

# **SOBRE LA ELABORACION DEL DUELO EN TERAPIA FAMILIAR**

Alberto Espina.

Psiquiatra. Profesor Universidad del País Vasco.

Josu Gago.

Psicólogo. Terapeuta familiar.

M<sup>a</sup> Mar Perez.

Psicóloga. Terapeuta familiar.

---

*The elaboration of mourning has been related since the origins of the psychopathology and the psychotherapy with depression. In this article both phenomena are treated from a multidisciplinary theoretical perspective and with a clinical systemic approach.*

---

## **INTRODUCCIÓN**

Freud (1917) describió el “trabajo del duelo” como un proceso intrapsíquico en el que el sujeto retira su interés del mundo exterior y elabora la pérdida, esto es, se despidе del muerto liberando la libido a él ligada para dirigirla a nuevos objetos. En los duelos patológicos estaría en primer plano la ambivalencia frente al objeto perdido, dando lugar a sentimientos de culpa, negación de la pérdida, identificaciones con el objeto etc..., lo cual impediría esa despedida. Posteriormente, Freud (1923), consideró normal la identificación con el objeto perdido.

Bowlby (1980) propone un sentido más amplio para el duelo, que incluiría todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha, y reserva el término aflicción para la expresión del dolor por la pérdida.

El proceso de elaboración del duelo va a desarrollarse a lo largo de varias fases que varían según los autores: Kubler-Ross (1969) distingue 2 etapas: Una de rechazo hacia la pérdida y otra de enojo y rabia.

Según Lindeman (1944), Parkes (1970) y Moos (1976) la elaboración del duelo sigue 3 fases:

1) Respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte.

2) Sobresalen los sentimientos relacionados con la pérdida: Preocupación por la persona muerta, depresión, cólera y desorganización.

3) Aceptación gradual de la pérdida, el rompimiento de vínculos con el muerto y gradual desarrollo de nuevas relaciones.

Bowlby (1980, 1983), siguiendo su teoría del apego, ha estudiado los fenómenos asociados a la pérdida realizando valiosas aportaciones. Este autor divide el duelo en 4 fases:

1) Fase de embotamiento de la sensibilidad. Dura de unas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por episodios de aflicción y cólera. El sujeto se siente aturdido y le cuesta aceptar la realidad.

2) Fase de anhelo y búsqueda del objeto perdido. Aparece anhelo intenso, llanto, inquietud, insomnio y cólera dirigida a quienes considera responsables de la pérdida, y como protesta por no poder recuperar al objeto amado. Este deseo de recuperación puede llevar a no aceptar la pérdida, predominando entonces la rabia hacia los que intentan consolarle. “La búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud son rasgos de la segunda fase del duelo y deben ser entendidos como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida” Bowlby (1980, p.109).

3) Fase de desorganización y desesperanza. Durante esta fase es frecuente la aparición de momentos de desesperanza y depresión.

4) Fase de reorganización. La aceptación de la pérdida conlleva una redefinición de sí mismo (huérfano, viudo, divorciado..) y de su situación, el desempeñar papeles nuevos y el adquirir nuevas habilidades.

En el duelo normal, que puede durar entre uno y dos años, es frecuente que persista una sensación de que el muerto está presente, ya sea como una compañía constante o en algún lugar específico. También es frecuente una sensación de soledad que nadie puede mitigar; Weiss (1975) diferencia la soledad fruto del aislamiento social, que se puede aliviar con la compañía, del aislamiento emocional que solo puede ser aliviado con una relación de mutuo compromiso que brinde seguridad.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que el trabajo del duelo requiere un gran esfuerzo y aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad y la tasa de muertes prematuras (Osterweis et al. 1984).

“La única forma de vencer a la muerte se da a través del duelo y es ese penoso proceso de preocupación por la persona que ha fallecido, ese duro trabajo de aflicción, esa tarea de recordar y mantener la imagen del que se ha ido, de rever su vida y la propia relación con él, para poder superar la experiencia de la pérdida” Cadden (1964, p.302).

