



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Psicología

“EL PROCESO DE DUELO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”

Tesis

**Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Presenta

Patricia Irene Flores Guillén

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Agosto 2010

México



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

EL PROCESO DE DUELO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Psicología Clínica

Presenta:

Patricia Irene Flores Guillén

Dirigido por:

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez

SINODALES

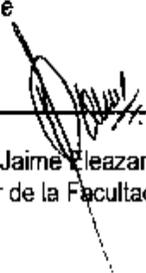
Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez
Presidente

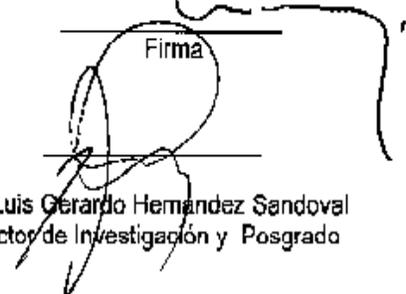
Mtra. María Laura Sandoval Aboytas
Secretario

Mtro. Omar Vielma Luna
Vocal

Mtra. Gabriela Ordaz Guzmán
Suplente

Mtra. Iliá Concepción Rentería Escalona
Suplente


M.D.H. Jaime Eleazar Rivas Medina
Director de la Facultad de Psicología


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

RESUMEN

Desde una postura psicoanalítica freudiana, se analiza el transcurso del duelo, puntualizando cuáles son los procesos psíquicos que se dan en el sujeto en este estado anímico. Teniendo presente que la imagen del ser perdido no puede borrarse, por el contrario, debe prevalecer latente hasta el momento en que gracias a la elaboración de la pérdida -el proceso de duelo-, el sujeto consigue hacer coexistir el amor por la persona que ya murió, con el amor por un nuevo objeto elegido.

Los indicios psicológicos y físicos que aparece en el sujeto, provocados por la pérdida de un objeto amado, se disiparán siempre y cuando la persona que lo experimenta admita que el amor por el reciente objeto investido, no borrará jamás el amor por el objeto perdido. En relación con lo anterior, escribe Freud que nunca estamos menos protegidos contra la aflicción que cuando amamos, así como nunca más desvalidos que cuando hemos perdido a nuestro objeto amado.

El duelo por el ser amado es la prueba más clara para comprender la naturaleza y los mecanismos del dolor psíquico, pues no hay dolor sin un trasfondo de amor. Este dolor, difícil de definir, se desvanece ante la razón, ante el juicio de realidad.

Al clínico se le sitúa en un lugar de “supuesto saber”, con sus instrumentos esenciales de escucha y palabra. En mi práctica clínica, me surge la necesidad primordial de clarificar el *cómo* acompañar al sujeto en duelo. Así, expongo dos casos clínicos, enfocando mi escritura en el proceso de duelo, y con la finalidad de resaltar algunos conceptos teóricos psicoanalíticos freudianos. Este relato es abordado desde mi propia narrativa.

Palabras clave:(*proceso de duelo, pérdida, objeto perdido, psicoanálisis*).

SUMMARY

From a Freudian psychoanalytic approach, the course of the duel is being analyzed, stating what are the mental processes that occur in the subject in this mood. Bearing in mind that the image of missing one cannot be forgotten. However, must prevail dormant until the time through the development of the loss the grieving process, the subject gets to coexist love for the person who has died, with love for a new object choice.

The psychological and physical signs appearing on the subject, resulting from loss of a beloved object, will dissipate as long as the person experiencing it admits that love invested by the recent object, will never erase the love for the lost object. In connection with this, Freud writes that we are never less protected against the grief when we love, and never more helpless than when we have lost our loved object.

The mourning for the loved one is the clearest evidence to understand the nature and mechanisms of psychic pain, as there is no pain without an undercurrent of love. This pain, difficult to define, vanishes in the face of reason, and in the face of the reality test.

The clinician is situated in a place of "presumed to know", with its essential tools of listening and speaking. In my clinical practice, there is the overriding need to clarify how to accompany the mourning subject. So, I discuss two cases, focusing my writing on the grieving process, and in order to highlight some Freudian psychoanalytic theoretical concepts. This account is addressed from my own narrative.

Keywords: (grief process, loss, lost object, psychoanalysis).

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos G. Galindo Pérez
Por haberme guiado en este proceso y por su constante apoyo

A la Mtra. Concepción Rentería Escalona
Por su confianza y por compartir conmigo
su sabiduría

A mis sinodales
Dr. Carlos G. Galindo Pérez
Mtra. María Laura Sandoval Aboytes
Mtro. Omar Vielma Luna
Mtra. Gabriela Ordaz Guzmán
Mtra. Iliá Concepción Rentería Escalona

DEDICATORIAS

A René,
mi gran amor,
por compartir nuestras *vidas*

A David y María Fernanda,
por ser parte
de mi *vida*

A ti, padre,
por el valor
que le diste a la *vida*

A tí, hijo,
que te vi nacer y que no pudiste
continuar esta *vida* conmigo

ÍNDICE

RESUMEN

SUMMARY

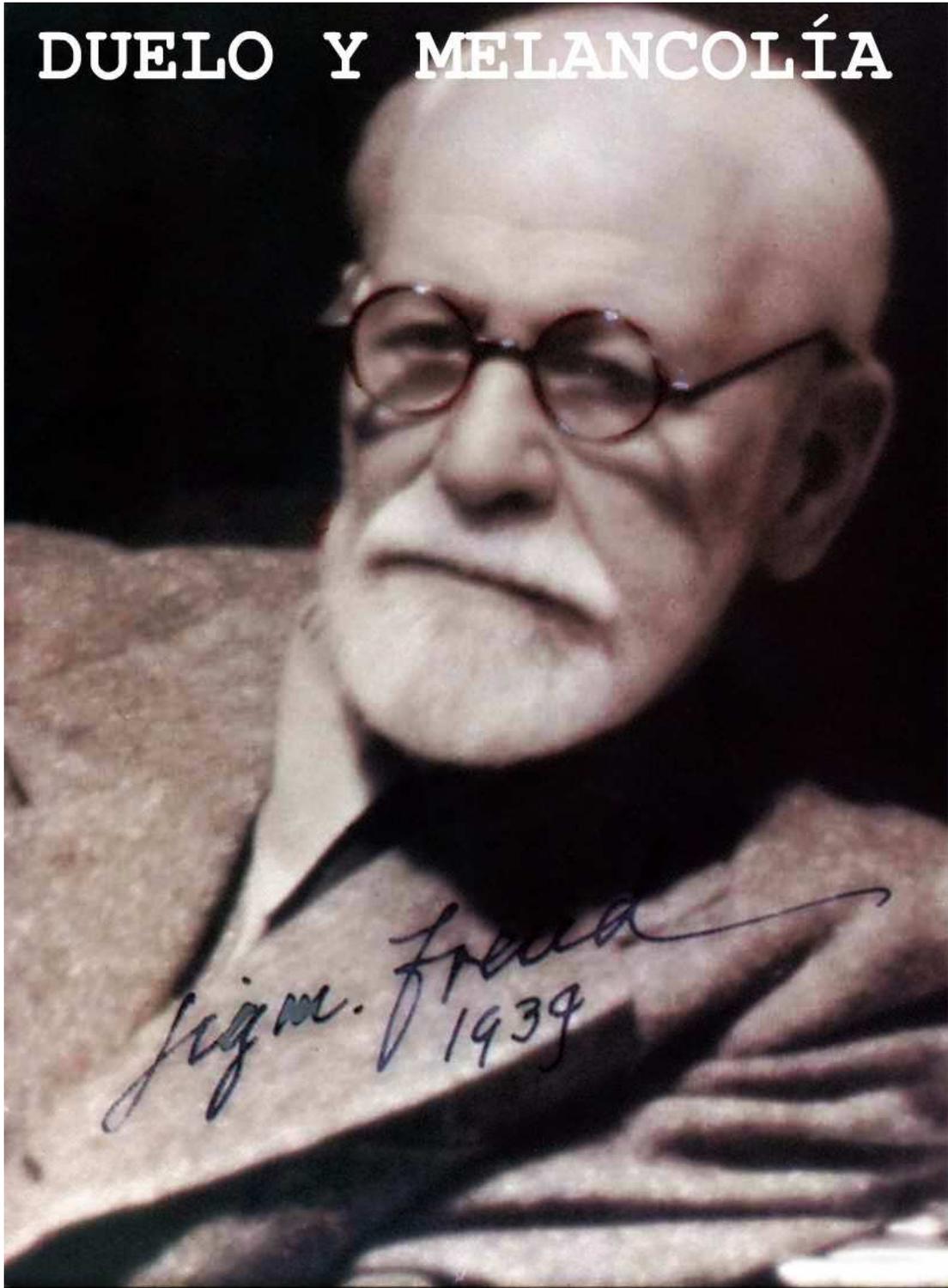
AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIAS

INTRODUCCIÓN.....	1
1. EL CONCEPTO DE PROCESO DE DUELO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA FREUDIANA.....	3
1.1 El dolor y la pérdida	9
1.2 Duelo y melancolía.....	15
1.3 Importancia de los afectos.....	20
1.4 Dos procesos psíquicos que se dan en el duelo	24
1.5 Un abordaje psicoanalítico del duelo.....	27
2. EL DUELO COMO RESPUESTA A LA PÉRDIDA, UN ENFOQUE DESDE LA TEORÍA DE SISTEMAS.....	32
2.1 Breve historia del nacimiento de la terapia familiar sistémica.....	32
2.2 Algunas propuestas terapéuticas para llevar a cabo el proceso de duelo en la práctica clínica.....	37
2.3 Algunas intervenciones utilizadas en la exposición de un caso clínico llamado <i>Señales</i>	49
Gráficas	55

3. EXPOSICIÓN DE UN CASO CLÍNICO.....	62
3.1 <i>Señales</i>	64
3.2 <i>La Culpa</i>	80
CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	97

DUELO Y MELANCOLÍA



INTRODUCCIÓN

El *proceso de duelo* en la práctica clínica es un tema que tiene implicaciones significativas de todos los tiempos, no es un tema de actualidad, es un tema que nos une a nuestra naturaleza humana ya que no podemos evitar las pérdidas, los duelos. Es por este carácter universal que le adjudico su valiosa importancia, ya que como seres humanos, a ciencia cierta, nos hemos visto y nos veremos involucrados en este proceso.

Este trabajo de investigación teórica psicoanalítica principalmente freudiana, tiene por objeto puntualizar los procesos intrapsíquicos que ocurren al sujeto en un proceso de duelo provocado por la pérdida de un ser querido.

Al abordar cada capítulo, con la intención de esclarecer el tema de investigación, fui contestando preguntas que formulé desde un inicio, para el desarrollo central a tratar. Preguntas tales como: ¿se pueden evitar las pérdidas en la vida?, ¿qué se entiende por proceso de duelo en la obra de Sigmund Freud?, ¿se puede leer la teoría psicoanalítica en la exposición de un caso clínico? Estas son preguntas que fundamentan este trabajo.

En el primer capítulo investigo el concepto de *proceso de duelo* en la teoría psicoanalítica, dando un seguimiento a propuestas de Freud con respecto al duelo, a la melancolía, al dolor, a los afectos, a la pérdida, entre otros. Con la intención de acercarme al pensamiento de Freud, focalizó la atención en su concepción particular de *Duelo*, y cuáles son los procesos intrapsíquicos que se dan en un sujeto.

El motivo que me llevó a investigar el tema de *proceso de duelo*, parte de mi escucha en mi práctica clínica, espacio donde se reflejan los conflictos provocados por la pérdida, y así, los interesados en la psique humana podamos tener presente los conceptos teóricos freudianos que se ven en este proceso.

En el segundo capítulo de este trabajo, planteo el *proceso de duelo* como respuesta a la pérdida. Este planteamiento lo realizo desde otro enfoque distinto al psicoanálisis, lo abordo desde el enfoque sistémico. Este enfoque incluye algunas propuestas terapéuticas que ayudan al sujeto que consulta a un psicoterapeuta, a asumir e integrar las pérdidas de su vida.

El modelo teórico sistémico tiene una aplicabilidad limitada, ya que cada sujeto es único, como única es la intervención para cada persona que consulta. Y en este acompañamiento vamos al ritmo y tiempo del sujeto.

Por último, en el tercer capítulo, me siento motivada para exponer dos casos clínicos que tuve la oportunidad de ver en mi consulta. Son familias que ante la pérdida de un ser querido solicitan el apoyo terapéutico para continuar con sus vidas, a pesar de la tragedia de la muerte de un hijo.

En cada caso, me veo en la necesidad de resaltar la teoría, desde la visión psicoanalítica, e intercalando algunos de sus conceptos. Es necesario resaltar que cada sujeto es único e irrepetible, cada caso es diferente y nos da la oportunidad de conceptualizar aspectos diversos.

El relato del caso es abordando desde mi propia narrativa, enfocando la escritura en el *proceso de duelo* de cada persona analizada.

Otro motivo por el cual deseaba abordar este tema es porque colegas y pacientes me remiten casos en donde las personas han perdido a un ser querido; mi interés ahora es ampliar mi percepción del duelo desde los referentes psicoanalíticos freudianos.

Creo conveniente enfatizar que *el proceso por el cual elaboramos nuestras pérdidas es por medio del duelo*.

CAPÍTULO 1

EL CONCEPTO DE PROCESO DE DUELO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA FREUDIANA

Considero que el tema del duelo va ligado a nuestra naturaleza humana, de lo cual se desprende la interrogante: ¿se pueden evitar las pérdidas en la vida?, sabemos que no, dada nuestra naturaleza, la muerte es inevitable, de ahí entonces la pérdida. Interrogándonos entonces: ¿sólo hay pérdidas por muerte? La respuesta es no, pues en el trayecto de la vida vamos perdiendo partes de nosotros mismos: nuestro cuerpo de niños, nuestra adolescencia, nuestra juventud y en ese camino nos vamos despidiendo de personas, lugares, afectos y hasta de modos de pensar y actuar. En la vida nadie puede evitar las despedidas, las pérdidas, los duelos, ya sea por personas queridas o por abstracciones que hagan sus veces, tal y como lo planteó Freud (1917 [1915]). Es por este carácter universal que le atribuyo su incomparable importancia, ya que como personas seguramente nos hemos visto y nos veremos involucrados en este proceso.

Muchas pérdidas pasan desapercibidas, pueden ser parte de la vida cotidiana, pero otras nos marcan y dejan una huella imborrable, de la cual jamás encontraremos sustituto alguno para desvanecer el estado en el que nos deja:

Aunque sabemos que después de una pérdida como ésta, el agudo estado del duelo se desvanecerá, también sabemos que seguiremos inconsolables y que nunca encontraremos un sustituto. Sin importar la naturaleza de lo que llene aquel vacío, aunque lo llene completamente, siempre quedará algo.¹

El proceso por el cual elaboramos nuestras pérdidas es el duelo. Parto de la idea de que el duelo es la reacción frente a la pérdida, por lo tanto, toda pérdida conlleva a un

¹ Extracto de la carta de Freud a Ludwig Binswanger en 1929. p. 149.

duelo, más o menos intenso, más o menos profundo, más o menos largo, en función del significado de lo que perdió, de la profundidad del vínculo, del valor que se le da.

De todas las pérdidas, la muerte es la que nos expone a estados diversos, como pueden ser la aflicción y la melancolía. La presencia del duelo pasa a ser un proceso vital. Ante lo expuesto, me parece importante destacar el siguiente planteamiento que hace Freud (1917 [1915]: 241) cuando dice:

Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal de la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico, ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se le superará y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo.

Esta separación definitiva que trae la muerte, al estar relacionada con apegos significativos perdidos, puede relacionarse con la melancolía a la cual se le atribuye, con algunas excepciones, rasgos similares a los del duelo. Freud (1917 [1915]:242) comenta:

Falta en él [duelo] la perturbación del sentimiento de sí. Pero en todo lo demás es lo mismo. El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior -en todo lo que nos recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor en reemplazo, se diría del llorado, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. Fácilmente se comprende que esta inhibición y este angostamiento del *yo* expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses. En verdad, si esta conducta no nos parece patológica, ello solo se debe a que sabemos explicarla muy bien.

La última frase de Freud nos deja claro que la persona en duelo tiene conciencia de lo que le pasa (esto es parte del proceso), pero investigaciones posteriores han demostrado que la forma en que se vive este proceso no siempre se resuelve sanamente.

Considero que un factor clave en este proceso del duelo es la capacidad que tiene el *yo* de percibir que la pérdida que sufrió es real. En este sentido, el pensamiento psicoanalítico atribuye gran significación etiológica a las experiencias infantiles de pérdida o amenaza de pérdida, ya que las pérdidas de la primera infancia pueden influir en aquéllas que debemos afrontar más tarde. Freud (1915a:133-134) señala la identificación como la fase preliminar a la elección de objeto y la primera forma ambivalente en su expresión utilizada por el *yo* para escoger un objeto. Incorporándolo a la fase oral del desarrollo de la libido. La piedra angular de la ‘Teoría del Duelo’ de Freud, consiste en la identificación con el objeto perdido. En una fase de este proceso de duelo, el *yo* sufre una desorganización ante las pérdidas, dependiendo de la manera como finalmente vuelve a reorganizarse, se reinician las funciones que son propias, así, el proceso de duelo adquirirá diferentes dimensiones.

