



# Caso Clínico

## El Duelo

Beatriz Raya

Psicóloga, CSM de Ermitagaña. Navarra

**XX** es una mujer de 30 años, acude al CSM el 25 de septiembre de 2002 derivada por su médico de atención primaria. El 18 de mayo falleció su esposo en accidente de moto. Fue atendida por primera vez en el CSM cuando tenía 21 años (octubre de 1993), por presentar una dependencia a opiáceos (heroína) de varios años de evolución. Se intentó una desintoxicación tanto a nivel ambulatorio como en Centro de día sin éxito. En junio de 1994 deja de acudir al CSM e inicia el programa de Proyecto Hombre que completa satisfactoriamente (3 años).

Cuatro años después (julio de 1998), XX es nuevamente atendida en el CSM. Manifiesta síndrome de ansiedad, a menudo en forma de crisis con importante componente vegetativo. La sintomatología comenzó después del nacimiento de su hija, que en ese momento tiene 2 años, y parece estar en relación con sobrecarga e inseguridad en el cuidado de la misma. Se le pauta "Trankimazin 0,50" (1-1-0-0) y se inicia terapia de apoyo con orientación y pautas de crianza que es abandonada aproximadamente año y medio después, coincidiendo con el cambio de terapeuta.

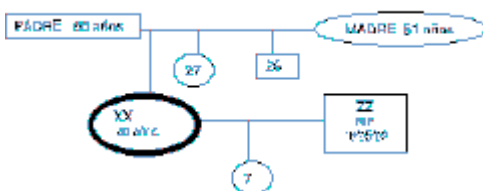
XX es la mayor de una fratria de tres. Sus dos hermanos siguen viviendo en el domicilio parental. Con la hermana tres años menor refiere una mala relación desde siempre y la describe como egoísta. Al hermano lo describe como noble. XX mantiene una estrecha relación con sus padres con los que estuvo viviendo un par de meses después de la muerte de su marido. Actualmente muchos días va a comer a su casa y cuenta con ellos para que le ayuden en el cuidado de su hija. Los considera una importante fuente de apoyo y recurre frecuentemente a ellos.

Sin antecedentes psiquiátricos familiares de interés.

### Historia de pareja

XX conoció a su marido Pedro con 15 años y a los 20 se fue a vivir con él. En esta época habría que situar el consumo de heroína de XX. Tras varios meses de convivencia Pedro es detenido por robo y es cuando ella descubre que él era heroinómano. Después de que lo encarcelan es cuando XX comienza a consumir heroína: "me reunía con sus amigos y me encontraba a gusto. Fueron ellos los que me ofrecieron. Mi novio nunca habría consentido que me ofrecieran". En el momento que XX acude por primera vez al CSM, Pedro se encuentra cumpliendo el programa de comunidad terapéutica de Proyecto Hombre y ella, viviendo de nuevo con sus padres, que son

#### HISTORIA FAMILIAR



quienes, muy angustiados, quieren que deje de consumir. Al año siguiente XX comienza también el programa de Proyecto Hombre.

Estando en el programa se queda embarazada. Ambos logran terminar el programa con éxito, desde entonces han estado abstinentes. En julio de 1999, hace tres años, contraen matrimonio y es su hija de 4 años quien lleva las arras. Los tres viven en un piso alquilado de protección oficial. XX describe una relación de complicidad, de buen entendimiento y algo dependiente por su parte: “ZZ siempre sabía lo que hacer y siempre lo hacía bien. Yo no se como hacer las cosas y lo hago todo mal.” Consciente de su inseguridad se sentía protegida por ZZ.

## Historia laboral

Realizó estudios de F.P y peluquería. Posteriormente comenzó a trabajar como dependienta en distintas tiendas. Nunca ha tenido un trabajo fijo, trabaja por temporadas desempeñando labores que requieren poca especialización: como interina en una casa, de cajera en un supermercado, etc. Actualmente trabaja en la limpieza.