## **VARIABLES QUE AFECTAN A LA PÉRDIDA**

El tipo de pérdida (muerte, separación, amputación, objetivos en la vida etc..) y el contexto amplio en el que se produce va a determinar, en gran medida, que el proceso del duelo sea adecuado o no. Entre los aspectos que se deben explorar en detalle, cara a la intervención, se encuentran los siguientes:

- Identidad y rol de la persona perdida.
- Edad, sexo, personalidad y situación vital de la persona que sufrió la pérdida.
- Causas y circunstancias de la pérdida. Entre las adversas tenemos la muerte súbita, la exigencia de cuidados prolongados antes de la muerte, si la muerte entraña mutilación del cuerpo, como se informó de la muerte, a quién se culpa de la misma, muertes violentas, suicidio etc..
- Aspectos psicosociales del que sufre la pérdida: Apoyo y estrés social, si tiene que hacerse cargo de niños pequeños, situación económica, posibilidades de reorganizar su vida, sistema de creencias en torno a la muerte, actitud de parientes y amigos, etc..

Weisman (1976) distingue entre muerte oportuna e intempestiva. La oportuna es aquella en que la supervivencia se iguala a la esperada. La intempestiva puede ser prematura, inesperada (accidente) o trágica (violenta). El duelo puede adquirir características de crisis cuando la muerte es intempestiva.

La intervención inicial en una crisis por pérdida intempestiva consiste, según este autor, en transformar cognoscitivamente las dificultades de las muertes intempestivas dentro de formas más aceptables.

## **DUELO Y FAMILIA**

La pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar, para adaptarse a la nueva situación. Walsh y McGoldrick (1988) describen 4 tareas que la familia debe llevar a cabo ante la pérdida de uno de sus miembros:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte. Se favorece con los funerales, el entierro y visitas a la tumba por parte de todos, incluyendo niños.
2. Experiencia compartida del dolor de la pena, expresando libremente todos los sentimientos asociados.
3. Reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto.
4. Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual se ve muchas veces dificultado por un sentimiento de lealtad al muerto, el temor a nuevas pérdidas etc..

A parte de las variables ya comentadas y otras que veremos en el siguiente apartado, las características del sistema familiar, especialmente su flexibilidad y grado de diferenciación de sus miembros, y otras variables familiares como la aparición de síntomas en algún miembro de la familia, la coincidencia de aconteci-

mientos vitales estresantes (otras pérdidas, nacimientos, cambio de domicilio etc..) y el haber tenido pérdidas no elaboradas, son de suma importancia para la elaboración del duelo y deben explorarse cuidadosamente.

Vamos a referirnos seguidamente a dos pérdidas especialmente significativas en el seno de la familia: La de un hijo y la de un progenitor.

La pérdida de un hijo es difícilmente elaborable por la herida narcisista que supone y porque mueren a la vez expectativas y proyección en el futuro de los padres, además de todo lo que implica cualquier pérdida de un ser querido. Shiff (1977) y Videka-Sherman y Lieberman (1985) llaman la atención sobre el deterioro de la relación de pareja y el aumento de divorcios en los padres que han perdido a un hijo pequeño. Ello es propiciado por los roles sociales atribuidos al hombre y la mujer, según los cuales el hombre tiene que ser instrumental y no expresar sus emociones y la mujer ser expresiva haciéndose cargo de las emociones; de manera que el hombre se vuelca en el trabajo y se encierra en sí mismo y la mujer muestra depresión y pena. Ella se siente abandonada e incomprendida y él no puede expresar sus sentimientos.

Ante una pérdida de un hijo es importante ayudar a elaborar el duelo a los hermanos y no desatender sus necesidades. No es infrecuente que los padres tengan otro hijo para cubrir el vacío dejado por el muerto; esto puede ayudar a los padres pero puede originar problemas en el nuevo hijo si es un sustituto del muerto y no puede desarrollar su propia identidad.

En la pérdida de un progenitor hay que tener en cuenta el grado de desarrollo de los hijos y su capacidad para comprender la pérdida, no hay que excluir a los niños de la experiencia de la pérdida y hay que procurar que algún familiar cumpla el rol que desempeñaba el difunto. Más adelante los hijos pueden ver dificultada su autonomización si deben hacer compañía al padre viudo.

