

Aldasoro, Thais

Avellón Calvo, Mónica

González-Serrano , Fernando

Jarast, Ricardo

Jiménez Pascual, Ana María

Martín Tarrasón, Sergio

Palacio-Espasa, Francisco

Panera, Consuelo

Ponce de León, Ema

Tapia, Xabier

N.º 56
2º semestre

2013

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

MUERE UN PADRE: DESARROLLO EVOLUTIVO DEL CONCEPTO MUERTE

DEATH OF A FATHER: EVOLUTIONARY DEVELOPMENT OF THE CONCEPT OF DEATH

Sergio Martín Tarrasón*

RESUMEN

Desde el CDIAP del Maresme (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz) trabajamos con niños de entre 0 y 6 años de edad. Es decir, trabajamos con familias con niños de entre 0 y 6 años.

En escasas ocasiones se ha dado la dramática circunstancia, disruptiva y emocionalmente impactante, del fallecimiento del padre a lo largo del tratamiento de grupo familiar (Martín, 2012).

Las diferentes circunstancias en las que tuvieron lugar estas muertes, nos enfrentaron al reto de comprender sus implicaciones cognitivas para el niño en desarrollo, y en las dinámicas relacionales del grupo familiar que se ponen en juego, y que conforman los objetivos del presente artículo.

Tras una revisión histórica de la literatura psicoanalítica existente, me propongo hacer una breve ilustración clínica de los casos mencionados. Trataré de ejemplificar así las consecuencias iniciales en el tratamiento, y de hacer una pequeña síntesis de los aprendizajes terapéuticos que se derivaron.

Tratando de no permanecer encorsetado por tendencias teóricas, expondré aquello que creo son las bases

conceptuales del trabajo que pudimos realizar como acompañantes de semejante duelo familiar.

Palabras clave: Duelo, progenitor, evolución concepto muerte, revisión literatura, infancia.

ABSTRACT

In our Child Development and Early Intervention Center in Maresme we work with children from 0 to 6 years of age. That is to say, we work with families with children from 0 to 6 years old.

In rare occasions we are confronted with the dramatic, disruptive and emotionally stunning circumstance of the death of the father over the course of family group therapy (Martín, 2012).

The different circumstances in which these deaths take place present us with the challenge of understanding the cognitive implications for the developing child as well as the relationship dynamics set into action within the family group, all of which constitute the aim of this article.

After a review of the existing psychoanalytical literature my intention here is to relate a brief clinical illustration of examples of the type of the cases that have

* Psicólogo, Psicoterapeuta. Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç del Maresme (CDIAP). Correo electrónico: smt.sergio@gmail.com.

been mentioned above. I will attempt to describe the initial effects in the therapy and give a short summary of what we learned in respect to these treatments.

In an effort not to confine myself only to theoretical explanations, I will present what I consider to be the basic concepts of the therapeutic labor carried out in our support of the family in mourning.

Key words: Mourning, father, development of the concept of death, review of the literature, childhood.

INTRODUCCIÓN

En el CDIAP del Maresme (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz) cuando trabajamos en tratamientos de grupo familiar (Martín, 2012), en escasas ocasiones se produce el fallecimiento del padre a lo largo de tratamiento.

La pérdida de un progenitor en estas edades tan iniciales implica un factor de riesgo evidente. En términos de la psicología del self éste es un período sensible de introyección de los selfobject, y de la consolidación de la organización interrelacional de las self-functions (Hagman, 1995). En él pasa por ser central la necesidad de continuidad para formar y consolidar tales estructuras internas; y una pérdida real, una crisis con tintes trágicos, implica una marcada desorganización de la experiencia grupal básica (Salvador, 2009) que queda parcialmente anclada en este nuevo paradigma, e implica un potente factor de riesgo para la aparición de sintomatología clínica y de posteriores trastornos o fallas en el desarrollo.

Las dificultades implícitas en el proceso de duelo infantil condicionan la gestión de este tipo de pérdidas. Los niños de edad tan temprana no han construido aun un concepto adulto de “muerte”, de manera que el principal reto que tienen por delante es el de la asimilación de la irreversibilidad de la pérdida y la reorganización relacional parcial, en un contexto social generalmente confuso. La muerte entendida aún como un estado reversible, y desde un pensamiento egocéntrico, conlleva confusiones que evidencian el desajuste con la realidad percibida, e implican la sobreutilización de sistemas defensivos en el niño, que constituirían un índice psicopatológico si se dieran en el duelo adulto.

A la pérdida de la protección de y vinculación con el padre, se añade la des- o re-estructuración del grupo familiar. Pasan a primer plano el complejo duelo infantil, el sufrimiento materno, la gestión de las confusiones entre las formas de comunicación infantil y adulta, y el cambio en la identidad individual y grupal. Las relaciones significativas a su alrededor cambian, y suelen

estar impregnadas de temor, pena, vergüenza o culpa. El niño, expuesto sin herramientas adultas a una pérdida de magnitud vital, se ve sometido irremediamente a un cambio penoso y global en las interacciones y en los significados compartidos en las vinculaciones. Con la madre, recién enviudada, el cambio es aún más profundo.

En nuestra experiencia, que más adelante detallaré, hemos trabajado en distintas circunstancias:

- La madre que pierde inesperadamente al marido, puede hundirse en la vertiente depresiva del duelo, asemejarse al denso y opaco descenso, puede prenderse con fuerza a la injusticia y enmarcar el sufrimiento, puede dejarse llevar por la desesperanza, tirar la toalla, ceder el timón, retirar las pertenencias y tratar de olvidar (Ver caso A).
- Una madre que pierde al marido en crueles circunstancias puede enrabiarse, desorientarse, quedar fuera del sostén de la convención social, puede perder los referentes, quedar ausente o desprovista, perseguida, puesta en observación, quedando inmersa en un proceso de re-evaluación social; una madre que pierde al marido en duda, puede quedar puesta en duda (Ver Caso B).
- Una madre que se protege del sufrimiento en el silencio, que niega, que aísla, que incita desorganizaciones, puede quedar afectada, desasida, puede subrayar sufrimientos corporales en el lugar de ausencias emocionales, puede evadirse con tanta intensidad que desatienda escenas centrales, obviando responsabilidades y preguntas, renegando pensamiento, memoria y duelo (Ver Caso C).

La atención a la vida mental, la hiper-observancia al mundo interno que realizamos desde los tratamientos psicoterapéuticos, la focalización sobre las dinámicas grupales y las idiosincrasias en la comunicación grupal... son herramientas que quedan empujadas, desbordadas, insuficientes para la contención, cuando un impacto de magnitud vital colisiona en el seno de una familia.

En el presente artículo expongo una breve revisión de la literatura psicoanalítica, seguido de la ilustración clínica a través de tres casos que describiré escuetamente. Éstos, espero que ejemplifiquen y contextualicen la posterior reflexión acerca de la intervención que podemos realizar desde los CDIAPs.

SÍNTESIS DE LITERATURA PSICOANALÍTICA

Síntesis Cronológica (Garber, 2008)

Históricamente, los psicoanalistas de niños han mantenido dos posturas acerca de cómo éstos enfrentan la pérdida de uno de los progenitores. En la década de los 60 y principios de los 70, surgió una diferencia de peso en las concepciones sobre las capacidades de los niños de realizar un proceso de duelo. Por un lado autores psicoanalíticos como Bowlby (1960), Furman (1964) y Kliman (1968, 1972), declararon que el duelo se presenta en niños pero sólo bajo ciertas condiciones. Si un niño hubiera alcanzado la constancia del objeto y tuviera la capacidad de identificar y verbalizar los afectos, a partir de los tres a cuatro años de edad sería capaz de realizar el proceso de duelo, pero sólo bajo circunstancias favorables. El requisito principal sería que el niño contara con un cuidador adulto adecuado, que atendiera sus necesidades y permitiera que expresara sus sentimientos sobre la pérdida.

Por otro lado, un segundo grupo de estudios que recogía la participación de un gran número de niños que perdieron por muerte a un progenitor, llegó a la conclusión de que los éstos usaban una variedad de complejas defensas, de forma tenaz y predecible, con la finalidad de evitar hacer frente a la pérdida. Wolfenstein (1966) presentó una de las exposiciones más completas. Informó de los datos de un estudio de 42 niños que concluía que el proceso de duelo tal como lo indicó Freud (1917), y fue más tarde ampliado por autores como Bowlby (1960) y Pollock (1961), no se produjo entre estos niños. Wolfenstein señaló que los niños se niegan, abierta o inconscientemente, la finitud de la pérdida. Se señaló incluso que la negación de la finitud de la muerte convivía con una correcta conciencia y reconocimiento de lo que había ocurrido. Había así una división defensiva del yo, permitiendo que la muerte fuese negada y el apego a los progenitores muertos se mantuviera.

Varios investigadores psicoanalíticos, como Nagera (1970) en su trabajo con niños y Fleming & Altschul (1963, 1968) en su trabajo con adultos jóvenes en duelo, apoyaron esta posición. Nagera expresó la opinión de que el duelo, según la definición de Freud (1917) y tal como se observa en el adulto, no era posible hasta que el desprendimiento de las figuras parentales hubiese tenido lugar en la adolescencia.

La respuesta de los niños a la muerte de un progenitor sigue un patrón regular y específico, que se asemeja al duelo patológico en los adultos. Estas reacciones pueden incluir la negación inconsciente y a veces consciente de

la realidad de la muerte del progenitor, el rígido descarte de todas las respuestas afectivas relacionadas con la muerte, el marcado aumento de la identificación con y la idealización del progenitor muerto, la disminución de la autoestima, los sentimientos de culpabilidad y las persistentes fantasías inconscientes de una relación permanente o de reunión con el progenitor muerto.

Surgió entonces una posición unánime en la literatura psicoanalítica respecto a las reacciones de los niños a la muerte de un progenitor (Miller, 1971): en comparación con los adultos, los niños no pasarían por el duelo cuando éste se define como incluyendo el gradual y doloroso desapego emocional de las representaciones internas de la persona que murió. La cuestión de si los niños realizaban el proceso de duelo no era sólo una cuestión filosófica, sino que tenía implicaciones teóricas, clínicas y terapéuticas.

Si el niño no pasaba a través de un proceso de duelo convencional, ¿qué es lo que experimentaba? Si la respuesta era un “duelo patológico”, ¿no era ésta una etiqueta peyorativa o confusa? Esto supondría aceptar que los niños erigían una serie de defensas con las que no podrían o no se permitirían experimentar el dolor inherente al desapego gradual que es la esencia del duelo. Aunque se sugirió que los niños tenían un “corto período de tristeza” (Wolfenstein, 1966), sabemos que experimentan una tristeza significativa. Sin embargo, siendo evolutivamente limitados y no poseyendo la maduración del equipaje cognitivo y emocional que asumimos en el adulto, ¿era preciso marcar el duelo del niño como algo patológico? Tal vez era más exacto pensar en términos de un proceso de duelo parcial que el niño sería capaz de experimentar con su aparato psicológico y cognitivo aun inmaduro.

La dicotomía en el pensamiento psicoanalítico sobre el duelo en el niño y la infravaloración de su capacidad para hacer frente a la pérdida no fue compartida por muchos clínicos. Las implicaciones de esta desesperanza e indiferencia terapéutica fue anatema para muchos de los que tuvieron éxito terapéutico con niños dolientes (Barnes, 1964; Garber, 1988; Gauthier, 1965; Lampl-de Groot, 1976; McDonald, 1964; Rochlin, 1967; Sakaer & Katz, 1986; Shambaugh, 1961).