## Enfermedad actual

El día del funeral de su esposo presentó una crisis de ansiedad que le impidió entrar al cementerio. Todavía no ha visto la tumba de ZZ porque le da miedo ir al cementerio. Durante los 3 meses siguientes al fallecimiento estuvo viviendo en casa de sus padres. En agosto regresa a su casa acompañada de su hija y de una perrita recién comprada de la raza que le gustaba a ZZ.

En la entrevista se muestra consciente y orientada, llorosa, habla mucho y rápido, manifiesta sentimiento de rabia, de rechazo social y preguntas continuas sobre lo ocurrido, miedo al futuro, sentimiento de inseguridad y baja auto-

estima. Apetito y sueños conservados. No se encuentra sintomatología psicótica.

## Impresión diagnóstica

F43.22, Trastorno de adaptación. Reacción mixta de ansiedad y depresión. (Duelo patológico).

## Tratamiento farmacológico

Paroxetina 20mg (1-0-0) y Alprazolam 0,5mg (0-0-1)

La siguiente cita para XX según la agenda de su psiquiatra es para enero (fue atendida el 25 de septiembre), a su madre y a ella les parece demasiado tarde y deciden presentar una queja en subdirección. Pasa entonces a ser atendida por la residente de psicología. Se plantea una terapia de apoyo que facilite la elaboración del duelo, con los siguientes objetivos:

### 1. ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA.

Tarea que implica abandonar los mecanismos de negación inherentes a toda situación intensamente dolorosa.

### 2. EXPERIMENTAR EL DOLOR DE LA AFLICCIÓN.

Tanto a nivel físico como emocional, en contraposición con la tendencia a evitar o suprimir este tipo de sentimientos y sensaciones. Reconociendo su importancia para que el duelo pueda ser bien resuelto.

(“Transmite palabras de dolor; el dolor que no habla murmura en el fondo del corazón y le hace romperse” Macbeth, de Shakespeare).

### 3. ADAPTARSE A UN MEDIO SOCIALMENTE MODIFICADO.

Por la ausencia del ser querido y a nuevos objetivos o nuevos roles, como consecuencia de los cambios de situaciones que conlleva la pérdida,



centrados principalmente en la educación de su hija.

#### 4. DISTANCIARSE DE LA RELACIÓN EMOCIONAL CON EL AUSENTE.

Para poder emplear esa energía en otras relaciones afectivas

### Evolución

Las primeras entrevistas se centran en normalizar sentimientos y pensamientos habituales en el duelo que XX vive como perturbadores. Sentimientos de alivio: "¡fíjate qué cosas pienso! Ahora que ZZ no está tengo más sitio en el armario para poner mis cosas. No sé cómo puedo pensar eso. También pienso en el dinero que voy a ahorrar en agua y comida". Sentimientos de culpa: "fui yo quien le dijo que fuera al cumpleaños de ese amigo" (lugar al que se dirigía cuando tuvo el accidente). Sentimientos de reproche: "Seguro que iba a mucha velocidad, con las veces que le había dicho que no corriera".

No se permite sentir la pérdida, la reconoce y la acepta intelectualmente "ya sé que ZZ no va a volver, que está enterrado y pudriéndose, además yo no creo en el cielo y en esas cosas"; sin embargo, la respuesta emocional es negativa. Teme sentir el dolor de la pérdida, planteando que si se "hunde" no podrá salir hacia delante y que ella no quiere hundirse porque su hija la necesita. Descarta la idea de volver a consumir. Se refugia en la hiperactividad para no pensar. Después de varios meses en paro comienza a trabajar limpiando un local dos veces por semana.

La negación de la pérdida se manifiesta en múltiples detalles. XX mantiene en su agenda del móvil el número de ZZ y alguna vez lo ha marcado para ver si le contestaba, reconoce que sabe que eso es imposible pero dice que

no lo va a borrar. Frecuentemente piensa que ZZ va a volver, que está en Ibiza con una camisa de flores y tocando la guitarra, que era lo que Pedro solía decir que iba a hacer cuando discutían. Conserva el coche de ZZ y dice que dentro de él de alguna forma siente su presencia.

