

Artículo Original

Subjetividad y duelo

José M. García-Arroyo,¹

¹Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, España.

RESUMEN

Objetivos: en este trabajo investigamos el duelo, un asunto que la literatura psiquiátrica asocia exclusivamente con la muerte, tal como se refleja en las Clasificaciones Internacionales de Trastornos Mentales. En cambio, la práctica clínica diaria muestra numerosas situaciones de pérdida, asociadas a manifestaciones depresivas, debidas a múltiples circunstancias. **Métodos:** para el estudio contamos con una serie de pacientes con síntomas depresivos que demandaron ayuda psicoterapéutica y que fueron atendidos en la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) (total: 49 casos). A ellos se les aplicó el "Método de Abordaje de la Subjetividad" (MAS), que hemos empleado exitosamente con otros trastornos (hipocondría, ansiedad, esquizofrenia, etc) y que es capaz de desvelar los componentes subjetivos del problema investigado. **Resultados:** el resultado consiste en haber descubierto la existencia de una "representación interna" del objeto ahora perdido, lo que permite explicar la existencia de dos tipos de duelo: a) uno en el que la pérdida es "externa", que pone en marcha un esfuerzo de asimilación, hasta la recuperación ("duelo O") y b) otro en el que la pérdida es "interna", donde lo ausente es la "representación" del objeto cargada afectivamente; esto hace que se mantenga la relación física pero no la sentimental ("duelo R"). **Conclusiones:** esta distinción tiene una gran utilidad práctica, pues permite contemplar dos maneras de tratamiento psicológico completamente diferentes.

PALABRAS CLAVE: Depresión. Duelo. Pérdida. Objeto de amor. Representación del objeto.

SUMMARY

Objectives: in this paper we investigate the bereavement, an issue that the psychiatric literature exclusively associated with death, as reflected in the International Classification of Mental Disorders. Instead, daily clinical practice shows numerous situations of loss associated with depressive manifestations, due to multiple circumstances. **Methods:** for the study we have a group of patients with depressive symptoms who asked for psychotherapeutic help and were attended by us in the Association of Psychopathology and Psychoanalysis of Seville (APPS) (total: 49 cases). We have applied the "Method of Approach of Subjectivity" (MAS), successfully used for other disorders (hypochondria, anxiety, schizophrenia, etc.) to reveal the subjective components of the problem investigated. **Results:** the result shows the existence of an "internal representation" of the lost object, which can explain the existence of two types of grief: a) one in which the loss is "external" and leads the subject to a progressive assimilation of the missing of the dear person, b) another in which the loss is "internal", that means a loss in the "representation" of the object; so the relationship can be maintained but not its sentimental meaning. **Conclusions:** This distinction is of great practical utility because it allows two completely different ways of psychological treatment.

KEYWORDS: Depression. Bereavement. Grief. Loss. Object Love. Representation of the object.

Autor de correspondencia: José Manuel García Arroyo. C/Luis Montoto nº83- 3°C. 41.018. Sevilla, España. Tel 954574592. Correo electrónico: jmgarroyo@us.es

Fecha de Recepción: 6 de septiembre de 2017

Fecha de Aceptación: 30 de diciembre de 2017

Introducción.

Se conoce como “duelo” aquel estado resultante de la desaparición de una persona o situación amada, junto con las manifestaciones afectivas que lo acompañan, especialmente el ánimo doloroso, la falta de interés por el mundo exterior y la pérdida de la capacidad de amar, aunque sea transitoria. Si bien, no todas las personas que atraviesan estos momentos de dolor presentan un cuadro depresivo completo (1), este último puede constituirse en una de las complicaciones a tener presente (2)

La idea de asociar las relaciones sentimentales al desánimo se remonta a Areteo de Capadocia (s. II), quien informó de un paciente profundamente deprimido que llegó a recuperarse cuando se enamoró. Posteriormente, ha sido el psicoanálisis el paradigma que inicialmente se dedicó a profundizar en esta cuestión y, de este modo, la primera investigación fue presentada por Karl Abraham, en un artículo de 1911, donde indica que en la depresión el sujeto renuncia a la esperanza de satisfacer sus sentimientos, mientras que en la ansiedad la satisfacción es aún posible (3).

Por su parte, Freud aborda la experiencia depresiva a partir de 1915, en un trabajo titulado *Duelo y melancolía* (4). En él separa dos presentaciones clínicas del mismo problema, a saber: la “pérdida del objeto de amor”. Freud considera al duelo como una reacción normal y destaca dos características, que actualmente conservan plena vigencia: a) la relación con la desaparición del “objeto externo” y b) la necesidad de realizar un esfuerzo psíquico para poder superarlo, al que denomina “trabajo de duelo” (4).

