

Trabajo de duelo o trastorno por trauma: modelo para la actuación en situaciones de guerra o violencia política

RESUMEN: Se propone como alternativa un modelo basado en la consideración de las dificultades que estas situaciones implican para la realización de las tareas que constituyen el trabajo de duelo que las víctimas tienen que llevar a cabo: 1) aceptar la pérdida del objeto, 2) experimentar las emociones vinculadas a la pérdida, 3) capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido, 4) recolocar lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos. Se exponen las estrategias a seguir para trabajar así por el programa de salud mental realizado por Médicos del Mundo en Bosnia.

PALABRAS CLAVE: Duelo, guerra, actuaciones psicosociales.

SUMMARY: We propose an alternative model based in considering the difficulties that war implies for the tasks involved in grief process: 1) to accept the reality of the loss, 2) to experience the pain of grief, 3) to cope in an environment in which what has been loss is missing, and 4) to relocate what has been loss in an emotional place in which it don't interfere with affective investing of new objects of love. We review the strategies developed to work with this model by the Mental Health Program developed by Médicos del Mundo in Bosnia.

KEY WORDS: Grief, war, psychosocial interventions.

El duelo como marco de comprensión

Si propugnamos el desarrollo de intervenciones psicosociales para las situaciones de guerra y violencia organizada, sería lógico pensar que es porque creemos que la guerra afecta de algún modo a la salud mental. Intuitivamente no parece disparatado pensar que así ha de ser (aunque en este tipo de apreciaciones de lo obvio se basan algunos de los más importantes desvaríos de la historia de la psiquiatría¹). Además en las clasificaciones psiquiátricas se describen trastornos más o menos específicos en personas sometidas a las condiciones propias de las principales guerras habidas a lo largo del siglo veinte.

El último de estos trastornos descritos, el *trastorno de estrés postraumático*, nos provee del modelo sobre el que se articulan la mayor parte de las intervenciones psicosociales que hoy se proponen para este tipo de situaciones. Según este modelo, lo que hemos de afrontar es un *trastorno* que resulta del impacto de un estresor que, por sus características, adquiere esa condición de ser *traumático*. Es un *trastorno* porque tiene una causa identificable que actúa sobre el lecho de una vulnerabilidad de los sujetos, presenta unos síntomas (hiperalerta, entumecimiento

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

afectivo, intrusiones y evitación), determinados cuadros de estado (que combinan estos síntomas), sigue una evolución previsible y responde a unos tratamientos específicos (1). Es un modelo construido sobre la situación frecuente entre los soldados americanos combatientes en Vietnam que, por ejemplo, tras una experiencia como ser objeto de fuego de morteros, ser heridos y ver caer a los compañeros en una marcha por la selva, fueron rescatados por un helicóptero y evacuados. Tras reponerse, digamos, en Connecticut, un estado de hiperalerta (que les hace estremecerse ante cualquier ruido) e imágenes intrusivas sobre el ataque y los intentos de aproximación del helicóptero, afligen a los veteranos. La idea de un *trastorno*, una *enfermedad* de la que todo esto serían *síntomas*, tiene la ventaja para los veteranos afectados, de conferirles el estatuto de *enfermos*, siempre preferible al de *cobardes*, *farsantes* o *traidores* con que tiende a obsequiarles la implacable lógica militar. Gracias a ese diagnóstico el ex-combatiente se convierte en una víctima que sufre las secuelas de la guerra, con la misma dignidad (y el mismo derecho a indemnización) que aquel que perdió las piernas o la vista, y no en una afrenta a estos últimos (que, de lo contrario, podrían recriminarle su argucia para abandonarles a ellos, que fueron capaces de exponerse con *valentía* y sufren las consecuencias de haberlo hecho). El modelo que sustenta este diagnóstico tiene la ventaja para nosotros, que tratamos de ayudar a las personas que sufren como consecuencia de la guerra, de permitirnos entender nuestra actuación sobre el confortable esquema del médico que atiende a un enfermo que lo es porque sufre un trastorno sobre el que el médico sabe.

Sin negar estas ventajas, este modelo de trastorno *postraumático* tiene serios inconvenientes. En primer lugar se refiere a una situación que no sólo no es la más común, sino que es excepcional en las situaciones de guerra como la que trabajamos en Bosnia, donde no abundan las personas que han sufrido una experiencia brutal pero puntual (como el combatiente americano de nuestro ejemplo anterior) y fracasan en su intento de reintegrarse —con una biografía que ha de incorporar esa experiencia— a un medio normalizado², sino personas que permanecen durante meses o años en una situación de amenaza continua en la que la experiencia etiquetada como traumática se repite o amenaza con repetirse en cualquier momento, y que deben adaptarse a esa situación (muy alejada de lo que entenderíamos como *normalizada*) y en un contexto en el que todo el mundo ha vivido experiencias semejantes. Puede ser de ayuda para transmitir lo que queremos decir, la anécdota de un psiquiatra bosnio que participaba en un seminario dirigido por un canadiense sobre la importancia de hacer grupos de *debriefing* con las víctimas, inme-

² Que, además, en el ejemplo del soldado norteamericano, está integrado por personas a las que la experiencia de la guerra les resulta lejana cuando no extraña y que no comparten los valores y claves de significación de los combatientes.

diatamente después de ocurrido el trauma. Al finalizar el seminario, el psiquiatra se dirigió a él, le agradeció que se hubiera tomado la molestia de venir a su ciudad. Le dijo que entendía la filosofía de tales grupos, pero que en tres años de guerra no sabría elegir ese período inmediato después del trauma en el que hubiera sido más indicado hacer el grupo. Se señala así un concepto de fondo: la guerra no es un acontecimiento (que produce un impacto), sino un proceso (que exige un trabajo de adaptación).