El *yo* no puede recuperarse de inmediato y a veces esto aparece como retraimiento, como ejemplo podemos ver cómo el bebé deposita interés en el objeto o persona de la que depende, pero necesita que éste le sea devuelto, lo que sucede en una relación adecuada ‘madre-hijo’, lo que le da al bebé sentido de permanencia, pertenencia y seguridad, la cual le permite seguir desarrollándose física y psicológicamente. Cuando esto no sucede es cuando el *yo* se desorganiza y da lugar a una representación de pérdida.

Dentro del reino animal, el ser humano es uno de los más dependientes y frágiles, ya que para su sobrevivencia depende de un adulto durante más tiempo que el resto de los animales. Puede ser que debido a esto el Ser Humano establece vínculos afectivos, más fuertes e importantes, que son necesarios para su desarrollo físico y psicológico; ya que tiene grandes ventajas, adquirimos más recursos para sobrevivir, podemos controlar nuestro medio, hacer que el medio ambiente se “adapte” a nuestras necesidades, construir, destruir, etc., pero también nos hacen vulnerables, ya que la pérdida de alguno de nuestros vínculos da lugar a un desequilibrio.

Cuando hablamos de pérdidas, no solo hablamos de la muerte de nuestros seres queridos; a lo largo de nuestra vida experimentamos ‘pérdidas simbólicas’², que constituyen también un fenómeno mucho más amplio. Perdemos no sólo a través de la muerte, sino a través de abandonar, o siendo abandonados, cambiando, soltando amarras, dejando ir para seguir adelante en nuestro paso por la vida y nuestro desarrollo. No sólo incluye separaciones y nuestras despedidas a otras personas, las pérdidas conscientes o inconscientes de nuestros sueños románticos, nuestras esperanzas irrealizables, nuestras ilusiones de libertad, de poder y de seguridad, así como la pérdida de nuestra propia juventud. Así también, hay pérdidas por la separación del cuerpo y el ser de la madre para convertirnos en un *yo* paulatinamente individualizado. Las pérdidas involucradas en las limitaciones de nuestras capacidades y potencialidades para someternos a lo que está prohibido y la noción de lo imposible, en la renuncia a nuestros sueños de relaciones ideales, para someternos a la humana realidad de las relaciones imperfectas.

M. Klein (1961) observa que los lactantes y niños pequeños experimentan procesos de duelo y atraviesan fases de depresión y su modo de responder en tales circunstancias determina la forma de afrontar las pérdidas. Me pregunto ¿qué tanto, esta autora, continúa la propuesta psicoanalítica de Freud, o se aleja?

Las experiencias de pérdida para Klein (1974:55) corresponden al primer año de vida y se relacionan con la lactancia y el destete. En su artículo *Observando la conducta del bebé* dice:

Consideremos aquí el efecto de ansiedad depresiva ante todo en conexión con las fobias, hasta ahora las he relacionado sólo con la ansiedad persecutoria. Una bebita de seis meses, estaba asustada de su madre, la que en su mente había cambiado de “madre buena” a “madre mala”, y que esta ansiedad persecutoria también perturbaba su sueño. Quisiera ahora sugerir que la perturbación en la relación con la madre también era

² Como pueden ser la patria, la libertad, un ideal.

causada por la ansiedad depresiva. Cuando la madre volvía, aparecía en primer plano la ansiedad por si la madre estaba perdida. La voracidad y los impulsos agresivos la habían destruido, esta ansiedad depresiva estaba ligada al temor persecutorio que la madre buena se hubiera convertido en mala.

Las pérdidas de la primera infancia nos vuelven sensibles a las que debemos afrontar más tarde y así surge nuestra respuesta ante la muerte. La muerte es la pérdida más importante, este reconocimiento de la pérdida consiste en admitir la muerte.

Iniciamos la vida con una pérdida, somos expulsados del vientre, requerimos ayuda de alguien que haga la función de madre. Durante los primeros años de vida vamos renunciando a ciertas cosas con la finalidad de convertirnos en seres humanos individualizados, física y psíquicamente. Sin embargo, nadie puede empezar a construir su *yo* sin ayuda inicial de otro.

Conciente o inconcientemente rechazamos los pensamientos sobre la muerte. Vivimos tan cerca de la muerte y aún así la negamos. Y ese conocimiento de que algún día moriremos puede afinar y enriquecer nuestro sentido del presente. Sin embargo, es difícil para la mayoría contemplar la muerte sin tener miedo de ella, sin sentir impotencia, soledad e incertidumbre.

Podemos ver en la obra *La muerte de Iván Ilich*, de L. Tolstoi³, la angustia, el desconcierto de un hombre enfermo que sabe lo que está sucediendo: “Estoy muriendo... ¡basta ya de mentiras! Vosotros sabéis y yo también lo sé que me muero ¡por lo menos dejad de mentir!”

Las bases para explicar el proceso de duelo fueron sentadas por Freud (1917 [1915]: 242-243). Este autor se pregunta al respecto: “¿en qué consiste el trabajo que el duelo opera?”, y dice:

³ Tolstoi, León. *La muerte de Iván Ilich*. Barcelona, Bruguera. 1975.

Creo que no es exagerado en absoluto imaginarlo del siguiente modo: el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia: universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que esta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura, y entre tanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobre investidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido. ¿Por qué esa operación de compromiso, que es el ejecutar pieza por pieza la orden de la realidad, resulta tan extraordinariamente dolorosa? He aquí algo que no puede indicarse con facilidad en una fundamentación económica. Y lo notable es que nos parece natural este displacer doliente. Pero de hecho, una vez cumplido el trabajo del duelo el *yo* se vuelve otra vez libre y desinhibido.

Freud deja en claro, que el sujeto hace el duelo por el objeto perdido, no dice por la persona amada y perdida. Pero qué lugar ocupa la 'persona' amada, ante esta pregunta se podría decir que: a) es la propia imagen amada por uno, b) es un cuerpo que prolonga el propio cuerpo, c) es representante de una historia. El sujeto es el rasgo común de los objetos amados y perdidos a lo largo de una vida.

Somos personas individualizadas, limitadas y determinadas por la formación de relaciones imperfectas y vivimos a través de la pérdida, del abandono y de dejar partir a otros. Llegamos a asimilar que las pérdidas son una condición humana de toda la vida y el proceso por el que elaboramos las pérdidas de nuestra vida es el duelo.

1.1 EL DOLOR Y LA PÉRDIDA

El dolor ha invadido el cuarto de mi hijo perdido,
duerme en su cama, me acompaña por doquier;
viste sus mejores galas, repite sus palabras,
me recuerda toda su grácil apariencia
y da vida a sus ropas con su propia forma.
¿No tengo acaso razones para querer este dolor?

Shakespeare
El Rey Juan

A lo largo de nuestra vida nadie nos ha enseñado que el dolor y el sufrimiento existen y mucho menos nos han dicho qué hacer ante esto. Sabemos que es imposible vivir sin experimentar el dolor; la vida y el dolor van de la mano, forman parte de las dicotomías de la vida: vida-muerte, amor-dolor. Todos grandes y pequeños, hombres y mujeres nos enfrentamos al dolor en distintas etapas de nuestra vida y a través de sus diferentes manifestaciones: la pérdida física de un ser querido, la traición de los que sentimos más cercanos o bien a través de la pérdida de un objeto cuyo valor más que material es simbólico porque representa una persona querida, o un momento especial. En fin, de una u otra forma para el dolor no hay etapa de la vida específica donde se manifieste, ni tiempo determinado, el dolor se presenta tarde o temprano.

El dolor existe en la vida, *el dolor y la pérdida* son circunstancias de la misma que no podemos evadir, ambas pertenecen al orden de la 'Realidad Psíquica'⁴, ésta se refiere a una forma de existencia del sujeto, distinta de la realidad material.

Es claro que aunque todos experimentamos el dolor y la pérdida, cada uno procesa éstos de manera distinta, según nuestras experiencias, nuestra forma de ver la vida y nuestro

⁴ Roudinesco, Élisabeth y Plon, Michel, *Diccionario de Psicoanálisis*. Trad. de Jorge Piatigorsky. 1ª reimpresión. Buenos Aires, Paidós, 2003. p. 904.

nivel de sensibilidad. El dolor psíquico que experimenta el sujeto en el duelo está motivado por una pérdida; ahora, la psique tendrá que elaborar ésta, es decir, debe retirar toda la libido puesta en ese objeto ya perdido para que así su *yo* vuelva a quedar libre y con capacidad para fijarse en otro objeto que pueda ser amado por el sujeto.

Pero sin duda la aflicción de una persona en estado de duelo o de pérdida puede generar acontecimientos imprevistos de exaltación, donde las imágenes del ser desaparecido pueden resultar percibidas como alucinatorias,⁵ por esa probable negación a la pérdida real. Entonces, atribuir un valor simbólico a un dolor, sigue siendo el único acto terapéutico que lo hace soportable.

En el caso de la imagen del ser perdido, ésta no se pretende borrar por parte de quien está en duelo, sino todo lo contrario, se quiere mantener latente, hasta que mediante el proceso de duelo, el sujeto consigue hacer coexistir el amor por la persona desaparecida, con el amor por un nuevo 'ser elegido'. De esta manera, el dolor se disipa, siempre y cuando la persona que lo experimenta admita que el amor por el reciente objeto investido no suprime el amor por el fallecido.

Cuando nos remiten a un sujeto para tratamiento, éste demanda la interpretación de sus síntomas al interactuar con el otro, el psicoanalista, a quien se le asigna un supuesto saber, con sus instrumentos esenciales: su escucha y su palabra. Recordando la afirmación de Freud acerca del ¿por qué? de los trastornos, convoca siempre a una respuesta al clarificar el ¿cómo?, mientras algunos se ocupan de explicar el mecanismo biológico o fisiológico, otros intentan explicar lo concerniente al mecanismo psíquico. Sin duda, hay un ¿por qué?, pero seguramente éste será diferente en cada persona, así como su manifestación de la que se habla en párrafos anteriores. Esto último se debe a que cada uno piensa y siente de manera distinta, procesa las situaciones a través de su propia experiencia y eso nos lleva a no poder hablar de un 'único' modo de comportarse ante los acontecimientos.

⁵ Freud llama a este proceso *Psicosis Alucinatoria de Deseo* (PAD).

Por lo anterior, muchos estudiosos de la mente y del comportamiento humano⁶ han analizado estos procesos, es decir, la manera en que los individuos canalizamos y enfrentamos determinados sucesos de nuestro entorno y de nuestra realidad psíquica. Al respecto recordemos al psiquiatra y psicoanalista Juan David Nasio⁷ (2004:71), cuando afirma: “la última defensa contra la locura y la muerte es el dolor”, ya que el sujeto, ante la pérdida, se vislumbra desde la desventura de su existencia.

El duelo del ser amado⁸ es la prueba más ejemplar para comprender la naturaleza y los mecanismos del dolor psíquico, pues no hay dolor sin un trasfondo de amor. El dolor psíquico es un sentimiento oscuro, difícil de definir, pero que todos hemos sentido, hay razones, pero no explicaciones de lo que es, de cómo surge y de cuándo o cómo se presenta, es pues, difícil de definir y por tanto carente de explicación.

El dolor psíquico provocado por la disolución del lazo íntimo con un ser querido, deviene súbitamente. Sin embargo, su desarrollo sigue un proceso en donde: inicia con la ruptura, continúa con una conmoción psíquica y culmina con la reacción defensiva del *yo*, para protegerse del impacto. Esta etapa, se presenta pero no se tienen referencias del cómo cada persona cuando está en duelo lo procesa y lo vive de manera diferente, es decir intenta ‘protegerse de la conmoción’ por medio de mecanismos distintos, ¿cuáles serían entonces los parámetros adecuados? No hay referencia clara de ello, sin embargo Freud (1895a: 239) (1895b: 351-352,365) afirma, que ante el duelo: “El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a huir del dolor”.

Señalando en el mismo año que el *yo* percibe en el fondo de sí mismo, las variaciones de las pulsiones de vida que emergen en la superficie de la conciencia bajo la forma de afectos. Así el *yo* es un intérprete que lee, en su interior, la expresión de las pulsiones, y lo traduce, externamente, en el discurso como locución de los sentimientos. “Si las inflexiones son moderadas se percibe en la conciencia como placer o displacer; si son extremas devienen como dolor”. Un dolor que lleva a la psique a otro nivel de abstracción,

⁶ Tales como: Freud, Lacan, Klein, Anna Freud, entre otros.

⁷ Discípulo de Lacan.

⁸ El proceso de duelo por el ser amado y perdido lo trabajaré en el Caso **A**, *Las señales*.

a un nivel en el que el propio ser se comporta a su manera en ese momento, enfrentando de forma personal esa etapa difícil de su vida.

Sabemos que el funcionamiento psíquico se rige por el Principio del Placer (Freud, 1920), que regula la oscilación de las tensiones pulsionales y las hace tolerables. Pero cuando viene la ruptura abrupta de la relación con el objeto, las tensiones se desbordan, y el Principio del Placer resulta inoperante. Mientras el *yo* percibe en su interior las fluctuaciones regulares de las irrupciones pulsionales, puede advertir placer o displacer; ahora que percibe la perturbación de las tensiones inmanejables, es dolor lo que experimenta. Mientras que el displacer manifiesta una tensión elevada pero potencialmente regulable, el dolor expresa la autopercepción del *yo*, de una tensión descontrolada, dentro de un psiquismo perturbado.

Se verá aparecer el dolor como un afecto provocado por la pérdida del ser querido, por la autopercepción que tiene el *yo* del disturbio interno desencadenado por este quebranto. La armonía del aparato psíquico se ve fragmentada y el Principio del Placer abolido. Conmocionado el *yo* consigue percibir su propio trastorno ocasionado por la ruptura. La percepción de ese caos se traduce inmediatamente en dolor interior, que a veces se manifiesta en el exterior y es patente, para él y para los otros, pero hay ocasiones en que ese dolor se queda dentro, lo vive solo, lo experimenta en silencio, no comparte con nadie el sentimiento porque cree que no hay otro que comprenda lo que le pasa.

Para Freud (1929: 150), no hay nada más doloroso en la vida del ser humano como la pérdida del ser amado, o de su amor: “nunca estamos -dice- menos protegidos contra la aflicción que cuando amamos, nunca más desdichados y desvalidos que cuando hemos perdido el objeto amado o su amor”. El dolor es pues, una reacción frente al trastorno pulsional producido por la privación del objeto amado. El *yo* apela a todas sus fuerzas y las concentra en un solo punto: la representación⁹ psíquica del objeto perdido. El *yo* está totalmente ocupado en mantener viva la imagen mental del ser desaparecido, como si pretendiera compensar su ausencia real.

⁹ Con representación me refiero al registro que tenemos del objeto, no al objeto en sí.

El dolor de perder a un ser querido se debe a una distancia entre el *yo* debilitado y la exaltada imagen objetal. Esa distancia implica la anulación de contacto físico pero no del contacto emocional, porque éste último es el que continúa presente en la psique del sujeto aun con el paso de los días, meses, años.

Parte de lo dicho anteriormente queda de manifiesto pues la reacción del *yo* contra la conmoción desencadenada por la pérdida del objeto, se descompone en: una succión súbita de la libido -desinvertidura-, y la polarización de esta libido en una sola imagen psíquica -sobreinvertidura-. El dolor psíquico resulta un doble proceso defensivo: el *yo* priva la casi totalidad de sus representaciones, incluso las biológicas (como el dormir o el hambre) para sobreinvertir la sola representación del objeto. Tal representación cargada de libido, termina por devorar una parte del *yo*, y por volverse ajena a él, es decir, inconciliable con las otras representaciones desinvertidas durante el proceso (Nasio, 2004:71).

El duelo sigue un movimiento inverso al de la reacción defensiva del *yo* ante la ausencia, mientras que esta reacción *yoica* consiste en una sobreinvertidura de una representación, la labor del duelo implica la desinvertidura lenta y progresiva del objeto representación. Elaborar un duelo significa desinvertir gradualmente la representación del objeto vedado y saturada de libido, para reconciliarla con las otras representaciones *yoicas*.

En la vivencia del dolor se encuentra al *yo* dividido en: la imagen del objeto con el cual se identifica casi totalmente y, por otra parte, un '*yo* empobrecido' (Freud 1917 [1915]: 243) y desfalleciente. El *yo* aparece desgarrado entre el amor que hace re-vivir al objeto perdido y el saber de una ausencia indiscutible e intolerable. Esta distancia entre la presencia imborrable del otro y su ausencia real es tan insoportable que el sujeto tiende a reducirla o suprimirla rebelándose contra la realidad de la pérdida y rechazando la desaparición del objeto amado. Tal negación, a veces es tan tenaz, que el sujeto en esta circunstancia puede rozar con la locura, pero también mitiga el dolor. El que vive la pérdida, la experimenta así, porque para él la negación del hecho le permite soportar el

dolor y ‘vivir’ con la idea de que el otro ‘el que se fue’ de un momento a otro se hará presente.

Nasio (2007:53) nos recuerda que, el *yo* funciona como un “espejo psíquico” compuesto por una multitud de imágenes que reflejan una parte del cuerpo o un atributo de los seres a los que el sujeto está afectivamente ligado. Cuando se pierde a un ser querido, la imagen psíquica o representación de este objeto, se ve vigorosamente investida por compensación.

Tomando en cuenta lo anterior se dice que el dolor más profundo, la señal indiscutible como prueba, ante la muerte de un ser querido que rompe nuestro vínculo con un objeto al que estábamos intensamente apegados, es cuando el objeto rige en gran parte la armonía de nuestra psique. Haciendo hincapié que ese apego se llama amor. El autor afirma que solo hay dolor cuando hay amor (2007: 34).