A partir de los años 70 crece el interés por el estudio del duelo, orientándose hacia la búsqueda de criterios diagnósticos sólidos, conocer los factores de riesgo que pueden presentarse y las consecuencias físicas y emocionales relacionadas con las complicaciones (5). Estas últimas han sido tratadas al detalle por el modelo cognitivo-conductual, considerando muy importantes: la mala elaboración e integración de la pérdida, las creencias negativas y la inadecuada interpretación de las reacciones

(6). Al mismo tiempo, se describen las estrategias de afrontamiento ansioso-depresivas para abordar lo sucedido; la consideración de todos estos factores hacen que el tratamiento sea eficaz (7,8). Recientes estudios, por parte de la neuropsicología, hablan de una activación de los centros de recompensa cerebrales, concediéndose a los recuerdos dolorosos propiedades similares a las de cualquier adicción (9) lo que, obviamente, puede interferir en la asimilación de la pérdida.

La psiquiatría actual restringe el duelo a la muerte de un ser querido (10), no considerándolo un trastorno mental dado el carácter pasajero que posee. Tal eventualidad queda reflejada en las Clasificaciones Internacionales de T. Mentales y así, mientras el DSM-V (11) lo incluye en el grupo de los “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no atribuibles a trastorno mental”, la CIE-10 (12) lo asocia al capítulo de los “problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares”. El duelo patológico queda consignado como un “trastorno adaptativo” (12).

La psicoterapia que se realiza con estas personas permite ampliar los márgenes en los que el duelo se encuentra constreñido por la nosografía psiquiátrica (11,12); de ahí que lo encontremos en la mayoría de las pérdidas del “objeto de amor”. Reformular así el duelo tiene un notable interés, no solo por resultar más acorde a los postulados psicoanalíticos que le dieron vida, sino porque estamos refiriéndonos a uno de los motivos más frecuente de demanda asistencial a los dispositivos de Salud Mental (10) y a las consultas psicoterapéuticas, tal como nosotros mismos hemos comprobado.

En efecto, actualmente se está produciendo un gran contingente de demandas asistenciales debidas a rupturas sentimentales por razones diversas (divorcios, separaciones, distanciamientos, dificultades de comunicación, conflictos de envergadura, muerte del cónyuge, etc). Aunque, en sí mismas no pueden encuadrarse en patologías mentales serias, si que se acompañan de frecuentes síntomas psíquicos (depresivos, ansiosos, desequilibrios

emocionales, etc), somatizaciones e incluso complicaciones de diversa índole (abuso de fármacos y/o de alcohol, problemas de salud, laborales, económicos e interpersonales). Se trata, por consiguiente, de un asunto digno de ser atendido por el psicoterapeuta, donde su actuación puede servir no solo para tratarlo sino para prevenir futuros problemas.

Se añade a lo expuesto que, hasta el momento, los textos tan solo han considerado una forma de duelo: la debida a la ausencia del “objeto externo”, pero no se ha tenido en cuenta la posibilidad de que la pérdida sea “interna”, conservándose a la persona en el exterior y, en consecuencia, continuando unida a alguien sin amarlo; como se verá, esta última posibilidad conduce a la aparición de síntomas depresivos de larga evolución (13,14). Esta eventualidad no ha sido atendida como se merece en la literatura psiquiátrica, tal vez por el desprecio que existe en la actualidad al “plano interno” o “mundo subjetivo” del paciente. A lo largo del trabajo se demostrará debidamente la importancia que tienen en la clínica estas “pérdidas internas” y se intentarán definir las características que diferencian unos duelos de otros ya que, tener en cuenta esta separación, va a producir un beneficio notable para aquellas personas que atraviesan por estas dificultades.

Material y métodos.

El material se compone de un conjunto de pacientes que fueron atendidos en la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) y que consultaron por presentar síntomas depresivos relacionados con pérdidas afectivas y que solicitaron tratamiento psicoterapéutico (total: 49 casos, entre 25 y 57 años). Dadas las limitaciones de la exposición, presentaremos únicamente dos casos, pero considerando que los hallazgos que mostramos pueden confirmarse en los restantes.

***Caso nº 1 (P-1).** Mujer de 34 años, casada sin hijos y administrativa de una empresa familiar. Consulta por tristeza, desgana, pérdida de ilusión, sentimientos desautoestimativos, aislamiento social e insomnio. Se encuentra así desde hace aproximadamente 5 meses y ha

consultado previamente a la Seguridad Social sin éxito, debido a que “necesitaba hablar y contar lo que me pasa para poder superarlo y allí no podía”. Este malestar se encuentra en relación a la ruptura sentimental que ha tenido lugar poco antes de comenzar a encontrarse mal anímicamente, sin que existiera ningún problema destacable entre ellos y después de tres años y medio de relación (2 años casados).

