL DUELO

1. Los momentos del duelo por un familiar o allegado	140
2. Los duelos infantiles por las separaciones de los padres	148
3. El duelo ante la propia muerte anunciada o previsible	153
4. Los momentos del duelo desde la perspectiva psicopatológica	158
5. El modelo de Rando	159
6. Una perspectiva personal de los momentos del duelo	162

CAPÍTULO V
VARIABLES QUE AFECTAN LA ELABORACIÓN
DEL DUELO

1. Variables vinculadas fundamentalmente al objeto	181
2. Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto	189
3. Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida	195
4. Otras variables que influyen en el desarrollo del duelo	206
5. Evaluación del riesgo	208

CAPÍTULO VI
EL DUELO Y LOS PROCESOS DE DUELO EN LA INFANCIA

1. Una controversia que ha envejecido	215
2. Un recordatorio del duelo en la infancia	219
3. El niño y la muerte	240

ÍNDICE

4. <i>Cronología y repercusiones de los procesos de duelo en la infancia</i>	253
5. <i>Los duelos fundamentales de la infancia y sus influencias</i> ...	259
6. <i>Duelo normal y duelo patológico en la infancia</i>	273
7. <i>Caso para dramatizaciones docentes en grupo:</i> <i>Perdiendo a un hijo</i>	288

CAPÍTULO VII LOS PROCESOS DE DUELO EN LA FAMILIA

1. <i>La familia como sistema y como grupo</i>	291
2. <i>Algunas evidencias empíricas</i>	314
3. <i>La muerte en la familia</i>	319
3.1. <i>El duelo por un hijo</i>	320
3.2. <i>El duelo por un cónyuge</i>	326
3.3. <i>Los duelos por la muerte del progenitor y de otros familiares</i>	328
4. <i>Casos para dramatizaciones docentes en grupo:</i> <i>Perdiendo a la madre</i>	330
<i>Muerte de madrugada</i>	331

CAPÍTULO VIII PROCESOS DE DUELO Y PSICOPATOLOGÍA

1. <i>Dificultades en la elaboración del duelo y psicopatología</i> ...	333
2. <i>Esquemas para la conceptualización del duelo normal,</i> <i>«complicado» y patológico</i>	337
3. <i>Un recordatorio sobre la psico(pato)logía de las emociones</i> ..	354
4. <i>Pena, tristeza, procesos de duelo, depresión:</i> <i>duelo y psicopatología tradicional</i>	364
5. <i>Los niveles para la contención y la salud mental</i>	385
6. <i>Un duelo patológico cronificado: el caso del «funcionario</i> <i>público exigente»</i>	400
7. <i>Caso para dramatizaciones docentes en grupo:</i> <i>Suicidio en la familia</i>	406

CAPÍTULO IX ACOMPAÑANDO DUELOS Y PÉRDIDAS

1. <i>Atendiendo a las pérdidas y al duelo en la comunidad</i>	409
1.1. <i>Personas, dispositivos, equipos</i>	412

1.2. Principios y técnicas	423
2. Acompañando los duelos desde la atención primaria profesionalizada (pedagógica, sanitaria o social)	437
2.1. Una realidad asistencial omnipresente	437
2.2. La práctica del asesoramiento en duelos desde la atención primaria a la salud	445
2.3. Guías clínicas para la asistencia al duelo desde los dispositivos de atención primaria	475
3. La ayuda psicoterapéutica en pérdidas y duelos	495
3.1. Planteamientos diversos	496
3.2. Un esquema, protocolo o guía clínica para la psicoterapia psicoanalítica en la prevención del duelo patológico . . .	512
3.2.1. Primera entrevista	514
3.2.2. Entrevistas sucesivas	516
4. Atendiendo a los procesos de duelo de los niños	522
4.1. Acompañamiento del niño en duelo	525
4.2. Separaciones	537
4.3. ¿Qué decir y hacer al niño que acaba de perder a un allegado?	540
4.4. Ayudando (profesionalmente) al niño en duelo	543
4.5. Ayudando en los procesos de duelo complicados o patológicos de los niños	552
4.6. Ayudando al niño a elaborar las muertes	566
4.7. Un niño va a morir	571
4.8. Los equipos sanitarios y la familia del niño que va a morir	578
4.9. Repercusiones de la muerte del niño	590
5. Casos para dramatizaciones docentes en grupo: Un duelo planteado «por sorpresa»	597
La muerte y los niños	597
ANEXO I. ¿Qué recursos sociales se pueden utilizar para la atención al duelo? Un esquema de búsqueda	600
ANEXO II. Servicios y asociaciones comunitarias concretas a las que se puede recurrir para temas de duelo y pérdidas desde un territorio concreto de Barcelona (Cataluña), 2001 . .	602