Refiere dudas sobre su capacidad para educar a su hija aludiendo que ella no lee libros y que era ZZ el que siempre sabía lo que hacer. Admite que ahora ella tiene que tratar de ser la positiva y la fuerte, rol que hasta ahora había asumido su esposo.

A finales de octubre presenta una nueva crisis de ansiedad mientras se encuentra en la cama que consigue superar sola en unos 25 minutos. Recuerda como en esta situación ZZ solía tomarle la mano para tranquilizarla. Le preocupa el ritmo de su proceso de duelo, diferenciar el tiempo interior del tiempo exterior le ayuda.

Según avanzan las sesiones, describe la fantasía que tiene sobre el cementerio. Habla de zombies (muertos vivientes) que salen de sus tumbas, del asco que le produciría el olor a podrido o la visión de gusanos saliendo de la tumba de su esposo. Manifiesta la incorporación del "objeto amado" y su deseo de no liberarlo. Comenta como su suegra ha ido donde una vidente que le transmite los deseos de ZZ y XX expresa su rechazo e incredulidad ante este tipo de prácticas pero curiosamente afirma "ésta (refiriéndose a su suegra) tampoco quiere soltarlo".

El día 28 de octubre fue por primera vez al cementerio, le sorprendió lo distinto que era de lo que ella se había imaginado. Describe detalladamente cómo toca la lápida, dice que es como si quisiera romperla y meterse dentro para despedirse de ZZ. Ha planteado a sus padres que quiere ser enterrada en el mismo lugar que su marido. Poder ir al cementerio ha supuesto un paso importante para XX, le ha permitido confrontar la realidad. Reconoce que

hasta hace poco había vivido con la fantasía de que todo era un sueño “muy largo” del que iba a despertar con ZZ a su lado.

Las salidas de XX con amigas cada vez son más frecuentes y a comenzado una relación de amistad con un antiguo compañero de Proyecto Hombre. Admite no ser feliz, que sin ZZ no va a volver nunca a ser feliz. En siguientes sesiones se exploraran las fantasías sobre la finalización del proceso de duelo, analizando las implicaciones que tiene para XX abandonar su dolor.

## Discusión

- ¿Cómo diferenciar entre duelo patológico y duelo normal? ¿Han de ser tratados los duelos desde salud mental?
- XX toma Trankimazin 0,5 desde hace 4 años y suele regular las dosis a su criterio bajo la supervisión de su médico de cabecera. ¿Estamos ante una nueva adicción?

## CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE DUELO

Etimológicamente, el término duelo tiene dos acepciones; la de “dolor” por una parte y la de “combate o desafío entre dos” por otra. A nivel intrapsíquico, el dolor surge por la pérdida del objeto y de las partes del yo proyectadas en el mismo. La capacidad para sentir dolor es fundamental para que el duelo se realice, sin dolor no hay duelo. El combate, también librado dentro del territorio intrapsíquico, consiste en una lucha entre la fantasía y la realidad, entre el amor y el odio, entre la vida y la muerte. Para que el duelo se resuelva satisfactoriamente, el juicio de realidad ha de imponerse a la fantasía, el amor tiene que triunfar sobre el odio de manera que la vida prevalezca sobre la muerte. Este combate es un lento y doloroso proceso.