***Caso nº 2 (P-2).** Mujer de 43 años, casada desde hace 13 años, con dos hijos. Licenciada en Derecho y actualmente dirige un negocio propio. Consulta por encontrarse desanimada, con llanto fácil y ansiosa; no tiene mejoría en ningún momento del día. No encuentra salida a su problema, aunque tampoco puede decir exactamente cuál es. No tiene ganas de salir, pero si alguna amiga la llama, sale y puede encontrarse un poco mejor. Ha seguido tratamiento farmacológico, con resultados muy pobres. El trabajo lo realiza con mucho esfuerzo y se considera muy unida a su familia de origen. Estos pacientes han sido estudiados mediante el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS) (15,16) que consiste en realizar entrevistas no-directivas en las que se recoge el material verbal de los sujetos. El entrevistador debe tener una actitud de escucha atenta, lo que consigue dejando de lado todo aquello que no sea pertinente a la situación (creencias personales, teorías psicológicas, juicios de valor, preocupaciones, etc); a esto lo hemos denominado “actitud descontaminante” (16). En este ambiente, ausente de críticas y censuras, se obtiene un material verbal espontáneo o no influido por el investigador que refleja lo que le ocurre realmente.

Ahora bien, no todas las verbalizaciones registradas tienen utilidad en el proceso, dado que los pacientes producen abundante material verbal de desecho, debido a razones múltiples (justificaciones, quejas, repetición de frases escuchadas antes, necesidad de agrandar, etc). De ahí que hayamos dividido los enunciados en “útiles” (o “tipo I”) e “inútiles” (o “tipo II”) (15,16). Los primeros son los que plasman la experiencia subjetiva, aportando los datos claves del problema y se muestran aleatoriamente,

aunque algunas veces se presentan tras alguna intervención táctica (p. ej. indicándole que no se le va a juzgar).

Cualquier problema sometido a estudio es complejo en su estructura pero, al referirse al mismo, el paciente, de manera espontánea y sin proponérselo, lo descompone en diferentes enunciados (“útiles”); cada uno de ellos va a revelar un aspecto particular del problema. Asimismo, las propias entrevistas estimulan al sujeto a que investigue en sí mismo los motivos de su malestar, de ahí que el material recogido sea muy particular, ya que: a) no se presenta en otros contextos y b) suele pasar desapercibido en las entrevistas clínicas convencionales, que muestran tan solo lo más evidente.

Una vez obtenidos los enunciados “útiles” (o “tipo I”) sorprende la gran similitud que muestran en distintos pacientes; que así sea posibilita el agrupamiento de aquellos que son semejantes (“enunciados convergentes”) (16). Finalmente, con aquellos que presentan el mismo contenido van a formarse categorías y son estas las muestran los componentes subjetivos del problema sometido a análisis. En el apartado siguiente, veremos las distintas categorías que hemos obtenido tras agrupar los enunciados tomados de los dos pacientes (P-1 y P-2) pero, como se ha indicado, en los casos no expuestos se han obtenido verbalizaciones parecidas.

Resultados.

Comenzamos mostrando cómo los pacientes se han formado una representación mental del “objeto de amor”, para después identificar los rasgos diferenciales de los dos tipos de duelo, tal como los reconocemos en la clínica.

Representación interna del objeto. La relación amorosa no es solo un fenómeno externo, alguien con quién vincularse, sino que internamente se produce una construcción subjetiva, a la que vamos a llamar “representación del objeto” o “R”. En este sentido, los pacientes estudiados reconocen que interiormente se han ido formando una idea valiosa de sus parejas (P-1: “Cuando me separaba de él, no me quedaba demasiado intranquila porque lo llevaba conmigo”, “cuando me

acostaba, era divertido repasar su cara y sus expresiones y recordar todas las conversaciones que habíamos tenido”. P-2: “Cuando me iba al pueblo a ver a mis padres, me acordaba mucho de él y, a veces, quería quedarme sola para pensar en él”, “Al principio soñaba mucho con él, era algo constante. Será que soy una romántica perdida”).

La creación que se produce implica que la “R” queda cargada afectivamente, lo que puede escribirse de la siguiente forma (O: objeto, R: representación, A: afecto):

$$O \rightarrow R(A)$$

La carga afectiva que acompaña a la representación la convierte en privilegiada sobre las demás (P-2. “Cuando me distraía alguien de mi familia con cualquier otra cosa, me molestaba. ¿Qué me importaba a mí tener que visitar a mi tía o a mis primas? Lo que de veras me importaba era recordarlo a él”).

La pérdida “externa”. En el caso P-1 hallamos a una mujer cuya pareja se ha marchado, luego la pérdida es “externa”. Numerosos autores han estudiado con acierto las etapas por las que atraviesan estas personas (17-19); aquí las vemos confirmadas una vez más.