En consecuencia emergió una posición alternativa sobre el duelo en el niño por parte de los investigadores psicoanalíticos que sentían que el dilema entre las dos opciones se podía conciliar. En una serie de artículos, Pollock (1972, 1977, 1978) propuso una hipótesis alternativa para hacer frente a este complejo problema. Pollock (1972) afirmó: “Tal vez estas diferencias, entre

el duelo en los niños y los adultos, pueden conciliarse si se considera que el proceso de duelo y sus fases requiere de diferentes etapas del desarrollo para que cada componente aparezca por primera vez”. Y continuaba: “Así, en los niños pequeños, podríamos observar las primeras fases del proceso, y en la adolescencia (...) el proceso completo podría concluirse y aproximarse mucho al que observamos en el adulto”.

Lampl-De Groot (1976) propuso una idea similar: “La edad en que un niño es capaz de realizar un verdadero proceso de duelo varía de forma individual y depende de la tasa de maduración y de la estructuración del desarrollo”. Pollock (1978) explicaba: “Cuando uno reflexiona acerca del proceso de duelo desde una perspectiva evolutiva, la cuestión de si el duelo es posible en la infancia, la niñez o la adolescencia, se convierte en una cuestión relacionada con cuáles son las etapas del proceso, tal que se corresponden con los momentos particulares del desarrollo general”. Y afinaba: “Estas conclusiones de los investigadores psicoanalíticos del duelo, podrían integrarse si uno piensa en el duelo como un proceso secuencial que está íntimamente relacionado con la maduración del aparato psíquico”.

Garber (1981) propuso una idea similar basada en los datos clínicos del Barr-Harris Children’s Grief Center en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago. Las características del duelo en los niños por la muerte de un progenitor, se extendían en un amplio abanico de variabilidad. De hecho, era posible que un porcentaje de niños no fuese capaz de realizar el duelo en una secuencia paso a paso. Éstos podrían ser los niños descritos por Wolfenstein y otros. Sin embargo, los niños descritos por Furman, Kliman, y otros poseerían el equipaje cognitivo y emocional como para participar en un intenso y significativo proceso de duelo. En este extremo encontraríamos los casos que ilustrarían la posición teórica de que los niños pueden realizar el proceso de duelo en la medida en que sean evolutivamente capaces.

Sekaer & Katz (1986) llegaron a una conclusión similar. Su impresión fue la de que, para cada etapa del desarrollo, se podría postular un grado óptimo para que el duelo pudiera ser llevado a cabo. Ellos entendían el duelo del niño no como una versión deficiente del proceso del adulto, sino más bien como un proceso único que avanza en función de la evolución de las capacidades del niño.

En los últimos 25 años, la literatura psicoanalítica ha seguido diferentes direcciones, ya que la cuestión de si los niños realizan o no el proceso de duelo se considera resuelta. Los trabajos de Muir, Speirs, & Tod (1988) y el de Parens (2001) se basaron en el trabajo terapéutico con

el progenitor superviviente como un medio para facilitar el duelo del niño. El trabajo de Lieberman et al. (2003) y Sklarew, Twemlow & Wilkinson (2004) se centró principalmente en la complejidad de la intervención terapéutica con los niños que habían experimentado un duelo traumático: se desplazan a la comunidad y atienden las necesidades de los niños desfavorecidos, estimulados por el interés en el duelo traumático.

También ha habido importantes contribuciones clínicas a la pérdida parental en la literatura (Akhtar, 2001; Cournos, 2001; Lampl-De Groot, 1983; Miller, 2006). Podríamos resumir las contribuciones recientes del psicoanálisis entendiéndolas como un intento de generar nuevas y creativas intervenciones terapéuticas en el niño en duelo.

A partir del trabajo en el Barr-Harris Children’s Grief Center (Altschul, 1988), asumimos que el duelo del niño no se ajusta o no sigue una línea recta. Los niños penan por partes o segmentariamente, acercándose a la pérdida con cada reciente desarrollo del equipaje emocional y cognitivo. Esto les permite hacer frente a los diferentes aspectos de la pérdida durante las diferentes fases evolutivas. Clínicamente, puede ser útil permitir que el niño en duelo abandone la terapia, con la opción de volver más adelante para ir más allá en el trabajo de duelo en niveles superiores del desarrollo, en lugar de establecer una lucha en torno al duelo cuando el niño es incapaz o aún no está preparado. No apreciar tal eventualidad podría interferir con sus necesidades y el deseo de volver para completar el trabajo del duelo en un momento posterior.

La ingenua creencia de que los niños no penan ha sido, por suerte, descalificada desde hace mucho.

Nuestro trabajo indica que para un niño, el perder a uno de sus progenitores por fallecimiento, es un importante traumatismo similar a una pieza que falta en la estructura. En consecuencia, el duelo de este tipo de pérdida se convierte en un proceso de por vida y en un camino alineado con las progresiones y regresiones del desarrollo. Durante cada hito del desarrollo el niño deberá volver atrás con el fin de repensar, rehacer y reconstruir los diversos elementos de esta pieza perdida.

Características específicas del duelo infantil

Nagera (1970) citaba a Freud (1917) y Deutsch (1937) respecto a la importancia del papel de la ambivalencia en la reacción a la pérdida. Estos autores señalaron que la presencia de una intensa ambivalencia llevaría a una más intensa, excesiva, o prolongada forma del duelo en el adulto. Sabemos que en los niños en general, y especialmente en los niños más pequeños, la existencia

de potentes sentimientos de ambivalencia hacia el mundo objetal es la norma.

Bowlby (1960), después de delinear las tres fases de la pérdida afectiva (protesta, desesperación y desapego), señaló que la fase de la protesta evidenciaría el problema de la ansiedad de separación; la fase de desesperación el problema de la pena y el duelo; y la fase del desapego el problema de la defensa. La tesis que adelantó fue la de que las tres respuestas - la ansiedad por separación, la pena y el duelo, y la defensa - serían fases de un proceso único y que al ser tratadas como tal, cada una iluminaría las otras dos.

Como en el caso del adulto que anhela y echa de menos a una persona en particular y por lo tanto no puede encontrar consuelo en otras compañías, sean del tipo que sean, lo mismo ocurre con los niños dolientes que en un primer momento rechazan las aportaciones de los que cuidan de él. A pesar de que sus peticiones de ayuda son clamantes, a menudo su comportamiento es tan contradictorio y frustrante para el cuidado potencial como lo es el del adulto que acaba de enviudar.

Muchos autores han postulado que la experiencia de pérdida a comienzos de la infancia es de las que implica mayores consecuencias en la personalidad en desarrollo.

El mismo Bowlby (1963) señala que:

...Las respuestas al duelo que se observan con frecuencia en la infancia y temprana infancia poseen muchas de las características que son las señas de identidad del duelo patológico en el adulto, resultando ser casi la norma en las respuestas al duelo corriente en los niños pequeños...

...La hipótesis es que, lejos de ser patológica, una expresión abierta de esta furiosa lucha por recuperar el objeto perdido es un signo de salud y permite a los dolientes renunciar gradualmente al objeto. Lo que parece caracterizar la patología del duelo es la incapacidad de aceptar y expresar este esfuerzo; en su lugar, se convierte en represión e inconsciencia y, por lo tanto, el aislamiento del cambio persiste...

Grinberg (1963) indica que se pueden apreciar no sólo procesos de duelo en los niños, sino también una vasta complejidad de fantasías inconscientes y de los sentimientos que involucran: "El carácter específico que los diferencian de los duelos que se desarrollan en el estado adulto, es el mayor uso de la negación y la identificación proyectiva, explicable por la mayor labilidad del Yo del niño y su mayor angustia frente a la muerte".

Fleming y Altschul (1963) hicieron referencia a cómo: Los patrones de comportamiento inmaduro parecían

estar correlacionados con el nivel de desarrollo alcanzado por cada paciente en el momento de la pérdida. La intensidad del peligro dependería así del grado de impotencia experimentada en la separación. Cuanto más inmaduro fuera el yo, más necesario sería el objeto y, en consecuencia, más intensa la ansiedad que se experimentaría como resultado de la pérdida.

Furman (1964) señaló, siguiendo en ésta línea:

Si el primer contacto del niño con la muerte implica a una persona profundamente amada o vitalmente necesitada, entonces el dolor afectivo y el temor de que las necesidades de realidad queden insatisfechas podrían, bajo la influencia del eje del placer-dolor, impulsar la percepción del pensamiento consciente como insoportable.

La experiencia indicaría que la mayoría de los niños que no han sido capaces de lidiar afectivamente con la muerte en su primer contacto con ella, sí pueden llegar a serlo más tarde en una segunda ocasión.

Continúa:

Cuando a la muerte la precede un período de deterioro gradual del progenitor, esto puede evocar en el niño un intento de renunciar al objeto antes de tiempo, una reacción que puede intensificar considerablemente su sentimiento de culpa después de la muerte. Las posibilidades de que se dé tal reacción parecen aumentar si a un niño demasiado pequeño se le exige que domine el concepto de muerte mientras un ser querido está muriendo.

Más adelante, Nagera (1970) argumenta detalladamente:

Algunas de las respuestas características en el duelo infantil son: la corta duración de la tristeza; la incapacidad para mantener el duelo; el uso masivo de la negación y la transformación del afecto en su contrario; la incapacidad para captar la realidad de la muerte; la búsqueda de sustitutos; la simultánea (abierto e insidiosa) formación de síntomas y la lenta y progresiva deformación del carácter; el miedo del "contagio" que podría llegar a causar la propia muerte, acompañada a menudo de fantasías de reunión, etc. Reacciona con ansiedad, con múltiples formas de regresión en el lado de los impulsos, ocasionalmente abandonando ciertos logros del yo, y puede desarrollar formas anormales de conducta.

Continúa:

A diferencia de un adulto, un niño en duelo debe lidiar no sólo con la pérdida inmediata, sino también con el impacto de la pérdida en las etapas posteriores de su desarrollo. Puede que no sea posible separar las reacciones a la muerte de las dificultades debidas al

“vacío evolutivo” de un progenitor perdido. La presión de las fuerzas internas del desarrollo interfiere con la posibilidad de una pausa para el duelo. Por lo tanto, así el duelo es posible bajo esta multiplicidad de presiones del desarrollo que tienen lugar simultáneamente con, y subordinadas a, tales necesidades del desarrollo y repercusiones de la pérdida sufrida. No es lo bastante tenido en cuenta el hecho de que si los objetos relevantes están ausentes, especialmente durante ciertas etapas, está en la naturaleza de muchos de esos procesos del desarrollo el recrear al objeto de nuevo: hacerlo volver a la vida en fantasía o atribuir los roles, tal y como el estadio de desarrollo requiere, a una figura adecuada disponible en el ambiente.

Siguiendo en esta línea, Baranger (1980) añade: “El muerto permanece en cierta forma vivo (...). Este estadio muerto-vivo del objeto se observa con regularidad en el trabajo normal de duelo (...) como si el sujeto no se hubiera percatado de la muerte del objeto sino de una forma superficial y no creyera en ella en el fondo”. Recalquemos que para este autor el trabajo de duelo consiste en “...la paulatina transformación de un objeto muerto-vivo en una representación, en un conjunto de recuerdos como los demás”. Propone entonces considerar que el trabajo de duelo supone, en términos metafóricos “...una matanza activa y paulatina del objeto, ya que aceptar el hecho de la muerte equivale a privarlo del tipo de existencia interna que sigue manteniendo”.

Volviendo a lo comentado anteriormente, Campo (1984) insiste en que “Los efectos de la privación (si ésta ha sido importante) son más devastadores aún que no la muerte de uno de los progenitores”.

Sekaer (1986) sugirió el término “duelo infantil” para el proceso por el cual los niños pueden encarar una pérdida y continuar con normalidad el desarrollo. La noción de duelo infantil enfatiza las diferencias con el duelo adulto, mientras que al mismo tiempo destaca que la desinversión, la identificación, la prueba de la realidad, la comprensión cognitiva de la muerte, y otros aspectos del duelo adulto pueden ocurrir, pero de una manera específica en los niños.