El duelo es la reacción normal a la pérdida. Se asocia con la pérdida de un ser querido, pero la reacción de duelo se produce tanto ante pérdidas físicas o tangibles como ante pérdidas simbólicas o psicosociales, como la pérdida de status, de empleo, de la juventud, etc. En palabras de Freud “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”

Entre las manifestaciones emocionales y comportamentales que experimenta la persona que se enfrenta a una pérdida significativa destacarían las siguientes:

- **ATURDIMIENTO Y PERPLEJIDAD:** Suele experimentarse al principio. Esta aparente dificultad para comprender el alcance de lo ocurrido suele ser breve. Va seguida de expresiones de dolor y malestar tales como el llanto y los suspiros.
- **AUTORREPROCHES:** Centrados en actos relativamente triviales que se hicieron o que no se realizaron con el difunto.
- **RABIA:** Consecuencia natural a toda privación.
- **CULPA:** Provocada por el sentimiento de alivio de que sea la muerte del otro la que se ha producido y no la propia. Se le ha denominado “culpabilidad del superviviente”, a veces manifiestan que ellos deberían haber muerto y no la persona querida.
- **NEGACIÓN:** Intentos de perpetuar la relación perdida, es frecuente la aparición de “objetos de vínculo”, objetos que le gustaban al difunto o que lo recuerdan.
- **SENSACIÓN DE PRESENCIA DEL FALLECIDO:** Puede ser tan fuerte que provoque ilusiones o alucinaciones, tales como oír la voz del difunto o sentir su presencia, la per-



sona reconoce que estas percepciones no son reales.

- **FENÓMENOS DE IDENTIFICACIÓN:** El superviviente puede adoptar cualidades, gestos y características de la persona fallecida.
- **ANSIEDAD:** Desde un sentimiento de inseguridad hasta un ataque de pánico. Los dolientes temen no poder cuidarse ellos mismos y temen no ser capaces de vivir sin la persona que han perdido.

Durante el complejo proceso psicológico denominado trabajo del duelo o elaboración del duelo, el sujeto ha de deshacer los lazos contraídos con la persona amada y enfrentarse al dolor de la pérdida. Todo esto requiere una laboriosa tarea que es atestiguada por la falta de interés que la persona muestra por el mundo exterior. Tradicionalmente, el duelo se había considerado como una atenuación progresiva y espontánea del dolor, sin embargo, esta nueva comprensión del duelo implica un trabajo intrapsíquico que puede fracasar como muestran los duelos patológicos.

La adecuada elaboración del duelo permitirá que el doliente se acomode al mundo sin la presencia del fallecido, adoptando nuevos roles y actividades a la vez que redefine su identidad. Finalmente, la energía emocional retirada de la relación previa podrá ser reinvertida en nuevas relaciones.

Se considera que el duelo dura entre 6 meses y un año, termina al cumplirse el primer año sin el fallecido. Algunos signos o síntomas del duelo pueden persistir mucho más de 1 o 2 años. Al final, la persona recupera su ánimo productivo y de relativo bienestar.

## CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DUELO

**DSM-IV-** En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos men-

tales (**DSM-IV**), el duelo está clasificado dentro del apartado Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, junto con el incumplimiento terapéutico, la simulación, el comportamiento antisocial del adulto, el comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia, la capacidad intelectual límite, el deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, el problema académico, el problema laboral, el problema de identidad, el problema religioso o espiritual, el problema de aculturación y el problema biográfico.

Estos problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no se consideran verdaderos trastornos mentales, sino problemas que en algún momento hacen que la persona entre en contacto con el sistema de salud mental. Se codifican en el eje I.

Según el **DSM-IV**, la categoría diagnóstica "duelo" puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la pérdida de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). El diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal puede ser útil para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. Culpa por las cosas, más que por las acciones recibidas o no por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir.
3. Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad.

4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias, distintas de las de pensar que escucha la voz, o ve la imagen fugaz, de la persona fallecida.

CIE-10.- En la décima edición de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) no existe la categoría de duelo. Las reacciones normales de duelo, apropiadas a la cultura del individuo y que no excedan los 6 meses, se codificaran como:

- Z63.4, Desaparición o Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Z71.9, Consejo.
- Z73.3, Estrés no clasificado en otra parte. Cuando las reacciones de duelo a causa de su contenido o forma se consideran anormales o cuando exceden los 6 meses, se codificarán como Trastorno de Adaptación (F43.2).