Por otro lado, Freud (1926 [1925]: 158) afirma que la persona en estado de duelo sabe a quién ha perdido, duele porque existe la pérdida, y al paso de tiempo va conceptualizando y sintiendo más la ausencia, por eso el dolor tal vez es más fuerte. Por tanto, afirma: “el dolor es la reacción frente a la pérdida del objeto”. Por lo tanto, la manera de ir calmando ese dolor es vivir el proceso y asumir el dolor y el sufrimiento.

1.2 DUELO Y MELANCOLÍA

Curad vuestro dolor con palabras;
las penas que no hablan
gobiernan al corazón abrumado
y lo conducen al desastre.

Shakespeare
"Macbeth" (1606)

El duelo es un proceso psíquico natural y necesario por medio del cual elaboramos nuestras pérdidas, este proceso puede significar afectos penosos. Cada sujeto puede vivir, asumir y construir su propio duelo de manera diferente, esto dependerá de la cercanía con el ser perdido.

El duelo está conformado por sentimientos, reacciones y cambios, por manifestaciones que se presentan durante la cicatrización de una herida tras la pérdida de alguien querido. Por tanto, el medio para sanar será una decisión personal, aunque al inicio no se perciba como una elección consciente. Puede ser un proceso lento aunque podemos ir viendo cómo avanza, poco a poco, cuando el objeto tiene para el *yo* una importancia tan grande que desencadena el duelo.

De lo que estamos seguros es de la muerte. El duelo ayuda al *yo* renunciando al objeto y declarándolo muerto, ya que se ha perdido algo importante y significativo de nuestra vida. La función del duelo es restituir o sanar, lo cual constituye un ciclo con ritmo, tiempos y características específicas propias de la psique donde se procesará la experiencia de pérdida.

En la melancolía, se vive una alteración en las actividades diarias, en el sueño (insomnio o hipersomnias), en la alimentación (rechazo al alimento), acompañados de gran falta de interés, Freud (1917 [1915]: 244) nos recuerda que:

En lo terapéutico sería infructuoso tratar de oponérsele al enfermo que promueve contra su *yo* tales querellas... Es en realidad todo lo falto de interés, todo lo incapaz de amor y de trabajo que él dice... Es la consecuencia de ese trabajo interior que devora a su *yo*, un trabajo que desconocemos, comparable al duelo.

Freud (1917 [1915]) continúa diciendo acerca del sujeto melancólico que él ha sufrido una pérdida del objeto, pero de sus declaraciones nos damos cuenta que la pérdida es en su *yo*. En el duelo resuelto, el sujeto vence sin duda la pérdida del objeto, pero mientras persiste absorbe de igual modo todas las energías del *yo*.

Si se presta oídos a las palabras a las que el sujeto se dirige, llega un momento en que las más fuertes de ellas se adecuan muy poco a su propia persona y muchas veces, se ajustan a otra persona a quien el sujeto ama. Así, los autorreproches (1917 [1915]: 242) son, en realidad, reproches contra un objeto de amor que ha sido introyectado en el *yo* del melancólico.

Escuchamos decir que el proceso de duelo finaliza cuando la persona es capaz de hablar del fallecimiento de su objeto perdido sin experimentar el dolor y el sufrimiento que le caracterizó al inicio del proceso, cuando al recordar a la persona que amaba, ya no se presentan las siguientes manifestaciones físicas, como son: llanto inconsolable, alteraciones del sueño, desaparecen las sensaciones como el nudo en la garganta, opresión en el pecho, palpitaciones, cuando la persona es capaz de vislumbrar su futuro aceptando los retos que se le presenten, cuando existe interés por la vida y puede planear su vida futura. Al respecto Freud (1917 [1915]: 252) dice:

[...] ni siquiera podemos decir cuáles son los medios económicos por los que el duelo consume su tarea... Para cada uno de los recuerdos y de las situaciones de expectativa que muestran a la libido anudada con el objeto perdido, la realidad pronuncia su veredicto: El objeto ya no existe más; y el *yo*, preguntado, por así decir, si quiere compartir ese destino, se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da estar con vida y

desata su ligazón con el objeto aniquilado. Podemos imaginar que esa desatadura se cumple [...] lentamente y [...] paso a paso.

Cuando un duelo es prolongado, también se prolonga el dolor y vivir con el dolor puede incapacitarnos ante los quehaceres de nuestra vida cotidiana. En ocasiones nos atoramos porque no podemos o no queremos aceptar lo real de la pérdida. Quien por su propia experiencia se siente imposibilitado a elaborar o continuar con su duelo, puede somatizar peligrosamente arriesgando su salud mental y física.

En este ensayo de Freud -un escrito que sabemos que es difícil de leer por sus varias referencias a otros ensayos y a otras propuestas teóricas que Freud estaba investigando, además de por su misma temática tanática-, sostiene (en un principio en este ensayo) que el final del proceso de duelo tiene que ver con poder encontrar un objeto que *sustituya* al objeto perdido dado que el *yo* se ha liberado de las ligas libidinales que antes tenía con el objeto amado y ya perdido.¹⁰

Es importante para este tema mencionar algunos conceptos que Jean Allouch (2006: 136) hace al respecto, para este autor el objeto del duelo es insustituible, ya que el duelo ayuda a modificar la relación con el objeto. De este modo el desaparecido es reconocido como inexistente, sin hallar jamás un sustituto. Así, “perder a alguien es también perder un trozo de sí” que reconocernos ahora, sin el que ha partido, construir nuestra existencia sin su presencia, y a la vez sin poder en ningún caso colocar algo o alguien en su lugar. En donde “la muerte empuja el duelo al acto a muerte seca”; de aquí que tomando en cuenta la ausencia, el acto es capaz de efectuar en el sujeto una “pérdida a secas”. Allouch se enfoca en la cuestión del acto y de que “en todo acto hay un final”.

Es evidente que el que está de duelo se encuentra habitado por el ser que ha perdido, se hace extensiva la finalización del duelo, al establecer una nueva relación con el muerto. Lo anterior lo afirma el autor que consagra su erótica de duelo a la tramitación de su propio duelo.

¹⁰ Este tema de la sustitución-no-sustitución del objeto amado y perdido, lo trato en el capítulo 3, en el caso llamado *La Culpa*.

En lo que respecta a la melancolía, Freud (1917 [1915]: 242) enfatiza que ésta se reconoce en lo anímico con una “desazón profundamente dolida”, existe una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la “inhibición de toda productividad” y una “rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza como autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”. Como veremos más adelante, la *rebaja del sentimiento de sí mismo* que se hace el sujeto es un aspecto clave que diferencia al estado melancólico del estado de duelo.

El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su amor propio, un enorme empobrecimiento del *yo*. Ahora puedo decir que otra diferencia fundamental entre el duelo y el estado melancólico es que en el duelo, el mundo externo se ha hecho pobre y vacío, en cambio, en el estado melancólico, eso le ocurre al *yo* mismo.

En cuanto a la melancolía Freud (1917 [1915]: 255) encuentra tres premisas que la caracterizan:

[...] pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al *yo*, a las dos primeras las reencontramos en los reproches obsesivos tras acontecimientos de muerte y al tercer factor lo define como el único eficaz.

Con pérdida del objeto se refiere al abandono de la investidura libidinal del objeto, pero esa libido ahora liberada se regresa al *yo* de donde provenía, es ahora libido narcisista. Este movimiento psíquico de la libido es lo que también caracteriza a la melancolía.

Gracias a que Sigmund Freud centra su interés en la melancolía se puede hacer una lectura del duelo. Así mismo, el ensayo *Duelo y melancolía* surge, en parte, gracias a que Freud utiliza el proceso de duelo, como un acto psíquico sano, que es parte de la naturaleza

humana -tanto como la muerte es parte de nuestra vida-, para mostrarnos otro acto psíquico no tan sano, más bien patológico, mismo que Sigmund Freud nombra *La Melancolía*.¹¹

Para concluir este tema, retomo una de las diferencias que hace Freud (1923: 157-158) con respecto al duelo y a la melancolía. El duelo es un proceso normal de la vida, en cambio, a la melancolía la ubica dentro de estados anímicos patológicos, así lo escribe el autor:

En todas las formas de enfermedad psíquica debería tomarse en cuenta la conducta del *superyó*, cosa que no se ha hecho todavía. Empero, podemos postular provisionalmente la existencia de afecciones en cuya base se encuentra un conflicto entre el *yo* y el *superyó*. El análisis nos da cierto derecho a suponer que la melancolía es un paradigma de este grupo, por lo cual reclamaríamos para esas perturbaciones el nombre de «psiconeurosis narcisistas».

¹¹ Enfatizo en este párrafo a la melancolía, pero quiero resaltar, que este trabajo de tesis se centra en el proceso de duelo.

1.3 IMPORTANCIA DE LOS AFECTOS

*El afecto correspondiente a la melancolía
es el del duelo, o sea, la añoranza de algo perdido.*

S. Freud¹²

Los seres humanos al contemplar la cercanía o el momento en que nos sorprende la muerte, con la existencia de una red conformada por familia, familiares y amigos, sentirán más el apoyo, acompañamiento y contención. Y esto nos hace reflexionar acerca de cuál es nuestra actitud hacia la muerte. Nos atrevemos a pensar en la muerte de otros, pero no en aquéllos que integran nuestra familia, aquéllos que tenemos próximos. La muerte es inevitable, en nosotros mismos y en nuestros padres, hijos, hermanos, amigos.

Al percatarnos de que la muerte es algo natural e inevitable, quizá manifestamos la tendencia a hacerla a un lado, callarla o evadirla. En ciertos casos, vemos como la muerte, la pérdida, afecta a todo el sistema familiar y se observa cómo algunos integrantes viven en el silencio, en el cual cada uno de los dolientes se va a un rincón a ‘lamerse las heridas’, solos, sin compartir ni buscar ayuda o apoyo de otros familiares o amigos. Esta actitud les afecta de manera considerable, ya que pueden permanecer las heridas, por un tiempo prolongado, sin esperanza de ser sanadas. Hay que actuar, hablar, enfrentar, para poder aceptar la muerte.

La importancia de los afectos puede observarse de diferentes maneras, al respecto Freud (1915c: 290-291) afirma lo siguiente:

Por lo que toca a la muerte de otro, el hombre culto evitará cuidadosamente hablar de esta posibilidad si el sentenciado puede oírlo. Solo los niños transgreden esta restricción; se amenazan despreocupadamente unos a otros con la posibilidad de morir, y aun llegan a decírselo en la cara a una persona amada, por ejemplo: ‘Mamá querida, cuando por desgracia

¹² *Manuscrito G. Melancolía*, p. 240.

mueras, haré esto o aquello'. El adulto cultivado no imaginará la muerte de otro ni siquiera en el pensamiento sin considerarse a sí mismo desalmado o malo; a menos que, en calidad de médico, de abogado, etc., tenga que ocuparse profesionalmente de ella.

La muerte cuando llega nos conmueve profundamente e interfiere en nuestras expectativas. Nuestra conducta frente al muerto es particular, casi de admiración, por encima de la verdad, e incluso la mayoría de nosotros lo valora más, tanto que se puede ver más respeto, que por los vivos.

Es evidente que cuando fallece una de las personas que nos son cercanas, cuando la muerte alcanza a nuestro padre, a nuestra pareja, a un hermano, a un hijo o un amigo, sepultamos con él nuestras esperanzas, nuestras demandas, nuestros goces, y a veces no nos dejamos consolar y nos negamos a sustituir al que perdimos. El afecto y la cercanía con el fallecido nos hacen sentir la magnitud de la liga afectiva que teníamos con este objeto perdido. Así, sabemos que no podremos sustituir a quien perdimos, pero podemos tratar de ir aceptando la situación, y tener en cuenta que nuestro afecto por el que se fue no termina al continuar la vida, si me entrego a mi propia existencia. En ocasiones nuestro duelo puede ser constante y permanente, al sentir que el alejarnos del dolor nos conduce a una transformación de los afectos por el que se ha ido.

Nadie puede sustituirle a la madre, su hijo, a la pareja, su compañero, a los hijos, un padre. El duelo del ser amado ya muerto, el que ya se fue, incluye a las expectativas del futuro que no se verán más y lo que se compartió en el pasado; esos recuerdos que nos ayudan a mantenerlo vivo en nuestra mente, alterando el curso de la vida del sujeto que quedó, en una nueva realidad. Cada uno de esos seres queridos era un fragmento de su propio *yo*. Sabemos que hay pérdidas difíciles de asimilar, recordemos la carta que Freud (1929: 149) escribió a su amigo, el filósofo Ludwig Binswanger:

[...] También sabemos que seguiremos inconsolables y que nunca encontraremos un sustituto. Sin importar la naturaleza de lo que llene aquel vacío, aunque lo llene completamente, siempre quedará algo.

Vemos cómo con el paso del tiempo el conflicto afectivo provocado por la muerte, enfrenta al hombre a una situación difícil de aceptar, sin embargo, toma conciencia de la ausencia del ser querido pero no sabe, de momento, como reaccionar ante tal hecho y a veces ni se lo cuestiona conscientemente.

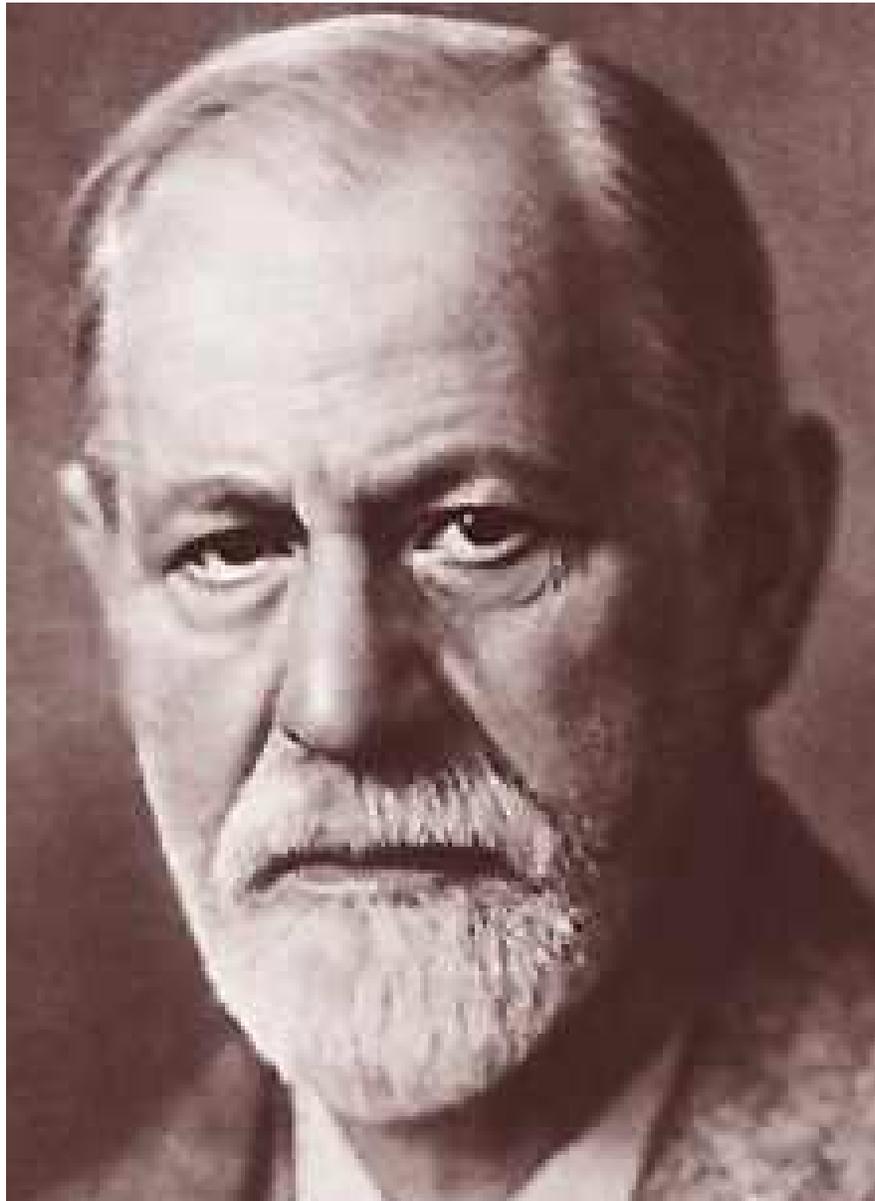
Entonces Freud (1915c: 297-298) se pregunta, acerca del comportamiento de nuestro inconsciente frente a la muerte y dice:

Nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal. Lo que llamamos nuestro 'inconsciente' (los estratos más profundos de nuestra alma, compuestos por mociones pulsionales) no conoce absolutamente nada negativo, ninguna negación [*Verneinung*] -los opuestos coinciden en su interior-, y por consiguiente tampoco conoce la muerte propia, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. [...] La angustia de muerte, que nos domina más a menudo de lo que pensamos, es en cambio algo secundario, y la mayoría de las veces proviene de una conciencia de culpa.

Como señalamos en párrafos anteriores, ante la muerte, el dolor está presente en el sistema familiar, a tal grado que en ocasiones parece que algunos dejan la energía en lo que podríamos llamar "el sobre cuidado hacia el otro", ya que a toda costa buscamos el bienestar de aquellos que se quedaron con nosotros sufriendo de igual manera la pérdida. Nos sentimos acompañados con su dolor y parece que desde la raíz buscamos elementos que nos permitan hacer hasta lo imposible porque aquél no sufra o por reemplazar con nuestra presencia y afecto lo que se ha perdido.