Argumenta que tras un análisis más detallado de los procesos creativos y los fenómenos transicionales en los niños en duelo, el término “progenitor imaginario” resulta ajustado para referirse a las fantasías de los progenitores muertos como aun vivos; tales progenitores imaginarios pueden ser gradualmente desinvertidos a medida que las necesidades del niño acerca del progenitor disminuyen.

Sekaer (1986) señala que en el duelo infantil el concepto de “probabilidad” (la idea de que lo que le haya sucedido

a su progenitor sea algo poco probable que le suceda a él o al progenitor superviviente), es decir, “la probabilidad estadísticamente baja”, no puede ser invocada como un consuelo, tal y como lo es en el mundo adulto.

Si uno siguiera confusamente el modelo adulto, se podría centrar en ayudar al niño a aceptar la finitud de la muerte y el desinvertir a los muertos. Pero si para un niño es mejor evitar un vacío evolutivo, la respuesta óptima podría ser transferir el vínculo a otra persona o mantener la inversión del progenitor fallecido hasta que pudiera ser, más adelante, retirada más lentamente.

Bonnet (1992) añadirá más adelante:

El niño va a volver a preguntarse (una vez vencida la renegación) qué es la muerte y qué sucede con el muerto, preguntas que suele formular en términos de prohibición, de localización y de relación, mostrando el impacto de ciertos cambios que percibe (¿Dónde está papá? ¿Estará solito? ¿Por qué papá no se mueve? ¿Por qué mami no quiere jugar?). Estas preguntas permiten entrever que la significación de esa muerte empieza a ser para el niño algo personal ligado a su proceso de historización. Los niños pueden necesitar tiempo para hacer estas preguntas. Tiempo en el que poner en acto renegaciones, tiempo de identificación con el objeto perdido, tiempo para palpar los bordes de lo posible y lo imposible, tiempo para que la alternancia de presencias y ausencias le permita juntar y diferenciar (como señaló Winnicott) ausencia, muerte y amnesia.

En este sentido, uno de los proyectos de investigación más interesantes que se han realizado es el de la Harvard Childhood Bereavement Study, cuyos resultados fueron publicados en un artículo de Silverman & Worden (1993). El estudio abarcó a todas las familias vistas por los directores de funerarias del área de Boston, en las que un progenitor había muerto dejando tras de sí niños de entre de 6 y 17 años de edad. La mitad de las familias elegibles estuvieron de acuerdo en participar. Había 125 niños cuya edad promedio era 12. Cuando los niños fueron entrevistados a los cuatro meses de la pérdida, el 57% informó que hablaba con el padre fallecido; y el 43% de éstos, la mayor parte de los más jóvenes, sentían que obtuvieron una respuesta. El 81% experimentó al progenitor como observándolos desde más allá, una fantasía por tanto casi universal. Después de un año, la mayoría de los niños todavía se sentían observados. Así pues, la mayoría de estos niños trataban a sus progenitores fallecidos como si aún estuvieran con vida de algún modo. Estos autores sugieren que la aceptación de la realidad de la muerte puede significar encontrar una manera en la que los progenitores siguen viviendo en algún sentido en la

vida del niño.

Ihlenfeld (1998) subraya también como característico de duelo infantil:

Siempre que un niño debe vivir la experiencia de muerte de uno de sus padres encara una separación irruptiva que de algún modo fractura el eje de su continuidad vital. Se aproxima al saber de una verdad descarnada que golpea su narcisismo en momentos formadores del yo. Se enfrenta al dolor de la pérdida provocada por la ausencia irreversible que a su vez le anuncia el desvanecimiento de un vínculo proveedor de sostén. Las fantasías asociadas giran en torno a temas de frustración, desesperanza, desesperación, muerte, suicidio, crimen, y realtos de verse atrapados, perdidos o abandonados.

Hug-Helmut (1998) añade:

Ningún acontecimiento dentro de los abundantes fenómenos de la vida humana resulta insignificante para el niño (...) Una vez que se da cuenta del eterno misterio de la vida, lo persigue como objetivo de toda investigación, tanto en el juego como en serio. Porque en la vida y en la muerte ve el amor y el odio, la crueldad y la compasión enlazadas. Disfraza lo trágico cuando la muerte, aun la de sus padres, sucede en su ambiente. A pesar de la opresión que no puede hacer desaparecer completamente, descubre una causa bienvenida para obtener la atención general y la simpatía; en resumen, una muestra de amor abundante e inusual.

Más adelante Heineman (2000) aclara y amplía nuestro campo de visión:

Todo el mundo del niño, tanto interno como externo, se transforma a causa de la muerte de un progenitor; se enfrenta así al malestar y la desorientación de un ajuste no deseado a patrones relacionales desconocidos y ritmos alterados de la familia. Una de las consecuencias psicológicas de la pérdida en la temprana infancia es que el peso de los años y las experiencias positivas no pueden compensar el impacto de esa pérdida. Sabemos a partir de observaciones y experiencia clínica con los niños en duelo que en el desarrollo sano estos niños volverán a visitar y revisar su comprensión de la muerte y su impacto en sus historias personales, en sus capacidades cognitivas y afectivas de crecer y cambiar.

Cournos (2001) pone el acento en el objeto interno:

Desde esta perspectiva, muchos niños pueden encontrar útil mantener una fantasía que incluye una interacción activa con el progenitor fallecido. Al igual que cualquier ser sobrenatural, puede ser atemorizante o vengativo pero, sin embargo, sirve para muchos propósitos importantes. Sostiene el sentido de integridad del niño, porque todos los niños necesitan a sus progenitores para

esta función. Ayuda a resolver los conflictos de lealtad al permitir la existencia psicológica del progenitor fallecido como insustituible junto a los nuevos cuidadores vivos. Se convierte en parte de la gestión de importantes hitos del desarrollo que podrían, si los progenitores siguieran viviendo, requerir de una renegociación que ahora puede tener lugar sólo en la imaginación del niño. Si el subsiguiente desarrollo del adulto avanza bien, esta adaptación se convierte en cada vez menos importante.

Tizon & Sforza (2008) aportan un punto de vista complementario:

Otros factores a tener en cuenta, si deseamos comprender las vivencias y reacciones del duelo en la infancia, son las características de la persona perdida y la relación que poseía el niño con esa persona. La respuesta emotiva puede ser muy diferente según que esta relación haya sido de amor, de temor, de resentimiento o de conflicto irresuelto. Incluso las características temporales del suceso de la pérdida son importantes, porque las reacciones serán muy diferentes en relación con el modo (imprevisto, gradual, violento) en que ha sobrevenido la pérdida.

Siguiendo en la línea objetal, Ianni (2009) concluye:

El destino de la pérdida del objeto parental acontecida durante la infancia - en tanto constituye objeto de identificación y de soporte narcisista - no es el de ser un mero recuerdo, desligado de toda esperanza de reencontrarlo en el porvenir, como Freud nos propone para pensar en el duelo normal. La infancia le plantea al duelo una problemática paradójica: el objeto perdido debe poder desinvertirse pero mantenerse investido. El niño debe poder renunciar a la posesividad del objeto-progenitor, debe poder enterrar al muerto, debe poder dejarlo ir sin que le signifique una renuncia al progenitor. El objeto debe poder ser perdido y conservado a la vez.

Y acaba:

Las observaciones clínicas permiten considerar que la elaboración en la infancia no está vinculada a que el objeto perdido devenga una representación, un recuerdo como los demás, desactivado. En el caso que aquí nos ocupa - la muerte real del padre- se asistiría a una situación paradójica. Por un lado, el proceso elaborativo posibilita que el aparato psíquico tienda a desinvertir aquella representación que devino hiperintensa y que el amor mitigue al odio. Pero al mismo tiempo, el yo no puede proceder a la matanza activa de un objeto que es no sólo objeto de identificación sino también soporte narcisista para un yo en desarrollo. Aun cuando el proceso elaborativo permita que el objeto muerto-vivo devenga una representación no podremos contentarnos con

postular que dicha representación quede desligada de toda esperanza de reencontrar al objeto en el porvenir. Por el contrario, lo que propongo como característico del duelo en la infancia es que el destino de la imago paterna debe permanecer disponible, conservarse activada, investida. El proceso elaborativo debe permitir que puedan ser simbolizadas las múltiples constelaciones afectivas que a ella se anudan sin que su destino inexorable sea el convertirse en recuerdo.

Secuencia evolutiva (Ruda Santolaria, 2002; Tizón & Sforza, 2008)

1.- Primera infancia (en estadio sensorio-motor, hasta los 2 años)

Aún no es posible hablar de la formación de un concepto complejo, y por tanto tampoco del concepto de muerte. Recién entonces aparece el pensamiento, imprescindible para la función simbólica, y ésta presupone que se haya adquirido la conciencia de permanencia del objeto. Antes de esta edad, en todo caso, sólo podríamos referirnos a la actividad de percepción (Piaget, 1981). Sin una concepción clara de causa o finalidad, carece de comprensión cognitiva de la muerte.

A esta edad los niños perciben vívida y rápidamente cualquier cambio en la organización externa de los cuidados que recibe. En este sentido, dada su inmadurez y dependencia, cualquier ausencia es vivida como un peligro para la supervivencia, enormemente peligroso y potencialmente catastrófico.

Antes de los diez meses valdrá la pena intentar que las alteraciones en el interior de la familia recaigan lo menos posible sobre la organización de los cuidados de los niños. La constancia del ambiente será uno de los factores que más puede ayudar.

Antes de los tres años, a la hora de darle explicaciones, hay que hacerlo con informaciones que pueda comprender fácilmente, usando palabras muy simples. El niño posee una necesidad extremada de sentir la proximidad de su cuidador o cuidadora, y ante sus preguntas y demandas habrá que ofrecer una escucha paciente y darle respuestas claras, en tono apaciguado, con gestos tranquilos y seguros.

2.- El niño pequeño o preescolar (en etapa preoperacional, de 2 a 7 años)

Posee un pensamiento egocéntrico, mágico, animista, y una percepción imperfecta del tiempo y la causalidad (Piaget, 1981); tiende a percibir la muerte como algo gradual, incompleto y reversible, que en ocasiones es

entendido como un castigo o como resultado de sus actos, pensamientos o deseos, con la consiguiente carga de culpabilidad.

Sin embargo, cuando se concreta la muerte de un ser querido, el niño menor de 5 años la va a experimentar como una separación prolongada, cargada masivamente de sentimientos de tristeza y angustia. Su aflicción suele ser intensa pero breve y recurrente.

A partir de los seis años ya podemos usar el diálogo para proporcionarle respuestas claras a sus preguntas, a menudo inacabables. Es importante saber qué piensa y siente, y esto se puede hacer con una actitud de escucha abierta, sin emitir juicios o consejos demasiado pronto. Los cambios de la organización y estructura de la familia son un tema que ya habrá que afrontar junto a él. Es oportuno informarle de lo que va sucediendo y ayudarle a participar en la reorganización de la vida familiar. Puede participar en ritos conmemorativos, si antes se sondea su disponibilidad emocional poniéndole al corriente de todos los aspectos organizativos.

Entre los 3 y 5 años

Durante mucho tiempo la muerte no significa un final trágico, sino simplemente una separación temporaria. Por lo tanto no le parece extraño desearle la muerte a alguien cuya presencia significa restricciones en su libertad que lo amenaza con una pérdida de amor. Los deseos de muerte ocasionales contra la madre, se convierten en una fuente de compasión y de preocupación.

Alrededor de los 4 años el estar muerto puede significar una disminución de las funciones vitales. Por ejemplo: no correr ni comer, y poder hablar sólo muy bajito. Estar muerto significa todavía estar quieto por un tiempo, dormir, estar en otro lado, pero siempre está el poder del hombre para cambiarlo. En este concepto, el inconsciente del niño encuentra permiso para ejercer su sadismo. La crueldad con los animales y los deseos de muerte contra personas cercanas a él parecen ser una sobrecompensación, como la exagerada compasión con las criaturas muertas y la creencia del poder del hombre sobre la vida y sobre la muerte.