Paul (1967) y Paul y Grosser (1965) resaltan la importancia de duelos incompletos para la aparición de patología en algún miembro de la familia, el cual vendrá a ocupar el lugar del difunto. En este sentido la sintomatología cumpliría una función homeostática, al neutralizar la pérdida evitando el cambio que debería afrontar el sistema. Es frecuente también que la familia estreche sus lazos dificultando la individuación de su miembros, en el divorcio sucede algo semejante. Guthell y Averiy (1977) describen casos en que después de la muerte de un progenitor aparecía el incesto como una defensa frente a la pérdida. Pincus y Dare (1978) describen los secretos familiares como intentos de evitar las culpas y el dolor de la pérdida, a costa de rigidificar el sistema, disminuyendo la confianza entre sus miembros y obligando a invertir energía en mantenerlos.

## **DUELO Y CULTURA**

Cada cultura tiene sus propias creencias sobre la muerte aunque, como señala Bowlby (1980), hay unas creencias casi universales, como son que el muerto sigue

viviendo de alguna forma y mantiene relaciones con los suyos, que el duelo debe terminar en un plazo (un año o más) y que los familiares deban sentir odio hacia los responsables de la pérdida.

Los ritos del duelo hacen más llevadera la separación, permiten que el familiar dé durante un tiempo al muerto un lugar tan importante en su vida como el que tuvo antes, al tiempo que enfatizan la muerte como un hecho crucial cuyas consecuencias es necesario reconocer. Según Gorer (1965) los ritos señalan “límites temporales” para guiar y confirmar las etapas de recuperación.

Firth (1961) afirma que el funeral cumple 3 funciones básicas:

1. Ayuda a los deudos a demostrar que la pérdida es real, proporciona una oportunidad para la manifestación pública del dolor y limita la duración del duelo. Además se asigna a los deudos un nuevo rol social.

2. Permite que otros miembros de la comunidad se enteren de la pérdida y puedan expresar las emociones de temor o cólera, de manera que cumple la función social de canalizar la conducta emocional en formas aceptables. Además los ritos funerarios sirven para mantener la integridad de la sociedad a lo largo del tiempo.

3. Favorece el intercambio de bienes y servicios.

Bowlby (1980) añade una cuarta función: Expresar gratitud al muerto, cumplir sus deseos y orar por él.

Las comunidades con tradiciones religiosas muy arraigadas, judíos (Van der Hart y Goossemns, 1991), Amish (Bryer, 1987), favorecen la elaboración del duelo no siendo necesaria la intervención del profesional. Mientras que en la sociedad occidental actual se ha perdido en gran medida ese bagaje cultural que guiaba el trabajo de duelo en un ambiente de contención y compañía, haciendo necesarias en mayor medida la intervención del profesional.

Al entrevistar a una familia que ha tenido una pérdida es necesario explorar sus creencias culturales en torno a la muerte, rituales, esperanza de vida en el más allá etc.. para realizar una buena acomodación y poderles ayudar con intervenciones acordes con esas creencias.

## **DUELO PATOLÓGICO**

Cuando la elaboración del duelo no se lleva adecuadamente, hablamos de duelo patológico y éste puede adoptar tres formas según Bowlby (1980):

1. Duelo crónico: La depresión es el síntoma predominante, junto a autorreproches, accesos de cólera, ansiedad y ausencia de pena.

2. Ausencia de aflicción: El deudo sigue su vida normalmente, como si nada hubiera pasado, es frecuente que se deshaga de recuerdos y que cuide compulsivamente a alguien que ha tenido alguna pérdida (identificación proyectiva), posteriormente padece algunas dolencias físicas o psicológicas y finalmente cae en la depresión, coincidiendo con el aniversario, otra pérdida menor, al llegar a la edad del muerto etc..

3. Euforia: Ya sea negando la pérdida o alegrándose de ella (defensa maníaca).

En todos los tipos el duelo permanece inconcluso ya que el sujeto sigue creyendo que la pérdida puede repararse. En el duelo patológico es frecuente que la persona que ha sufrido la pérdida tenga un embotamiento de la sensibilidad, aparte su atención hacia cosas agradables y conserve la creencia de que la pérdida no es definitiva. También suelen aparecer mecanismos de defensa del Yo, como desplazamiento de la rabia y el aislamiento.