Por lo tanto, en ambas clasificaciones, el concepto de Duelo Patológico, quedaría englobado por el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor o el de Trastorno de Adaptación con sus distintas modalidades: f43.21 Reacción Depresiva Prolongada (superior a 6 meses), F43.22 Reacción Mixta de Ansiedad y Depresión, F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones, F43.24 Con predominio de alteraciones disociales o F43.25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas.

Se han identificado una serie de factores que pueden contribuir al desarrollo de un duelo patológico. Por lo general, en los duelos de difícil elaboración es frecuente identificar relaciones de una gran ambivalencia con la persona

fallecida, en las que prevalecían sentimientos de rabia y de culpa. Asimismo, en las relaciones que se caracterizan por un alto nivel de narcisismo, la muerte del ser querido es vivida como la separación de una parte de sí mismo, razón por la cual la pérdida tiende a ser negada. Por otra parte, los vínculos en los cuales se percibe una fuerte relación de dependencia, suelen predisponer al sujeto a una reacción patológica ante el duelo. Una muerte repentina que se produce en situaciones traumáticas o contra la secuencia natural de la vida suele implicar más dificultades de elaboración. El aislamiento social y la falta de intimidad también contribuyen al desarrollo de duelos patológicos.

## EXPLICACIONES TEÓRICAS DEL DUELO NORMAL Y PATLÓGICO

*Freud*. - En su ya clásico artículo, "Duelo y melancolía", Freud ofrece una posible explicación sobre los mecanismos subyacentes al proceso de duelo normal y duelo patológico (melancolía). En ambos procesos se ha producido una pérdida de objeto, consciente y clara en el duelo normal e inconsciente y ambivalente en el caso de la melancolía; sabe "a quién" perdió, pero no "lo que" perdió en él. La persona que experimenta un duelo normal tras la pérdida de su ser querido, siente que el mundo ha quedado pobre y vacío. Sin embargo, el melancólico se siente él mismo empobrecido y despreciable.

En el duelo normal, el juicio de realidad demuestra que el objeto amado no existe ya y exige que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Tras un lento y doloroso proceso, y con un gasto de tiempo y energía psíquica muy grande (trabajo del duelo), la realidad triunfa finalmente y el sujeto consigue sustraer toda la energía invertida en el objeto perdido y emplearla en nuevas relaciones. La persona muerta se internaliza como un objeto bueno.



En el duelo patológico, se ha producido un desengaño con el objeto, de cualquier índole, que provoca que la libido no pueda ser sustraída del objeto y quede retraída en el Yo. Se establece, por tanto, una identificación de una parte del Yo con el objeto perdido. De este modo, al identificarse una parte del Yo con el objeto, el odio y la hostilidad dirigidas hacia el objeto se vuelven contra el yo. El conflicto existente entre el Yo y el objeto se transforma en un conflicto entre una parte del yo y una instancia autocrítica. Es decir, los reproches y quejas que el melancólico dirige contra sí mismo, serían en realidad acusaciones contra la persona muerta. Debido al odio, se ataca la parte del Yo identificada con el objeto, humillándola y encontrando en ese sufrimiento una satisfacción sádica. En la tendencia al suicidio la hostilidad primitivamente dirigida hacia el objeto es orientada hacia uno mismo. (En su intento de matar al objeto malo, el Yo identificado con ese objeto padece el destino de Dorian Gray quien al destruir su retrato tuvo que morir).

Melanie Klein. - Para Melanie Klein, existe una conexión estrecha entre el duelo y los procesos de la temprana infancia. El niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y son estos tempranos duelos los que le sirven posteriormente en la vida cuando experimenta algo penoso. Propone que en el duelo se reactiva la posición depresiva infantil. Se entiende el término posición, no como una etapa o una fase transitoria, sino una configuración específica de relaciones objetales, de ansiedades y de defensas.

En la posición esquizo-paranoide infantil (0-3/4 meses), el niño no reconoce "personas" y se relaciona con objetos parciales, la ansiedad existente es de tipo paranoide y la defensa utilizada es la escisión.