En esta franja de edad, todavía no es capaz de gestionar los conceptos de tiempo y finalidad; el egocentrismo y la omnipotencia le llevan a personalizar la experiencia, pudiendo sentir la muerte como un castigo por su mal comportamiento o por sus fantasías agresivas.

Podremos acompañarle con palabras claras y simples, sin alimentar fantasías terroríficas, tratando de proporcionar ejemplos concretos. Ha de ser ayudado a reconocer sus sentimientos y a no sentirse culpable de todo lo que ha pasado. Vale la pena decirle directamente

que las personas no mueren a causa de lo que decimos o lo que pensamos. Es frecuente que el niño repita que la persona volverá o que no es verdad que esté muerta. No hay que alarmarse por estas frases y conductas. Incluso vale la pena facilitar la aparición de esos sentimientos a través del diálogo, el juego o el dibujo.

3.- Latencia y comienzos de la pubertad (en etapa de operaciones concretas, de 7 a 11 años)

Se establecen las categorías de tiempo y espacio más cuantitativas, se acerca el descubrimiento de que todos somos mortales, aunque el niño sigue anteponiendo la muerte de sus padres a la suya propia. Es decir, no ha adquirido de forma sólida la noción de universalidad, de que la muerte nos alcanza a todos, y por tanto no ha adquirido de forma estable el concepto de la propia mortalidad.

Hostler (1983) señala que, en esta etapa, los niños muestran la tendencia a personificar la muerte como un ser con existencia propia o la identifican con una persona muerta. Varios autores consideran la personificación de la muerte como un mecanismo de defensa necesario contra el miedo en el niño.

La idea de la continuidad espiritual del sujeto después de la muerte no impide la adquisición de nociones de permanencia e irreversibilidad de la misma, logros que, de acuerdo con las descripciones de Piaget, se alcanzan en la medida en que se accede a la fase de operaciones concretas, etapa en la cual la muerte es comprendida como un fenómeno universal e inevitable.

A la edad de 10 años la mayoría de niños considera la muerte, en general, como un fenómeno permanente y universal. Ello se hace posible por el acceso incipiente a las operaciones formales que implica la capacidad de llevar a cabo razonamientos abstractos y enfrentarse a problemas de complejidad crecientes que van más allá del aquí y del ahora.

Por todo ello es importante estar atento al tipo de comunicación que escoja el niño, sabiendo que no siempre recurrirá a manifestaciones verbales directas, sino con frecuencia también a otras de tipo simbólico (a través de juegos, dibujos, cuentos y representaciones de la vida cotidiana). Spinetta (1983) recuerda que “existen distintos niveles de conciencia de la muerte antes que el niño se valga de un lenguaje de tipo adulto para discutir el concepto adulto de muerte”.

En estas edades ya es lo bastante mayor como para que pueda participar activamente en los temas que tienen que ver con la muerte de la persona querida. Hay que fomentar que pregunte y pida explicaciones, y

hay que responderle teniendo en cuenta sus opiniones. Hay allegados a la familia que pueden colaborar en la comunicación afectiva, porque algunos niños se abrirán más fácilmente a personas que no formen parte del núcleo familiar más íntimo.

4.- Preadolescencia (alcanzada la etapa de operaciones formales, de 11 a 13 años)

La posibilidad de pensar que, tal vez, los padres lo sobrevivan a uno (Saholaver, 1995) no es normalmente accesible hasta que deviene el desarrollo de un pensamiento más abstracto (Hipotético-deductivo en términos de Piaget), alrededor de los 12 años.

En esta franja de edad ya es capaz de considerar la muerte como un suceso que afecta a todos los seres vivos y puede comprender la diferencia entre vivir y no vivir. Comienza a interesarse por los aspectos biológicos de la enfermedad y los detalles que caracterizan los ritos funerarios y los ritos de luto. Comprende mejor la propia mortalidad y ese conocimiento puede procurarle intensa angustia.

5.- Adolescencia (14-18 años)

No hay ninguna duda de que en la adolescencia normal están establecidos todos los factores nombrados por diferentes autores como precondiciones necesarias para la realización del proceso de duelo en el adulto. El desarrollo del yo del adolescente es tal que puede entender las completas implicaciones y finitud de la muerte.

En la adolescencia, las consecuencias existenciales de la muerte se adquieren al tiempo que crece la capacidad de pensamiento formal y abstracto. Puede comprender el sentido de la propia muerte y ese tema le lleva a fantasías y temores que no es raro que le produzcan cierta angustia. Puede sentirse tentado a negar la propia condición de ser humano mortal a través de comportamientos de riesgo, actitudes impulsivas y peligrosas.

Posee mayores capacidades elaborativas psicofísicas, pero a su vez presenta las dificultades propias de estar viviendo el paso evolutivo entre la infancia y la edad adulta, un paso lleno a su vez de cambios, pérdidas y duelos difícilmente comprensibles y elaborables durante meses y años. Las actitudes de evitación de los sentimientos son frecuentes. Aparecen fuertes manifestaciones de ira y resentimiento, pérdida de confianza, sentimientos de culpa y vergüenza, y en ocasiones pensamientos depresivos e ideas suicidas. Al lado de actitudes de negación y aislamiento, paradójicamente pueden presentarse también intensos temores, como el terror a que pueda repetirse otro duelo en la familia, o temores a

la enfermedad, a la muerte y al futuro.

A estas edades tienden a reaccionar con acciones o vinculaciones impulsivas, o adoptar actitudes cuidadoras. Reaccionan con estilos contradictorios, que van desde el apego excesivo a los familiares hasta un distanciamiento también excesivo. Se mueven entre una sobreconfianza a veces temeraria y una inseguridad ante la vida, así que habrá que intentar que no asuman excesiva responsabilidad y excesivas expectativas respecto a la situación, sin dejar de hacerles partícipes y de valorar sus opiniones.

Es relativamente frecuente que los adolescentes queden vinculados a idealizaciones del progenitor muerto, que habrá que considerar con cuidado y tiempo. A menudo ayudando a los familiares es como mejor ayudamos a los problemas y al desarrollo del adolescente.

Grupo familiar y mundo adulto

Barnes (1964), ya hace medio siglo, no pierde de vista la importancia de la reacción de los vínculos disponibles del niño a la pérdida del progenitor:

Muy importantes en la formación de las reacciones del niño a tal grave pérdida serán el tipo y la cantidad de ayudas emocionales disponibles para ellos por parte de los miembros en luto de su familia. Éstos últimos, en tales circunstancias, podrán necesitar ayuda en el reconocimiento de las adaptaciones defensivas tales como la negación, la inversión del afecto, el desplazamiento, las actuaciones... Ayuda que necesitarán con más frecuencia cuando la ansiedad acerca de la muerte sea desplazada hacia las enfermedades comunes y las separaciones, y en esas ocasiones en que la negación de la finitud de la muerte se base en conceptos erróneos de la realidad y en el pensamiento mágico. Los niños no pueden ni deben ser protegidos de experimentar ningún dolor.

Añadiríamos que los niños deben, en todo caso, ser protegidos de experimentar un dolor excesivo, innecesario o no gestionable desde su momento evolutivo.

McDonald (1964) señala, con cierto pesimismo, que "Más frecuentemente encontramos en los adultos negación e incapacidad para observar y sostener las dolorosas respuestas de los niños".

Nagera (1970) enfatiza respecto a las defensas de denegación en el niño:

Los adultos desean ahorrar sufrimiento al infante y resguardarlo de hechos importantes o, incapaces de tolerar su propia tristeza, prohíben a los infantes mencionar el evento doloroso. Los niños hablan acerca de sus padres muertos como si ellos estuvieran vivos o, cuando comprenden el hecho de la muerte, intentan denegarlo

desde fantasías de re-nacimiento o retorno desde el cielo. En algunos casos esto ocurre bajo la influencia directa de madres que escondieron la verdad a los niños para evitarles sufrimiento; en otros casos, fantasías de idéntica índole son producciones espontáneas del infante. En las visitas desde la muerte los padres son, en todo caso, mencionados más a menudo que las visitas de los padres ordinariamente vivos.

Campo (1984) añade:

La negación y la disociación, por muy desarrollada que esté la capacidad de conceptualizar, se mantienen actuantes sea cual sea la edad del sujeto. De manera que la muerte, incluso más allá de los diez años, puede quedar oscurecida por ideas inculcadas por los adultos. De esta manera los niños pequeños elaboran teorías sobre la muerte de un ser querido (...) La idea de que los niños han de ser engañados, o de que se les ha de esconder cosas para protegerlos, dado que son sensibles, frágiles, e incapaces de tolerar demasiado tiempo el dolor y la tristeza, no es otra cosa que la expresión del mecanismo de identificación proyectiva a través del cual, el adulto, se desprende de sus propios aspectos infantiles y los adjudica al niño.

Respecto a la prueba de realidad, Pelento (1998) puntualiza:

En el momento de la muerte de un objeto significativo (como la madre o el padre o un hermano de un niño) ¿Cómo opera la prueba de realidad? ¿Quién la introduce? Sabemos que cuando fallece un adulto una serie de organizaciones sociales certifican a sus familiares esa muerte (los médicos, el certificado de defunción, los rituales de cada grupo social, etc.). En cambio cuando la muerte toca a un adulto del cual depende el niño y al cual iban dirigidos sus deseos, son otros adultos los que con palabras le deben informar de aquello que sucedió. Información nada fácil de compartir. Nada fácil porque es el mismo adulto el que frente a este hecho y como parte de su negación no solo expresa "no puede ser" sino que además tiende a sentirla siempre como un accidente, y no como una de las cosas más verdaderamente previsibles (...) Decir en palabras simples, sin atiborrar al niño de explicaciones, lo que sucedió, va a devenir prueba de realidad. Es importante ponderar cuándo los mecanismos de renegación y escisión le permiten al niño una moratoria benéfica y necesaria dándole tiempo para metabolizar ese hecho, y cuándo su intensidad, persistencia y exclusividad se constituye en factor de patología.

Y en cuanto al posicionamiento de los adultos, continúa:

Entendemos que en los duelos más tempranos el adecuado posicionamiento simbólico de los adultos

a cargo del niño puede actuar impidiendo que esa conmoción desmorone categorías ya adquiridas o altere su construcción. Este posicionamiento no tiene un carácter abstracto sino que supone sostener ciertas manifestaciones de inquietud o desborde emocional y pulsional visible a veces en alteraciones pasajeras de la conducta, por ejemplo en el incremento de demandas o en ciertos trastornos de sus funciones corporales (trastornos de sueño, de alimentación o indisposiciones físicas transitorias) (...) Otras veces los mecanismos maníacos puestos en acto por sus familiares visibles en la hiperactividad o en la necesidad de “ruido” para tapar el silencio, producen desasosiego en el niño o una depresión larvada o lo empuja a la manía. Otras veces el adulto lo coloca en el lugar de la víctima favoreciendo la constitución de tendencias masoquistas y/o la plasmación de beneficios secundarios (...) En otras ocasiones “el muerto” en la mente de su padre o de su madre se transforma en un rival invencible. Esto con regular frecuencia origina conductas temerarias o demandas muy intensas reclamando una mirada que el niño siente que su familiar le niega. La sobreprotección impide en otras ocasiones el despliegue de impulsos hostiles. En ocasiones el progenitor superviviente muestra lo que no puede tolerar, al querer brindar rápidamente un sustituto (no se excluye la posibilidad de que el impacto provocado por la pérdida se exprese precisamente con una aparente facilidad para aceptar objetos sustitutos).