Entre los predictores del duelo crónico tenemos: Ausencia de respuesta las primeras semanas, un proceso más intenso y desorganizado de lo normal, si la recuperación no comienza al año, si la cólera y el resentimiento persisten después de las primeras semanas, si expresan que nadie les sirve para nada al cabo de unas semanas, la "momificación" (Gorer, 1965) que consiste en dejar todo exactamente como estaba antes en el hogar y, finalmente, ideas persistentes de suicidio como medio de reunirse con el muerto.

## **INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS**

Como señala Slaikeu (1984) no todas las pérdidas entrañan una crisis. Si las condiciones son favorables, el duelo puede realizarse normalmente sin que la familia necesite ayuda especializada. La intervención del experto va a ser necesaria fundamentalmente en dos situaciones: 1) Las pérdidas que, por sus características y la del contexto en que se producen, provocan una crisis que impide elaborar el duelo adecuadamente. 2) Los duelos crónicos o incompletos. Vamos a ver estas dos situaciones por separado y cómo se pueden abordar.

### **1. Crisis por una pérdida:**

Aplicando el modelo ecosistémico, debemos realizar en primer lugar una evaluación del contexto en el que se produce la pérdida y ello incluye:

a) La persona. Slaikeu (1984) propone considerar a la persona como un sistema cuyo funcionamiento incluye cinco subsistemas: Conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

b) La familia nuclear.

c) La familia extensa.

d) El contexto comunitario. Que incluye el sistema socio-profesional, escolar, tribunales, seguros, instituciones asistenciales (instituciones hospitalarias, ambulatorias, médico derivante, institución del terapeuta etc.), sistema terapéutico.

e) La subcultura: raza, clase social, religión.

f) La cultura: medio, región, país.

Para cada sistema existen diferentes técnicas de evaluación, pertenecientes a diferentes disciplinas y modelos teóricos. La evaluación ecosistémica debe tener muy presente el momento evolutivo del sistema en crisis, la red social de apoyo y las fuentes de estrés, para entender cuáles son las necesidades propias del sistema

en un momento vital determinado, qué factores estresantes influyen y con qué apoyos podemos contar, (Espina, 1989).

La línea conductora en una terapia de crisis es que los sujetos afectados prosperen a través de la crisis, integren la pérdida dentro del proceso vital y continúen viviendo.

Slaikeu (1984) afirma que para resolver una crisis es necesario cumplir 4 tareas: Supervivencia física, expresión de sentimientos relacionados con la crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia completa y adaptaciones conductuales e interpersonales requeridas para la vida futura.

Caplan (1964), en su modelo de intervención en crisis, recomienda ayudar a enfrentar la pérdida favoreciendo que hablen de sus sentimientos y vivencias, descubrir los hechos no dando falsas reaseguraciones, no alentar a culpar a otros, ayudarles a aceptar ayuda, ayudarles a afrontar la pérdida en dosis manejables (puede ser necesaria la medicación) y ayudarles en las tareas domésticas.

Según este autor, la persona afligida debe advertir el dolor de lo irreparable y experimentar su permanencia pues, hasta que no lo haya hecho, no logrará dominar e independizarse de ese episodio de su vida, ni podrá recuperar la estabilidad. Ello incluye, como propuso Raphael (1977), hablar de la pérdida y experiencias que le siguieron, del difunto como persona y de su relación con él (es útil mirar fotos y recuerdos), de otras pérdidas anteriores y explorar sentimientos de culpa y cólera. Es importante estimularles a procesar repetidas veces y por completo toda la información.

Cuando la pérdida es de un hijo, hay que ayudar a los cónyuges a compartir la pena y a asumir la dirección de la familia. Cuando se pierde a uno de los progenitores, hay que ayudar en primer lugar al adulto que queda con ellos, pues si no expresa sus sentimientos, los hijos tampoco lo harán; luego se favorecerá que compartan los sentimientos y vivencias en torno a la pérdida. A los hijos hay que explicarles claramente que el muerto no regresará y que está enterrado, y es conveniente que vayan al funeral y entierro.

## **2. Duelos crónicos o incompletos.**

Paul y Gosser (1965) propusieron el término de “duelo funcional” para la experiencia de duelo realizada en la terapia. Ya hemos visto las consecuencias negativas que tiene para la familia un duelo no realizado, la intervención irá pues dirigida a desbloquear el proceso de duelo y favorecer su completo desarrollo.