Es lógico vivir el duelo acompañado de una profunda tristeza, pero no siempre, pero no diario; pasado un tiempo, este constante dolor se puede volver patológico, nos impide avanzar y nos limita, por eso Freud (1915c: 301) expone el viejo apotegma en el que destaca: "Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte", y creo que no solo la propia muerte sino también la de aquellos a quienes quisiéramos tener siempre.

Nuestra actitud hacia la muerte no es favorable, de hecho no sabemos qué hacer ante ella, pero en la clínica, la palabra nos puede guiar hacia los afectos conscientes y de esta manera poder actuar con lo que se está viviendo.



1.4 DOS PROCESOS PSÍQUICOS QUE OCURREN EN EL DUELO

Quizás alguien dijo que había un final,
un fin, para el amor y el dolor.

May Sarton.

En las fantasías y en los sueños, en nuestra búsqueda por entender la pérdida, intentamos negar la realidad de lo que está pasando, en donde nuestro ser amado desaparecido no vendrá más a estar conmigo. Freud (1925: 253) visualiza que:

La negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido; en verdad, es ya una cancelación de la represión, una aceptación de lo reprimido. Se ve cómo la función intelectual se separa aquí del proceso afectivo.

Aparecen las lágrimas y se conecta el dolor y podemos continuar negando hasta que lentamente, paso a paso empezamos a aceptar la realidad. Ya que cuando en nuestra vida ocurre un acontecimiento crítico, tendemos a la negación y nos resistimos a aceptarlo.

Freud enfatiza que cuando se inicia el restablecimiento de un enfermo para liberarlo de sus síntomas patológicos, el sujeto mantiene en la mayor parte del tratamiento, resistencia. También comenta en la conferencia 19ª (1917 [1916]a: 263) que en la terapia psicoanalítica se le pide al enfermo que se ponga en un estado de calma, observación de sí, sin reflexión y comunique todas las percepciones interiores que pueda tener en ese estado - sentimientos, pensamientos, recuerdos-, en la secuencia en que emergen dentro de él. Todo esto con la finalidad de que se libre de sus síntomas. Por supuesto existen sacrificios de tiempo, de dinero, de trabajo, que bien valen la pena si de su dolor se trata. Se puntualiza que siga sólo la superficie de su conciencia, que omita toda crítica, cualquiera que sea su índole, contra lo que ahí encuentre. También en este proceso de duelo, por la técnica de la interpretación sabemos que justamente las ocurrencias, el material que nos encamina al descubrimiento de lo inconsciente, son válidas.

Ante el dolor de la pérdida, es raro tropezar con un sujeto que no intente reservar para sí algún ámbito a fin de defenderse ante la cura, ya que el dolor mantiene viva la presencia del ser que se ha ido. Aún así tenemos que estar preparados para una táctica especial de la resistencia, ya que a menudo deja que el análisis recorra sin trabas su camino, pero al final con asombro puede no traer ningún progreso práctico, ningún debilitamiento de los síntomas.

Durante el tratamiento, la intensidad de la resistencia puede variar, recordemos lo que Freud (1917 [1916]a: 268) dice al respecto: “Si estamos a punto de promover a su conciencia un fragmento nuevo del material inconsciente, particularmente penoso para él, se vuelve crítico al extremo. Si se logra vencer esta nueva resistencia, recupera su discernimiento y su comprensión”. El sujeto necesita de su restablecimiento normal en sus procesos anímicos, aunque paradójicamente continúe defendiendo la eliminación de sus síntomas.

Freud (1917 [1916]a: 269) en la conferencia destinada a la resistencia y represión, hace la observación acerca del proceso patógeno que la resistencia revela, recibe el nombre de “*represión*”. Este proceso es la precondition de la formación de síntoma. Siendo importante recordar cuando dice:

[...] las mociones que están dentro del vestíbulo del inconsciente quedan sustraídas a la mirada de la conciencia, que se encuentra en el otro espacio; por fuerza tienen que permanecer al principio inconsciente. Cuando ya se abrieron paso hasta el umbral y fueron refrenadas por el guardián, son inadmisibles en la conciencia: las llamamos ‘reprimidas’.

En dicha represión tenemos la oportunidad de elegir lo que hacemos con el ser amado que se ha ido: podemos morir cuando ellos mueren, sobrevivir, vivir de los recuerdos, o vivir de una nueva manera. No se puede negar el dolor así como no podemos negarnos la oportunidad de superarlo. En este proceso dejamos que los muertos se marchen y al mismo tiempo los incorporamos a nosotros. Aceptando los difíciles cambios que la pérdida trae consigo.

Entonces las cicatrices que nos dejan estas heridas emocionales no desaparecen jamás; curarlas no significa olvidar, pues la cicatriz nos acompaña durante toda nuestra vida, pero al tocarla no duele con la misma intensidad que cuando estaba abierta. Dependiendo de la pérdida, será la profundidad de la herida. Sin embargo, aun cuando ha cicatrizado, esa parte queda sensible porque una cicatriz siempre deja una marca.

Quiero remarcar que la negación nos ayuda a enfrentar la realidad más lentamente. Puede estar ligado al olvido de impresiones, escenas, vivencias, reduciéndose las más de las veces a un ‘bloqueo’ de ellas. Freud (1914a: 151-152) menciona: “El analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace”. Así como afirma: “La transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado”. En donde aparece una compulsión de repetir, ya que sustituye al impulso de recordar.

Recordemos que el analizado repite en vez de recordar, y repite bajo las condiciones de la resistencia. Es por eso que Freud (1914a: 153) en el mismo artículo señala, que no debemos tratar los síntomas como un episodio histórico, sino como un poder actual. Realizando el trabajo terapéutico, en la reconducción al pasado. Y para la cura, es preciso que el sujeto cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de lo que le aqueja. Pero comprometiéndolo a no adoptar durante la cura ninguna decisión de importancia vital.

1.5 UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO DEL DUELO

Te han crecido alas de dolor
y aletas sobre el lecho como una gaviota herida,
pidiendo agua, pidiendo té, y uvas
cuya piel no puedes morder.
¿Recuerdas cuando me enseñaste a nadar?
Déjate ir, dijiste,
el agua del lago te sostendrá.
Ahora quisiera decirte, padre,
que te dejes ir,
y la muerte te sostendrá.

Linda Pastan

En el proceso de duelo existen personas que deciden llevar un tratamiento para acompañar y expresar su dolor. Freud (1890: 118) nos comenta que la causa inmediata de la perturbación ha de buscarse en lo anímico: “El saber cuáles son las causas más remotas de esa perturbación que afecta a lo anímico, que a su vez ejerce después una influencia perturbadora sobre lo corporal”. Podemos observar la expresión de las emociones sobre el cuerpo, casi todos los estados anímicos que puede tener un hombre se exteriorizan en la tensión de sus músculos faciales, en la postura de su cuerpo, con alteraciones corporales que casi nunca resultan útiles a quien las experimenta, al contrario, se pretende ocultar a otros sus procesos anímicos.

Con la vivencia de un duelo y el reconocimiento del afecto ante el que se ha ido podemos ver la importancia de procesar el duelo en un tratamiento, para que no pase a ser causa de enfermedades del sistema nervioso, así como de otros órganos, o depresiones, e ir recuperando la vida y la actividad cotidiana de una forma saludable. Ya que el cuerpo pasa a ser el reflejo de la situación afectiva por la que se atraviesa, el cuerpo refleja lo que se está viviendo. Así es como se llega a un tratamiento, pues se desea entender qué está pasando en cada parte del cuerpo con tanto dolor por el que se ha ido. Freud (1890: 119) afirma, en esta situación que:

Los estados afectivos persistentes de naturaleza penosa o, como suele decirse, ‘depresiva’, como la preocupación y el duelo, rebajan la nutrición del cuerpo en su conjunto, hacen que los cabellos encanezcan, que desaparezcan los tejidos adiposos y las paredes de los vasos sanguíneos se alteren patológicamente.

El clínico no puede prescindir de la observación y la escucha, factores importantes en todo tratamiento. El *decir* alivia, ya que el dar nombre a los hechos y transmitir ideas a través de conceptos se aclara aquello que por una razón u otra se ocultó tras el silencio. Lo callado es lo que a la larga debilita el cuerpo y provoca en las patologías físicas y psicológicas que lejos de permitir que el hombre avance, lo detiene anclado a su pasado y a sus recuerdos. Podemos estar de acuerdo en las observaciones de Freud (1890: 123-124) al decir:

Las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros, son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos.

La importancia de tomar en cuenta los pensamientos involuntarios, que se cruzan en la sesión, al relatar todo cuanto les pase por la cabeza, ya que en muchas ocasiones el analizante va seleccionando lo que es o no es importante expresar. Se tiene presente que al analizante se le olvidan hechos reales o incluso confunde nociones de tiempo, observándose esto en individuos en proceso de duelo. Sobre los olvidos Freud (1904: 239) infirió:

Son el resultado de un proceso que denomina *represión* y cuyo motivo individualiza en el sentimiento de displacer. En cuanto a las fuerzas psíquicas que han originado esta represión, cree registrarlas en la *resistencia* que se opone a la reproducción.

Este factor de la resistencia ha pasado a ser uno de los fundamentos de su teoría, dándole vital importancia a las ocurrencias que suelen dejarse de lado con toda clase de pretextos. Estos pensamientos reprimidos así como los sueños, brindan la vía de acceso más directa para el conocimiento del inconsciente. Refieren las personas que están viviendo un duelo, soñar con el ser querido que se ha ido.

Llevar a cabo análisis es decisión de quien lo solicita, tomando en cuenta la necesidad del momento a la cual se quiere encontrar una respuesta o un ajuste para poder continuar viviendo. Sin embargo, cuando la persona ha sufrido una pérdida cercana, con un vínculo afectivo íntimo, pueden acudir por recomendación de un familiar o amigo. Comenta Freud un año después (1905: 249) “el método analítico de la psicoterapia es el de más penetrantes efectos, el que permite avanzar más lejos, aquel por el cual se consigue la modificación más amplia del enfermo”.

A continuación menciono el ejemplo que tan claramente Freud (1905: 250) nos expone haciendo una maravillosa reflexión con respecto a la pintura y la escultura, en donde explica que:

La pintura, dice Leonardo, trabaja *per via di porre*; en efecto, sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban, [agregando que] la escultura *procede per via di levare*, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella [Reflexiona cómo] la técnica sugestiva, no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de los síntomas, sino que deposita algo, la sugestión. En cambio la terapia analítica, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, eliminar.

Freud (1912) enfatiza la importancia de la escucha a esas palabras que salen del analizado. Se necesita de este arte para ir las articulando y así llegar a la metáfora de la cura misma. La intervención se hace de sujeto a sujeto, y el fin de tratamiento es impredecible.

Durante la sesión, el analizado se abandona a sus pensamientos, en el caso de una pérdida, se abandona a sus sufrimientos, a sus ocurrencias que fluyen con el deseo de sanar. Un año después Freud (1913: 143) tomaba en cuenta que el analizado:

No conoce los caminos que se deben recorrer hasta ese término, y no suministra los montos de energía necesarios contra las resistencias. El tratamiento analítico remedia ambos déficit. En cuanto a las magnitudes de afecto requeridas para vencer las resistencias, las suple movilizando las energías aprontadas para la transferencia; y mediante las comunicaciones oportunas muestra al enfermo los caminos por los cuales debe guiar esas energías.

La superación de sus resistencias, comenta Freud (1917 [1916]c: 413), sólo se logra si se le han dado las “representaciones-expectativas que coinciden con su realidad interior”. Para poder entender mejor, Freud nos lo explica de la siguiente manera:

Es incapaz de gozar y de producir, porque su libido no está dirigida a ningún objeto real, porque tiene que gastar una gran proporción de su energía restante en mantener a la libido en el estado de represión. Sanaría si el conflicto entre su *yo* y su libido tocara a su fin, y su *yo* pudiera disponer de nuevo de su libido.

Es por eso que la tarea terapéutica consiste: “En desasir la libido de sus provisionales ligaduras sustraídas al *yo*, para ponerla de nuevo al servicio de éste. La libido, está ligada a los síntomas. Por tanto, es preciso apoderarse de los síntomas, resolverlos” (Freud, 1917 [1916]c: 413) ; el doliente necesita recuperar la energía perdida para continuar su vida.

La tarea terapéutica se enfoca principalmente en hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias. Y en la medida de lo posible, la cura analítica debe ajustarse en un estado de privación, cuando que el padecer del analizado, pueden ir disminuyendo los síntomas. Freud (1937: 216), menciona:

La cura analítica impone a médico y enfermo un difícil trabajo que es preciso realizar para cancelar unas resistencias internas. Mediante la superación de éstas, la vida anímica del enfermo se modifica duraderamente, se eleva a un estadio más alto del desarrollo y permanece protegida frente a nuevas posibilidades de enfermar.

El propósito del psicoanálisis “es fortalecer al *yo*, hacerlo más independiente del *superyó*, ensanchar su campo de percepción y ampliar su organización de manera que pueda apropiarse de nuevos fragmentos del ello” (Freud, 1937: 216). En sus manos estaba continuar la cura, pero vislumbró que ese es un compromiso entre salud y enfermedad, compromiso que el propio analizado desea, y por eso mismo el analista no debe entrar en él.

Existe un término natural para cada análisis, a este respecto comenta Freud (1937: 222) que:

El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y eso ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones, y la segunda, que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión.

CAPÍTULO 2

EL DUELO COMO RESPUESTA A LA PÉRDIDA, UN ENFOQUE DESDE LA TEORÍA DE SISTEMAS

El temor a la muerte, señores, no es más que pensar que uno es sabio cuando no lo es; quien teme a la muerte se imagina conocer algo que no conoce. Nadie puede decir que la muerte no resulte ser una de las mayores bendiciones para un ser humano; y sin embargo, los hombres la temen como si supieran que es el mayor de los males.

Sócrates

2.1 BREVE HISTORIA DEL NACIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Desde mi experiencia profesional como psicoterapeuta deseo abordar en este capítulo el *proceso de duelo* desde un enfoque sistémico, el cual he venido practicando por más de veinte años, al presentarse en la clínica casos de pérdida. A continuación haré un pequeño seguimiento de este enfoque.

El modelo sistémico de terapia familiar ha tenido influencia de varias escuelas. Nació en Estados Unidos después de la segunda guerra mundial. Se va viendo la evolución de los clínicos de aquella época, que fueron experimentando diferentes enfoques, apoyándose en sus conocimientos psicoanalíticos.¹³ Tenemos como ejemplo a Ackerman (1966: 405) que seguía ligado al psicoanálisis, pero percibía a la familia como una entidad en sí misma la cual poseía su propia vida psicológica y social, además favorecía la expresión directa de las familias.

¹³ Clínicos como: Gregory Bateson, Jay Haley, Paul Watzlawick.

Con el paso del tiempo otros psicoanalistas fueron tomando conocimientos de los trabajos de Bateson (1956: 251) y así se empezaron a crear diversas escuelas. Entre ello podemos ver a Bowen que durante 1954 y 1959 realizó investigaciones sobre familias con atención hospitalaria en el National Institute of Mental Health, y practicó un modelo centrado en el concepto de la diferenciación del individuo frente al *yo* familiar indiferenciado.

También por su lado Boszormenyi-Nagy (1965: 102) se enfocó a las transmisiones que se dan de una generación a otra, manejando un concepto de lealtad, para ver el lazo profundo que une y trasciende los conflictos y une a la familia entre sí. Para él, el paciente identificado es el que está ligado a lealtades invisibles y su enfoque se encamina a clarificar estos lazos e identificar la deuda.

Bateson, más interesado en la teoría que en la terapia, junto con un grupo interdisciplinario se dedicaron hacer investigación acerca de la comunicación en los esquizofrénicos, viendo la importancia de los vínculos paradójicos que se dan entre las madres con los pacientes. De esta observación surge la noción de “doble vínculo”(1956: 264) que se refiere a una relación en donde se mandan dos mensajes contradictorios sobre el mismo asunto, en niveles diferentes. Por lo tanto al observar los aspectos particulares de comunicación dentro de las familias, el grupo resaltó, que “un síntoma podía ser algo muy diferente que el resultado de una problemática personal reforzada a lo largo de la historia individual” (Watzlawick, 1977:189), el grupo observa entonces que, el síntoma del paciente identificado, desempeña una función en el seno de la familia.

Este grupo de investigadores entre los que se encontraban psiquiatras, psicólogos, biólogos, antropólogos, entre otros, llegaron a la “teoría general de los sistemas”, resaltando que a partir de entonces, el comportamiento sintomático podía considerarse como un mecanismo homeostático. Así nace la concepción de familia como sistema, como “sistema abierto” (Bertalanffy, 1968: 101) o sea como un conjunto de personas interactuando con sus intercambios con el mundo exterior.

Había nacido en el año de 1955 el enfoque de la terapia familiar sistémica. Contribuye también el movimiento antipsiquiátrico,¹⁴ al enriquecimiento de este modelo, gracias a su reflexión crítica acerca de la función de la enfermedad mental en la sociedad.

En sus inicios la terapia familiar sistémica comenzó por colocar al terapeuta en la posición de observador neutral, posteriormente fue considerado como miembro del sistema terapéutico.

Como podemos observar, no existe en este modelo un padre creador único, como sí lo podemos ver en el *campo psicoanalítico con Sigmund Freud*.