CAPÍTULO X

PENANDO LAS MUERTES Y OTRAS PÉRDIDAS PARTICULARIZADAS

1. Introducción	605
2. Muerte y duelo	608
2.1. Consideraciones generales	609

ÍNDICE

2.1.1. <i>Cómo y de qué morimos hoy</i>	609
2.1.2. <i>Unas notas acerca de la historia de la muerte</i>	618
2.1.3. <i>Algunas consecuencias de la expropiación y marginalización de la muerte y el duelo</i>	628
2.1.4. <i>Atención al moribundo y eutanasia</i>	633
2.1.5. <i>La propia muerte: morir y morirse</i>	644
2.2. <i>Consideraciones especiales</i>	661
2.2.1. <i>Cuidando al que muere: muerte y cuidados sanitarios</i>	661
2.2.2. <i>¿Comunicar la proximidad de la muerte?</i>	681
2.2.3. <i>Dos modelos particularizados</i>	683
2.3. <i>Matizaciones para la atención e intervención</i>	690
2.4. <i>Dos tendencias contradictorias</i>	702
3. <i>Suicidio</i>	703
3.1. <i>Consideraciones generales</i>	703
3.2. <i>Matizaciones para la atención</i>	707
4. <i>Homicidios y asesinatos.</i>	711
5. <i>La muerte en familia</i>	714
5.1. <i>Muertes perinatales y abortos</i>	714
5.2. <i>Matizaciones para la atención en el caso de otras muertes en la familia</i>	723
5.2.1. <i>El duelo por un hijo</i>	723
5.2.2. <i>El familiar cuidador y los cuidados en familia</i> . . .	724
6. <i>Situaciones especiales</i>	727
6.1. <i>Ancianidad: muerte a lo lejos</i>	728
6.2. <i>Separaciones y divorcios</i>	741
6.3. <i>Otras pérdidas en la familia</i>	754
6.3.1. <i>Los cambios socioeconómicos de la familia</i>	754
6.3.2. <i>El «nido vacío»</i>	756
6.4. <i>El duelo por la propia infertilidad o esterilidad</i>	757
6.5. <i>Sida y seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+)</i>	759
6.6. <i>Pérdida de funciones psicofísicas importantes y pérdidas médicas</i>	773
6.7. <i>Pérdidas sensoriales</i>	776
6.8. <i>Cáncer y cirugía oncológica</i>	781
7. <i>Casos para dramatizaciones docentes en grupo:</i>	785
<i>¿Cómo dar malas noticias?: un tumor pulmonar inesperado</i>	785
<i>Sida y homosexualidad</i>	787
<i>Epílogo</i>	789
<i>Bibliografía</i>	793
<i>Índice analítico</i>	831

PRÓLOGO

El libro que usted tiene ahora entre sus manos ha ido creciendo con el tiempo. Sus primeros esbozos los escribí en diversos capítulos de otros libros, propios o colectivos, y en trabajos y artículos alrededor de los esfuerzos de un equipo de investigación que dedicó quince años al estudio de la salud mental en las migraciones interiores españolas del siglo XX. Ante la valoración que aquellos esbozos y apuntes recibían por parte de personas y equipos dedicados a tratar el tema en la clínica, decidí realizar un libro fundamentalmente clínico y breve. Pero luego, una vez entrado en materia, me fue pareciendo que, con la ayuda de compañeros de diversos tipos de práctica asistencial —de atención primaria de salud o trabajo social, pedagógica y psicopedagógica, de psicoterapia y psicoanálisis, de enfermería, de técnicos de guarderías, de técnicos y otro personal del departamento de justicia...— podría tal vez realizar un trabajo más útil para todos ellos. Un trabajo que contuviera no sólo los aspectos clínicos y teóricos elementales, sino también una cierta puesta al día de las investigaciones y conceptos sobre el tema. Así, el libro fue creciendo... y su publicación fue demorándose correlativamente.