Cuando los pacientes acuden a consultar ya se encuentran anímicamente mal, lo que indica que ha pasado el momento de “negación y/o fantasías de vuelta a un estado anterior” (19), aunque se recogen numerosas frases retrospectivas en este sentido (P-1: “Me decía a mí misma que no podía ser, que él se lo pensaría mejor y volvería conmigo”; “Creía que estaba intentado que yo cambiara, pero jamás podía pensar que fuera definitivo”; “Reconozco que tuvimos algunas discusiones, pero yo veía que no eran para tanto, de manera que él regresaría a mi lado”; “No me podía creer que se hubiera ido”). La tónica general de esos momentos iniciales es la incredulidad respecto a lo sucedido.

Por consiguiente, cuando vienen a tratarse, la realidad se les impone y no soportan el estado de tristeza en el que se hallan. Entonces, se encuentran con la imposibilidad de volver a la realidad anterior ansiada; este estado característico se acentúa a media que van perdiendo la esperanza de recuperarlo (P-1.

“Vengo porque estoy sufriendo muchísimo, más que nunca en mi vida. No puedo soportarlo y es que ahora ya sé que él nunca va a volver conmigo”; “No sé lo que usted pensará pero yo creo que no volveremos a estar juntos jamás y eso me entristece mucho”). Lo que ha ocurrido puede escribirse del siguiente modo (X: inexistencia del objeto):

$$X \rightarrow R(A)$$

Se produce una falta de correspondencia entre exterior e interior, dado que la representación aún se halla cargada de afecto. En términos estructuralistas podríamos decir que se ha producido una “casilla vacía” (X) que no puede rellenarse con nada, salvo con la vuelta del “objeto amado” y eso no va a suceder (**P-1**: *“Pero yo no quiero a ningún otro, lo quiero a él”; “No puedo pensar que haya otro mejor”; “No me veo con otra persona”*). De ahí que, no sea extraño que la persona se aísle de su medio, lo que puede interpretarse como la necesidad de resguardar y no perder la representación del objeto, teñida de añoranza (**P-1**: *“No tengo ninguna gana de salir, a pesar de que me insisten ... y prefiero quedarme en casa tranquila, sin tanta gente a mi alrededor. Cuando estoy sola, me acuerdo mucho más de él”; “Es como si estando sin nadie dándome la lata, me pudiera refugiar en mí misma y acordarme de esos momentos bonitos que no van a volver”*).

A continuación el paciente elabora la pérdida, lo que supone la aceptación de lo sucedido, a pesar de ser dolorosa; es lo que hemos llamado antes “trabajo de duelo” (4) y consiste en el esfuerzo por parte del sujeto para adecuarse a la nueva situación, al tiempo que se percibe de lo que significaba la persona ausente (**P-1**: *“Vengo deshecha, pues ahora veo lo importante que él era para mí. He estado llorando mucho y acordándome de momentos irrepetibles...Creo que jamás podré salir de esto”*).

Finalmente, la persona afectada se recupera pues no le queda otra posibilidad que admitir la pérdida. Esto se produce en la consulta, de tal forma que la expresión emocional casi continua posibilita el desgaste del afecto unido a la representación, al tiempo que se va imponiendo la realidad (**P-1**: *“Creía que nunca podría llegar a*

salir de ésta, porque él ha sido el hombre más importante de mi vida, pero la vida es muy dura y esta historia se ha terminado imponiendo”). De modo progresivo, la afectada empieza a recuperar las circunstancias anteriores a lo acaecido y comienza a salir y a buscar compañía (**P-1**: *“Vinieron a recogerme mis amigas de siempre y esta vez sí que he salido, antes no tenía ganas. Creo que estoy haciendo progresos ¿no?”*). Al mismo tiempo, es posible que se produzca el descubrimiento de nuevos objetos de amor y la eventual consecución de un nuevo vínculo, lo que demuestra la recuperación del estado de duelo. También se da el retorno a la actividad laboral, si esto no se había producido antes, reanudando antiguos roles.

Lo que sucede entonces es que la representación del objeto pierde su carga afectiva y, al separarse de ella, pasa a convertirse en un recuerdo más dentro del caudal mnémico de representaciones de objeto (**P-1**: *“Ahora cuando me acuerdo de él ya no lloro. Antes con solo recordar algo, me ponía fatal”*). Esto puede formularse así:

$$X \rightarrow R$$

La pérdida “interna”. Ahora describimos otro grupo distinto de pacientes, que suelen consultar por un estado depresivo, próximo al círculo de la “distimia” (13,14). Estas personas acuden sabiendo que están mal, pero no entienden por qué se encuentran así o bien, achacan las molestias a cuestiones sin importancia para el caso (condiciones atmosféricas, hormonas, genética, menopausia, etc); incluso, algunas muestran dolencias somáticas diversas a las que aluden con frecuencia. Más tarde, tras una serie de sesiones de inicio, se perciben de que lo anterior les sirve para no plantearse las circunstancias reales que han motivado su estado por ser demasiado penosas (**P-2**: *“Sé que he hablado de muchas tonterías, pero eso era para no ver lo que realmente me está ocurriendo”; “No he pensado demasiado en lo que me sucedía, creo que no quería verlo”*).