Las escuelas sistémicas se podían clasificar en dos funciones: tiempo y neutralidad del terapeuta. Las cuales las podemos ver en dos corrientes, una en la cibernética de primer orden (el observador esta fuera) y la cibernética de segundo orden (el observador esta adentro). A continuación lo abordare brevemente:

Bateson (1956: 231) introdujo el modelo cibernético, posteriormente Haley (1963), así como Selvini Palazzoli (1974), entre otros, lo fueron ampliando. Vemos como estos profesionales clínicos, encontraron en la lectura cibernética un medio para apartar lo intrapsíquicos en la búsqueda de una mejoría de los pacientes.

Existen dos tipos lógicos diferentes, situando al observador (terapeuta) en un nivel lógico diferente al de sus pacientes. Se consideraba un observador neutro de una participación en el sistema y el efecto que sus intervenciones terapéuticas tenían. Así el sistema terapéutico se consideraba dentro para participar y fuera para elegir la estrategia y evaluar sus consecuencias. Constatando que una posición neutra es difícil de sostener, ante la escucha del discurso. Así es como Bateson (1956: 201), llega a la conclusión de que:

Nuestra teoría exige y favorece, una revisión del pensamiento científico como la que ya se ha operado parcialmente en muchos campos de la

¹⁴ Algunos miembros de este movimiento son: Elkaïm, Laing, Cooper.

investigación, desde la física hasta la biología: la misma supone que el observador pertenece al campo mismo de la observación y que además, el objeto de observación nunca es una *cosa* sino siempre una relación o una serie indefinida de relaciones.

A partir de estas observaciones, se empieza a considerar al observador como parte de lo que observa, ejerciendo y recibiendo al mismo tiempo una influencia. Von Foerster (1981: 56) habla del “sistema observador”, en donde como observador, se pierde su neutralidad objetiva, pero gana junto con el sistema una representación de la realidad. En esta postura el observador sale de su posición de poseedor de una verdad, para entrar en la de una participación de una representación, se pasa a una idea de construcción de mapas (Watzlawick, 1967: 59) donde los conceptos son a partir de una percepción y no de la realidad objetiva.

Posteriormente Anderson y Goolishian (1988: 41) hablan de un sistema creado por el problema y de un sistema que disuelve el problema. Considerando la terapia un acontecimiento lingüístico en donde tiene lugar ‘la conversación terapéutica’, apareciendo nuevos significados en el diálogo. Considerando que:

Los problemas no se encuentran en la familia o en cualquier otra unidad definida de modo temporal o espacial. Los problemas se sitúan en el contexto inter subjetivo de todos los que tienen intercambios activos de comunicación y que también están en permanente cambio.

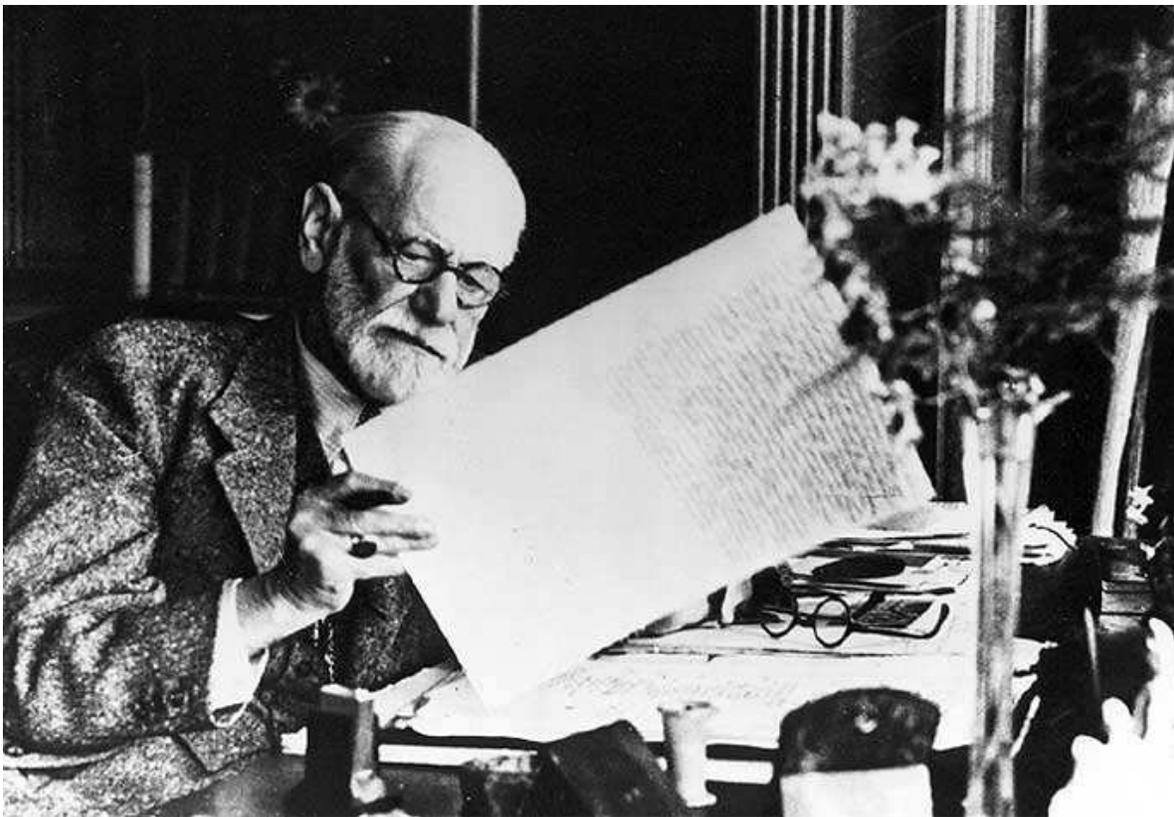
Podemos resaltar otro concepto utilizado en este enfoque, la noción de “reencuadre” Watzlawick (1974: 176) lo define como:

El cambio del punto de vista conceptual y/o emocional en función del cual se experimenta una situación, para encuadrarla en un marco diferente que integre en forma igualmente apropiada o incluso mejor, los hechos de la misma situación concreta, cambiando completamente el sentido.

No es el terapeuta el que introduce este reencuadre sino que surge de las conversaciones que se dan en el ambiente terapéutico. Es un concepto que no puede quedar fuera de la intervención terapéutica.

Mientras tanto Momy Elkaïm (1988: 107) se dedica a las particularidades de la familia y del terapeuta, cuando tales particularidades pueden entrar en intersección, se amplifican y producen una “resonancia”. Este autor afirma que el terapeuta es un miembro activo del sistema terapéutico.

Puedo continuar con esta pequeña remembranza histórica del nacimiento de la terapia familiar sistémica, el modelo ofrece una orientación en la manera de llevar a cabo el trabajo terapéutico. El enfoque continúa en expansión tanto en la investigación como en la clínica. A continuación abordo este enfoque haciendo énfasis en la forma que se puede llevar a cabo el *proceso de duelo*.



2.2 ALGUNAS PROPUESTAS TERAPÉUTICAS PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE DUELO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Lo vi por última vez,
y el mundo estuvo
para siempre dividido
entre un antes y un después.

Tove Ditlevsen

El enfoque terapéutico abordado para acompañar a la persona o familia en su *proceso de duelo*, está encaminado en ir encontrando soluciones a su paso y a su ritmo. Resaltando intervenciones terapéuticas, no un método particular, ya que cada persona que consulta es única, como única es su demanda.

En el transcurso de este proceso, la finalidad es ir suavizando el dolor, aceptar la pérdida, para volver a ocuparse en su vida. Poco a poco como todo proceso, la persona va superando los sentimientos atorados.

Por lo general, la persona que decide llevar un proceso terapéutico desea un cambio a lo que están viviendo actualmente. Para lo cual el clínico utiliza estrategias para el cambio y la búsqueda de soluciones, dejando atrás los problemas y la patología.

Se anima a la persona a concentrarse en las posibilidades, más que en los problemas. Generalmente me enfoco en los recursos de las personas, más que en su déficit, en su fuerza, más que en su debilidad, y en sus posibilidades más que en sus limitaciones.

Como dice O'Hanlon (1988: 34) "la terapia implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que lleve a la solución."

En la actualidad existen diferentes enfoques con los cuales podemos abordar el *proceso de duelo*, pero quiero enfatizar la importancia y las bases fundamentales que el

psicoanálisis ha contribuido para poder entender los procesos por los que pasa una persona ante un duelo por la pérdida de un ser querido. Al respecto Myerhoff (1982: 97) reconoce cuando Freud afirmaba, que para que se complete el proceso de duelo es:

[...]menester que quienes quedan con vida desarrollen una nueva realidad que ya no comprenda lo que se ha perdido. Pero... hay que agregar que la plena realización del duelo puede restaurar lo que se ha perdido e incorporarlo en el presente. La recordación plena puede ser tan vital para el bienestar y la recuperación como el olvido de los recuerdos.

A continuación planteare algunas técnicas terapéuticas que pueden ser utilizadas en este proceso, recordando lo que Minuchin (1981: 268-269) dice:

Los individuos, poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible. Se propone que los pacientes exploren otras formas de organizar su experiencia, sin explorar la etiología ni la dinámica de la disfunción. Esta búsqueda de alternativas válidas y funcionales es aplicable también en terapia familiar, puesto que la familia es un sistema que dispone de un repertorio de formas de organizar la experiencia que es más amplio del que utiliza de ordinario. Por lo tanto, una estrategia consiste en soslayar una exploración de los orígenes históricos de las interacciones disfuncionales y tomar el atajo de explorar otras modalidades de interacción, más complejas, que prometan un funcionamiento más sano.

Uno de los clínicos que ha contribuido con variadas aportaciones es M. White (1989: 57), el cual aplico la metáfora de “decir hola” en el *proceso de duelo* ante una pérdida, con personas que en este proceso continuaban sintiendo mucha aflicción. Generalmente son personas que han estado familiarizadas con la experiencia del “adiós”, de la despedida indescriptible de dar la vuelta a otra historia diferente, ya sin la compañía del que se fue, de tener que aceptar la pérdida definitiva.

Cuando nos enfrentamos con la realidad de que la persona amada ya no está, la primera reacción es no querer aceptar la situación, es por eso que la metáfora la valida la persona, desde que se plantea. Ante la pérdida, la persona que padece aflicción, tristeza, melancolía, depresión, entre otros, reportan al terapeuta que este vacío en el que se encuentran y del cual no encuentran salida, es como haber perdido su propio *yo* junto con su ser querido.

Exponen sus miedos y lo difícil que será su vida con la ausencia del ser querido. Resulta provechoso en el sistema terapéutico crear un contexto que incorpore la relación perdida. Enfocarnos como terapeutas más que olvidar, en incorporar.

Este abordaje sencillo pero significativo de la metáfora de decir “hola”, lleva a Michael White a elaborar y formular preguntas que puedan ayudar al paciente a reivindicar su relación con el ser querido. Al respecto White (1989: 57) explica el caso de Mary, del cual comenta:

Le pregunté decididamente si decir adiós era de alguna manera una idea positiva y si no sería una idea mejor decirle a Ron “hola”. Le dije luego que la desolación que experimentaba tan agudamente podía significar que ya había dicho “adiós” demasiado bien. [Continua] después le pregunté si le interesaba experimentar con esa idea de decir ‘hola’ a Ron o si creía que este estaba sepultado demasiado profundamente para acariciar semejante idea. [Y le hace preguntas tales como] Si estuviera viéndose ahora a través de los ojos de Ron, ¿qué rasgos de usted misma advertiría que podría apreciar? ¿en qué se modificaría su modo de verse si usted estuviera apreciando esos rasgos ahora? Si mantuviera viva esta opinión sobre sí misma en el curso de todos los días, ¿qué modificación supondría esto para usted? .

Quiero enfatizar que estos son solo ejemplos de preguntas, por ningún motivo se llevan a cabo como manual, ya que las preguntas se van elaborando dentro del contexto terapéutico y conforme el paciente vaya dialogando y recordando por medio de la palabra,

así como es importante su lenguaje no verbal, que puede ser congruente con su decir o puede ser incongruente.

Muchas de las preguntas invitan a las personas a relatar recuerdos de experiencias vividas que el ser querido tenía de ellas, además de que tienen un efecto visible. Ya que se puede reelaborar nociones, percepciones y validaciones de sí mismo. Y esto puede ayudar a elaborar una nueva historia, una historia diferente con la relación con el otro, con el que se ha ido. Circulan las nuevas ideas y significaciones. “las significaciones logradas, deberán expresarse, pintarse, bailarse, dramatizarse, ponerse en circulación” remarca Turner (1986: 37).

Los recuerdos son una oportunidad para narrar, dialogar y dar oportunidad a la palabra de expresar lo que se tiene claro, como lo que es confuso, para desarrollar nuestra propia historia. Al respecto Bruner (1986: 141) comenta:

El pasado, el presente y el futuro no sólo están contruidos sino que se encuentran conectados en una secuencia lineal que está definida por relaciones sistemáticas, causales. La manera en que pintamos cualquier segmento está referida a nuestra concepción de todo lo que he decido concebir como una historia.

Sin embargo la palabra no puede representar la infinita riqueza de ‘nuestra experiencia vivida’ por lo que Bruner (1986: 143) afirma:

[...] la experiencia de la vida es más rica que los discursos. Las estructuras narrativas organizan y dan significación a la experiencia, pero la historia dominante no comprende siempre por completo los sentimientos y la experiencia vivida.

He incorporado en la sesión terapéutica esta metáfora de decir ‘hola’, apoyándome con preguntas variadas y diferentes, ya que cada caso es único y no se repite, así como únicos son los pasos a seguir en el proceso, para resolver cada pérdida. La metáfora invita a

que se establezca una nueva relación con el que se fue, y se van desvaneciendo sentimientos encontrados y atorados. Ésta es una forma de poder abordar el *proceso de duelo*, pero no la única. Como terapeutas tenemos que observar a cada persona, para acompañarlas en su proceso individual y establecer una nueva relación con su *yo*, llegando a reconsiderar nuevas posibilidades de relación.

Continuando con las contribuciones en el enfoque de la terapia familiar, retomo otra de las contribuciones de M. White (1990: 117) acerca de la “externalización del problema”, en donde gracias a la observación del clínico se utiliza cuidadosamente el lenguaje expresado por la persona o familia, así como cuáles son sus creencias acerca del problema, para que el terapeuta redefina el problema. Cuando su discurso solo se enfoca en su dolor, estar atentos a esas pequeñas-grandes palabras tomadas de su relato para ayudarlos a redefinir.

Las familias tienen necesidad de hablar de su historia de dolor u opresión por el problema, y el clínico a pesar de la demanda, va enfocándose hacia la solución. Recuerdo a Freud (1905: 250) en su maravillosa reflexión sobre la pintura y escultura, cuando dice que “la terapia analítica, no requiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, eliminar”. Para facilitar el viaje por la vida, el viaje por el proceso de duelo, el viaje hacia la terminación del proceso, el viaje hacia la solución y resolución.

Gran utilización se da a las “preguntas por la excepción”, desarrolladas por De Shazer (1988: 97), ayudan amplificar las nuevas percepciones personales y con otros, además de que puede ser muy significativo.

Vuelvo a retomar a Freud cuando nos explica en su trabajo de *Duelo y Melancolía* que el *yo* logra recuperar la libido que había puesto en la otra persona identificándose con ella, adentro de su imagen y luego dirigiendo la libido a esa imagen que ya está adentro. Hasta ese momento la persona queda libre para orientar nuevamente su libido hacia fuera, deja de estar metida en ella misma y vuelve a interesarse por el mundo exterior.¹⁵

¹⁵ Concepto abordado en el capítulo 1.

Como podemos ver, todas las preguntas por la ‘excepción’, que el terapeuta hace en sesión como comenta De Shazer (1988: 97) son para:

- Ver la visión que tiene el paciente sobre el problema (la muerte del ser querido) y sus posibles soluciones (visualizar que van a estar bien), incluyendo el grado de malestar y esperanza para resolverlo.
- Ver la percepción que tiene el paciente de las personas significativas en su vida (de la persona muerta y los sobrevivientes).

Algunas observaciones indican que nuestra visión de nosotros mismos depende en gran medida de cómo creemos que nos ven otras personas. Por eso la importancia de la utilización de algunas preguntas orientadas a conocer la propia percepción del paciente.

Paso a mencionar algunos supuestos teóricos, también útiles en la sesión terapéutica y que se utilizan en un proceso de duelo:

- El cambio es inevitable.- sí como terapeutas pensamos que el cambio es un proceso continuo, no se pone en discusión en la sesión si el cambio se producirá, sino cuándo habrá de producirse. Ejemplo: Paciente “¿Será que algún día voy a sentirme bien?” Terapeuta confirma “¡Vas a estar bien!”
- Sólo es necesario un pequeño cambio.- sí se expone en la familia observar los cambios mínimos, es más probable que se produzcan cambios mayores. Comenzando por negociar un problema resoluble. Ejemplo: Paciente “Me siento tan mal, ¿qué no sé ni por dónde empezar?” Terapeuta “¿qué puedes hacer hoy?”
- Las familias tienen la fortaleza y los recursos necesarios para cambiar.- es más probable que los pacientes cambien dentro de un contexto terapéutico que apoye sus recursos, que en otro que se concentre en los problemas. El ejemplo va encaminado a entablar relaciones terapéuticas cooperativas. Se le propone a la persona a

reflexionar sobre cosas que le faltó decir a la persona amada, invitándola a: hablar de todo lo que quedó pendiente, reclama lo que faltó reclamar y también agradece todas las cosas buenas y todos los lindos momentos que compartieron juntos.¹⁶

- Múltiples perspectivas.- hay muchas maneras de ver una situación, y “ninguna es más -correcta- que las demás”, Bateson (1972: 97). Para cada acontecimiento que se produce en el mundo hay por lo menos dos o más explicaciones. En la sesión terapéutica, las interpretaciones que el terapeuta elabora deben ser percibidas al sistema de creencias de la familia. Me quedo en el supuesto de que no hay teorías correctas o incorrectas, sólo datos sobre qué métodos funcionan o son útiles para unos casos concretos, como lo es el proceso de duelo. Validando la interacción terapéutica. Algunos ejemplos utilizados por el terapeuta:

Entre ahora y la próxima semana que nos volvamos a ver, me gustaría que observara todo lo que pueda para que me pueda describir qué aspectos de su (familia, vida...) desea usted que se sigan manteniendo.