En segundo lugar, en esta situación, los síntomas que configuran el hipotético *trastorno* (hiperalerta, vivencias de intrusión, evitación y entumecimiento afectivo) constituyen en buena medida defensas adaptativas ante esta situación y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población (son tan estadísticamente *normales*) que no parece que tenga sentido calificarlas de *patológicas* o *trastornadas*³. Además, si bien algunos de los síntomas que constituyen el síndrome parecen respuestas más o menos universales a adversidades importantes (como las vivencias de intrusión y la hiperalerta) otros (como la evitación o el entumecimiento afectivo) parecen estar sometidos a importantes variaciones de una a otra cultura (2). Por último este modelo más medicalizado aúna con la ventaja de autorizar actuaciones reparadoras a nivel individual el inconveniente de ignorar la importancia de los procesos colectivos en la operación de resignificación que supone la superación de la experiencia traumática.

Otros autores (3) han señalado lo artificial de la separación de dos campos, el de la tanatología, donde se utiliza el modelo del duelo, y el de la traumatología, donde se utiliza el modelo del estrés postraumático. Sorprendentemente cada campo de estudio se desarrolla independiente del otro, a pesar del paralelismo entre el duelo y las reacciones traumáticas. Por todos estos motivos frente a un modelo que contempla un *trastorno* como respuesta a una *noxa*, hemos preferido organizar nuestras actuaciones según un modelo que contempla un *trabajo* (y, en concreto un trabajo de *otorgamiento de significado*) frente a una *experiencia*. Trabajo y experiencia que se entienden mal desde una consideración reducida al individuo. Para ello nos ha sido de utilidad el modelo del *duelo*.

El esquema del *duelo* ofrece varias ventajas. En primer lugar se refiere a una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante el acontecimiento doloroso de la pérdida de un ser querido. Se trata de una tarea que ha de realizarse siempre que existen pérdidas y que en la guerra ha de realizarse en condiciones difíciles. Este

³ No parece que tenga sentido hablar de evitación como síntoma cuando la amenaza real continúa vigente; la hiperalerta aumenta objetivamente las posibilidades de sobrevivir a la segunda granada en un bombardeo; el entumecimiento afectivo permite sobrevivir aún dejando desangrarse a un ser querido al que un francotirador ha preferido herir mortalmente, evitando matarlo en el acto, precisamente para convertirnos en nuevo blanco al intentar socorrerlo; las imágenes intrusivas (no mucho más intrusivas que la realidad) permiten sostener este estado.

enfoque evita la estigmatización de partida de las víctimas como *enfermos* que lo son en función de una especial *vulnerabilidad* individual. La necesidad de elaborar el duelo reclama –y posibilita– la *participación* de la víctima, mientras que el padecimiento de una enfermedad evoca el comportamiento del *paciente* (sujeto pasivo sobre el cual interviene el médico). La guerra coloca a *personas normales en situaciones anormales*; las intervenciones psicosociales pretenden ayudarlas a enfrentar esas situaciones, el duelo es uno de los procesos de que consta ese enfrentamiento.

En segundo lugar el modelo de duelo no se refiere necesariamente al *efecto* de una experiencia puntual (como un trastorno que sigue a un *trauma*) sino a un *trabajo* que debe ser realizado frente a una (o muchas) pérdida(s). Tal modelo no sólo describe mejor la experiencia de la víctima de la guerra (que rara vez es circunscrita en el tiempo), sino que permite, a la vez, dar cuenta de sus dificultades para afrontarla (en la medida en la que los mecanismos individuales, interpersonales y comunitarios que intervienen en los procesos «normales» de duelo están destruidos o alterados por la misma situación de guerra).

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

Teorías sobre el duelo y guerra

En la guerra, lo mismo que en los desastres naturales, el sujeto puede sufrir en un corto período de tiempo multitud de pérdidas. En la situación de conflicto bélico, la tensión se prolonga, con frecuencia, durante mucho más tiempo y a la pérdida de personas se suman las de la casa, la del entorno cuando se hace necesaria la migración, la de rol y estatus social. Pero también se produce una honda pérdida de la confianza en el mantenimiento de la seguridad básica. Porque no sólo se han podido vivir situaciones de amenaza de pérdida de la propia vida o la de las personas queridas sino que además éstas se producen de forma violenta y como consecuencia de la agresión de un ser humano a otro. En tal situación ¿Es posible distinguir con las mismas dificultades que en situación de paz, el duelo normal del patológico?, ¿Es posible diferenciar estas reacciones de otros trastornos clínicos como la depresión, ansiedad o el estrés postraumático? Contestar de una forma u otra dependerá del modo en que se conceptualice la experiencia y el modo de afrontarla.

El duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que las personas establecemos entre nosotras y, en consecuencia, de cómo se hace posible la

sociedad. En la guerra, el proceso es de destrucción de los lazos establecidos y el método por el que se llega a ello abrupto y traumático. El duelo es, al mismo tiempo, la tarea general de la sociedad y la particular de cada individuo que atraviesa esa trágica situación.

Las clásicas teorías de comprensión del duelo, la psicoanalítica y la de la vinculación, quizás tengan que aceptar modificaciones para abarcar la reacción emocional a la pérdida en la guerra.

Corresponde a Sigmund Freud el mérito de haber abordado el *duelo* como un *trabajo de elaboración* de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado (4). Para la teoría psicoanalítica y de modo muy general, el duelo supone el proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirlo en uno nuevo. Tal y como lo expresa Freud en *Duelo y melancolía* el trabajo del duelo sigue los siguientes pasos. En primer lugar «el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo». A continuación, «contra esa demanda surge una resistencia naturalísima pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando haya encontrado ya una sustitución». Según Freud «...lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria». Pero «su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y sólo es realizado de un modo paulatino, con un gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con la libido de objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido». Esto se debe a que durante el proceso «la realidad impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas, que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, su veredicto de que dicho objeto no existe ya, y el Yo, situado ante la interrogación de si quiere compartir tal destino, se decide, bajo la influencia de las satisfacciones narcisistas de la vida a abandonar su ligamen con el objeto destruido». Por fin «al final de la labor de duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición». El proceso de duelo normal se diferencia del que conduce a consecuencias morbosas como la melancolía (y la manía) en que en este caso por un lado la relación del objeto estaba complicada por una ambivalencia que impide que la batalla entre afectos ligados al objeto se haga consciente, y por otro en que en estos casos se da una regresión (narcisística) de la libido al Yo.

Como queda dicho, la patología asociada al duelo para el psicoanálisis descansa mucho en factores de predisposición personal y el mantenimiento de una relación de ambivalencia con la persona perdida. Posiblemente esto no pueda ser aplicado a la situación de pérdida masiva en una guerra. Para otros autores psicoanalíticos como Klein, las personas que sufren duelos patológicos nunca han conseguido superar con éxito la posición depresiva infantil o establecer una buena

relación objetal que les permita sentirse seguros dentro de su mundo interno. En la guerra el fracaso para sentirse seguros ocurre en el mundo interno y en el externo, a la pérdida masiva de relaciones significativas y de red de apoyo social se suma la pérdida, que volveremos a discutir más adelante, de seguridad y predictibilidad del futuro.

Un modelo de duelo de base psicoanalítica que ha tenido gran influencia es el desarrollado por Enrich Lindemann (5) que sirvió de base a toda la estrategia de prevención primaria mediante la intervención en crisis propuesta por Gerald Caplan sobre la que, a su vez, se desarrolló todo el movimiento de salud mental comunitaria americano de los años 60. Según Lindemann el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por 1) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos), 2) preocupación por la imagen del difunto, 3) culpa, 4) reacciones hostiles y 5) desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que pueden acompañarse de la 6) aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental para facilitarlos. Describe también reacciones de duelo patológicas (duelo diferido, diversas formas de duelo distorsionado) que pueden aparecer si el proceso no se lleva a cabo en condiciones.

En la teoría de la vinculación (6-8), la otra gran teoría explicativa del duelo, Bowlby integró conceptos analíticos y etológicos. El duelo se consideró como la extensión de una respuesta general a la separación. El concepto de un «instinto de vinculación» explicaba las respuestas tan universales de sufrimiento ante la separación. Aunque inicialmente sus ideas enfatizaron el papel protector de un adulto, usualmente la madre, para el niño en edad de dependencia, la teoría se amplió para incluir el mantenimiento de relaciones de refuerzo mutuo en la vida adulta. El duelo fue considerado, entonces, como una forma de ansiedad de separación en la edad adulta en respuesta a la ruptura de una relación de vinculación. Para Bowlby el duelo en sujetos sanos dura con frecuencia más tiempo del que se ha sugerido y muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en sujetos sanos. La teoría de la vinculación también relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres. Los sujetos que habían sufrido un paternaje patógeno eran especialmente vulnerables (6-9).

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

Desde estos modelos de duelo se han descrito procesos más ajustados a un patrón *normal* y reacciones que entrarían dentro de lo que podría considerarse

como duelo *patológico*. Así, Parkes, desde la teoría del vínculo (10) identificó tres formas principales de duelo patológico: *duelo crónico*, que supone una prolongación indefinida del duelo con exageración de los síntomas; *duelo inhibido* en el que la mayoría de los síntomas del duelo normal están ausentes; y *duelo diferido*, en el cual las emociones que no hicieron su aparición tras la pérdida se desencadenan por otro acontecimiento posterior.

En un reciente artículo en el *American Journal of Psychiatry*, Horowitz y colaboradores proponen la inclusión en el DSM de una categoría para *trastorno de duelo complicado* que se caracterizaría por la presencia, 14 meses después de una pérdida, de síntomas intrusivos (recuerdos o fantasías, accesos de emoción intensa, añoranza insoportable), de evitación (de lugares y personas que recuerdan al ser perdido, pérdida de interés o reacciones maladaptativas en el trabajo, familia...) o incapacidad para adaptarse (con sentimientos de soledad y vacío y alteración del sueño) (11).