En la posición depresiva infantil (6-12 meses), el niño reconoce a la madre como un objeto total, la ansiedad predominante es de tipo depresivo y las defensas principales son la ambivalencia y la culpa.

Estas dos configuraciones de relaciones objetales (parcial y total), de ansiedades (paranoide y depresiva) y de defensas (escisión, integración, ambivalencia, culpa...) persisten a lo largo de toda la vida. El individuo puede oscilar siempre entre ambas posiciones. La posición depresiva nunca llega a reemplazar por completo a la posición esquizo-paranoide.

La diferencia fundamental entre el duelo normal y el duelo patológico consiste en que los sujetos que fracasan en su elaboración del duelo, no vencieron nunca la posición depresiva infantil. Esto es, no fueron capaces en su temprana infancia, de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno.

En el duelo normal, sin embargo, la posición depresiva temprana, que se ha revivido con la pérdida del objeto amado, se modifica una vez más y se vence por métodos similares a los que usó el yo en la infancia. El individuo reinstala dentro de él sus objetos de amor perdidos reales y al mismo tiempo sus primeros objetos amados, en última instancia, sus padres buenos, a quienes, cuando ocurrió la pérdida real, sintió también en peligro de perderlos.

Cuando el sujeto en duelo reinstala dentro de sí a los padres buenos y a las personas recientemente perdidas y reconstruye su mundo interno, que estuvo desintegrado y en peligro, puede vencer su pena, gana nueva seguridad y logra armonía y paz verdaderas.



**Beatriz Raya**

Psicóloga,

Centro de Salud Mental de Ermitagaña.

Tfnos.: 948 19 85 90 • 948 19 89 61

e-mail: [beatraya@eresmas.com](mailto:beatraya@eresmas.com)



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Baranger, W. (1969): *El muerto–vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos*. En: Problemas del campo psicoanalítico. M y W. Baranger. Ed.Kargieman, Buenos Aires. Pp217–29.
- CIE–10. (2000): *Clasificación Internacional de la Enfermedades*. Médica Panamericana, Madrid.
- Coderch, J. (1995): *Las aportaciones de Melanie Klein. La posición depresiva infantil y su relación con el duelo normal y con la psicosis maniaco–depresiva*. En: Psiquiatría Dinámica. Herder, Barcelona. pp357-63.
- DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona.
- Freud, S. (1917/1915/) *Duelo y melancolía*. En: Obras completas. Tomo VI. Biblioteca nueva, Madrid. 1975. Pp237-55.
- Grinberg, L.(1983) *Duelo normal y duelo patológico. Elaboración del duelo*. En: Culpa y depresión. Alianza, Madrid. Pp139-60.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A.(1996): *Tanatología: muerte y duelo*. En: Sinopsis de Psiquiatría, 7ª edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid. Pp79-90.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J.(1997): *Duelo y aflicción*. En: Tratado de Psiquiatría,6ª edición. Editorial Interamericana, Madrid.. Pp1654-60.
- Klein, M. (1940): *El duelo y su relación con los estados maniaco–depresivos*. En: Obras completas. Tomo II. Paidós-Horme, Buenos Aires. 1995. Pp275-301.
- Laplanche, J., Pontalis, J–B.(1996): *Trabajo del duelo*. En: Diccionario de psicoanálisis. Paidós, Barcelona. Pp435-6.
- Peña Frade, L., Montaña de Barragán, C. (2001): *Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo–conductual*. En: Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Caballo V.E. y Simón M.A. Pirámide, Madrid. Pp187-209.
- Portillo, M., Martín, M.J, Alberto, M. Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *C.Med.Psicosom*, nº 62/63–2002: 13–18
- Puertas, P. (2000): *La vida como una sucesión de duelos*.
- Tizón, J.(1998): *El duelo y las experiencias de pérdida*. En: Psiquiatría en Atención Primaria. Editor: Vazquez Barquero, JL. Biblioteca Aula Media.