Al final, su amplitud y complejidad me han obligado no sólo a ir retrasando su publicación, sino a adoptar una serie de convenciones o sistemas para facilitar su lectura y su uso por parte de diversos colectivos asistenciales y diversos tipos de lectores.

En ese sentido, el libro no sólo incluye los clásicos índices (general y alfabético), sino numerosas tablas que resumen lo que se expone en sus diversos apartados, añaden información complementaria o, simplemente, sirven para consultar rápidamente una parte de un capítulo cuando se está trabajando otro. En cuanto al índice alfabético, dada la amplitud de este volumen, y para evitar una longitud o

complejidad que pudieran hacerlo inútil o farragoso, he optado por incluir tan sólo algunos términos clave. El motivo es que he intentado diseñar un libro que, sin dejar de ser vivencial, de comunicar mi experiencia, pudiera utilizarse, sobre todo, como material de trabajo para la práctica asistencial. De ahí ese tratamiento específico de los índices y de las tablas-resumen. Desearía que, cuando se está consultando un capítulo, o sus tablas —o bien las vinculadas con el tema que aparecen en capítulos anteriores—, pudiese proporcionar una visión rápida del asunto, suficiente como para seguir adelante en la lectura.

El subtítulo «vivencias, investigación y asistencia» hace referencia a mi concepción de la formación y la formación continuada. De entrada, me planteé facilitar la asistencia, atención o acompañamiento a las pérdidas afectivas, los procesos de duelo y los duelos. Ahora bien, tras más de un decenio de docencia sobre el tema, escribo este volumen para intentar orientar en la atención individual al mismo, pero también para aumentar la preocupación social al respecto. Esos eran los objetivos primordiales al iniciarlo y al acabarlo de manera provisional. Al ampliar mi foco, como decía, he tenido que ampliar y actualizar los datos o elementos empíricos en los que solemos basarnos, al menos desde John Bowlby. Sin embargo, he intentado evitar que este libro se convirtiera en una revisión de trabajos empíricos. Me interesa más bien contribuir a la valoración, la comprensión y la atención o asistencia comunitaria a este tipo de procesos, tan humanos; tal vez los más humanos que existen —lo cual no significa que no se den en otros animales.

El subtítulo «vivencias, investigación y asistencia» hace referencia también a que, tanto por razones estéticas como docentes, he incluido frecuentes citas poéticas o artísticas, con el fin de facilitar, en la medida de lo posible, la vivenciación de las emociones que suelen darse en los procesos aquí tratados. Mi perspectiva de la docencia y de la formación —y más aún de la formación continuada y la formación clínica—, se sustenta en la premisa de entenderla como basada en las funciones emocionales introyectivas, es decir, en las emociones de la solidaridad y la integración individual y social. Ése es mi enfoque docente. Por los mismos motivos y diseños didácticos, he incluido numerosos ejemplos, casos, viñetas. Para facilitarme el trabajo con ellos, realicé para mí mismo un índice que después, algún amable lector me ha convencido que podría ser útil para la persona que estuviera trabajando el libro o trabajando con el libro. Por imperativos editoriales no he podido incluirlo en este volumen, aunque espero que pueda hacerlo en revisiones posteriores. En el ámbito de los agradecimientos, ya que hablo de cómo ha crecido el libro, casi

por sí mismo, queda claro que de la misma forma han de crecer los agradecimientos hacia las personas queridas y próximas que han soportado su larga gestación. En primer lugar, mi familia, que soportó el duelo de no tenerme más tiempo con ellos. (¿O mi duelo por no tenerlos fue el mayor?). El caso es que, con los medios que hoy proporciona la sanidad pública española, resulta difícil para un director clínico detraer horas de la asistencia, la supervisión o la dirección para dedicarlas a escribir. En algún momento, este asunto ha de convertirse en un tema para una reflexión incluso ética. Y, desde luego, de reflexiones científico-asistenciales, gerenciales y personales: ¿qué le ocurre a nuestro sistema asistencial cuando, tras casi cuarenta años de trabajar en él, aún hay que detraer de los espacios personales y de asueto el tiempo para la redacción de esos «sedimentos de la propia experiencia y formación»?