Definir un *duelo trastornado* es difícil aún en tiempos de paz. Autores como Eisenbruch han discutido la legitimidad de tal intento ante la variedad de respuestas a la pérdida puestas en marcha por diferentes culturas (12). Este autor ha señalado otro hecho de importancia central. Los rituales de duelo no representan sólo un procedimiento de apoyo para el miembro de la comunidad que ha sufrido la pérdida. Según su propuesta, los rituales de duelo tienen la función primordial de estructurar a una comunidad que ha sido amenazada por la muerte. En condiciones normales la muerte de un miembro da cuerpo a la familia, al grupo de amigos, al de correligionarios políticos, al de compañeros de trabajo... (12). Las dificultades para llevar a cabo estos rituales en la guerra tienen no sólo repercusión sobre el sentir de los individuos supervivientes, sino sobre la posibilidad misma de reorganizar la vida social para la paz.

Desde el punto de vista del constructivismo social (13) el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren a su alrededor. Dicha construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un «programa de conducta» innato, independiente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las propias creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la que se expresa la emoción. Las asunciones anteriores no niegan la importancia de determinantes biológicos o psicológicos, lo que se rechaza es la posibilidad de comprender de modo independiente los diferentes niveles.

El duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto (en una operación que es del orden de la narración) debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos: 1) Construir un mundo sin el objeto perdido, 2) dar sentido a los senti-

mientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía, 3) encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido, y 4) ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, lo que, precisamente, supone no la reorientación de un afecto que queda *vacante*, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo *sin* el objeto perdido, pero que es capaz de albergar objetos dignos de ser amados.

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

La reacción del duelo

El mundo «real», construido a base de presupuestos internos que han sido desafiados y heridos de muerte en la guerra, ha de sufrir una honda revisión. Aunque, como señalábamos antes, cada reacción es única, a efectos de comprensión de éstas, se han descrito varias fases. No quiere decir que la persona tenga que pasar por todas o que sigan un orden determinado. Worden (15) prefiere hablar de «tareas» y no de estadios como Kubler Rose (16) o de fases como Parkes (17), porque el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto, y no un mero pasar por distintas etapas. Es por este motivo por lo que Freud ya se había referido al duelo como «trabajo de duelo» (4), que trasmite la idea de que la pérdida genera la necesidad de llevar a cabo una serie de tareas.

Los modelos estructurados en *fases* describen bien situaciones concretas. En la *fase de shock*, el desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación (13) durante la cual la tarea más importante es la de «aceptar la realidad» de lo que está ocurriendo (15). Una joven bosnia musulmana nos relató cómo fue desplazada a punta de pistola de su casa por sus vecinos croatas de la zona Oeste. Agrupada con otros musulmanes delante del emblemático puente de Mostar, tuvo que correr

bajo las balas croatas atravesándolo, para llegar a la zona Este, musulmana. Una vez allí, separada de su familia, sin casa, ni personas a las que recurrir, pasó días vagando por las calles, en un estado de embotamiento e incredulidad del que le era imposible salir.

En la *fase de protesta*, el sujeto realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con el fallecido o lo perdido. Otra mujer, participante en uno de los talleres, contaba cómo en las primeras semanas del comienzo de la guerra en Mostar, se arriesgaba diariamente bajo el fuego de las granadas para contemplar desde la otra orilla de la ciudad la que había sido su casa durante veinte años.

En la *fase de desesperanza*, es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión, hasta que el superviviente se consigue adaptar a la realidad de la pérdida. En el Psiquiátrico de Zalik conocimos a una mujer que había ingresado hacía meses en un profundo estado depresivo. Su única hija había fallecido unos años antes y su pérdida marcó su vida de modo muy importante. Ayudada por sus vecinas y otros familiares, Amila consiguió seguir adelante, pero cuando se inició la guerra, los sentimientos de tristeza, desesperanza e indefensión se hicieron tan intensos que ingresó en una situación de abandono e incapacidad de cuidar de sí misma.

La última fase que se describe es la de *reorganización*, que tiene como consecuencia el reestablecimiento de nuevas relaciones. En la guerra este proceso está impedido por la propia situación. Aunque es llamativo comprobar cómo un par de tardes de tranquilidad en medio del conflicto animan a las personas no sólo a cubrir una necesidad tan básica como la búsqueda de alimentos, sino otras también necesarias para la supervivencia como son las de relación y afiliación.

Aunque la consideración de estas *fases* ayuda a identificar fenómenos y nos acerca a la comprensión de los procesos de duelo, a nosotros nos ha resultado más útil un modelo del proceso de duelo que, como el que propone Worden (15), se base en la consideración de un conjunto de *tareas* que, en uno u otro orden deben ser llevadas a cabo por el sujeto doliente. Consideramos, en lo que sigue, el duelo y las posibles intervenciones sobre él como un trabajo de elaboración de narrativas.