Ihlenfeld (1998) ahonda en esta línea:

Puede suceder también que el niño quede trezado a la estructura defensiva rígida de un progenitor frágil congelándose así en el mismo niño la utilización de mecanismos desestimatorios de diferentes aspectos de la realidad. A la pérdida del objeto se agrega la pérdida de la ilusión narcisística de la omnipotencia infantil, tanto en lo que se refiere a sus posesiones afectivas como en el saber de los límites, de la irreversibilidad de las ausencias, de la finitud vital, incluso de la propia posibilidad de la muerte (...) Es natural que esta situación le quite disponibilidad al progenitor superviviente con su hijo, pues es sabido que la retracción narcisista propia de determinados períodos del trabajo interno frente a la pérdida incide en el reconocimiento que pueda hacerse de las necesidades de los otros. Para este progenitor su hijo, ahora huérfano, es de algún modo presencia del muerto y de la muerte en sí. Esto implica complejas dinámicas edípicas.

El niño quedaría inmerso así en una familia atravesada por la “recepción de la mortalidad” (Alizade, 1996), lo que le da una cualidad particular a esta experiencia. El progenitor que vive drena sobre su hijo su manera de

recepción de la finitud vital del progenitor que murió, así como también su propia representación sobre este acontecimiento.

El progenitor que sobrevive carga con un doble trabajo de duelo, el de la pérdida de su pareja, pero también el de reubicarse en el ser de un padre sin cónyuge frente a hijos huérfanos, lo cual a él también lo remite a angustias primarias de añoranza por el objeto protector y desvalimiento frente a la ausencia.

Inhenfeld concluye:

Diferentes autores han señalado que el modo en que un niño trabaja sus experiencias de pérdida está ligado a la subjetivación que de la misma puedan hacer los adultos con quienes convive. Ello se relaciona con la posibilidad que éstos tengan de recurrir a palabras que den cuenta tanto de lo sucedido como de los afectos desencadenados por la situación (Abraham y Torok, 1972; Aberastury, 1973; Hanus, 1976; Bowlby, 1980; Arfouilloux, 1986; Lebovici, 1994; Pelento, 1995; Inhenfeld, 1998).

Tizón & Sforza (2008) citan a Bowlby cuando éste afirmó que “no es posible elaborar completamente el duelo sin la presencia de otra persona, de un acompañante”. Y añaden:

Las dificultades son aún mayores si el adulto que ha de proporcionar la ayuda es miembro de la misma familia, o una persona muy próxima. En este caso, el adulto se encuentra con que también él mismo ha de afrontar el dolor de la pérdida de una persona querida, con toda la dificultad que ello supone y, además, ayudar al niño en su aflicción: una doble y difícil tarea.

ILUSTRACIÓN EN CASOS CLÍNICOS

Caso A: muerte repentina

Ángeles y Javier, de unos 40 años de edad, llegaron a consulta a causa de que su hijo Alberto, de tres años de edad, sufría de una alteración somática de origen indeterminado. Las exploraciones médicas no daban otra respuesta que no fuera la de atender al posible origen emocional.

Al llegar al centro, la madre acompañaba a Alberto cariñosamente con su mano apoyada en la zona específica de esta somatización, entre tapándolo, acompañándolo, acogiéndolo.

Ángeles era una mujer tenaz aunque frágil, dubitativa, con una tendencia melancólica subyacente y una capacidad sobresaliente para dejarse acompañar y sostener por su marido. Él, de orígenes andaluces, trataba de sacar hierro, bromeaba en un formato colaborador, se preocupaba por ella y por el hijo, y estaba dispuesto a aguantar mi tono más bien serio y algo profundo, sin

necesitar sacarme de mi lugar como terapeuta. Su hijo Alberto era un saco de nervios. Su gestión de los impulsos oscilaba entre la evacuación motriz de la ansiedad y la inhibición de aspectos sanos de la agresividad: rivalidad, narcisismo en desarrollo, reclamo de atención y afecto, exigencia de satisfacción de las propias necesidades...

Teniendo en cuenta los aspectos básicamente sanos del grupo familiar, su disponibilidad para trabajar en un sentido terapéutico, y asumiendo la etiología muy probablemente psicósomática de la sintomatología de Alberto, decidimos ofrecer a los padres un espacio de encuentros terapéuticamente orientados con un psicólogo. Nuestros objetivos eran los de aclarar los significados de esta comunicación de Alberto a través del cuerpo, y ayudar a los padres a acompañarle en sus dificultades de gestión de la ansiedad. En apenas diez meses de trabajo, a frecuencia quincenal, gracias al esfuerzo y confianza que los padres pusieron en el tratamiento, la sintomatología de Alberto había desaparecido casi por completo, y la comprensión de la significación emocional de esta psicopatización estaba consistentemente presente en el grupo familiar.

Satisfechos por el curso de su desarrollo, agotando una opción terapéutica que había funcionado adecuadamente, el caso se disolvía de nuestra urgencia diaria en la asistencia pública como se disuelven sanamente los vínculos que se agotan en el tiempo. Llegamos así, tranquilamente, al momento en que se implanta la despedida como organizador central de los encuentros.

En esta atmosfera de ligero deshacer, de destejer el vínculo terapéutico, llegó la noticia.

Un lunes, llegado al centro, una compañera vino ansiosa a mi encuentro, entre pasillos, urgida por las noticias que llegaban desde la escuela y el EAP de referencia (Equipo de Atención Psicopedagógica). El padre había fallecido.

Obeso, trabajador incansable, luchador... había sufrido un infarto fulminante. Así, sin aviso, sin compañía, sin preparación, sin despedida... falleció.

La vida y la muerte marcaron desde entonces la composición y la magnitud del reto evolutivo que tenía Alberto por delante. El alto coste y la profunda significación de la pérdida, pasaron entonces a un primer plano que dejaba muy de lado aspectos que hasta entonces habían sido centrales.

La muerte del padre puso al tratamiento en un lugar particular: insuficiente ante la magnitud del duelo y el tiempo necesario para llevarlo a cabo, pero necesario para acompañar a esta madre y a este hijo. Nuestro reto era el de que Alberto no se quedara también sin madre, que no cayera deprimida y aislada, perdiéndose entonces

los aspectos sanos de su vinculación con el hijo.

En tales circunstancias, el grupo familiar extenso se volcó sobre la díada madre-hijo. Las tías, los abuelos, las amistades... se organizaron para poderlos atender y sostener, tanto en un sentido emocional como organizativo y económico. La red primaria de asistencia, el grupo familiar y social, se hizo cargo del acompañamiento real al duelo.

Llegado el momento de retomar las sesiones, la silla vacía en el despacho junto a la madre, que tan a menudo tiene un significado sutil cuando no acude uno de los progenitores, era ahora una intensa y pesada mezcla de memoria y pérdida, ausencia y presencia. En el mismo despacho, en las mismas sillas, con el mismo profesional que los había atendido, venía ahora la madre sola, señalando o girándose hacia la silla cuando en sesión hablaba de él.

Nuestros retos terapéuticos, acotados en el escaso tiempo de atención que les podíamos ofrecer, eran modestos: por un lado ayudar a viuda y huérfano a organizar adecuadamente la comunicación inicial entre ellos, y la reorganización incipiente de su relación; y por el otro, organizar una derivación viable tras nuestra despedida.

Angeles estaba depresiva, abatida, desbordada. Le costaba mantener la mirada, hablaba en un tono lánguido y con un tempo lento; las comunicaciones se intercalaban con silencios apenados. Trataba de apoyarse en mí y en el espacio terapéutico para pensar en cómo ayudar a su hijo.

Su hijo Alberto oscilaba entre inhibiciones en la comunicación verbal y explosiones actuadoras en busca de activar desesperadamente a la madre, a la que intensamente temía perder y por la que se sentía parcialmente abandonado. Volvieron a aparecer las somatizaciones, las dificultades en el control de los impulsos...

Ambos miembros del grupo familiar, los supervivientes, flaqueaban en aquello que eran vulnerabilidades propias. Ambos necesitaban tiempo para decidir cómo iban a intentar salir adelante.

Alberto, un chico básicamente capaz, realizaba elaborados dibujos que la madre espontáneamente intentaba comprender a través de su significación. Una potente herramienta de trabajo y comunicación que nos fue útil en esta ocasión para dar lugar a un pensamiento conjunto entorno a qué comunicaba Alberto a su madre a través de estas esforzadas representaciones que le entregaba. Aquellos dibujos escenificaban una intensa búsqueda de comunicación con ella, que tenía lugar en la mediación del tratamiento.

El deseo de la madre era el de que su hijo no la viera llorar. A pesar de mis señalamientos desculpabilizantes, y a pesar de las peticiones más o menos evidentes de su hijo, la madre inicialmente no podía encarar esta experiencia de, digamos, compartir el sufrimiento que inesperadamente había llegado a ambos. Un compartir que abre las puertas a la esperanza de la colaboración, de la unión protectora que acompañe frente a la pérdida.

En sesión pudieron realizar algunos de los primeros pasos en el camino de reorganizar su relación, de encontrar su lugar en la nueva situación de grupo familiar doliente. Asumimos como necesidades centrales el que se pudieran respetar los silencios, las disociaciones, los sistemas defensivos organizados para protegerse en una situación tan sobreexigente; incluso el pasar buenos ratos juntos donde el olvido permita pausa y descanso. El reto en aquellas sesiones fue también el de tratar de poner en palabras más ajustadas las comunicaciones confusas cuando éstas existieron con claridad.

Esta madre tenía por delante uno de los mayores retos de su vida: el duelo por el marido muerto, la reorganización del vínculo materno-filial, resistir la tentación melancólica, y organizar todo este esfuerzo sin el sostén y el alivio de su fiel y entregado compañero, que marchó pronto, injusta e inesperadamente.

Al cabo de un tiempo, muy a nuestro pesar, las sesiones tuvieron que finalizar por cuestiones administrativas. Nos despedimos con dudas, con preguntas por responder. Facilitamos una posible derivación de garantías, que la madre prometió tener en cuenta si más adelante se decidía a buscar terapeuta. Ofrecimos una perenne puerta abierta a la comunicación para cualquier cosa que pudieran necesitar de nosotros en adelante. Y, eso sí, colaboramos en estructurar un seguimiento para el hijo que estaba más que tenido en cuenta en la escuela y por el referente del EAP.

Caso B: Suicidio

Javier era un chico de dos años largos con sintomatología típica de la que atendemos en los CDIAPs: mostraba dificultades en la organización del vínculo, particularidades en la comunicación, y una serie de intereses peculiares (como la preferencia por los números y las líneas, o la especial dedicación a objetos sólidos o metálicos). Se le diagnosticó dentro de los Trastornos del Espectro Autista o T.E.A. (Wing, 1995). Estas dificultades no eran de alta gravedad, y más bien pensábamos que con ayuda suficiente podría ir evolucionando dentro de sus posibilidades.

Javier asistía a escuela, trataba de comprender el mundo

a su alrededor, y conseguía aprovechar parcialmente las sesiones en psicología que incorporaban a los padres. Trabajábamos juntos para que pudieran profundizar en el conocimiento de las características y comunicaciones de su hijo.

Su madre, Alba, era una mujer seductora, algo torpe en la comunicación, y con un elevado monto de sufrimiento generado por las dificultades del hijo. Se defendía de la ansiedad acerca de su desarrollo en un formato algo sobreprotector y con una sutil tendencia a derivar culpas a la escuela. Alba se afectaba intensamente cuando las dificultades de su hijo quedaban evidenciadas en sesión o en la vida cotidiana.