Para el tipo de aproximación y comprensión que aquí trasmito, he recibido aportaciones y conocimientos a lo largo de decenios sobre todo de dos fuentes principales. Por un lado, de mis pacientes o consultantes. A lo largo de estos años he atendido a más de 25.000 pacientes diferentes que, en su mayor parte, me han hecho la deferencia de mostrarme su confianza y su mundo interno. Y los que no lo hicieron, motivos tendrían para ello.

La segunda fuente fundamental es la de los profesionales, técnicos o trabajadores; las personas con las que he trabajado en grupos clínicos, de reflexión, discusión, supervisión u operativos a lo largo de estos años. Es difícil destacar a unos más que a otros pero, al menos por la duración de la experiencia, he de citar especialmente entre ellos a los profesionales sanitarios que han participado en las 16 ediciones del Grupo «tipo Balint» del Centro de Salud «La Mina», de Barcelona, y a los compañeros del grupo de «Prevención en Salud Mental» del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Con el libro ya terminado y repasado, he tenido el placer de recibir un desinteresado y generoso ofrecimiento para una revisión «desde fuera», «exoproblemática», por parte de Fernando España i Baixeras, que trabaja en ámbitos muy alejados de la salud mental y que, por ello, podía aportarme su punto de vista sobre la inteligibilidad y aplicabilidad de lo aquí expuesto. Su esfuerzo no sólo ha significado una minuciosa labor de corrección ortográfica, lingüística y onomástica, sino que me ha dado pie a perfilar diversos extremos de mis explicaciones y descripciones con el fin de facilitar la lectura de páginas o apartados concretos por parte de lectores no especializados.

A todos ellos, a mi familia, a los pacientes que me han consultado, a mis compañeros de trabajo o reflexión, a mis correctores y críticos, les debo una buena parte de lo que el lector podrá encontrar en las páginas que siguen. Deseo expresarles desde aquí mi agradecimiento porque lo siento, pero sin que ello suponga que son partícipes de los errores o insuficiencias de este trabajo.

Barcelona y Calella de Palafrugell,
vacaciones del 1999 al 2004

P. S.: Estando ya el libro en el proceso de compaginación han ocurrido en nuestro país los sucesos del 11 de marzo y del 14 de marzo de 2004, ambos directamente conectados con el tema central de estas páginas. El 11 de marzo ha significado, probablemente, la mayor matanza terrorista de civiles realizada en nuestro país desde nuestra guerra (in)civil y la incivil posguerra que la siguió. Era de temer que el fundamentalismo islamista acabara ensangrentando nuestras vidas, ya que, previamente, nuestro gobierno había colaborado en ensangrentar las de sus compatriotas y correligionarios. No hay justificación para ninguna de las dos acciones: ni para la guerra, que incluye siempre matanzas, ni para el uso del terror como arma política, que también se traduce en matanzas. Ni para la una ni para la otra. No hay justificación, sino sólo resultados: muerte, destrucción y pérdidas generalizadas. Y ésa es la situación en la que los muertos y heridos del 11 de marzo de 2004 han dejado a nuestro país. Eso significa un enorme cúmulo de duelos y pérdidas. Primero, de los familiares y allegados de los muertos y heridos, pero también de los sobrevivientes y, al menos un poco, de todos: todos, a nivel individual y social, nos hemos visto confrontados con la tristeza, la ira, la impotencia, la pena y todo un cortejo de emociones y sentimientos ante aquella brutal masacre. Durante años, esos duelos complicados en algunos casos, patológicos tal vez en otros, sembrarán de angustia y pena nuestra sociedad y a miles de nuestras familias. Pero incluso inmersos en un duelo tan amplio, tan traumático, tan irreparable, es posible mantener la esperanza: la esperanza al ver desarrollarse la solidaridad entre los madrileños, la solidaridad europea con ellos y, sobre todo, la esperanza porque, incluso en situaciones tan graves, la población ha podido replantearse temas, decisiones y actitudes previamente tomadas y eso ha producido el cambio del 14 de marzo, es decir, todo un vuelco en las opciones electorales hasta entonces aparentemente decididas. Es de desear que esa creatividad social solida-

ria pueda seguir desarrollándose en los próximos años y que la sangre inútil e injustamente derramada fructifique en nuestro suelo, en nuestras mentes y en nuestra colectividad. Porque los duelos, incluso tan graves y complicados como éste, pueden resultar creativos para una sociedad... si ésta logra afrontarlos, si logramos mantener la claridad, la comunicación y la oposición a las «ceremonias de mentiras» que tanto dificultan los procesos de duelo y la reacción ante las pérdidas.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. *Aproximación a una concepción biopsicosocial del duelo y el duelo patológico*

Duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el *sujeto en duelo*, el *deudo*, estaba psicosocialmente vinculado. Habitualmente, se considera modelo para la comprensión de los duelos y los procesos de duelo los fenómenos conductuales y mentales que acompañan y siguen a la pérdida de una persona amada. Sin embargo, ya Freud (1915) había escrito que el duelo «es la reacción habitual a la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar: la patria, un ideal, la libertad, etc.», aspecto en el cual insistirá otra psicoanalista renovadora, Melanie Klein. Por eso, desde M. Klein (1934, 1940, 1957), tales términos son también aplicables a los procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante la pérdida (o la frustración proveniente) de seres o entes animados, inanimados o abstractos o de partes de éstos; también, a los procesos que se ponen en marcha ante la frustración proveniente de esos seres o realidades y, en especial, de los seres queridos. Esos conjuntos de sentimientos, emociones y cogniciones, de los que luego hablaremos, que conforman el duelo y los procesos de duelo, pueden ponerse en marcha por tanto ante la pérdida de un ser querido, ante un fracaso personal, ante la necesidad de separarse de un lugar de trabajo, de una ideología, de unas esperanzas, de una persona amada, etc. En general, ante la *pérdida afectiva* (Bowlby, 1951, 1979, 1980). El *objeto del duelo*, el ser o representación mental que pone en marcha dichos procesos puede ser personal o animal (y, por lo tanto, un ser vivo, un objeto animado), pero puede ser asimismo

un objeto material inanimado (una cosa) o un objeto abstracto (una idea, una ilusión, un modo de vida...). Siguiendo con esas perspectivas (tabla 1.1.), en este libro vamos a entender como *procesos de duelo* al conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor: de ahí el término procesos de duelo, para hacer hincapié en que se trata de un complejo diacrónico no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos, de relaciones... Entenderemos por *duelo* el conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no sólo psicológicos (los «procesos de duelo»), sino psicosociales, sociales (el «luto»), antropológicos e incluso económicos. De todas formas, para facilitar la comprensión del tema, las más de las veces en este trabajo los ejemplos y descripciones de duelos estarán tomados de los duelos por muerte, por la pérdida de familiares o allegados o por pérdidas afectivas.

Las pérdidas afectivas y los duelos que desencadenan son el prototipo de traumatismo psicológico o, mejor dicho, psicosomático. Poseen repercusiones a corto y largo plazo, a nivel psicológico, emocional; pero también poseen repercusiones sociales y somáticas, claras y estudiadas desde la antigüedad. Prueba inevitable en la vida, el duelo nunca ocurre por primera vez. Es siempre una repetición: al menos, del duelo por la separación inevitable con respecto a la madre, con respecto al útero materno, con respecto a la familia... Cada vez que nos enfrentamos a una pérdida se reviven en nosotros a nivel total, psicofísico, biopsicosocial, las experiencias anteriores de satisfacción, pérdida, contención, consolación... Por eso algunos autores como Michel Hanus (1976, 2000) hablan de la «aptitud para el duelo», puesta en función desde el principio de la existencia, asentada sobre el modelo de las primeras separaciones, pérdidas, consolaciones y reencuentros. Por eso, también, es mejor no considerar el duelo un momento o unos momentos de la vida, sino un proceso incesante que recorre toda nuestra existencia. Aunque, por otra parte, como luego veremos, el duelo no es tan sólo una experiencia individual, si bien la vivimos sobre todo a ese nivel. Es, sobre todo y ante todo, una realidad colectiva, social y cultural. En profundidad, se trata de uno de los fundamentos de las sociedades, por cuanto es la fuente de varios conjuntos de normas fundamentales de todo grupo humano: sus costumbres, rituales y leyes con respecto a la muerte y los muertos.