Tarea 1: aceptar la pérdida del objeto

La tarea de constatación de la pérdida del objeto es condición de posibilidad del trabajo de duelo. El fracaso en la misma puede tomar formas diversas que van de la sensación de irrealidad o simple negación de las evidencias (muy frecuentes en los primeros momentos de cualquier duelo), a la producción alucinatoria del objeto perdido. En todas las culturas existen procedimientos para ayudar al dolien-

te en esta tarea. En la nuestra se vela el cadáver, se celebran funerales de cuerpo presente en los que el oficiante se refiere al difunto en pasado al igual que los conocidos, que pasan al terminar la ceremonia a dar el pésame a los familiares; cada familiar arroja su puñado de arena sobre el ataúd que espera en la fosa a ser cubierto, hay una forma especial de tañer las campanas, se visitan y se llevan flores a las tumbas y existe la tradición del luto que —entre otras cosas— hace presente la pérdida. Tras estas ceremonias el doliente vuelve a la casa, y la cultura y hasta la reglamentación laboral le proporcionan un tiempo para hacerse a la idea de la pérdida.

En la guerra estos mecanismos pueden estar en suspenso. El cadáver de un hijo o un cónyuge puede haber quedado sepultado entre los escombros de la vivienda bombardeada que los supervivientes han tenido que abandonar para buscar refugio a muchos kilómetros. O el entierro del padre víctima de la metralla ha de *celebrarse* saliendo por la noche con una pala, silenciosamente para no llamar la atención de los francotiradores, en un parque o solar próximo a la casa arruinada. Además toda la energía de la persona que ha sufrido la pérdida es inmediatamente reclamada para llevar a cabo la nada fácil tarea de sobrevivir en las condiciones de guerra. A esto hay que añadir que todas las otras referencias a la *normalidad* de la que el objeto desaparecido está ausente pueden haber desaparecido también⁴ y en esta situación se produce un sentimiento de irrealidad («esto no puede ser verdad») casi fisiológico. Es frecuente encontrar personas que dicen *saber* que su hijo o su cónyuge están vivos a pesar de la notificación de lo contrario por parte de las autoridades militares (que se refieren, quizás, a fosas comunes o cadáveres no recuperados). Sin llegar a eso, a la llegada a Mostar de uno de nosotros, el logista local que conducía el coche por el bulevar que había sido el frente de la confrontación croato-musulmana, señalaba diversos montones de escombros afirmando, en un inglés aún peor que el nuestro, «This is a hospital» o «This is a College». Pensando que se trataba de un problema de conocimiento del inglés le corregimos: «This was». Nos dijo que sí, que claro, que eso había sido, pero ya no era un hospital y aquello había sido pero ya no era una facultad. Unos segundos después ante un nuevo montón informe de pedruscos afirmó: «this is a church». Así comenzamos a entrever que el idioma no iba a ser el principal obstáculo para comprender la experiencia de los que habían vivido la guerra. El logista no podía dar por desaparecidos los edificios destruidos.

Facilitar esta tarea supone proveer un entorno relativamente seguro para considerar la pérdida, una cierta *normalidad* con la que contrastarla y algo semejante

⁴ ¿Cuántas veces hemos oído, en condiciones de paz, cosas como «Verdaderamente, no me di cuenta de que faltaba hasta que vi la cama sin él (o su despacho vacío, o el armario con la ropa que no volverá a ponerse...)»? La pérdida de un ser querido en la guerra puede haber sido simultánea o inscribirse en la sucesión de la pérdida de la casa, las pertenencias, la ciudad, el trabajo...

a un rito en el poder darle existencia social (a veces una carta a familiares exilados ha cumplido este papel). Y supone, sobre todo, poder nombrar la pérdida, poder hablar de ella.

Tarea 2: experimentar las emociones vinculadas a la pérdida

La pérdida de un objeto importante conlleva siempre la eclosión de fuertes emociones. Está la tristeza, pero también, a veces, la rabia, la culpa, el despecho, el alivio, el miedo, la envidia o el resentimiento. Nuestra cultura nos proporciona en tiempos de paz instrumentos para facilitar la experiencia y la expresión de esos afectos y para hacer balance. Manifestaciones proscritas en otras situaciones son facilitadas en velatorios y funerales por la creación de un clima propicio que puede incluir hasta la contratación de plañideras. La comunidad puede facilitar la dedicación del doliente (quizás marcado por el luto para facilitar su identificación como tal) a esta experiencia eximiéndole de obligaciones sociales que podrían distraerle de un trabajo de metabolización que requiere su tiempo y unas ciertas condiciones para ser llevado a cabo. Los allegados facilitan el trabajo de balance «a pesar de todo era muy bueno», «ha dejado de sufrir», «a su modo, él nos quería»... En condiciones de guerra, a veces, pararse a llorar puede significar la muerte propia y la de las personas que dependen de uno. La aparición de la ambivalencia o los sentimientos de culpa o alivio («fue él y no yo») son tanto más frecuentes cuanto más lo han sido las estrategias psicológicas encaminadas a hacer que las víctimas se hayan visto forzadas a comportamientos que podrían ser calificados –por ellas mismas– como cobardes o traidores. En condiciones *normales* el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea es, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración por la guerra. En un grupo terapéutico que lideraba un psiquiatra local y al que acudíamos como observadores dos de nosotros, una mujer bosnia que había perdido a sus hijos y a su marido en los primeros meses de la guerra y había pedido consulta por problemas somáticos abigarrados, se quejaba mostrando su enojo porque al volver a empezar a salir a la calle tras los bombardeos, la gente pasaba ante ella atenta a trivialidades y hasta contenta, sin darse cuenta de lo que ella tenía que afrontar. «Los que hemos vivido algo así deberíamos llevar un letrero en la frente, para que los demás lo supieran». Nos pareció a los españoles que aquello era una invitación a hablar de los sentimientos de soledad y desamparo que sufría aquella mujer frente al dolor por la pérdida de toda su familia. Se nos adelantó el psiquiatra local diciendo «¿Un letrero en la frente? ¿Qué quiere usted? ¿Que la tomen por loca?». Nuestro colega sabía que aquella