El padre, Eduardo, era un hombre fuerte, grande, trabajador en un ámbito laboral especialmente conflictivo donde la fuerza bruta era esencial. Venía a sesión casi amenazante, altivo, impermeable. Negaba diametralmente las dificultades de su hijo, obviaba mis aportaciones, y en general menospreciaba el trabajo de los terapeutas. A pesar de su alto grado de hostilidad y su tamaño, algunos detalles de su apariencia amenazadora pero infantiloides nos dejaban vislumbrar al hombre-niño sufriente, enmascarado tras una fachada omnipotente, que no sabía cómo comunicarse, y que disociaba intensamente los aspectos propios frágiles, vulnerables, necesitados. Éstos acababan siendo proyectados e identificados intensamente sobre el hijo, a quien inoculaba temores desproporcionados y a quien sobreprotegía intrusivamente de peligros inexistentes.

El tratamiento avanzaba a duras penas, y con mucho esfuerzo Javier mostraba mejoras frágiles, tenues, algo desesperanzantes, en que el simbolismo y la representación acerca de contenidos mentales propios y ajenos relacionados con la afectividad eran difíciles de encontrar. De esta manera, sus principales dificultades en la órbita T.E.A. se mantenían estables. A pesar de ello, había mostrado avances significativos en la escuela, gracias a que la madre trató de preservar las sesiones enfrente de un padre muy reacio al tratamiento.

Un día cualquiera, llegando al trabajo, la secretaria me vino a buscar asustada y con cierta precaución. Habían llamado los referentes del EAP, solicitaban que nos pudiéramos en contacto en seguida con ellos porque el padre había muerto. Se había suicidado y Javier había presenciado la escena.

Parecía terrorífico imaginar que un niño con una mente tan frágil, con tantas dificultades de procesamiento emocional, hubiera sufrido no sólo una pérdida de tal magnitud, sino la visión de la escena... Lo encontraron madre e hijo en casa, en una trágica escena que no es

necesario relatar aquí. Era un suicidio organizado para ser encontrado por ellos, una muerte que cayera como una losa inamovible sobre el recuerdo de ambos; un suicidio agresivo, intrusivo, un acto de auto y heteroagresión.

Las frecuentes discusiones de pareja, que se habían acrecentado con las dificultades de Javier y su reconocimiento como tales, habían llevado a un deterioro progresivo que degeneró en amenazas directas de suicidio por parte de Eduardo (que jamás se nombraron en tratamiento), y que finalmente éste llevó a término. Resultó que hacía tiempo que amenazaba con la propia muerte, de forma un tanto perversa como más adelante conocimos.

Desesperanza, hastío, culpa, remordimiento, dudas, persecución... Este no era un caso de violencia de género en que un hombre acaba matando a su mujer; era el caso de un acto estrictamente agresivo, relacional, de inoculación de la culpa, en que el hombre se mató para dañar a la mujer, para meterse en su cabeza para siempre, oponiéndose irremediamente a los deseos cada vez más organizados de ella de separarse de él. Algo que Eduardo no pudo soportar.

El reto como terapeuta era el de poder recoger la demanda de otras instituciones, y la petición expresa de la madre de ayudarla a acompañar a su hijo en un momento tan extremadamente delicado. De nuevo nuestro principal reto era el de que Javier, habiendo perdido al padre en tales circunstancias, no perdiera también a la madre.

Organizamos inmediatamente sesiones sólo con ella, para poder recibirla, acompañarla, y tratar de conocer la situación actual real: las circunstancias del suicidio, el significado de la reacción de Javier, sus comunicaciones, etc. Esta madre, que mostraba hasta entonces una tendencia fóbico-contrafóbica, cedió entonces a una organización del vínculo paranoide.

La reacción de la familia de Eduardo fue especialmente virulenta, acusando a la madre y depositando en ella aspectos agresivos e intenciones en una órbita malintencionada. Quedó señalada socialmente por la acusación familiar, modificándose aspectos de su identidad social, pasando de ser una madre cuidadora y amenazada, a ser una viuda puesta en duda, ambivalente, temerosa y desorientada, con necesidad de ayuda y con sanción social indirecta.

Tratamos de que no quedara atrapada en este tipo de juegos proyectivos, que no se lanzara a litigios legales en pro de una deseada redención social. Existía el riesgo de que el espacio mental quedara anclado en una zona de pérdida-sufrimiento-culpa-persecución-deterioro, y por ello las sesiones funcionaron inicialmente como un

parapeto de salud mental: un espacio de clarificación, de dar lugar al duelo, la pérdida, la tristeza, y la necesidad de acompañamiento en primer plano.

Alguno de los temores iniciales de la madre consistían en que el hijo se pudiera convertir en un futuro perseguidor que, cuando tuviera mayoría de edad y uso de conciencia, la interrogaría acusatoriamente para sonsacarle lo que sucedió. En la fantasía temerosa de la madre, la culparía de lo sucedido. Es decir, el hijo superviviente como representante persecutorio del padre fallecido, representante parcial de la muerte. Nuestro trabajo consistió en acompañar a la madre en la construcción de un diálogo interno en que existiera cada vez con mayor claridad para la percepción del hijo como un ser frágil y necesitado, y no como un perseguidor idealizadamente omnipotente.

A medida que avanzamos en las sesiones, descubríamos que desde el fallecimiento de Eduardo, madre e hijo prácticamente no habían hablado. La familia materna empezó dándole al niño explicaciones confusas que negaban parcialmente el fallecimiento del padre. La ansiedad de Javier, que había visualizado una realidad muy distinta, se fue disparando. La negación se tornó más inaceptable, las dificultades para integrar la escena vivida con la representación narrativa que le proponían sus vínculos generaron una incongruencia creciente, y así fue quedando más sólo y desatendido en su necesidad de contacto con una interpretación de la realidad más consistente.

Javier preguntaba dónde estaba su padre, qué comía, por qué no quería volver. Incluso cuando finalmente la madre pudo explicar a su hijo la realidad de lo sucedido, se mantuvo esta ideación.

Al reincorporarse al tratamiento, sorprendentemente, Javier mostró a lo largo de la sesiones algunos progresos. No venía especialmente cambiado, no se apreciaba deterioro; más bien se mostraba alegre de volver a verme, dispuesto e interesado, y con dificultades similares a las que motivaron su consulta inicial. En sesión realizó varios dibujos poco elaborados que intentaban ser representaciones acerca de la muerte, acerca la pérdida del padre. Javier trataba de comunicar su propia explicación, trataba de encontrar un lugar donde las propias representaciones fueran escuchadas y reconocidas. Para ello usaba principalmente dibujos y más escasamente comunicaciones directas, preguntas.

Uno de los movimientos regresivos que mostró Javier fue el de una marcada acentuación de las actividades autoeróticas en el hogar. Esta conducta, sin embargo, fue poco a poco desapareciendo.

Sabemos que la tristeza no se puede mantener durante largos períodos a esta edad; un ejemplo en tratamiento era que la temática de la muerte aparecía y desaparecía de las sesiones, y se intercalaba con verbalizaciones o dibujos de amigos y mamás que iban a algunos lugares a divertirse, que eran felices...

Las sesiones continuaron un tiempo, y poco a poco madre e hijo se fueron reorganizando, se reubicaron del mismo modo en que lo hizo su contexto social. Habían conseguido iniciar la acomodación, habían iniciado la reconstrucción de su lugar en el mundo.

El día de la despedida llegó; un día sentido y difícil para los tres. Javier se mostró algo distante, y la madre, prudente pero decididamente, se decidió a darme un intenso abrazo de agradecimiento.

Nos despedimos con una mezcla de sentimientos, pero sobresaliendo el agradecimiento por haber permanecido disponible frente al impacto de la muerte, por haberles acompañado en una etapa de la vida crucial para el desarrollo y para el futuro común de ambos.

Caso C: Larga enfermedad

Arnau llegó a consulta al CDIAP con cuatro años de edad debido a una marcada tendencia a las conductas disruptivas y el opscionismo, habiendo protagonizando diferentes incidentes en la escuela. Tanto era así que aparecieron quejas de varios padres del grupo clase, y de algunas maestras especialmente afectadas por este tipo de dificultades: pegaba a compañeros, no atendía a la norma, salía corriendo en cualquier situación que le expusiera a un peligro físico real... Ya en edad tan precoz contaba con un largo historial de incidentes, que iban cada día a más.

Elisenda, su madre, era una mujer muy arreglada, nerviosa y de pensamiento concreto que traía muchas quejas a sesión, y que se mostraba en oposición al opscionismo de su hijo. Pau, su padre, tenía un aspecto deteriorado, con una marcada delgadez que hacía pensar en una salud precaria.

Al realizar las observaciones con Arnau, en las que se mostró tranquilo y capaz, no pudimos observar en consulta ningún aspecto que generara auténtica preocupación. Optamos por comunicar a sus progenitores esta impresión de salud, un diagnóstico de Variación de la Normalidad. Ofrecimos a los padres un espacio quincenal de reflexión en torno a la crianza y la vinculación con su hijo, que más tarde tuvimos que pasar a frecuencia semanal por la intensa demanda de ayuda que nos comunicaban.

Las dificultades de Arnau, en contra de nuestra expectativa inicial, iban en aumento. Las quejas de la

madre eran constantes, mostrando una ambivalencia intensa entre el deseo de que atendiéramos individualmente a su hijo por un lado, y la necesidad de mantener el espacio terapéutico con los progenitores por el otro. El padre, en cambio, acudía a las sesiones agradecido, interesado, en ocasiones algo distante... Trataba de sopesar mis intervenciones con un espíritu crítico que le costaba mantener entre sesiones. En ocasiones estaba algo pensativo, y por lo general se mostraba tan sereno en sesión como angustiada, incontentada y proyectiva lo estaba su mujer.

Al cabo de casi ocho meses de tratamiento los padres comunicaron, por primera vez, algo de lo que no teníamos noticia alguna: la necesidad del padre de ser tratado quirúrgica y químicamente. Tenía un tumor maligno operable que requería intervención y una posterior quimioterapia agresiva. Esto le exponía a una serie de posibles complicaciones y deterioros que hacían necesarios múltiples ingresos para prevenir la afectación a las vías respiratorias, a las digestivas, el riesgo continuo de complicaciones orgánicas, los derivados de la depresión inmunológica... Esta terapia oncológica que delimitaba un período de riesgo de uno o dos meses tenía una segunda fase organizada de un año de duración, con un riesgo de muerte del cincuenta por ciento.

Al fin, tras meses de secreto, silencio, dificultades de comprensión, cierta sensación de fracaso en el intento de ayudar, y acumulación de sinsabores... al fin podíamos conocer lo que realmente sucedía en aquel grupo familiar; al fin conocíamos lo que comunicaba Arnau con su conducta fuera de las sesiones.

Del mismo modo en que los progenitores no nos habían comunicado esta circunstancia en tratamiento, tampoco se lo habían comunicado a Arnau. Estos silencios, estas prohibiciones, normalmente suceden por la defensiva interretación de que el niño es demasiado pequeño para comprender (Martín, 2009), para intentarlo. De este modo, conocedor de que algo grave estaba sucediendo, Arnau no tenía una explicación correspondiente, no tenía acompañamiento ni validación. Su hermano, de mayor edad y con más capacidades, contradictoriamente recibía más explicaciones y con ellas más acompañamiento: para el hermano más desarrollado, más oportunidades y cuidados.

El riesgo muy real de muerte implicaba el reto de decidir cómo acompañar a Arnau en un período tan largo de incertidumbre, con una carga emocional y situación de grupo familiar tan potencialmente ansiógenas. Implicaba el reto de decidir cómo acompañarles, contando la madre con escasos factores de protección social y mostrándose

el padre intencionalmente evitativo en la comunicación.

De acuerdo a la complejidad de la situación, la edad del niño, y a la puntual disponibilidad de la institución, pudimos ofrecerles ampliar la atención a dos sesiones semanales: un espacio semanal para Arnau, y otro espacio semanal para a sus progenitores. Normalmente a éstas últimas sesiones venía sólo la madre, ya que el padre se ausentaba de las visitas cuando estaba siendo intervenido, por ingresos, operaciones, o por la necesidad de hacer reposo al regresar a casa tras unos días de tratamiento.