Al querer orientarnos con la intervención terapéutica, ante un *proceso de duelo* de la pérdida de un ser querido, lo primero que reconocemos es que es una de las experiencias más traumáticas y perdurables por las que puede pasar un ser humano; afectando patrones de relación, lealtades, seguridad personal, e incluso relaciones sociales. En otras palabras, implica un gran movimiento personal.

Vivir un duelo conlleva una gran dosis de sufrimiento, y el mensaje que reciben del terapeuta al inicio queda claro al contemplar que durante cierto tiempo se encontraran con este sentimiento, pero también queda claro que el impacto de la situación, pasará. Esta difícil experiencia suele ser en ocasiones un proceso largo para la persona ya que estamos hablando de una pérdida real que afecta en lo individual y en sus relaciones más cercanas. Parte de este acompañamiento terapéutico inicial, es la empatía.

¹⁶ Al reclamar y agradecer, la persona esta integrando la imagen del difunto como objeto total y trabajando la ambivalencia.

Este penoso acontecimiento mantiene a la persona por un determinado tiempo sin interés en su persona y en actividades que antes llevaba a cabo. Tiene mucho que ver el vínculo afectivo que se tenía con la persona que murió. Sin embargo, el mensaje que en un inicio reciben del terapeuta es: *vas a estar bien*, el cual se recibe con esperanza.

La primera escucha del clínico hacia la persona o la familia que llega a consulta, es el motivo de consulta por el cual buscan una intervención terapéutica, comienzo a formar el familiograma¹⁷ de lo dicho por la persona, pasando a un replanteamiento de objetivos. En ocasiones el caso clínico lo abordo con mi equipo reflexivo¹⁸, conformado por psiquiatras y psicólogos, en donde cada uno aporta intervenciones terapéuticas del caso seleccionado. (Gráfica 1)

Dentro de ese contexto terapéutico van surgiendo cuestionamientos tales como ¿Cuáles son las necesidades de ese momento?, y por lo general la respuesta está enfocada en afrontar las repercusiones emocionales que la muerte provoca. Así como para la mayoría de las personas se enfocan en reiniciar sus actividades (trabajo o escuela) para tratar de evitar situaciones de dependencia, depresión o estancamiento.

Vuelvo a repetir, cada familia es única, pero a lo largo de estos años en el *proceso de duelo* he podido constatar, que existe:

- 1.- Desorganización estructural → se da al momento de la pérdida del ser querido, al existir un vínculo afectivo significativo.
- 2.- Organización estructural → comienza después de los rituales llevados a cabo por la pérdida, al enfrentarse con la realidad actual, acompañada de los recuerdos, provocando infinidad de sentimientos.

¹⁷ Manejo un formato para identificar a la persona que consulta. Elaborado por mí.

¹⁸ El equipo reflexivo es una manera de poner ideas sistémicas en acción. Lo integramos actualmente 5 profesionistas, nos reunimos cada 15 días.

3.- Reorganización estructural→ se toman decisiones en base a cambios reales dentro del sistema familiar, así como posteriormente al ritmo de cada integrante de la familia se va produciendo una unión, en la cual se van renovando nuevos y antiguos vínculos.

Y continúan apareciendo preguntas tales como: ¿qué se puede observar en el *proceso de duelo*? Lo que nos lleva a ver lo siguiente:

- Aumenta la ambivalencia.- implica dudas sobre las relaciones que se quedan, acercamiento, rechazo, insatisfacción, compromiso, inestabilidad, tensión, miedo, diferencias, dependencia. El terapeuta puede reconocer esta ambivalencia y tratar de modificar el patrón de interacción.
- Se da un distanciamiento emocional.- lleva a una falta de disponibilidad afectiva y física. Algún miembro de la familia se siente más cómodo con la distancia, mientras que otros pueden reaccionar de manera diferente.
- Experimenta sentimientos provocados por la pérdida, que en ocasiones no se está preparado para manejar. Como por ejemplo: culpabilidad, soledad.
- Algún miembro de la familia puede crear un problema para tratar de unir a la familia. Puede existir mucha negación en este momento. Podemos ver que cuando la persona o familia se expresa, y el profesional les ayuda a comprender lo dicho, reciben la validación que necesitan para continuar con su proceso de duelo.

Otro método utilizado para concentrarse en la solución. Consiste en el empleo de preguntas en la posición de una escala¹⁹. Se puede aplicar en diferentes situaciones. Por ejemplo en una escala que va de cero a diez, y en donde cero representa no querer integrarte a las actividades que solías hacer y el diez corresponde a querer integrarte ¿Dónde se encuentra el día de hoy?. Otro ejemplo: en una escala que va de 0 a 10, en la que 0 representa malestar y el 10 corresponde a bienestar ¿Dónde se sitúa usted el día de hoy?

¹⁹ Herramienta terapéutica utilizada por O' Hanlon (1995. p. 122).

La escala se basa en el supuesto de un cambio en la dirección deseada. Se puede utilizar en una gama amplia de aspectos de la persona como en: generar un cambio deseado, en la disposición a trabajar, percibir esperanza, evaluar el progreso, entre otros.

Un punto que aborda O'Hanlon (1993: 133)²⁰, que se considera en terapia es:

- Cambiar la *forma de actuar*. Para producir un cambio en su marco de referencia, ya que pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas;
- Cambiar la *forma de ver*. Puede llevar a cambios en las acciones, así como activar recursos;
- *Evocar recursos, soluciones y capacidades*, los lleva a cambios.

Encontramos también en este enfoque de terapia familiar sistémica, el abordaje de la “Historia de vida de la familia” aquí se pueden abordar dos aspectos: incluir en la familia, la pérdida, en su relato y la identificación de nuevas metas. Recordemos que la responsabilidad del cambio terapéutico descansa en el paciente. No es responsabilidad del terapeuta producir el cambio, sino ayudar a la gente a cambiar por sí sola. Como terapeuta se ayuda a la persona que consulta, que pueda irse incorporando a sus actividades y sus relaciones.

Tomando en cuenta lo que Anderson (1999: 129), al decir: “los problemas no se resuelven sino que se disuelven en el lenguaje”, nos focaliza en ver que lo importante es el proceso por el cual uno habla acerca de algo. Así como el cambio ocurre, conforme el dialogo fluye.

Por lo tanto, el terapeuta adopta una posición natural, que adopta una forma única en cada relación y discurso. De hecho la conversación terapéutica lleva a una acción creadora y a una disolución de problemas. Por lo que el objetivo no es descubrir

²⁰ Las cursivas son del autor.

información, sino crear sentidos y comprensiones. Estas narrativas personales, dan lugar a una nueva historia (a partir de la pérdida).

En la terapia se da un proceso de formar, decir y expandir lo no-dicho a través del diálogo, de nuevos significados, para que puedan emerger nuevas descripciones de sí. En donde la estructura de la conversación terapéutica es espontánea. Se va determinando momento a momento. Se participa de manera natural, la novedad va emergiendo del diálogo. Dando un proceso y una relación caracterizados por la conexión, la colaboración y la construcción.

Encontrando en Vigotsky (1986: 218) cuando habla del ‘discurso interno’, refiriéndose a este proceso mental, de la siguiente manera:

La relación entre pensamiento y palabra no es una cosa sino un proceso, un movimiento continuo de ida y vuelta del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento. En ese proceso, la relación entre pensamiento y palabra atraviesa cambios que pueden considerarse evolutivos, en el sentido funcional. El pensamiento no sólo se expresa en palabras, existe en ellas. Cada pensamiento tiende a conectar algo con algo más, a establecer una relación entre cosas. Cada pensamiento se mueve, crece y evoluciona, cumple una función, resuelve un problema.

Teniendo presente que en este proceso de duelo (como en otros procesos terapéuticos) ayuda mucho:²¹

- El *no-saber*, ya que el saber reduce la posibilidad de ver, así como puede volvernos sordos ante lo inesperado, lo no-dicho, abre la posibilidad de;
- *Escuchar*, ya que las personas que llegan a terapia quieren ser escuchados, se da como un supuesto y esta ligada a la observación, este oído terapéutico puede ser la guía hacia las intervenciones. Los terapeutas deben procurar que la persona

²¹ Lo que se encuentra en cursiva es aportación de Anderson 1999. p. 185-208.

tenga la sensación de que ha sido escuchado, validado y respetado. Y esto nos lleva a;

- *Confiar y creer*, en donde vemos que cada relato es único como única es la persona. En este proceso de duelo la familia que está viviendo la pérdida responden a la misma historia de diferente manera. Ellos conocen sus propias percepciones, sentimientos (pueden relatar su sueño y sentir que fue real, imaginar ver a la persona, hablar con el que se fue...).²²

El terapeuta reconoce la situación de la persona en proceso de duelo, en ningún momento se intenta contrarrestarla; pero sí con la certeza que aun así hay posibilidades de producir un cambio. A diferencia de otros asuntos por resolver, en este caso de duelo la persona llega a terapia teniendo claro lo que se va a tratar.

Por último observo que en procesos de duelo, las familias generalmente responden en dos direcciones: permanecen muy unidos los sobrevivientes, focalizándose en su dolor, lo que afecta la dependencia de todos; o se alejan de la familia, deseando vivir su dolor solo, provocando un distanciamiento entre los miembros.

Cualquier dirección asimilada por la familia, es vital tener presente: El estadio de ciclo vital en el que se encuentran; así como su estilo de funcionamiento familiar antes de la pérdida; tomar en cuenta las consecuencias de la muerte; y por último ver cuál es el soporte social, profesional para llevar a cabo la intervención terapéutica.

²² Recordemos que Freud explica el amor a los demás por la energía, la libido, que emana de nosotros y depositamos en la persona que se fue. Entonces cuando una persona muere, tenemos que realizar el trabajo de recuperar esa energía para poder depositarla en otras personas o actividades que nos interesen. O como diría la teoría de sistemas, de establecer nuevas interacciones. (Abordado en el capítulo 1).

2.3 ALGUNAS INTERVENCIONES UTILIZADAS EN LA EXPOSICIÓN DE UN CASO CLINICO LLAMADO “SEÑALES”

*Sabrás que estás progresando cuando
puedas recordar a tu hijo con una sonrisa,
puedas comprender que los comentarios dolorosos que
hacen otras personas son producto de la ignorancia,
puedas ayudar a otras personas
y dejes de temer a los días festivos,
puedas permanecer sin llorar,
te puedas concentrar en algo más aparte de tu hijo,
puedas estar solo en tu casa sin que eso te inquiete.
Encuentres algo que te haga reír,
ya no te sientas agotado todo el tiempo
y puedas apreciar una puesta de sol, el olor del césped
recién cortado, el dibujo en las alas de una mariposa.*

Un padre afligido²³

A continuación voy a ejemplificar algunas intervenciones que se llevaron a cabo en la *exposición de un caso* que será abordado en el capítulo tres, al cual he llamado “*Señales*”.

Es de vital importancia recordar que no existe una sola manera de llevar el *proceso de duelo*, ya que cada persona es única como única es la forma de resolverlo. Sin embargo al tener en mis manos el expediente de la familia *A* con la finalidad de investigación, al ir recordando sucesos, palabras utilizadas, intervenciones, a las cuales pude dar estructura, tomando en cuenta que algunas serán omitidas ya que han sido abordadas en el inciso anterior.

²³ O'Connor, N. 2007.p.89

Hablar de *proceso de duelo* nos referimos a una experiencia que vive la persona ante una pérdida significativa. Sin embargo la causa de la muerte, la tragedia que vivió la familia *A* por el suicidio de su hijo, coloca a familias ‘sanas’ en situaciones ‘insanas’, al darse cuenta de las dificultades para afrontar el hecho del suicidio.

Situaciones como las que vivió la familia *A* llegan a tener alteraciones en la salud física y mental, que poco a poco a su tiempo y a su ritmo, en este seguimiento del proceso de duelo de la familia *A* podremos ver: como fueron construyendo un mundo ya sin el objeto perdido; fueron reconociendo los sentimientos relacionados con su pérdida; hasta poder llegar a reconocer otros afectos orientados hacia otro objeto.

Los objetivos de intervención que podemos considerar, en una situación de duelo, son: facilitar la aceptación de la pérdida; facilitar la expresión de los sentimientos; facilitar la posibilidad de re-encontrarse.

Inicio estas propuestas de intervención con los siguientes cuestionamientos²⁴:
¿Cómo se puede seguir viviendo ante el conocimiento de la muerte de (un hijo) un ser querido? , ¿Cómo poder borrar la forma en que sucedió? (suicidio, accidente) , ¿Cómo querer despertar cada día?.

Podemos ver el impacto profundo (Gráfica 2)²⁵ que ocasiona en la persona el escuchar la frase:”está muerto”. Ahí es donde empieza el proceso de duelo.

Hablar de la pérdida ayuda al proceso, con el solo hecho de preguntar ¿Cómo se siente?, ayuda a tomar conciencia de la muerte e invita a la persona a expresar:

¿Cuándo paso el suceso?

¿Quién era?

¿Qué relación tenían?

¿Cómo se enteró?

²⁴ Los he ido escuchando en la clínica ante el primer impacto.

²⁵ Voy a ir retomando algunos conceptos de Freud, abordados en *Duelo y Melancolía* (capítulo 1) en las gráficas 3,4, 5, 6 y 7.

¿Cómo reaccionó?

¿Qué pensó?

¿Qué sintió?

La pérdida evoca sentimientos profundos, dolorosos; el ponerse en contacto con lo que sienten, promueve fácilmente el llanto por el ser querido (Gráfica 3). Como terapeuta facilito esta forma de expresión, validando su dolor, afirmándole a la persona que ‘está bien llorar y sentirse triste -ahora-. Lo difícil es decir ADIOS, vamos a aprender a decirle *HOLA*.²⁶

En este momento la persona en duelo necesita de objetos que lo vinculen con su pérdida, como: fotos, objetos personales del fallecido, ya que facilita los afectos con su ser querido.

Al principio solo evocan pensamientos positivos de su ser querido (Gráfica 4) y poco a poco los vamos ayudando a reconocer también los menos positivos. Con preguntas como: ¿Qué es lo que mas extrañas de (tu hijo)?... hasta llegar a:

¿Hay algunas cosas que no le agradaban?

¿Hay algunas cosas que no echará de menos?

¿Había algunos momentos *menos* buenos?

Son preguntas que le ayuda a identificar sentimientos, ya que muchas veces se quedan atorados, identificando con un solo nombre el resto, por ejemplo a todo le pueden llamar tristeza o enojo.

En el caso de la familia *A* expresaron vender su casa, cambiar de ciudad, vender todos los muebles (todo les recordaba a su hijo muerto), incluso renunciar al trabajo. Al expresar esto en sesión se les recomienda, que en este momento es mejor no tomar esa clase de decisiones, continuando con: ‘¿qué decisión crees que sí puedes tomar el día de hoy,

²⁶ Explico la utilización de esta metáfora en el inciso anterior. También quiero resaltar que en muchas ocasiones es tan fuerte su pena, que desean apaciguarlo con medicamentos.

para ti?'. Es con la finalidad de poder empezar a resolver asuntos cotidianos (regresar al trabajo, a la escuela...).

En las intervenciones es recomendable la utilización del lenguaje: muerte, viudo/a, perder. Con la finalidad de que tome conciencia de su pérdida.

La familia A al respecto se cuestionaban: el que pierde a su esposa le dicen viudo; el que pierde a su esposo le dicen viuda; el que se queda sin padres lo llaman huérfano; ¿y los que nos quedamos sin hijo? ¿Cómo nos llaman?

Se continua, utilizando la metáfora de decir 'HOLA' de nuevo, con la finalidad de incorporar al ser querido, ya que pueden existir una gran variedad de preguntas relacionadas con la metáfora (las preguntas surgen a partir de la escucha), la finalidad es incorporar en él la relación perdida, reformulando su relación. Por Ejemplo: si estuviera viéndose ahora a través de los ojos de 'Ramón' (el hijo muerto): ¿qué rasgos de usted misma/o podría apreciar? ...

Esta construcción de nuevas narrativas ayuda en este proceso a readaptarse. A reconstruir la relación con su ser querido.

Algunas tareas terapéuticas útiles en este momento del proceso de duelo son: expresar por medio de dibujos²⁷ o escritura. Ya que facilita el contacto con sus sentimientos, además de la búsqueda de significados, ayudando a 'resolver' asuntos pendientes.

Es importante también considerar que el ir adaptándose a una vida diferente, con el recuerdo del ausente (Gráfica 5) requiere de tiempo, ya que es particularmente difícil el primer cumpleaños, la primera navidad, así como otras fechas significativas que se empiezan a vivir sin el ser querido.

²⁷ Los dibujos son muy útiles en niños, para poder expresar lo que muchas veces su palabra no encuentra significado. En ocasiones se facilita este medio para la interpretación de sus sueños.

¿Cómo es su vida ahora?

¿Qué actividades disfruta?

¿Cuáles son las cosas que le gustaban de Ramón?