mujer que vivía sola en unas ruinas y aún bajo la amenaza de los morteros serbios carecía –a pesar del grupo– de los soportes mínimos para afrontar con garantías este trabajo.

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

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

Normalmente nos repartimos las cargas de la vida con las personas con las que mantenemos relaciones estrechas. Cuando nos faltan estas personas, a veces, no somos capaces de afrontar problemas básicos. A la tristeza del viudo puede unirse el justificado sentimiento de incapacidad para llevar una vida autónoma que le obligaría a enfrentar tareas (compra, cocina, limpieza, educación de los hijos...) que nunca realizó. En condiciones de paz las redes sociales y familiares de los afectados se modifican para ayudarles en tanto se capacitan para desempeñar nuevos roles. En ocasiones extremas mecanismos institucionales (pensiones de viudedad, asilos, orfanatos...) hacen que la sociedad en su conjunto asuma las cargas que los supervivientes no pueden soportar por sí solos. En la guerra las redes sociales pueden estar pulverizadas, la familia disgregada y los mecanismos institucionales desaparecidos. La perentoriedad de la situación, la amenaza a la supervivencia hace, sin embargo, que esta tarea, que en condiciones normales requiere un largo tiempo de adaptación, se acometa necesariamente desde el primer momento. Personas que aún se sorprenden si les dicen que su familiar ha muerto o que su casa ya no existe y que viven en un sentimiento de irrealidad permanente, personas que malamente han podido sentir nada hacia pérdidas que apenas han llegado a percibir, pueden jugar un papel clave en la organización de una columna o un campo de refugiados. Es más fácil que las redes sociales se reconstruyan en primer lugar con esta finalidad. De acuerdo con esta percepción en el Programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Mostar, los *grupos de reconstrucción* se constituyeron como grupos de *actividad* (idiomas, cocina, bisutería...). Cuando el grupo se ha constituido en entorno suficientemente seguro, las otras tareas (el recuerdo de los muertos, la evaluación de las pérdidas, el dolor...) pueden ser facilitadas por él.

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

La culminación de esta fase supone, de hecho, la terminación del trabajo de duelo. Como ya señalábamos anteriormente no se trata de redirigir hacia un nuevo destino un afecto que de algún modo el objeto perdido ha dejado *vacante*. Cuando –excepcionalmente– algo así sucede tras una pérdida importante, lo que se produce es, precisamente, la evitación del proceso de duelo. Lo que desaparece con el objeto que se pierde es un mundo habitado por él, y el doliente queda en un mundo en el que no le cabe concebir la posibilidad de amar a otro objeto (tal amor adquiriría, en todo caso, significado *respecto al* objeto perdido –por ejemplo– como *traición*). Lo que culmina esta fase es la construcción de un mundo, que es un mundo que tiene sentido aunque no contiene al objeto perdido, y que puede ser habitado por objetos dignos de ser amados. No es un proceso corto y los aparentes atajos suelen derivar en complicaciones. Worden (15) dice que desconfía de los procesos que duran menos de un año y que no es tan raro que requieran dos. La guerra no facilita objetos amorosos alternativos. Pero sí es pródiga en fetiches que requieren toda la energía que uno es capaz de generar. A veces es la ayuda a otras víctimas, a veces la salvación de personas más débiles que dependen de uno, pero sobre todo cosas como la patria, la victoria, los nuestros o la venganza son candidatos idóneos para ocupar ese lugar.

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

También es verdad que el clima de reconstrucción en una ciudad de Mostar que vuelve a tener ventanas con cristales y escaparates iluminados en la que en cualquier esquina y casi a cualquier hora, se oye una pala o una brocha, puede representar un momento colectivo propicio para realizar esta tarea.

Elaborar el duelo en la guerra

Como queda dicho la guerra puede alterar sustancialmente las condiciones en las que, en tiempos de paz, el proceso de duelo puede ser llevado a cabo. Por un lado la experiencia de la guerra puede superar el repertorio de respuestas para la que el sujeto está preparado⁵. Puede incluso dinamitar los rasgos más nucleares de autorreconocimiento en los que se basaba la identidad y el sentimiento de la propia dignidad⁶. Y, por fin, puede alterar el funcionamiento de los mecanismos interpersonales y sociales que facilitan el trabajo de duelo. La disponibilidad de fuentes de apoyo social es uno de los factores claves en el pronóstico de los procesos de duelo y de los que con más frecuencia se citan en la bibliografía (18). En la guerra se destruyen vidas individuales y el sistema de apoyo social sustentada por ellas. No hay red social a la que acudir. En Bosnia, la sociedad civil, reorganizada sobre todo por las mujeres, en ausencia de los hombres en el frente, tenía que cumplir este cometido. Diferentes ONGs, –MdM, pero, sobre todo ONGs de orientación más o menos feminista– facilitaron el objetivo impulsando la organización de dispositivos de apoyo.