Por *elaboración del duelo* se entiende la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva

Tabla 1.1. Una propuesta terminológica propia

Pérdida (<i>loss</i>)	La situación de pérdida de personas, cosas o representaciones mentales que pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y, en términos generales, los procesos de duelo y el duelo.
Duelo (<i>¿mourning, bereavement?</i>)	El conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no sólo psicológicos (los «procesos de duelo»), sino psicosociales, sociales (el «luto»), antropológicos e incluso económicos.
Procesos de duelo (<i>¿grief, bereavement, mourning?</i>)	El conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida; es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor.
Pena, tristeza, aflicción (<i>grief</i>)	El componente afectivo fundamental en el duelo por los allegados: una mezcla de tristeza, angustia, inquietud, molestias somáticas, etc.
Luto	Reservo el término <i>luto</i> (o el de ritos psicosociales del duelo) para el conjunto de manifestaciones externas, culturales y sociales, antropológicas e incluso económicas, que ayudan o reglamentan la reacomodación social y psicosocial tras la pérdida, en particular de una persona allegada (pero también de otros elementos u «objetos internos»: la infancia, la adolescencia, las estaciones, los años...).
Elaboración del duelo (<i>mourning task, working-throught...</i>)	La serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto.

realidad interna y externa del sujeto. Ello supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales).

El señor Rubianes había acudido tan sólo ocasionalmente a su médico de familia, que tenía la consulta en un municipio semiurbano del norte de España. Cuando se presentó en esta ocasión, contaba 62 años, pero al doctor y a la enfermera les pareció que había envejecido más de cinco desde la anterior visita, un año antes, para vacunarse de la gripe. Se sentó lejos, con una expresión entre distante, hierática y resignada en el rostro. Comenzó toda una letanía de quejas somáticas, principalmente de cefaleas, entonada en un auténtico tono de súplica. El médico observó que no le miraba nunca a la cara y que había perdido espontaneidad, alegría y capacidad de contacto. Entonces recordó que unos seis u ocho años antes había padecido una fase depresiva, cuyo tratamiento había sido rápido y, al parecer, sin recaídas.

«Señor Rubianes, le veo algo, no sé, como desanimado, como si hubiera perdido la ilusión o algo así, muy diferente de las otras veces, apuntó el doctor...» y aguantó el largo y tenso silencio siguiente a su intento de facilitación.

«Recuerdo que antes me hablaba bien directamente, y tenía muchas cosas que decirme y preguntarme siempre. Algo debe haber pasado, porque le encuentro muy cambiado de carácter y estado de ánimo...»

«Y cómo quiere usted que esté, doctor. En unos meses lo he perdido todo. Bueno, todo no. Me queda una pensión y una casa, pero la tienda la tuve que cerrar. Ya sabe usted, los supermercados arrasan con todo y, al final, me han hundido, bien hundido.»

A partir de ahí, el señor Rubianes y su médico de cabecera pudieron reconducir la visita y la orientación terapéutica. Era evidente que el duelo por la pérdida del trabajo, la pequeña tienda de ultramarinos que había mantenido durante más de treinta años, le había sumido en un duelo patológico que había dado paso a una franca y severa depresión, como pudo explorarse después.

Según el punto de vista de la psicología y el psicoanálisis basados en la relación (Tizón 1988, 1995), los procesos de duelo, como procesos básicamente mentales que son, pueden dar lugar o no a conductas expresivas de tal situación intrapersonal (tablas 1.1. y 1.2). Así, ante la pérdida de, por ejemplo, un ser querido, hay quien la exterioriza en el luto y los rituales sociales correspondientes. Pero también hay personas (y culturas) que tienden más bien a no exteriorizar

Tabla 1.2.

Pérdida

Aflicción y duelo	Luto y ritos psicosociales
(Procesos de duelo = conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora la pérdida)	(Procesos externos y sociales, con gran influencia cultural, para la reacomodación social y psicosocial)

en comportamientos el sufrimiento interno por la pérdida: el sujeto doliente, afligido, se encierra más o menos en sí mismo y elabora casi sin ayuda aparente toda esa serie de sentimientos y emociones que acompañan a la pérdida.