El desarrollo progresivo de la terapia permite conectar con la existencia de conflictos de pareja que venían de muy atrás, lo que les llena de desasosiego donde antes parecía no haber nada. Paralelamente, se dan cuenta de la

rabia y el resentimiento tan impresionante que tienen hacia sus compañeros sentimentales, a quienes culpan de su estado (**P-2**: *“Ahora sé un poco más lo que me ocurre y diré que mi marido es el culpable de todo lo que a mí me pasa. Ahora ya no lo aguanto”; “He actuado desde que me casé haciendo todo lo que él quería, pero eso se ha acabado. ¿Acaso se merece lo que he hecho por él? Creo que no”*).

Tras un periodo de tiempo variable según el caso (“tiempo subjetivo”), los pacientes son capaces de aceptar que el problema se halla en sí mismos, más que en el compañero/a sentimental. Se trata de un momento estelar en el que se descubre la existencia de una desilusión respecto al “objeto de amor” (**P-2**. *“Pienso que todos mis pilares se desajustaron cuando me di cuenta de que él no era exactamente como yo creía, pero esto no lo he podido saber hasta ahora. He sido ignorante de muchas cosas...”*).

El compañero/a sentimental de quién consulta no ha cubierto sus expectativas, pasando a denigrarlo/a y al desencadenamiento de la agresión, que se dirige hacia aquel/la por no comportarse como se esperaba. El efecto de este desencanto es el humor disfórico que se muestra en este tipo de depresiones crónicas (distímicas) y prácticamente inexistente en las formas “recurrentes” (20, 21).

Se identifica, a lo largo del tratamiento, que se ha producido una desinserción sentimental de la pareja. No se trata de un instante puntual, sino de un periodo más o menos prolongado de tiempo que explica, en la mayor parte de los casos, el inicio insidioso de los síntomas depresivos (**P-2**. *“He ido dándome cuenta de las carencias afectivas que ha tenido mi relación en estos años. Hemos perdido la comunicación y la confianza. Creo que actualmente no somos una pareja, hemos fingido que lo éramos. Esto es bastante triste, porque yo me casé con muchísima ilusión y ¡total para nada!”*).

Es curioso contemplar cómo estas personas, a pesar del “divorcio sentimental” al que se encuentran abocadas, no suelen separarse de sus compañeros/as, manteniendo la convivencia a toda costa (**P-2**: *“Yo no soy una persona de separarme”; “Aunque un matrimonio vaya mal,*

siempre es un matrimonio”). Las molestias psíquicas se conectan con el “cadáver de relación” que están viviendo: dos personas separadas sentimentalmente que continúan juntas o la “soledad de dos en compañía”. Muchos son los signos que se muestran en este sentido (falta de comunicación efectiva, inexistencia de acuerdos y funcionamiento independiente, evitación de la proximidad, distanciamiento de las relaciones sexuales, etc). La dedicación al trabajo, a la que se refieren algunas investigaciones (22) se conecta con la evitación de conversaciones y/o proximidad, pues ello supondría disparar nuevos enfrentamientos. Además, la no-separación puede ser convenientemente racionalizada (“no podré mantenerme económicamente”, “con esta edad ya no podré rehacer mi vida”, “me verán como una fracasada”, “le daría un disgusto a mi familia”, etc).

Por consiguiente, en estos casos la pérdida es “interna”, en concreto lo que desaparece es la representación del objeto de amor (R), lo que puede escribirse como sigue:

$$O \rightarrow X$$

El trabajo que realizan en las sesiones, lleva a estos pacientes al descubrimiento de que idealizan la relación sentimental hasta el extremo, presentando inicialmente grandes expectativas sobre la misma, hasta el punto de que ésta se constituye en la “tabla de salvación” de sus vidas (ser independiente, abandonar la timidez, salir de casa, cambiar psicológicamente, dejar atrás un pasado lleno de frustraciones, ...). No es extraño que, cuando encuentran a su potencial pareja, se llenen de una ilusión arrebatadora que se transforma más tarde en una desilusión proporcional al grado de idealización previo (**P-2**. *“Cuando conocí a P. me sentí bastante dichosa, pues pensaba que era el hombre de mi vida, mi media naranja, como se suele decir. Creía que todos mis problemas se iban a resolver casándome, ya no me sentiría jamás desgraciada”; “Yo soy una mujer bastante apasionada, lo mío son las pasiones, y creo que busqué un amor de cuento”*).