Médicos del Mundo llevó a cabo dos actuaciones diferentes con un mismo objetivo. Por un lado, con el nombre de *grupos de reconstrucción*, facilitó la organización de grupos de mujeres que generaron una red de apoyo flexible, cuyas tareas iban desde tejer prendas de lana a soportar los sentimientos de una madre tras la pérdida de su hijo en el frente o compartir el miedo cuando, tras un período de tranquilidad, se recrudecía la tensión y volvían a caer granadas. El grupo se constituía en lugar de referencia necesaria para soportar la supervivencia en esta situación límite.

Por otro lado, el programa de salud mental de Médicos del Mundo se propuso como otro objetivo igualmente importante, el apoyo a las personas, con más frecuencia mujeres, que coordinaban estos grupos dependientes de diferentes ONGs locales y de otros países. Esta segunda acción se hizo con la continuidad que permitieron los avatares de la guerra y el propio programa, primero a través

⁵ Sabemos, quizás, cómo responderíamos a adversidades más o menos previsibles –por más o menos semejantes a aquellas que hemos vivido en nuestra historia infantil o posterior– en el trabajo, en la familia o en nuestro grupo social, que tienen en común obligarnos a tomar postura ante ciertos referentes (figuras de autoridad, demandas sexuales, situaciones de desamparo...). No hay respuesta preparada para la desaparición simultánea de todos los referentes o la experiencia de atrocidades inimaginables como algunas de las de la tortura. La experiencia de la guerra es *traumática* porque su incorporación exige la reescritura no sólo del proyecto de vida futura, sino del pasado, de la propia biografía de la identidad misma de quien la sufre y de su mundo.

⁶ Lo peor no es que el mundo haya dejado de actuar conforme a lo que, hasta entonces, era lo previsible. Lo peor es que la experiencia puede haber desencadenado comportamientos (intentos de salvar la propia vida olvidando o, incluso comprometiendo la de seres queridos...) o sentimientos (odio, alegría ante la desgracia ajena, ternura o agradecimiento hacia los verdugos...) que parecen incompatibles con la noción de la propia *dignidad* previa al trauma.

ORIGINALES Y REVISIONES

de los *grupos de apoyo* y, luego, a través de *grupos de supervisión*, con terapistas desplazados desde España, y de la organización de *talleres*, algunos de los cuales tenían como objetivo el trabajo en situaciones de duelo.

Las mujeres que acudieron a los talleres eran al mismo tiempo coordinadoras-líderes de grupo y víctimas de las mismas situaciones que sufrían las personas a las que pretendían ayudar. Hasta aquí, compartirían la dinámica de un grupo de autoayuda, pero además todas estaban inmersas en la misma situación social de desarraigo, amenaza y pérdida en el sentido más general de la palabra. Los grupos corrían el riesgo, en ocasiones, de ser demasiado doctrinarios. El discurso de la «resistencia moral», «hay que aguantar», «Hay que seguir adelante», «yo he sufrido también, pero resisto», era, al mismo tiempo, necesario, al potenciar la cohesión y permitir la universalización de los sentimientos, pero de ser demasiado rígido, impediría la variabilidad individual. Una dificultad frecuente en estos grupos era facilitar la expresión de perspectivas diferentes e impedir la exclusión de experiencias que no encajaban con el discurso más general. Cuando esto se conseguía, a través de la escucha y devolución de sentido de todas las experiencias, se creaba también un ambiente que desde lo formativo y capacitador se convertía en terapéutico. Con frecuencia, de la exposición y dramatización de una situación difícil para una de las monitoras, se pasaba al relato del sufrimiento personal y del contagio de la emoción a todas las participantes, incluido él o la coordinadora del taller. Se daba entonces un clima emocional propicio a la expresión intensa de afectos y experiencias que van mucho más allá del rango de las emociones humanas frecuentes: Uno de los enfermeros que participaba en un grupo de entrenamiento, contactó de pleno con sus sentimientos cuando en el curso de un taller, hablábamos sobre el duelo diferido. Interrumpió la exposición de los síntomas, que estaba haciendo la coordinadora del taller, para relatar su historia: En una calle de Mostar, una tarde «tranquila en plena guerra», un francotirador atravesó de un disparo el cuello de su mujer. No pudo ayudarla, quedó tendida en el asfalto, mientras él se protegía de las balas debajo de un coche. Tampoco después hubo tiempo para nada. El entierro tuvo lugar aquella misma noche, amparándose en la oscuridad y la discreción de un mínimo de acompañantes. Ni siquiera estuvieron presentes sus hijas que no se encontraban aquel día en la ciudad. La vida siguió adelante, porque la tarea era la de conseguir comida todos los días y refugiarse de las granadas que cayeron a miles aquel invierno de 1993. Terminó su relato volviendo al presente en el taller. Era ahora, ante la perspectiva de paz que se abría en septiembre de 1995, cuando sentía la tristeza, el anhelo, la opresión en el pecho, la falta de aire y todos los demás síntomas que se exponían en la transparencia.