¿Cuáles son las cosas que no le gustaban?... ya se puede hablar en esta etapa del proceso, del ser querido, con más tranquilidad, claridad.

Veíamos al inicio de este proceso la importancia de objetos que lo vinculaban con la pérdida. En este momento del proceso de duelo, se puede preguntar: ¿qué cosas han conservado? para tener presente que sean objetos por mantener el recuerdo y no objetos que puedan estar investido de significados que les produzca ansiedad.

Y continuamos viendo diferencias individuales, ya que existen muchas maneras de expresar emociones, comportamientos, actitudes. La terapia sigue enfocada en intentos deliberados de seguir produciendo cambios de punto de vista o de acción, para continuar buscando soluciones.

Esta familia como muchas otras en ocasiones busca apoyo de grupos que comparten experiencias similares. Por lo general, nos preguntan las familias, si no va a intervenir con su terapia actual, escuchando como respuesta que todo es parte de este proceso.

Y la persona va comprendiendo que lo que desaparece con el objeto que se pierde es un mundo habitado por él. Y que va a continuar la construcción de su propio mundo, aunque este mundo no contiene ya el objeto perdido (Gráfica 6).

En este momento del proceso para la familia A fue útil armar un álbum de recuerdos, en donde participo toda la familia, la finalidad era reconstruir su relación con Ramón “su hijo querido”.

Se llega entonces al reconocimiento de la realidad de la muerte, se va dando un momento importante de experiencia compartida de la pérdida. La comunicación en este

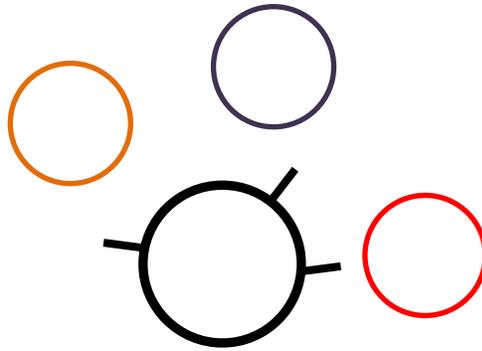
momento es sumamente importante, así como la tolerancia a las diferencias individuales.
(Gráfica 7)

Miembros de la familia en este momento de recuperación expresan una redistribución de actividades, así como de relaciones, en compensación de la pérdida y de esta manera continuar con su vida.

Como terapeuta me doy cuenta que cada familia aporta algo diferente para seguir co-construyendo intervenciones. Es un aprendizaje continuo lo que estas maravillosas personas han compartido conmigo. A todas ellas, *mil gracias*.



Gráfica 2

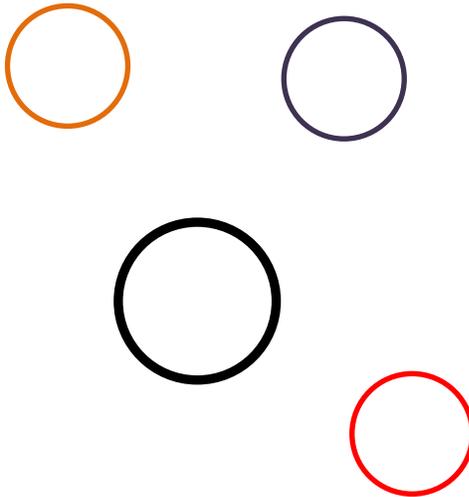


1.- Impacto ante el conocimiento de la pérdida. Frase: “está muerto”.

Teoría psicoanalítica:

El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con él mismo.

Gráfica 3

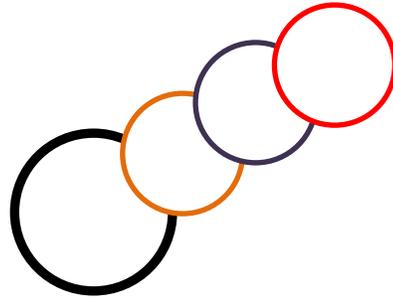


*2.- Desorganización:
el luto, los rituales, el llanto
provocado por la pérdida. Llegar a
casa con sus cosas y sentir que está y
no está el ser perdido.*

Teoría psicoanalítica:

[...] Contra esa demanda surge una resistencia naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando haya encontrado ya una sustitución.

Gráfica 4

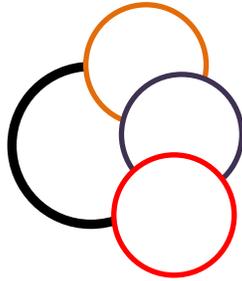


3.- Expresión del duelo por medio de la palabra. Buscar apoyo: familia, parientes, amigos, profesional.

Teoría psicoanalítica:

[...] Su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y sólo es realizado de un modo paulatino, con un gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con la libido de objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido.

Gráfica 5

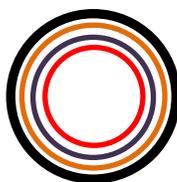


*4.- Adaptarme a una vida diferente
con el ausente.
Comenzar actividades que dejaron e
incluir nuevas. A su ritmo y a su
tiempo.*

Teoría psicoanalítica:

[...] La realidad impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas, que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, su veredicto de que dicho objeto no existe ya, y el yo, situado ante la interrogación de si quiere compartir tal destino, se decide, bajo la influencia de las satisfacciones narcisistas de la vida a abandonar su ligamen con el objeto destruido.

Gráfica 6

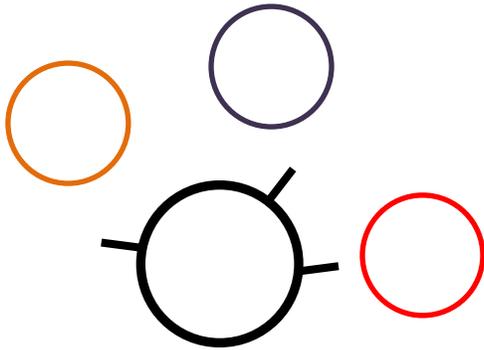


*5.- Reconciliarse con la verdad. Al
aceptar que:
“Ya no está físicamente”*

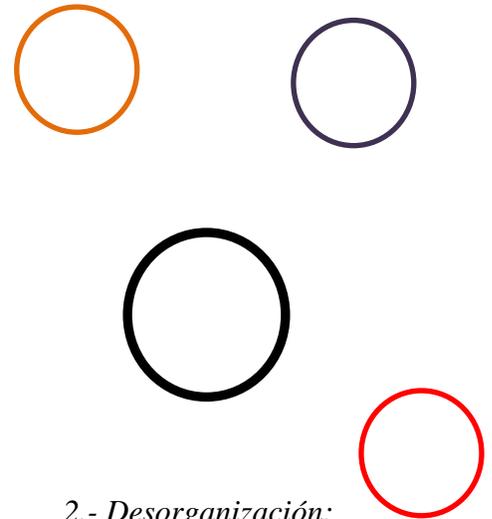
Teoría psicoanalítica:

[...] Al final de la labor de duelo vuelve a quedar el yo libre y exento de toda inhibición.

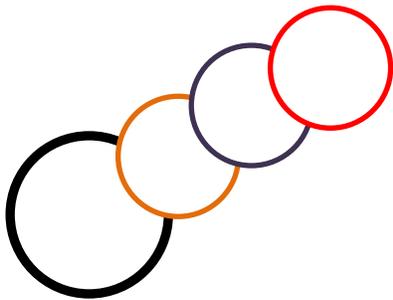
Gráfica 7



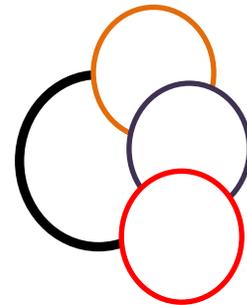
1.- Impacto ante el conocimiento de la pérdida. Escuchar : “está muerto”.



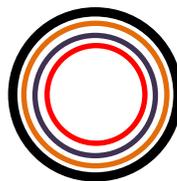
2.- Desorganización:
El luto, los rituales, el llanto provocado por la pérdida. Llegar a casa y sentir que esta y no esta .



3.- Expresión del duelo
Buscar ayuda profesional.



4.- Adaptarme a una vida diferente con el ausente.
Comenzar actividades que dejaron e incluir nuevas. A su ritmo.



5.- Reconciliarse con la verdad.
Aceptar que: “Ya no está físicamente”.

3.- EXPOSICIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A continuación voy a relatar, desde mi postura profesional, algunos hechos, experiencias, vivencias que la familia A quería entender, trabajar, solucionar desde su propio *proceso de duelo*. La familia A estuvo en tratamiento durante un año tres meses, asistiendo semanalmente. En algunas ocasiones en terapia familiar y otras en terapia individual. Las intervenciones también fueron con el equipo reflexivo (conformado por psiquiatras y psicólogos) y con apoyo multidisciplinario. Los tres integrantes de la familia A, requirieron de medicamentos que fueron prescritos por un psiquiatra. Los padres estuvieron en grupos de apoyo (padres que han perdido hijos) y para padres con hijos con trastornos de la conducta alimentaria. La hija tuvo dos periodos de internamiento en una clínica especializada en conductas alimentarias de riesgo, después de la muerte de su hermano.

En mi práctica profesional manejo expedientes de cada persona o familia que veo, los cuales han sido totalmente confidenciales desde una postura ética, la identidad del paciente queda totalmente reservada. Con la certeza que lo expuesto es solamente ante profesionales, para ser leído y discutido, enfocando la escritura en el *proceso de duelo* de cada persona analizada. Nasio (2002: 11) comenta al respecto: “es indispensable enmascarar todos los datos y los detalles que permitan identificar a la persona del analizando”.

Ante lo mencionado, he decidido analizar este caso con la finalidad de resaltar la teoría, y desde la visión psicoanalítica introducir algunos de sus conceptos. Recordemos lo que Nasio (2002: 17) subraya:

[...] cada paciente, no sólo tiene una historia singular, sino que tiene, sobre todo, una interpretación singular de su historia. Precisamente esta manera particular de revivir el pasado es lo que individualiza cada caso y hace que exista el psicoanálisis.

Así como Jacques Lacan (2006) cuestiona: ¿qué quiere decir estudiarlo en su singularidad? lo interpreto desde la postura en donde cada paciente es único e irrepetible y al querer comentar un caso, hay que tener presente que se aborda desde la narrativa del terapeuta.

También Freud (1917 [1915]: 241) hace referencia a lo que podríamos llamar la singularidad de cada caso, este autor escribe lo siguiente refiriéndose a la Melancolía:

[...] La melancolía, cuya definición conceptual es fluctuante aún en la psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada. *Por eso renunciamos de antemano a pretender validez universal para nuestras conclusiones.*²⁸



²⁸ Las cursivas son más.

3.1 “LAS SEÑALES”

Él pensaba que la muerte era señal de que uno estaba listo para saber cómo viajar más alto, aprendiendo y comprendiendo cada vez más durante el trayecto... era un soñador, un creyente, un competidor y por encima de todo, era un luchador. Luchó por lo que quería hasta el día de su muerte.

Un muchacho de dieciséis años que se suicidó, poco después de escribir su propia apología en una tarea para el colegio.²⁹

La familia A, originarios de Monterrey N.L., tienen 13 años viviendo en Querétaro. Se presentan a consulta debido a la muerte de su hijo mayor, (que llamaré) ‘Ramón’. Como ya mencioné con anterioridad, he cambiado los datos de la familia A para evitar su identificación.

Asisten a terapia por recomendación de la hermana de la señora que es psicóloga, es ella quien me los remite. Debido a la tragedia que la familia A vivió hace cuatro meses, causando un impacto profundo para cada integrante, cuando Ramón decidió quitarse la vida, ahorcándose en la escalera de su casa. Su hermana, regresando de la escuela, lo encontró; ella fue la primera persona de la familia en presenciar esta tragedia.

La familia A la integran: El padre de 40 años, profesionista; la madre de 40 años, profesionista, una hija de 13 años cursando primero de secundaria y Ramón, quien tenía 17 años de edad y estaba cursando su último año de preparatoria. (Grafica 8)

²⁹ Fishman, H.C. *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona, Paidós. 1989. p. 197.

Ambos padres son profesionistas exitosos y muy ocupados, él trabaja en una empresa, y ella en una universidad; la hija va a una escuela secundaria cerca de su casa y Ramón a una preparatoria de 'primer nivel' como recuerdan los padres que él la llamaba.

La primera sesión (marzo 2002) se presentan los padres (sin la hija) y relatan que en el mes de Noviembre (cuatro meses atrás) su 'querido hijo' había decidido quitarse la vida.

Un lunes de noviembre la familia había iniciado la semana con la misma rutina de todos los días, despertando cada uno con cinco o diez minutos de diferencia, desayunaron y salieron casi juntos. El padre pasó a dejar a Ramón a la preparatoria y la madre dejó a su hija en la escuela, antes de irse a trabajar.

Dos amigos de Ramón le relataron a los padres que él sí entro a la primera clase y que les comentó que le dolía la cabeza y que estaría un rato en la cafetería (recordemos que Ramón se ahorcó). Fue lo último que supieron los amigos de Ramón ya que ellos continuaron con sus clases.

¿En qué momento decidió irse a su casa? Al parecer, en lugar de ir a la cafetería se fue a su casa, coincide el tiempo con la autopsia. Las últimas personas conocidas que lo vieron en la escuela son estos dos amigos.

¿Desde cuándo tenía pensado llevar a cabo el acto?

¿Lo había planeado?

¿Por qué?

¿Para qué?

¿Tenía motivos?

¿Cuáles?

¿Por qué esto, por qué a mí, por qué ahora? Estas eran algunas interrogantes que los padres se cuestionaron después del acto, difícil de creer.³⁰

En casa sucedió lo inesperado, “Ramón decidió quitarse la vida, ahorcándose en la escalera de la casa”, causando en la familia un inmenso dolor al enfrentar la realidad del *cómo*. (Sesiones adelante yo percibo que *la muerte* de Ramón y el *cómo de la muerte* de Ramón tenían casi el mismo peso afectivo para la familia A).

Considero que en este caso hay, por lo menos, dos líneas de investigación a seguir: la primera línea es el *cómo* decidió dejar su vida Ramón, y la otra línea de investigación es acerca del *duelo* de los sobrevivientes a esa muerte (los padres y la hermana de Ramón). En este caso yo enfocaré mi investigación hacia el *proceso de duelo*, es decir, el camino que recorren los sujetos en duelo desde el retiro de la libido del mundo que les rodea cuando sucede la pérdida del ser querido, hasta la restitución de esa libido a su entorno, esto es, volver a catectizar su mundo.

Debido a la muerte de su hijo Ramón, ambos padres se sienten indignos de seguir viviendo, la madre dice: “por qué no me fui yo”, el padre: “no tengo fuerza para continuar”. Se sienten culpables por no haber percibido ninguna *señal* de auxilio de su hijo, ninguna *señal* de desesperanza, ninguna *señal* de que algo estaba pasando.³¹ Se sienten “muertos en vida”, paralizados, anestesiados, sin fuerza para seguir viviendo, sin energía,³² en un “mar

³⁰ Roudinesco, Élisabeth y Plon, Michel, *Diccionario de Psicoanálisis*. Trad. de Jorge Piatigorsky. 1ª reimpresión. Buenos Aires, Paidós, 2003. p. 21-22. De manera breve hago referencia al término de *acting out* y pasaje al acto aunque estos dos conceptos se refieren al proceso del tratamiento clínico. El primer término se define como actos impulsivos violentos o agresivos que comete un sujeto; con el *acting out* el sujeto intenta evitar un recuerdo; en general, estos actos están en contraste con el comportamiento habitual de la persona. El segundo término, pasaje al acto, Lacan lo define como un acto inconsciente, un acto no simbolizable con el cual el sujeto cae en una situación de ruptura integral, de alienación radical. Para Lacan el suicidio está del lado del pasaje al acto: el sujeto abandona la escena (la vida) a través de una muerte violenta.

³¹ Freud, S., *op. cit.* p. 241. Hago una primera intervención, desde el marco de la teoría psicoanalítica, para señalar qué entiende Freud por duelo, así lo escribe este autor: “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.”. Una de las reacciones a la pérdida de su hijo Ramón que más externaba la familia A era la culpa por no haber percibido ni una *señal* de malestar o desesperanza en su hijo.

³² Freud, S., *op. cit.* p. 242. Otra reacción característica del proceso de duelo, desde la teoría del psicoanálisis, es el *angostamiento* de la instancia psíquica del *yo*: los padres no sentían ningún interés por lo que ocurría en el mundo exterior. Al parecer, la hermana de Ramón presentaba otros síntomas no característicos del duelo. Creo conveniente señalar aquí que Freud percibe el duelo como algo natural, no como patología, y que no hay nada inconsciente en él: las personas en duelo saben que ya no está su ser querido, que lo han perdido. Así mismo, Freud señala que “... a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal

de confusión”. Ambos se sienten culpables por estar vivos, por eso dicen que prefieren estar muertos (porque casi no soportan la culpa de seguir con vida).

Se ven en esa primera sesión, ambos padres, muy afligidos, presentando características similares, pero en la madre mucho más acentuadas reflejando un episodio de depresión mayor³³, dejando ver un profundo sentimiento de tristeza, insomnio, pérdida de peso, culpa, pensamientos de muerte, sentimiento de inutilidad, enlentecimiento psicomotor, deterioro funcional, experiencias alucinatorias (escuchar la voz, creer ver la imagen).

En la primera sesión los padres hacen referencia a su preocupación por su hija, ya que observan en ella una baja de peso considerablemente alarmante; el padre externa su imposibilidad de ayudarla por su estado actual de él, y la madre expresa: “he perdido un hijo y no puedo perder a mi hija”.