Las cosas empezaron bien, pero no tardaron en torcerse. Los períodos entre intervenciones se alargaban, el deterioro físico del padre aumentaba, y más pronto que tarde aparecieron complicaciones: durante una quimioterapia se descompensó, tuvieron que intervenirlo de urgencia, cayó en un breve estado comatoso, y pasó a recibir alimentación por sonda. Su aspecto físico se fue deteriorando, y su precaria salud era cada vez más evidente, más visible.

Durante este período Arnau no hizo sino deteriorarse con él. A pesar de nuestro acompañamiento y la muy tenaz dedicación de la madre, Arnau no podía soportar el sufrimiento durante un período tan extenso: aparecieron mayores dificultades en la escuela, más quejas de otros padres, tendencias más opositoras... Las sesiones con la madre o los padres se llenaban del relato de una larga serie de desencuentros y conflictos con la madre y el hermano, a los que cargaba con su ira descontrolada, con su tristeza torpemente comunicada.

Al cabo de unos pocos meses, el estado del padre fue cayendo en un deterioro cada vez más extremo, y finalmente murió, en el hospital, acompañado por la madre (que durante los ingresos permanecía a su lado, pasando Arnau y su hermano a convivir con los abuelos durante varios días).

Tras tanta experiencia de incertidumbre, tras tantas fantasías temerosas, tras tantas separaciones y reencuentros... la muerte. No en pocas ocasiones los esfuerzos más intensos, las organizaciones más comprometidas, las convicciones más tenaces de encarar de frente la enfermedad y las dudas de la vida, acaban siendo insuficientes. Y es que hay veces en que demasiado rápido han de aprender niños de esta edad que la vida y la muerte no dependen de la justicia, no dependen de la gestión propia, no dependen del reparto de las necesidades.

El impacto de ésta pérdida, de ésta decepción vital, fue devastador para el grupo familiar y para el niño: fue como si el duelo que se iba aplazando, las desorganizaciones

que iban sembrando riesgo, las defensas precariamente construidas, acabaran por cebarse sobre el cansancio del grupo familiar.

La madre y Arnau asistieron a las visitas un tiempo más. La familia extensa se hizo cargo de ayudar y de asumir parte de la crianza de los hijos; pero aún y así la madre tuvo que buscar diferentes empleos para poder hacer sostenible la economía familiar. Elisenda empezaba a flaquear y, a pesar de nuestros esfuerzos, la asistencia a las sesiones decaía.

El hermano mayor adoptó una posición de pseudomadurez tratando de acallar el propio sufrimiento y dedicar los esfuerzos al apoyo de la madre y del hermano, con el evidente coste en cuanto a comunicación de las propias necesidades y búsqueda de cuidados. Arnau más bien se desorganizó: asumió la voz quejosa, la descompensación, empezó a revelarse incluso en las sesiones individuales donde tan inmaculadamente había mantenido una buena vinculación. Llamaba tanto la atención en clase que acabó recibiendo tratamiento con psicofármacos ajustados a su edad.

Algo había cambiado en su identidad, en su lugar en el mundo. Mirado hasta entonces como un niño maleducado y en ocasiones descontrolado, había pasado de golpe a ser un huérfano: doliente, excepcional, frágil, necesitado. El sufrimiento oculto tras la sintomatología conductual, era ahora socialmente visible. En sesión, al igual que en la escuela, toleraba mal ser mirado con lástima, con temor, con condescendencia, y al mismo tiempo necesitaba de unos cuidados intensos e incondicionales. Conseguimos a duras penas acercarnos a hablar de sus emociones, y tan sólo a través de algún llanto descontrolado, o algún dibujo muy indirectamente relacionado, se atrevió a dejarse ayudar por mí.

La madre poco a poco se desinteresó del tratamiento. Este espacio que había servido para mantener el esfuerzo, para sostener la esperanza y mantener la perspectiva, había quedado impregnado de un aire de derrota e injusticia. Elisenda deseaba calladamente despedirse, agradecer, renunciar, no estar sometida al encuentro con las sesiones en las que anteriormente esperábamos esperanzadamente volver a recibir al padre. Había finalizado una etapa de la vida, y aparecía el deseo de dejar atrás algunas de las vinculaciones o lugares que habían formado parte de aquella etapa de sufrimiento.

Finalizó el tiempo de intervención en el CDIAP y en la despedida organizamos una derivación a un tratamiento vía privada, que implicara una oportunidad para la reorganización en este duelo de riesgo.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL FRENTE A LA REALIDAD CLÍNICA

A continuación trataré de exponer algunos de los principios básicos en base a los cuáles hemos organizado las intervenciones terapéuticas en nuestra experiencia asistencial.

Reorganización de la indicación terapéutica: no perder a la madre

Cuando en el transcurso de un tratamiento en grupo familiar muere un progenitor (en los casos que nos ocupan, muerte del padre), encaramos la desorganización del encuadre y los objetivos terapéuticos: hay que pararse a pensar. Hay que dedicar tiempo a digerir el impacto, constituir los andamios del nuevo encuadre terapéutico, y reubicarse en la nueva realidad del caso. La conclusión inmediata en nuestra experiencia fue la de que era necesario organizarse rápida y adecuadamente con un doble objetivo central: era prioritario atender a las madres en su sufrimiento y desorientación inicial; y era prioritario no descuidar al niño, explorar sus contenidos mentales confusos diferenciando la esperable desorganización de los factores de riesgo destacables. Nuestra máxima terapéutica a partir de ese momento fue la de trabajar para que el niño que había perdido al padre, no perdiera también a la madre.

Si ésta realizase un tratamiento individual en curso más valdría que nos apoyáramos en él o, si tuviera algún terapeuta de referencia, deberíamos valorar la utilidad de recomendar un espacio terapéutico individual para ella. Éste puede ser de sostén y apoyo o, en caso de tratarse de un duelo de riesgo, un espacio psicoterapéutico de tratamiento para prevenir una posible complicación posterior. Los CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos) serán siempre la opción pública a tener en cuenta.

En aquellos casos en que desde el CDIAP optemos por asumir el acompañamiento a la madre, estaremos ofreciéndole una opción con cierto grado de fiabilidad: reorganizar el espacio de tratamiento con un terapeuta y una institución a los que ya conoce, con los que existe una alianza terapéutica previa, donde las resistencias del cambio o de enfrentar lo desconocido son menores.

Perder al marido inesperadamente, al ser madre de un niño de unos escasos dos, tres o cuatro años, más aun siendo un hijo con dificultades lo bastante significativas como para estar siendo atendido en un CDIAP, es desde nuestro punto de vista un factor de riesgo en el que inicialmente prevalecería la necesidad de prevención e

intervención profiláctica.

Nuestro objetivo será doble: atender a la madre, y atender al hijo. Estando disponibles, cediendo protagonismo, podemos pensar conjuntamente en la situación del grupo familiar y en cómo se están organizando en tales circunstancias. Podemos aliarnos terapéuticamente con la madre para pensar conjuntamente en la situación, en la capacidad de comprensión y características del duelo del hijo, y en cómo se organizará en tales circunstancias. Preguntarnos qué necesita el niño del mundo adulto.

No podemos atender a la madre sin sentir que estamos desatendiendo al niño y viceversa. Es decir, un impacto de tal magnitud deja a todos parcialmente desatendidos, con necesidades individuales opuestas al cuidado del vínculo. Encaramos un estado emocional de grupo que implica un terreno fértil para la aparición de la culpa, para la lucha velada por los recursos, para las fantasías temerosas y las confusiones en la comunicación. En ésta dinámica la aparición de movimientos y necesidades de terceros que juegan su papel en el momento de crisis o, al fin, de desprotección del grupo familiar nuclear, puede hacer que éste último quede expuesto a necesidades o intereses ajenos.

Temor adulto a encarar a los niños con la muerte de un ser querido

Para los progenitores, a la hora de ejercer la crianza y acompañar sintónicamente a los hijos en el desarrollo, un reto central es el de tratar de diferenciar con claridad los contenidos mentales adultos y los infantiles. En los casos en que el contenido mental implica dolor intenso, es ansiógeno, o fuente de sufrimiento, frecuentemente encontramos más temores, confusiones, inhibiciones y tendencias evitativas en los adultos (bajo la intención de proteger al infante), que no escaso interés o ausencia de ideación en los niños. Los adultos fácilmente proyectamos nuestros aspectos más frágiles y vulnerables en los niños, quedando en ocasiones erosionado el reconocimiento de sus capacidades y posibilidades reales.

Cuando nos encontramos con una madre dañada y desubicada, que recién perdió al marido, comprendemos la magnitud de cambio que implica, la intensidad emocional y organizacional del proceso de duelo en curso, la modificación y erosión del sentido de identidad individual y la desubicación en los grupos de referencia, el esfuerzo que le queda por delante... Tratamos de ofrecer acompañamiento, en una crítica y compleja tarea con muchos factores de riesgo, a los que debemos añadir factores de protección (Tizón, 2004).

La primera duda que transmitían las madres con las que hemos trabajado en estas circunstancias es la de peligro en la comunicación. Su fantasía temerosa suele ser la de “Aquello que tanto me hace sufrir, es dañino y potencialmente nocivo ponerlo en la cabeza de mi hijo”. Y sin embargo los hijos, conscientes de lo sucedido según su nivel evolutivo, necesitan acompañamiento, encuentro viable, espacio para hablar, para preguntar cuando la tendencia defensiva es el silencio. Necesitan recibir explicaciones cuando las inhibiciones mutuas acuerdan desesperanza. Los niños necesitan hablar sin persecución, y en la intimidad de la propia vinculación con la madre puede habitar la oportunidad, en contraste con la excesiva necesidad de protagonismo de actores secundarios que excedan su cometido.

Aquellos que los niños desconocen, tienden a rellenarlo con fantasía

Los adultos han de distinguir entre aquello que es comunicable a los niños, y lo que no.

Ésta es una duda íntima, particular, cuya respuesta depende del estilo de personalidad del adulto, de la incipiente organización del vínculo con el niño, del estilo ideológico del grupo familiar, de la mística intergeneracional...

Acompañar al grupo familiar doliente en el tratamiento implica ofrecer argumentos válidos y pacientes, espacio disponible para la reflexión, para que cada madre poco a poco pueda decidir cuándo ha llegado el momento de hablar con su hijo, y qué quiere comunicarle.

Una de nuestras aportaciones como terapeutas puede ser la de aclarar a las madres que sus hijos, cuando no reciben una explicación suficiente y ajustada a la realidad de lo sucedido, suelen llenar estas lagunas con las propias fantasías. Los deseos y los temores pueblan, colonizan, estas zonas desterradas de la comunicación. Y hemos de ser claros en que las fantasías de un niño a estas edades son tal y como es su vida mental: precaria, en formación, confusa, autorreferencial, cargada de ambivalencia, con una consistencia lábil en el contacto con la realidad. Sin una explicación que acote esta realidad, los contenidos de estas fantasías pueden ir siendo progresivamente más desajustados, preocupantes, potencialmente generadores de sufrimiento y de desajustes posteriores.

Explicarse en lenguaje comprensible para el infante

Encontrar las palabras más adecuadas, los contenidos más apropiados, en el clima emocional más adecuado, es una aspiración irrealizable. Pese a la tentación de delegar en otro más capaz, estos son los momentos decisivos

de la vida y hay que poder ubicarlos en el lugar al que pertenecen.

Cada madre y cada grupo familiar extenso debe decidir; organizar sus propios recursos y debate interno, y en base a la propia experiencia y a la propia estructura, decidir. Tienen esa libertad y también esa responsabilidad. Los adultos del grupo familiar deberían consensuar una explicación, una base de comunicación común que sirva de marco grupal para las comunicaciones, que después tendrán un formato más individual en que cada miembro disponible podría realizar su aportación.