Una vez detectado el duelo incompleto en el curso de las sesiones de terapia familiar, motivadas generalmente por otra demanda, debemos planificar la intervención valorando los problemas actuales y su relación con el duelo. Es frecuente encontrar factores asociados al problema presentado que no tengan que ver con el duelo irresuelto o pautas de mantenimiento de síntomas que han adquirido un peso específico en la actualidad, por ello hay que evitar caer en soluciones apoyadas

únicamente en la elaboración del duelo, aunque esto último sea una tarea primordial y hay que llevarla a cabo preferentemente en la primera fase de la terapia.

Para retomar el duelo podemos seguir una serie de pasos: En primer lugar hacer una redefinición del problema y/o relacionarlo con la pérdida no elaborada, en segundo lugar mostrar cómo se ha organizado la familia después de la pérdida y las posibles disfunciones y, finalmente, hay que reactivar las emociones a ella vinculadas, para lo cual es necesario “traer el recuerdo” a través de fotografías, objetos significativos, hablar del difunto, de las circunstancias de la pérdida etc.. Una vez planteada la elaboración del duelo como problema a resolver, el uso de tareas y rituales es de gran utilidad.

Entre las tareas tenemos: La visita a la tumba (Lindeman, 1978), que la familia entregue al terapeuta símbolos claves referidos al difunto para poner en marcha el duelo (Volkan, 1981) etc..

Entre los rituales, Van der Hart y Goossemns (1991) proponen un ritual terapéutico de “despedida”, basado en los rituales de duelo judíos, que consta de 3 fases:

- a) Fase preparatoria en la que se expresa la pérdida de forma desestructurada.
- b) Fase de reorganización, en la que se siguen conductas propias del luto, y se escribe una “carta continua” al difunto según un ritual prescrito.
- c) Fase de finalización: Que comprende una “ceremonia de despedida” a modo de funeral, un “rito de purificación” (bañarse o ducharse) y un “rito de reunión”, por ejemplo, una comida con amigos y familiares.

Estos autores resaltan la falta de rituales de duelo en la sociedad occidental actual como factor que favorece los duelos incompletos, y por ello proponen realizarlos en terapia.

El uso de técnicas psicodramáticas ayuda a explorar el fantasma de la pérdida y permite afrontar el duelo, especialmente en familias con niños pequeños (Espina, 1986).

## **CASO CLÍNICO**

Se trata de una familia formada por Elena, la madre, de 50 años, Jon de 12 años y Lide de 11 años. El padre murió hace 2 años, después de una larga enfermedad que le imposibilitaba trabajar fuera de casa, hacía recados y se ocupaba de los niños.

El motivo de consulta es que Jon no quiere estudiar, es irresponsable e inquieto, “aunque vive feliz y es muy cariñoso”.

En la primera sesión, a la que acuden los tres, se explora el problema y la muerte del padre. La madre comenta que Jon habla de su padre en presente y no quiere ir a las misas, y que Lide siempre procura que la madre no lllore, es muy estudiosa y llora frecuentemente (en ese momento la niña rompe a llorar). Ella intentó que a partir del día siguiente todo siguiera como si nada y se ha mantenido fuerte.

También comenta que con el marido podía cambiar impresiones y que quizás

ha pecado de blanda, ahora sólo tiene a su madre que riñe a destiempo y le desautoriza (Jon es el “ojito derecho” de la abuela).

Hipótesis:

1. El duelo por la muerte del padre no ha sido realizado. Jon niega la muerte del padre (habla de él en presente), está agitado y de esa manera no piensa en la pérdida y además mantiene ocupada a su madre preocupándole por él. Por otra parte le falta un modelo de identificación masculina.

Lide se queda con la pena de todos (llora por ella y por los demás, evitando que lo haga la madre y se pueda derrumbar) y se vuelca en los estudios. La madre se ha volcado afectivamente en los hijos sobreprotegiéndolos, fallando a nivel normativo (era tarea del padre). La familia no ha elaborado el duelo adecuadamente y su reorganización es disfuncional.