Ha sido posible constatar, además, que se vuelven tremendamente exigentes con sus

compañeros/as no permitiéndoles desviarse lo más mínimo; evidentemente, para estos/as últimos/as es imposible complacerlos/as, aunque lo deseen. Dado que ningún compañero/a puede ser perfecto, con el correr del tiempo, van mostrando sus fallos y entonces pierden valencias ante ellos/as, hasta caer vertiginosamente; este es el momento en el que pasan a la denigración, que explica el humor disfórico que muestran (P-2. *“Comprendo que estoy todo el día enfadada y me importa por mis hijos, pero de él me da igual ¡que se jorobe!”*). Antes de que se produzca la caída del compañero/a no es extraño encontrar intentos desesperados para modificar a su antojo la personalidad de aquel/la, con idea de que encaje adecuadamente en su estructura mental, sin importarle nada lo que sienta.

Hallamos aquí la fuerte ambivalencia de estos pacientes, que se encuentra relacionada con la mayor o menor distancia de su pareja respecto al “ideal”, al que aspiran. De ello se sigue que, en realidad, no conocen a su pareja cuando deciden convivir con ella y, aquello que no saben, lo rellenan con fantasías. El desconocimiento crónico de la persona a quién se unen, junto con el desprecio que sienten hacia él/ella, les impide establecer nuevos pactos y alianzas.

Los dos tipos de duelo. Las descripciones que hemos expuesto, basadas en la observación clínica, demuestran la existencia de dos tipos de duelos: a) aquellos en los que la pérdida es “externa”, a los que vamos a llamar “duelos de objeto” (o “duelos O”) y se deben a la desaparición del objeto de amor, que deja un “lugar vacío” imposible de cubrir y b) aquellos otros en los que la pérdida es “interna”, los denominaremos “duelos de representación” (o “duelos R”), que se conectan con la desaparición de la representación cargada de afecto, mientras se mantiene en el exterior el objeto al que terminan despreciando. En la tabla 1 presentamos las diferencias entre ambos.

Discusión.

Está completamente justificada la investigación sobre el duelo por ser uno de los

acontecimientos más importantes en la vida de las personas, en términos de frecuencia y de efectos (10) y también, por ser un motivo bastante frecuente en la demanda de ayuda psicoterapéutica: se trata de un proceso psicológico y no psicopatológico, ya que estar transitoriamente triste no es lo mismo que estar deprimido (23). Teniendo en cuenta estas eventualidades, hemos tenido que volver a la idea clásica sobre el tema, pues se da la paradoja de que es la concepción más moderna. Esto se debe a que la mayor parte de los duelos se deben a situaciones de pérdida de una relación sentimental por razones diversas (separación, divorcio, incomunicación, rupturas, aparición de un tercero, etc) (24). De ahí que hayamos traspasado las fronteras de las Clasificaciones Internacionales (11,12) que, en sus definiciones, acotan demasiado el problema.

Tabla 1. Diferencias entre los duelos O y R

	Duelo O	Duelo R
Pérdida	Externa (Objeto)	Interna (Representación)
Separación	Física	Sentimental
Sentido	Sabe que le ocurre (pérdida)	No sabe qué le ocurre (sinsentido)
Demanda de atención	Desánimo por la ausencia	Tristeza de larga evolución
Plano de la expresión	Consciente	Inconsciente
Diagnóstico clínico	T. adaptativo	T. distímico
Tratamiento	Trabajo de duelo. Acompañar al Paciente.	Trabajo de Concienciación. Ayudar a descubrir las claves.

A pesar de sus cien años de vida, la obra *Duelo y melancolía* (4) sigue siendo una referencia para cualquiera que se atreva a adentrarse en las pérdidas. En este texto pionero, Freud presenta tres ideas claves sobre el duelo: a) supone desprenderse de un objeto de amor, b) el afectado no abandona con total naturalidad la posición libidinal en la que se halla instalado y c) se requiere un esfuerzo adicional de elaboración,

que presupone un adecuado examen de la realidad. La moderna neuropsicología confirma que la persona no quiere desalojarse de la posición en la que se encuentra, debido a la intervención del “circuito de recompensas cerebral” (9)..

Para estudiar el tema propuesto se recurrió a los pacientes que solicitaron asistencia psicoterapéutica a la APPS por síntomas depresivos y a ellos se les aplicó el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS) (16). Se trata de crear un ambiente distendido, donde no tiene cabida el juicio negativo o la censura, en cuyo caso la persona es capaz de ventilar los asuntos más personales. Con esta escucha tan particular se han recogido numerosas expresiones verbales (“enunciados tipo I”), que después han sido agrupadas en categorías; estas ponen de manifiesto los elementos del problema sometido a estudio. El método se ha mostrado bastante eficaz a la hora de estudiar distintos procesos tanto normales como patológicos (dismenorrea, distimias, hipocondría, adicciones, etc).