Ya que toda la vida humana e incluso cualquier avance o desarrollo en cualquier campo se halla jalonado siempre de pérdidas, se comprende la importancia crucial que los procesos de duelo tendrán para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo.

Todas esas pérdidas o frustraciones, si se acompañan de su representación mental, si son percibidas a nivel consciente o inconsciente como tales, despiertan toda una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor a la rabia y la agresión; desde la protesta a la desesperanza; desde la rivalidad y los celos contra el objeto perdido y/o nuestros competidores hasta la envidia hacia él o ellos; desde el recuerdo de lo bueno que nos proporcionó hasta el sumergirse en el resentimiento por el daño que nos causó o por lo que dejó de darnos o hacernos... Esta situación mental, más o menos duradera, pero siempre penosa para la persona que la sufre, es a la que llamamos *situación de duelo* o *proceso (emocional) del duelo*.

Fue Sigmund Freud quien revitalizó la atención médico-científica hacia el tema cuando comenzó a prestar atención a la importancia de los procesos de duelo para el desarrollo psicológico del individuo: en el artículo de 1917, «Duelo y melancolía» (también traducido como «La aflicción y la melancolía»), el fundador del psicoanálisis describe la elaboración del duelo como un trabajo realizado por el yo del sujeto para adaptarse a la pérdida de lo amado, trabajo en el que el sujeto empleará grandes cantidades de tiempo y «energía psíquica». Pero en el caso del duelo patológico, el trabajo del duelo no lleva directamente a la recuperación del *mundo interno*, la estructura

mental y las representaciones mentales anteriores. Las capacidades para relacionarnos con el mundo externo y con nosotros mismos, nuestras capacidades emocionales, cognitivas, defensivas, de relación humana, etc. —todo lo que designamos con el término yo— resultan dañadas de forma más o menos profunda y duradera, como en el ejemplo que sigue:

Cuando vino a consulta, la señora M. se quejaba de unos dolores de cabeza «que no me dejan vivir, no me dejan vivir ni parar»... Describía tales dolores «como si una lanza me atravesara la cabeza, de atrás adelante, y me la partiera en dos». Llevaba así varios meses, recibiendo todo tipo de analgésicos que al poco tiempo tenía que abandonar por los efectos secundarios, a los que era muy sensible; en otros casos, por un fenómeno de tolerancia, cada vez necesitaba dosis mayores. Insistía en que no tenía motivos para estar triste, que en casa todo iba bien, que sólo había «los disgustos y discusiones normales, los que hay en todas las casas»... En realidad esta situación no había comenzado hacía unos meses, sino que llevaba así años y años y había sido tratada con todo tipo de medicamentos y diagnosticada de diversos síndromes médicos oscuros: artrosis cervical, «distonía neurovegetativa», «fibromialgia», hepatitis, gastritis, etc.

Sólo muy ocasionalmente pudieron aparecer en la entrevista los sentimientos de tristeza, sustituidos casi siempre por las quejas y expresiones a través del cuerpo, somáticas. El profesional, prudentemente, se interesó por estos sentimientos cada vez que aparecían fugazmente. Eso sirvió para que poco a poco la señora M. pudiera acercarse a una triste y larga historia de procesos de duelo difíciles de elaborar:

Había perdido a su padre a los tres años. Su madre se había tenido que poner a trabajar. Cuando ella tenía 17 años, la madre enfermó y dejó de trabajar. Entonces, se hizo la idea de que su madre había enfermado por atender a los cinco hermanos, y decidió que, a partir de ahí, sería ella la que mantendría a la familia (era la hermana mayor). Ella lograría que su madre tuviera una casa en propiedad, lo que nunca había conseguido.

Desde un pueblo de la Serranía de Ronda emigró al Vallés. Había conseguido trabajo en una fábrica textil, trabajo que simultaneaba con labores eventuales por las tardes. Así pudo sacar adelante a su familia y logró en relativamente pocos años que su madre fuera la dueña de la casa en la que vivía en el pueblo. Y eso a pesar de que, durante dos años, desde que se instaló en Cataluña, había sufrido de hemorragias genitales (menorragias y metrorragias) casi continuas, que ninguna medicación o tratamiento habían logrado cortar, a pesar de que le llegaron a realizar