Como pone de relieve la historia anterior, el soporte social está ausente en la guerra y también los rituales que ayudan, durante la paz a atravesar el estado límite entre la «relación con» y la «pérdida de».

Muchas de las asunciones psiquiátricas sobre el duelo no se sostienen al trabajar en situaciones excepcionales, como la guerra, o con personas de culturas y etnias diferentes, como ocurre en Bosnia y en particular en Mostar. Es preciso examinar como terapeutas nuestros presupuestos culturales y profesionales. Algunas ideas, generalmente asumidas sin cuestionamiento son (19): la creencia de que el duelo es una experiencia privada, que es necesaria la expresión abierta e inmediata de sentimientos para su resolución, que el duelo tienen un punto final específico y que una relación continua con imágenes del difunto es patológica. Como consecuencia los clínicos siguen recomendando la confrontación de la negación de la muerte y la expresión directa e inmediata de sentimientos como garantía de duelo saludable. Esto puede ser especialmente delicado en el caso de los niños donde es importante para su desarrollo una relación duradera con la persona fallecida (19).

El énfasis en la experiencia individual y la tendencia a patologizar las reacciones de duelo que no se encajan en un marco estrecho considerado normal, pueden llevar a una falta de entendimiento de las reacciones de duelo que ocurren en culturas musulmanas, frente a las cristianas, situación frecuente en Mostar. Como terapeutas nuestro papel ahí podría resumirse en la colaboración con la persona o grupo para poner de relieve la adecuación o no del ajuste entre las necesidades individuales y las expectativas de su comunidad o cultura particular.

Después de pasar por una guerra, las personas y los grupos emprenden un proceso de duelo, donde se conjugan las pérdidas individuales con las de los referentes generales culturales y sociales. Comprender este proceso es imprescindible para el desarrollo, no sólo de un programa de salud mental, sino de cualquier programa de ayuda que se intente poner en marcha. El daño sufrido es mucho, pero de la misma intensidad es la necesidad de reorganización social e individual que juega a favor de todos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) YEHUDA R.; MCFARLANE, A. C., «Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis», *Am. J. Psychiatry* 1995, 152, pp. 1.705-1.713.
- (2) MARTÍN BERINSTAIN, C., *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*, Barcelona, Icaria 1999.
- (3) FIGLEY, C.; BRIDE, B.; MAZZA, N., *The traumatology of grieving*, Londres, Taylor and Francis, 1997.
- (4) FREUD, S., «Duelo y melancolía», en FREUD S., *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948, pp. 1.087-1.095.
- (5) LINDEMANN, E., «Symptomatology and management of acute grief», *Am. J. Psychiatry*, 1944, reimpresso en *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, 6, pp. 155-60.
- (6) BOWLBY, J., *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Madrid, Morata, 1986.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (7) BOWLBY, J., *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- (8) BOWLBY, J., *La separación afectiva*, Buenos Aires, Paidós.
- (9) MIDDLETON, W., y otros, «Pathological grief reactions», en STROEBE, *Stroebe and Hansson Handbook of bereavement*, Nueva York, Cambridge University Press, 1993, pp. 44-62.
- (10) PARKES, C. M., *Bereavement: studies of grief in adult life*, Londres, Penguin books, 1996.
- (11) HOROWITZ, M. J., y otros, «Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder», *AJP*, 1997, 154, pp. 904-910.
- (12) EISENBRUCH, M., «Cross-cultural aspects of bereavement; I: a conceptual framework for comparative analysis», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1984, 8, pp. 283-309.
- (13) AVERILL, J. R.; NUNLEY, E. P., «Grief as an emotion and as a disease: a social constructivist perspective», en STROEBE, *Stroebe and Hansson Handbook of bereavement*, Nueva York, Cambridge University, 1993, pp. 77-91.
- (14) ROSENBLATT, P. C., «Grief: the social context of private feelings», en STROEBE, *Stroebe and Hansson Handbook of bereavement*, Nueva York, Cambridge University, 1993, pp. 102-12.
- (15) WORDEN, J. W., *Grief counselling and grief therapy*, Nueva York, Routledge, 1991.
- (16) PARKES, C. M., «Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change, en STROEBE, *Stroebe and Hansson Handbook of bereavement*, Nueva York, Cambridge University, 1993, pp. 91-102.
- (17) KÜBLER-ROSS E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo, 1989.
- (18) STYLIANOS, S.; VACHON, M. L., «The role of social support in bereavement», en STROEBE, *Stroebe and Hansson Handbook of bereavement*, Nueva York, Cambridge University, 1993, pp. 397-411.
- (19) SHAPIRO, E., «Family bereavement and culture diversity: a social development perspective», *Fam. Process*, 1996, 35, pp. 313-332.

* Alberto Fernández Liria. Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo.
Beatriz Rodríguez Vega. Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Centro de Salud Mental de Alcobendas. Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo.
Correspondencia: Alberto Fernández Liria, c/ Fernán González, 79, 6.º C. 28009 Madrid.

** Fecha de recepción: 10-I-2000.