Es su derecho y responsabilidad decidir qué narración acompañará y condicionará al propio hijo, en qué formato, con qué tipo de contenidos. Reconocer este protagonismo legítimo, implica asumir el esfuerzo de mantener una postura terapéutica suficientemente neutral cuando no haya confusiones groseras en juego. Nuestro reto es el de respetar el estilo familiar, y al mismo tiempo acompañar en el proceso de decisión señalando posibles riesgos, y generar una contención suficiente como para que la amenaza de catástrofe no sea desproporcionada.

Respetar la ideología de cada familia entorno al significado de la muerte

Dentro de cada familia coexisten ideologías, creencias, explicaciones mágico-fantásticas, mitología compartida... Respetar éstos contenidos, acompañando al grupo familiar en la comunicación, legitimando su idiosincrasia y acotando los márgenes de lo razonable, es una labor terapéutica que podemos asumir desde los tratamientos que ofrecemos. Acogemos sus construcciones acerca de la vida y de la muerte, asistimos a sus reflexiones acerca de algo que está más allá de los tratamientos, que excede en parte nuestros modestos espacios de atención al mundo interno.

Asumiendo una postura de, digamos, respeto terapéutico, podemos ofrecer una idea evolutiva de la organización interna del niño, y de su desarrollo actual del concepto de muerte. El objetivo es que ésta colaboración acote y dé un contexto realista a las futuras comunicaciones de los familiares; podemos ayudarles a entender qué capacidad tiene el hijo para entender según qué tipo de explicaciones.

Prevenir al grupo de los factores de riesgo identificados

En una crisis y duelo de tal magnitud, es esperable la aparición de confusiones significativas y sistemas defensivos poco adaptativos. No ha de ser el objetivo del terapeuta el de embestir como una apisonadora los intentos de protegerse del sufrimiento, sino el de señalar

las zonas de riesgo; podemos colaborar en que el proceso de duelo sea lo más sólido (y por tanto progresivo) posible.

Algunos de los aspectos a los que habrá que prestar especial atención, como índice de dificultades, como factores de riesgo para el deterioro hacia un duelo patológico, son las negaciones hipertrofiadas que deterioren el criterio de realidad; los silencios enquistados; la exposición de intimidad o el aislamiento social excesivos; las exigencias poco realistas de comunicación; las explicaciones desorientadoras; las interferencias sociales sin contención suficiente; las hostilidades defensivas pasadas al acto de forma gruesa; la búsqueda compulsiva de depositarios de la culpa; los temores persecutorios no clarificados; etc.

Nuestro objetivo es el de contener éste tipo de dificultades para generar espacio mental disponible con el que el proceso de duelo avance, en que la idiosincrasia de cada camino individual tenga expresión y lugar. Los protagonistas del duelo, los que cargaran con él toda la vida, son madre e hijo. Mucho más allá del tiempo en que existirá un terapeuta a su lado, mucho más allá de lo que la movilización social e institucional los acompañe.

Silencio defensivo vs. persecución explicativa

¿Cómo afinar en encontrar un tempo adecuado para la comunicación? ¿Cómo sintonizar con las necesidades reales del niño? Las familias dolientes tienden a oscilar entre un silencio defensivo, evitativo, y una tendencia compulsiva a la explicación y rememoración constantes (en ocasiones incluyendo referencias directas a la muerte en situaciones inesperadas, como desahogo del adulto). En base al sufrimiento oscilan entre la retención y la evacuación comunicativa, entre un control rígido y un descontrol expulsivo.

Los terapeutas, desde una perspectiva sensata, una organización y encuadre contenedor, y unos conocimientos suficientes, podemos acompañar a la díada madre-hijo en su intento de construir una comunicación en que predomine la gestión, que tienda al encuentro y la colaboración: el impulso al cuidado mutuo que aparece junto a los sistemas defensivos.

Asumiendo que no es posible fijar el contenido ideal de este tipo de comunicaciones, haremos bien en dar una idea realista de esfuerzo y aproximación suficiente a aquellas madres o familiares que, en un momento tan delicado, afronten el complejo reto de estar disponibles para la comunicación con un hijo al que le acaba de cambiar la vida... como a ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1973). La percepción de la muerte en los niños. *Revista de Psicoanálisis de la APA*, 30 (3-4), 689-702.
- Abraham, N. & Torok, M. (1972) *Introjecter - Incorporer - Deuil ou mélancolie*. *Nouveau Revue de Psychanalyse*, 6, 111-122.
- Akhtar, S. (Ed.) (2001). *Three Faces of Mourning: Melancholia, Manic Defense, and Moving on*. Lanham: Jason Aronson Inc.
- Alizade, A. (1996) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arfouilloux, J. (1986). *Los niños tristes*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Baranger, W. (1969) El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y en los estados depresivos. En Baranger, W. & Baranger, M. *Problemas del Campo Psicoanalítico* (217-231). Buenos Aires: Kargieman.
- Baranger, W. (1980) Validez del concepto de objeto en la obra de Melanie Klein. En Baranger, W. & Cols. (Eds.) *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Barnes, M. J. (1964). Reactions to the Death of a Mother. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 334-357.
- Bonnet, M. (1992) Representaciones infantiles del muerto y destinos pulsionales. *N. A. n° 2*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1960). Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1963). Pathological Mourning and Childhood Mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 500-541.
- Bowlby, J. (1993) *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Campo, A. J. (1984) La depressió en la infància i la psicoteràpia psicoanalítica de les seves manifestacions. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 1 (2), 79-94.
- Cournos, F. (2001). Mourning and Adaptation Following the Death of a Parent in Childhood. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 29, 137-145.
- Deutsch, H. (1937). Absence of Grief. *The Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Evelson, E. & Grinberg, R. (1962). El niño frente a la muerte. *Revista de Psicoanálisis de la APA*, 19 (4), 344-350.

- Fleming, J. & Altschul, S. (1963). Activation of Mourning and Growth by Psycho-Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 419-431.
- Fleming, J. & Altschul, S. (1968). Denial and ego arrest. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 301-317.
- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. En *Obras Completas Tomo XIV 1984 (273-302)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas Tomo XIV 1976 (235-255)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1927). Fetichismo. En *Obras Completas Tomo XXI 1980 (141-151)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Furman, R.A. (1964). Death and the Young Child—Some Preliminary Considerations. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 321-333.
- Furman, E. (1974). *A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement*. New Haven: Yale University Press.
- Garber, B. (2008). Mourning in Children a Theoretical Synthesis and Clinical Application. *The Annual of Psychoanalysis*, 36, 174-188.
- Grinberg, R. (1963). El duelo en los niños. *Revista de Psicoanálisis*, 20, ***.
- Hagman, G. (1995) Death of a selfobject: Toward a self-psychology of the mourning process. *Progress in Self Psychology*, 11, 189-205.
- Hanus, M. (1976) *La Pathologie du deuil*. Paris: Masson.
- Heineman, T.V. (2000) Beginning to Say Goodbye: A Two-Year-Old Confronts The Death Of His Father. *Journal of Infant Child and Adolescent Psychotherapy*, 1, 1-22.
- Hostler, S. (1983). El desarrollo del concepto de muerte en el niño. En Sandler, O.J., *El niño y la muerte (1-25)*. Barcelona: Alhambra.
- Hug-Helmut, H. Von (1998). El concepto de muerte en el niño. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 7-21.
- Ianni, G. (2009). Duelo y parricidio: una contribución clínica a la problemática del duelo en la infancia. En *Clave Psicoanalítica*, Julio 2009 (2).
- Ihlenfeld de Arim, S. (1998). Duelos en la infancia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 39-54.
- Kliman, G. (1968). *Psychological Emergencies of Childhood*. New York: Grune & Stratton.
- Kliman, G. (1972). Facilitation of mourning during childhood. Paper presented at the Chicago Institute for Psychoanalysis.
- Lampl-De Groot, J. (1976). Mourning in a six-year-old girl. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 31, 273-281.
- Lampl-De Groot, J. (1983). On the process of mourning. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 9-17.
- Levobici, S. (1994). Le travail de deuil chez l'enfant. En et al. *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse : Le deuil (77-93)*.
- Lieberman, A., Compton, N., Van Horn, P. & Ghoss Ippen, C. (2003), *Losing a Parent to Death in the Early Years*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Martín, S. (2009) Sobre la negación y el proceso de duelo. *La revista de l'ACAP*, 30, 75-95.
- Martín, S. (2012) Mauro y la posibilidad de indicar un tratamiento de grupo familiar. *Revista Desarrolla: la revista d'Atenció Precoç*, 33. Recuperado de <http://www.desarrolla.net/Numeros-antérieurs/Numero-33/Mauro-y-la-posibilidad-de-indicar-un-tratamiento-de-grupo-familiar-S.-Martin>
- Miller, R. (2006). Successful mourning: Maternal loss and grieving by proxy in *Fly Away Home*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 61, 254-275.
- Miller, J. (1971). Reactions to the death of a parent: A review of the psychoanalytic literatura. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 697-719.
- Muir, E., Spears, A. & Tod, G. (1988). Family intervention and parental involvement in the facilitation of mourning in a 4-year-old boy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 43, 367-387.
- Nagera, H. (1970). Children's reaction to the death of important objects: a development approach. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 360-400.
- Parens, H. (2001) An obstacle to the child's coping with object loss. En Akhtsr, S. (Ed.) *Three Faces of Mourning (157-185)*. Lanham: Jason Aronson Inc.
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1979). *The Child's Conception of the World*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams & Co.
- Piaget, J. (1981). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Pelento, M. L. (1995). Algunas consideraciones sobre los duelos en la infancia. En Casanova, E., Merea, A., Morici, S., Pelento, M., Popiloff, T. & Wainer, A. *Diarios clínicos, 6: Duelo y Trauma (****)*. Buenos Aires: Lugar.
- Pelento, M. L. (1998). Duelos en la infancia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 24-38.
- Pollock, G. H. (1961). Mourning and adaptation. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 341-361.

-
- Pollock, G. H. (1972). On mourning and anniversaries: The relationship of culturally constituted defensive systems to intrapsychic adaptive process. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 10, 9-40.
- Pollock, G. H. (1977). The mourning process and creative organizational change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 30-34.
- Pollock, G. H. (1978). Process and affect: Mourning and grief. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 255-276.
- Rochlin, G. (1967). How younger children view death and themselves. En: Grollman, R. A. (Ed.) *Explaining Death to Children* (51-85). Boston: Beacon Press.
- Ruda Santolaria, M. L. (2002). Representación acerca de la muerte en los niños. *Transiciones*, 4, 27-46.
- Saholaver, J. (1995). Pensando en la muerte. *Revista de Psicoanálisis*, 52 (1), 119-150.
- Salvador, G. (2009). *Familia: experiencia grupal básica*. Barcelona: Paidós.
- Sekaer, C., Katz, S. (1986). On the Concept of Mourning in Childhood—Reactions of a 2 1/2-Year-Old Girl to the Death of her Father. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 287-314.
- Silverman, P. R. & Worden, J. W. (1993). Children's reactions to the death of a parent. En M. S. Stroebe, M.S., Stroebe, W. and Hansson R. O. (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention*: 300-316. New York: Cambridge University Press.
- Sklarew, B., Twemlow, S. & Wilkinson, S. (2004). *Analysts in the Trenches*. Hillsdale, NT: The Analytic Press.
- Spinetta, J. (1983). Modelos de comunicación en familias enfrentadas a enfermedades mortales. En Sahler, O.J. *El niño y la muerte* (42-49). Barcelona: Alhambra.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J. & Sforza, M. (2008). *Días de duelo: encontrando salidas*. Barcelona: Alba.
- Wing, L. (1995). *The Autistic Spectrum: a guide for parents and professionals*. London: Constable.
- Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible? *The Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 93-123.