A partir del análisis efectuado, se ha identificado una forma de duelo en el que la pérdida es “externa” (“tipo O”), debido a que la pareja ha desaparecido por la razón que sea. Se trata de la concepción clásica del duelo, defendida por los clásicos (Freud, Bowlby, Spitz, etc) (4,18,25). En este caso, la pérdida se produce fuera, mientras que internamente se mantiene la representación del objeto. Son personas que acuden con manifestaciones depresivas y con sus vidas interrumpidas (planes, costumbres, trabajo, relaciones, etc), pero saben con certeza qué les está afectando. Bleichmar (26) ha señalado que la tristeza se encuentra en función de la idea de irrecuperabilidad del objeto, es decir, que aparecen en el momento en que caen las defensas iniciales y se muestran desesperanzados.

Mientras se encuentran en este estado, es habitual que se replieguen sobre sí mismos, pues la “casilla vacía” (la “X”) no puede rellenarse e intentan no perder el residuo del objeto de amor que les queda dentro (la representación); como vimos antes, la neuropsicología contemporánea confirma esta posición del paciente (9).

Pero no todos los duelos tienen esta estructura y así lo venimos detectando desde hace algún tiempo (13,14). En efecto, existen duelos que no se muestran en las entrevistas convencionales y en los que hay que hablar con los pacientes para descubrir lo que les sucede (“tipo R”). Estas personas suelen acudir con un cuadro depresivo de larga evolución que, por lo general, puede filiarse en el terreno de la “distimia” (11,12). Vienen a consultar sin saber qué les pasa y, para que mejoren de una vez por todas, requieren de un trabajo de desvelamiento. Suelen sorprenderse mucho cuando arman el rompecabezas y descubren que lo suyo depende de un problema asociado al desamor. No es que no amen porque estén depresivos, como se ha dicho, sino que están depresivos porque no aman.

Detrás de la imponente fachada sintomática y de muchas interpretaciones erradas sobre su origen, se descubre un gran desencanto respecto al “objeto de amor”, que corre paralelo con la pérdida de la representación del mismo. Puede verse que la pérdida es “interna”, ya que la pareja permanece en su lugar manteniéndose la convivencia. En efecto, ninguno de los dos miembros de la relación es capaz de tomar otro camino diferente que el de seguir juntos en una relación que no va hacia ningún lado y que resulta mortífera para ambos. Akiskal (20) ha señalado que: “si están casados, se encuentran atrapados en matrimonios infelices que no conducen ni a la reconciliación ni a la separación”.

Se da como característica que los autoengaños mutuos impiden saber qué está ocurriendo en realidad y eso marca un periodo de tiempo indecible que les conduce de un médico a otro y de una prescripción farmacológica a otra. Luego, existe un tiempo en el que se produce la separación afectiva del objeto (interna) y otro que se añade para llegar a encontrarse a sí mismos, si ello sucede. Entre tanto, transitan de un dispositivo de salud a otro, llegando a presentar innumerables síntomas físicos.

Los duelos “tipo R” se convierten en un importante foco de enseñanza para los médicos y consiste lo siguiente: tener altas expectativas

sobre la pareja y exigirle cambios que no puede realizar, termina apagando precisamente aquello que les une: el sentimiento amoroso. Efectivamente, en estas parejas encontramos que: a) no conocen a sus compañeros sentimentales y b) cuando se muestran tal como son, no los quieren así, sino como ellos lo han creado en su imaginario.

La distinción entre duelos “tipo O” y “tipo R” nos parece fundamental, aunque no es fácil de hacer pues requiere aceptar algo previo, que se nos impone en la realidad clínica: el amor es, ante todo, una construcción mental, una forma de representación. Este punto no suele comprenderse bien, porque en la actualidad se tiende a desdeñar el material subjetivo de los pacientes y, sin embargo, es el más útil para que la persona pueda curar su dolor y avanzar. Los dos duelos se diferencian en la clase de pérdida sufrida, el sentido subjetivo del problema, la demanda que efectúan y hasta los objetivos terapéuticos. Este último punto resulta trascendental en psicoterapia, pues se producen dos maneras diferentes de proceder:

-En el “duelo O” se trata de acompañar al paciente mientras revisa la relación perdida (27,28). Para lograrlo hace falta cumplir dos requisitos: a) tener la paciencia debida para aceptar el “tiempo subjetivo” que tarda en completarse el proceso y b) tolerar las innumerables expresiones emocionales que se producen a lo largo del mismo (ira, llanto, lamentos, autoinculpaciones, etc). Actuando así realizamos una profilaxis que consiste en evitar un “cierre en falso” (p. ej. buscando un sustituto inmediato) y las posibles complicaciones (p. ej. abuso de alcohol, depresión, tabaquismo, problemas de salud, etc). Hay que tener en cuenta que la sociedad contemporánea no facilita demasiado el “trabajo de duelo”, ya que nos tiene acostumbrados a lo inmediato, rápido y sin esfuerzo, al tiempo que las expresiones de dolor no están permitidas.