2. La abuela intrusiva dificulta el funcionamiento de una adecuada jerarquía.

Objetivos terapéuticos:

- Elaborar el duelo.
- Reorganizar la familia (creación de límites entre subsistemas e individuales, jerarquía congruente, abrir el sistema hacia el exterior..).
- Resolución de los problemas presentados.

Intervenciones:

La terapia, 9 sesiones, se desarrolló a lo largo de 5 meses.

En primer lugar voy a nombrar brevemente las intervenciones que no tienen que ver con el trabajo del duelo por alejarse de nuestro tema: Para abordar los problemas de jerarquía se aplicaron técnicas estratégicas (Haley, 1976); y para la reorganización familiar técnicas estructurales (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981); también se exploró el sistema escolar y se intervino en el mismo.

En cuanto a la elaboración del duelo incompleto se realizaron las siguientes intervenciones:

A) Preparación al trabajo del duelo: 1) Se redefinió la conducta de Jon y se connotó positivamente: “Jon está preocupado por su madre, teme que lllore y no pueda parar, al igual que Lide, y por eso la distrae con problemas”. 2) Se les explicó que al preocuparse tanto unos por otros no habían podido llorar y recordar juntos, lo cual es muy necesario. 3) Se valoró el esfuerzo de todos por seguir adelante unidos, especialmente a la madre. 4) Se les mostró los roles rígidos que habían adquirido para adaptarse a la pérdida: La madre “la fuerte” y “entregada a los hijos”, Jon el “despreocupado cariñoso” y Lide la “responsable llorosa”. Se les ayudó a flexibilizar los roles para que pudieran funcionar haciéndose cargo cada uno de los diferentes aspectos depositados en los otros.

B) Tareas: 1) En la sesión se habló del padre, su muerte, las vivencias de cada uno etc..2) En casa se les pidió que hablaran de todo ello los tres juntos y grabaran la conversación para traernosla a la sesión siguiente. 3) A Jon se le indicó, durante la primera fase de la terapia, que podía mantener a su madre “ocupada entretenida”

en vez de “ocupada agobiada”, y para ello debía comentarle las cosas del colegio. 4) La madre deberá iniciar una vida social para demostrar a Jon que no necesita que la “entretenga” y a Lide “que tiene ganas de vivir”. Esta tarea, realizada con la terapia más avanzada, dio más libertad a los hijos, aunque tuvieron que pasar sus celos cuando la madre salía arreglada.

C) Para ayudar a Jon a contactar con su pena, el terapeuta varón hizo dos sesiones con él solo, en las que utilizó técnicas de mimetismo (mostrando como se sentiría el terapeuta en una situación semejante), hablaron de cómo era la relación con su padre, que fantasías tenía con él, si le veía desde el cielo, etc.. Y se le sugirió que, si le apetecía, que hablara con su madre de todo ello (a ella se le dijo que lo favoreciera).

Al finalizar la terapia habían podido hablar del padre y compartir la pena y se había reorganizado la familia: Los límites estaban claros, cada uno podía ejercer roles instrumentales y expresivos, la madre ponía las normas no dejando que la abuela interfiriera, la madre y Lide salían más y Jon era responsable. En el seguimiento realizado a los 3 años todos estaban bien, Jon estudiaba en un politécnico habiendo aprobado todo, Lide seguía bien y podían hablar de sus sentimientos no habiendo aparecido, en este tiempo, ningún problema que no hubieran podido resolver.

## CONCLUSIONES

En este caso podemos ver cómo el duelo incompleto tiene repercusiones en cada uno de los miembros de la familia, obligándoles a adoptar roles estereotipados y a bloquear sus emociones, y en el sistema al reorganizarse de una manera disfuncional. En estos dos niveles pueden originarse patologías manifiestas o perturbar el normal desarrollo de los miembros de la familia y por ello hay que evaluarlos en la fase diagnóstica.

Las intervenciones que favorecen en primer lugar la expresión de sentimientos en torno a la pérdida y, posteriormente, la reorganización familiar para poder funcionar de una manera acorde con el momento evolutivo, permiten resolver el problema presentado y mejorar la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social, de la familia.