-En el “duelo R” prima el desvelamiento del origen de los síntomas (depresivos), lo que implica el trabajo descubrir qué es lo que el paciente ha perdido, más allá de las manifestaciones psíquicas y físicas, que

entorpecen la búsqueda. Si se lleva a buen término este procedimiento, los pacientes logran aceptar mejor que la condición humana es incapaz de alcanzar el “ideal”, no existiendo los mitos en el amor (la “media naranja”, “el amor de cuento”, “la persona que me va salvar”, “el príncipe azul”, etc).

Conclusión.

Como conclusión diremos que, si no tenemos en cuenta el mundo subjetivo del paciente y sus representaciones, es imposible entender la profundidad del duelo. Este asunto del plano subjetivo nos recuerda mucho aquello que expresó Freud en una carta a Marie Bonaparte: “...y espero que pronto se consolará usted de mi muerte, y me permitirá seguir viviendo en su recuerdo amistoso, la única clase de inmortalidad que conozco”.

Referencias

1. Kaplan, HI y Sadock, BJ. (2009). Sinopsis de Psiquiatría. Meryland: Williams & Wilkins.
2. Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca.
3. Abraham, K. (1980). Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas. In Psicoanálisis Clínico. Buenos Aires: Hormé.
4. Freud, S. (2017). Duelo y melancolía. En Obras Completas (vol.2). Madrid: Biblioteca Nueva.
5. Prigerson, HG y cols. (2009). Prolonged grief disorder proposed for DSM-V and ICD-11. PLOS Medicine; 6. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121
6. Boelen, PA, Hout MA y Bout JA. (2006). Cognitive-behavioural Conceptualization of Complicated Grief. Clinical Psychology: Science and Practice; 13 (suppl. 2): 109-28. Doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x.
7. Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. Psicooncología, 10 (2-3): 377-392. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456.

8. Boelen, PA y cols. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of consulting and clinical psychology*; 46: 370-380. DOI: 10.1037/0022-006X.75.2.277.
9. O'Connor, MF y cols. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*; 43(2): 969-972.
10. Mitchell, A. y House, A. (2003). Adaptación a la enfermedad, discapacidad y duelo. In Gelder, MG., López-Ibor, JJ. y Andreasen, N. *Tratado de Psiquiatría (vol. 2)*. Barcelona: Ars Médica.
11. APA. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washinton DC.
12. OMS. (1992). *CIE-10. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
13. García Arroyo, JM. y Fernández-Argüelles, P. (2007). Los "otros duelos" o los fundamentos inconscientes de la distimia. *Interpsiquis (Psiquiatría.com)*.
14. García Arroyo, JM., Domínguez López, ML y Fernández-Argüelles, P. (2011). Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 39(5): 331-333.
15. García Arroyo, JM. y Domínguez López ML. (2010). ¿Por dónde seguir investigando en Psicopatología? *Informaciones Psiquiátricas*, 199 (1): 39-56.
16. García Arroyo, JM. (2016). *El cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad*. Sevilla: Punto Rojo.
17. Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*; 101: 141.
18. Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*; 42: 317-40.
19. García Arroyo, JM. (1994). Aspectos psicodinámicos de los trastornos afectivos. En Vélez Noguera JL (coord.) *Enfoque de los trastornos afectivos en Atención Primaria*.
20. Akiskal, HS. (2002). Distimia, ciclotimia y otros trastornos del humor subclínicos crónicos. In: Gelder MG, López Ibor JJ, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría (Vol. 1)*. Barcelona: Ars Médica.
21. Hamilton, M. (1989). Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *British Journal of Psychiatry*; 154, 201-206.
22. Vallejo, J. y Menchón, JM. (1999). Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: Vallejo, J. y Gastó C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión (2ª ed)*. Barcelona: Masson.
23. Echeburúa, E y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*; 33(147): 31-50.
24. Kaufmann, P. (coord.). (1996). *Elementos para una enciclopedia de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
25. Spitz, R. (1981). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
26. Bleichmar, H. (1980). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
27. Worden, JW (1991). *Grief counselling and grief therapy (2nd. ed.)*. Routledge, London.
28. Worden JW (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.