---

*La elaboración del duelo se ha relacionado ya desde los orígenes de la psicopatología y de la psicoterapia con la depresión. En este artículo se tratan ambos fenómenos con una perspectiva teórica multidisciplinar y con una aproximación clínica de inspiración sistémica.*

## Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. III. Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogart Press. [Hay versión castellana, Buenos Aires: Paidós, 1983].
- BOWLBY, J. (1983). The Impact of Death on the Family System. *Journal of Family Therapy*, 5, 279-294.
- BRYER, K.B. (1987). The Amish Way of Death. En R.H. Moos (Ed.) *Coping with Life Crisis. An Integrate Approach*. New York: Plenum Press.
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books. [Hay versión castellana, Buenos Aires. Paidós. 1980].
- ESPINA, A. (1986). La Familia como Continente y la Intervención en Crisis. *Clínica y Análisis Grupal*, 40, 178-195.
- ESPINA, A. (1989). Psicoterapia en el Contexto. Un Caso de Depresión Postparto en el Marido. En J.L. Cifuentes (Ed.), *Psicoterapias Dinámicas. Modelos de Aplicación*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- FIRTH, R. (1961). *Elements of Social Organization*. London: Tavistock Publications.
- FREUD, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. SE. 13, 1-162. [Hay versión castellana, Buenos Aires. Amorrortu. 1979].
- FREUD, S. (1923). *The Ego and the Id*, SE.19, 12-66. [Hay versión castellana. Buenos Aires. Amorrortu. 1979].
- GORER, G. (1965). *Death, grief and Mourning in Contemporary Britain*. London: Tavistock Publications.
- GUTHELL, T.G. & AVERIY, N.C. (1977). *Multiple Incest as a Family Defense Against Loss*. New York: Family Process.
- HALEY, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. [Hay versión castellana, Buenos Aires Paidós. 1980].
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: McMillan Co.
- LINDEMAN, E. (1944). Syntomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- LIEBERMAN, S. (1978). Nineteen Cases of Morbid Grief. *Brithis Journal of Psychiatry*, 132, 159-156.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and Fammily Therapy*. Cambrigde: Harvard University Press. [Hay versión castellana, Barcelona: Granica, 1977].
- MINUCHIN, S. & FISCHMAN, H.CH. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambrigde: Harvard University Press. [Hay versión castellana, Barcelona: Paidós, 1984].
- MOOS, R.H. (1976). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington, Mass.:DC. Heath & Co.
- OSTERWEIS, M., SOLOMON, F. & GREEN, M. (1984). *Bereavement: Reactions, Consequences and Care*. Washington: DC. National Academy Press.
- PARKES, C.M. (1970). The First Year of a Bereavement. *Psychiatry*, 33, 444-467.
- PAUL, N.L. (1967). The Role of Mourning and Empathy in Conjoint Marital Therapy. En G.H: Zuk & Bozsormenyi-Nagy (Eds.). *Family Therapy and Disturbed Families*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- PAUL, N.L. & GROSSER, G.H. Operational Mourning and its Role in Conjoint Family Therapy. *Community Health Journal*, 1, 339-345.
- PINCUS, L. & DARE, C. (1978). *Secretos en la Familia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- RAPHAEL, B. (1977). Preventive Intervention With the Recently Bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- SCHIFF, H.S. (1977). *The Bereaved Parent*. New York: Penguin Books.
- SLAIKEU, K.A. (1984). *Crisis Intervention*. Massachusetts: Allyn & Bacon. [Hay versión castellana, Mexico. El Manual Moderno].
- VIDEKA-SHERMAN, L. & LIEBERMAN, L. (1985). Effects of the Self-Help Groups and Psychotherapy after a Child Dies: The Limits of Recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 70-82.
- WALSH, F. & MCGOLDRICK, M. (1988). Loss and Family Life Cycle. En C. J. Falicov (Ed.). *Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle*. New York: The Guilford Press.
- VAN DER HART, O. & GOOSSEMNS, F. A. (1991). Rituales de despedida en la terapia de duelo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 17, 35-44.
- VOLKAN, V.H. (1981). *Linking Objets and Linking Phenomena*. New York: International Universities Press.
- WEISS, R.S. (1975). The Provisions of Social Relationships. En Z. Zubin (Ed.). *Doing Unto Others*. New York: Prentice Hall.
- WEISMAN, A.D. (1976). Coping with Untimely Death. En R.H: Moos (Ed). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington, Mass.:D.C. Health & Co.

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.