La familia relata que cuando Ramón vivía todo parecía ir bien, con una rutina en sus actividades diarias, resolviendo problemas, con metas por alcanzar, con desafíos personales, familiares, profesionales, escolares; con algunas dificultades y en otras ocasiones solucionando asuntos pendientes; sintiendo muchas veces que se apoyaban y escuchaban. Con la certeza de conocerse y el pensar que se estaba creando un ambiente de confianza entre padres e hijos.

La familia coincide en que se percibía la existencia de una buena comunicación, por lo cual daban por hecho los padres que de haber existido algún problema Ramón lo habría comunicado. Sin embargo se sentían culpables por no haber observado ninguna señal. Sintiendo culpabilidad por no percatarse de que algo ocurría con Ramón.

Después del suceso y de unas semanas de encierro, los miembros de la familia A haciendo su propio esfuerzo y con la finalidad de apoyarse, regresaron a sus actividades de trabajo los padres y de escuela la hija, todos sabían que eran momentos difíciles que tenían que enfrentar tarde o temprano, sin embargo se percibía el dolor en el ambiente, lo reflejaban en sus rostros, en su voz y en cada movimiento. Se preguntaban: “¿será una

en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico, ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos dañino perturbarlo”. p. 241-242.

³³ DSM IV TR, *Criterios diagnósticos*. p. 299. El diagnóstico de Trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan durante dos meses después de la pérdida.

pesadilla, esto que estoy viviendo?, ¿cuándo voy a despertar?, ¿el dolor se quedara siempre conmigo?, ¿podré continuar con mi vida?” Así como afirmaban: “¡No puedo con tanto dolor! ¡No puedo con los recuerdos! ¡No puedo quitarme de la cabeza cómo murió!”. Y podemos preguntarnos ¿Qué quiso quitarse de la *cabeza* Ramón?

Se percibía la profunda tristeza, así como el llanto por el ser querido, Ramón, ese ser querido, ya muerto, que se había ido, se había apoderado de las vidas de los familiares sobrevivientes.³⁴ Los momentos en familia, que realmente eran muy pocos, cada uno deseaba mostrarse fuerte ante el otro, haciendo un esfuerzo inexistente, tratando de evitar un sufrimiento mayor, sin saber que el atreverse a vivir su sufrimiento, tratando de no evitarlo, podría ser el comienzo a las reacciones provocadas por la muerte de esa persona querida³⁵, que exponen los criterios de diagnósticos.

El duelo, (del latín *dolus* dolor), que cada integrante estaba viviendo, era la respuesta emotiva por la pérdida de Ramón, y cada integrante, a su ritmo y a su tiempo experimentaría su proceso y reacción personal.

El duelo que cada uno está viviendo depende del apego y la intensidad de los sentimientos. Es algo inevitable. El padre decía “como poder seguir caminando en la oscuridad”. Rechazaban la verdad, no podían aceptarla, sentían que no podían vivir con esa terrible verdad: *muerte-por-suicidio-por-ahorcamiento*, no podían aceptar esa pérdida (sin la posibilidad de despedida). Era incomprensible ésta muerte para la familia.

La muerte de un ser querido marca de modo indeleble, pero la muerte de un hijo nos hace ‘diferentes’, todo cambia. Todo había cambiado para ellos, por las circunstancias del deceso, por la relación maravillosa que recuerdan tenían con Ramón y por los recursos personales con que cada uno cuenta.

³⁴ Freud, S., *op. cit.* p.242. Esta es otra característica del duelo: la pérdida del interés por todo lo que no tenga estrecha relación con la persona muerta.

³⁵ Op. Cit. p. 298.

La muerte se presenta de diversas maneras³⁶ y el modo en que sucede influye en el duelo de los que se quedan. Cuando hablamos de personas de edad avanzada se puede pensar que hay mayor aceptación, pero en el caso de la familia A, al hablar de un chico de solo 17 años, es difícil de aceptar su muerte, es “injusto” y el *cómo* lo hace, es aún más duro de aceptar.

O cuando es muerte por enfermedad terminal, se tiene la oportunidad de prepararse, de despedirse, de comunicar o expresar lo que necesitan, tanto el enfermo como la familia. Pero en el caso de Ramón, en donde no hubo oportunidad de nada, provoca en la familia un enorme shock, por el dramatismo cómo él mismo decidió morir, en ese momento, ese día y de esa manera, provocando en su familia un inmenso dolor, infinidad de interrogantes sin respuesta y sobre todo un sentimiento de culpa por no haber podido detectar las *señales* (si es que las hubo).

En este proceso de duelo los padres sentían a veces el apoyo de cada uno y en otro momento veían o sentían la separación de la relación (pareja, familia). Faltaba ese acercamiento, participación y lo que sí se percibía era esa experiencia de soledad y melancolía.

Intentaban expresar lo que estaban sintiendo a familiares y amigos, sin embargo había cierto temor a ser juzgados o no ser entendidos. Lo que tenían claro es que estaban viviendo con una herida tan grande que no percibían cicatrización alguna.

La familia A estaba viviendo su duelo en el contexto de una realidad social, cada uno con situaciones y necesidades diferentes.³⁷ El padre siendo promovido en un área en donde tenía menos contacto con la gente. La madre sin cansarse de buscar respuestas por todos lados (cursos, terapias alternativas, apoyos diversos). Y la hija dejando de comer.

La hija había regresado a la escuela y reanudado su deporte (natación), aparentemente a su rutina normal. Pero había perdido el apetito, se sentía todo el tiempo

³⁶ Mi experiencia profesional me ha enseñado que el duelo se hace más penoso, más difícil de elaborar cuando no hay una despedida de la persona que se ha perdido, circunstancia que es característica del suicidio y que no ocurre, por ejemplo, con los pacientes con enfermedades en fase terminal.

³⁷ En estas conductas de la familia A volvemos a observar cómo cada sujeto experimenta de manera única, singular la experiencia humana de duelo.

fatigada y tenía mucha dificultad para concentrarse en la escuela y en sus estudios. Presentaba amenorrea, con ausencias de cuatro ciclos menstruales consecutivos.

Ella se encuentra con un trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa³⁸, ya que su masa corporal es inferior al 85% del peso esperado y reporta que tiene miedo a subir de peso, existiendo en ese momento una alteración en su percepción del peso. Ella repite constantemente “por qué voy a comer si no tengo hambre”. Esta situación actual ha dejado desarmados y consternados a los padres; ellos expresan no tener fuerza para poder enfrentarla.

Cada uno llevaba su propio proceso de duelo, basado en sus propios recursos naturales, reaccionando ante la misma pérdida de manera completamente diferente. Influyendo la edad, el sexo, el sentido de responsabilidad. Faltando, como escribe San Pablo “fe, esperanza y caridad.”³⁹

El proceso de duelo es todo aquello que cada uno de los integrantes de la familia estaba viviendo: dolor por la pérdida, se podía percibir en su palabra la búsqueda del objeto perdido, posteriormente viviendo una desorganización por la pérdida sufrida, y poco a poco y cada uno a su propio ritmo fueron encontrando de nuevo una reorganización (Grafica 9)

En el transcurso de la terapia pude observar como una pérdida puede llegar a repercutir a nivel físico, afectando: digestión, circulación, dificultad para respirar, sequedad en la boca, desvanecimientos, dolor de cabeza, insomnio, pérdida de apetito, falta de deseo sexual, abuso en el consumo de alcohol, de tabaco e incluso de tranquilizantes.⁴⁰

³⁸ Op. Cit. p. 249.

³⁹ 1 Cor. 13-13

⁴⁰ Me voy a permitir hacer una interpretación -tomando puntos de vista freudianos- de estas conductas físicas que presentaba la familia A: Freud habla de la *somatización*, concepto que yo entiendo como la expresión, vía corporal, de procesos psíquicos (afectos dolorosos, material reprimido) o deseos que no se pueden verbalizar, que no se pueden expresar por medio de la palabra. Cuando en el curso del tratamiento escuché y observé cómo una muerte, una pérdida puede llegar a repercutir a nivel físico en los dolientes, asocio los síntomas físicos de la familia con el suicidio por ahorcamiento de Ramón, esto es, la dificultad para *digerir* el suicidio de su hijo, la dificultad para *respirar* como seguramente la tuvo el hijo ahorcado y el *dolor de cabeza* que, como Ramón, también presentan los padres. Considero que también, en este hecho, se presenta la *identificación* con el objeto perdido, con el hijo. La *identificación*, como la define Freud, es “la expresión más precoz de una ligazón de sentimiento con otra persona”; la identificación consiste en asimilar o en incorporar

Y es cuando viene un reconocimiento de la verdad, un duelo que debe ser escuchado. La familia A se cuestionaba ¿por qué nos sucedió esto a nosotros?, deseaban poder apoyarse como familia, pero “ya no sabemos cómo”. Estaban tomando muchas decisiones, tales como: cambio de casa, de escuela, incluso por parte de la mamá, ella cambio de trabajo. No sabían reconocer si estas decisiones eran por enojo por lo que les había pasado o porque todo y todos le recordaban a Ramón.

Rondaban por sus cabezas preguntas tales como ¿por qué lo hiciste? ¿Por qué te fuiste? Y seguía latente el sentimiento de culpa⁴¹, ponían en la mesa algunos errores que reconocían habían cometido, si hubieran dado a Ramón “más tiempo, más diversión, más escucha, comprenderlo, preguntarle sobre sus miedos, sus planes...”. La muerte de Ramón les quitaba la posibilidad de pedir perdón y después reconciliarse; el suicidio de Ramón les quitó el “derecho de réplica” a los familiares y los sumió en un monólogo de preguntas sin objeto que respondiera. La familia A se sentía señalada, cuestionada por su hijo suicida. Esta imposibilidad de dar réplica a las necesidades, demandas de su hijo, fomentaba en los padres el obvio sentimiento de culpa que presentan los sobrevivientes del suicida. Es común escuchar que un suicida se agrede a sí mismo para no agredir a otros; siguiendo esta línea de pensamiento, considero que un suicida se mata para otros.

La que reportaba miedo era la hija, a sus 13 años se sentía en peligro, amenazada por sus propios miedos al recordar la muerte de su hermano, y no se lo habían contado, ella misma lo vio colgado en la escalera, ya sin vida. Ese recuerdo la perseguía a todos lados y la estaba destruyendo, bloqueando su desarrollo.

Y la tristeza ya era parte de su vida cotidiana, era parte de esa vestimenta que al salir de casa querían cubrir. Decía la hermana de Ramón “mis amigas no me dejan sola, pero yo me siento todo el tiempo observada, con una sensación de soledad. Y en la noche, los recuerdos no me dejan, es cuando más aparecen”.

psíquicamente una propiedad del otro (en este caso, el otro muerto). Cf. Assoun, Paul-Laurent, *El vocabulario de Freud*. 1ª ed. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión, 2003. p. 45.

⁴¹ En otras ocasiones he mencionado que la familia A manifestaba sentimientos de culpa con respecto al suicidio de Ramón.

La hermana evocaba al hermano en todos los objetos: fotos, ropa, libros... Y al igual que sus padres también en los sueños, como queriendo recuperar a Ramón por este medio.

La familia A continuaba viviendo su propio *proceso de duelo* aprendiendo a convivir con las preguntas, que no cesaban y a las cuales no había respuestas. Se cuestionaban “¿qué sentido tiene la vida?, a lo que llama “la desesperación unida a la pérdida de esperanza”.⁴²

Sin embargo sus amigos, familiares y todos los apoyos los conectaban con la vida. Pero había una sensación “como si la vida se hubiera detenido” además, la familia A se *aislaba*, no querían establecer relaciones con los demás, y también reducían sus intereses en las cosas que hacían, así como sentirse dependientes entre ellos. Y sin embargo, seguían elaborando gradualmente su propio duelo.⁴³

En esta etapa del *proceso de duelo* se podía percibir claramente algunos mecanismos de defensa, tales como: al despertar cada mañana querer negar lo que estaban viviendo. *Reprimiendo*⁴⁴ sentimientos, pensando en el bienestar del otro, y *fijación*⁴⁵ en las ideas casi obsesivas por sobreproteger a la hija. Es importante tener en cuenta que depende mucho de la situación y del sujeto la función de los mecanismos de defensa.

Lo que sí era cierto para la familia A es que la tristeza no se iba, permanecía con todos ellos, los recuerdos seguían doliendo. Sin embargo comenzaba cierto compromiso con la verdad al reconocer que Ramón ya no estaba físicamente y lo seguían sintiendo muy

⁴² Davidson, G.W. *Living with dying*. Augsburg. Minneapolis 1975 p. 50

⁴³ Freud, S., *op. cit.* p. 242. Como pude observar, todavía la familia A seguía viviendo el proceso de duelo, estaban en esa etapa que Freud describe como: “... la pérdida del interés por el mundo exterior”. Esta descripción de Freud también la observo en el aislamiento social en que estaba la familia.

⁴⁴ Freud, S., *op. cit. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. Freud menciona que este mecanismo psíquico es: “el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis, su pieza más esencial”. En términos generales, Freud escribe que la represión se refiere a “la renuencia a aceptar un fragmento penoso de la realidad”. p. 15.

⁴⁵ Laplanche, J., Pontalis, J. B., *Diccionario de psicoanálisis*. Trad. Fernando Cervantes Gimeno. 1ª reimpresión. Barcelona, Ed. Labor, S. A. 1977. pp. 161-163. El psicoanálisis define a la *fijación* como una detención de la libido en una fase del desarrollo de un sujeto o en personas. En el transcurso del tratamiento de la familia A, yo observaba que los padres de Ramón estaban fijados a la idea de ayudar a su hija, tanto afectiva como físicamente. Es probable que esta fijación se debiera, en parte, para evitar pensar en el dolor afectivo de los padres por la muerte de su hijo.

cerca. “ya no estará la próxima navidad con nosotros”, “no estará en mi cumpleaños” “no lo voy a ver graduarse”.

Parecía que cada integrante ya no estaba *amalgamado* en el dolor, cada uno empezaba a exteriorizar de manera diferente, a recordar diferente, a integrarlo en sus vidas cada uno diferente. En esta parte del proceso de duelo las creencias juegan un papel importante; la familia A es católica, y cada uno, a su propio estilo y ritmo, encontró apoyo en la religión. El padre recuerda que al momento reciente de perder a Ramón, él empezó a dudar y a cuestionarse: “¿dónde te encontrabas? ¿Por qué no viste a mi hijo? ¿Por qué no lo impediste? ¿Por qué permitiste que haya sucedido?”. Es por eso que ahora su reconciliación con la religión era un alivio, una aliada. Mateo 28.20: “yo estoy con vosotros todos los días hasta el fin del mundo”.

En ocasiones reportaban que había mejores días, con lindos recuerdos. Cada integrante a su ritmo y a su tiempo, uno sintiéndose triste, otro enojado, o culpable, confundido, tranquilo. Mucho llanto, el padre expresaba “lloro por no poder cambiar lo que ahora sé que no soy responsable” “me siento mejor llorando, me siento mal riendo”. Pero llorar abiertamente era mejor que esos momentos de inmenso silencio, que les hacía olvidar que estaban vivos. “A veces me siento cómo muerto en vida”.

Comentaban que era más sencillo expresarse en la sesión terapéutica de cómo se estaban sintiendo, que podían hablar, escuchar al otro, saber que era un espacio que les recordaba que a pesar de su pena -dice la madre- “estoy encontrando que mi sufrimiento me lleva a un crecimiento” “sé que voy a salir adelante”⁴⁶ “ahora entiendo que no necesito amnesia para olvidar mi pena, necesito recordar sin dolor, cicatrizar mi herida, que aunque me quede siempre la marca, ya no me duela” “voy a recordar siempre a mi hijo, pero lo bueno y malo que compartimos, no el cómo decidió él morir” . Se estaban percatando que

⁴⁶ Freud, S., *op. cit. Duelo y melancolía*. A diferencia de los comentarios anteriores hechos por la familia A con respecto a la muerte de su hijo Ramón, ahora yo escuchaba otras emociones, sentimientos muy distintos a “sentirse muertos en vida”; me refiero a las expresiones de “*desamalgamiento* del dolor” que ya estaba presentando la familia de Ramón. La lectura de los tres párrafos anteriores a esta nota a pie de página nos lo demuestra. Este hecho lo relaciono con lo que Freud escribe acerca del proceso de duelo: “El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto”. p. 242.

la relación con su hijo no terminaba con la muerte, porque sus recuerdos estaban vivos, “él está vivo en mis recuerdos”.⁴⁷

Ese mundo trastornado por la muerte, empezaba a tener un poco de sentido, los padres expresaban “confío en lo que hago laboralmente” “confío en algunas decisiones que tomo”. En este proceso aún existían muchas dudas y muchas preguntas, sin respuesta. Y al parecer en esa etapa del proceso de duelo la hija A⁴⁸ era evidente y preocupante su anorexia. Todo parecía indicar que el trastorno de la conducta alimentaria era a causa de la muerte de su hermano.

Sin embargo cuando ella recordaba al hermano: “siempre fue el mejor en todo, deporte, guitarra, escuela” “mi madre decía de él, que brillaba con luz propia” “era muy fácil para él hacer buenos amigos, reír, divertirse” “me sentía muy orgullosa de él. Tantos recuerdos, tantas posibilidades de ya no sentirse opacada por el hermano, era su oportunidad de escenificar en su cuerpo, frases que rondaban en el contexto en el que se desenvolvía “nos sentimos muertos en vida”. Ella era la imagen que les recordaba la muerte, la muerte de Ramón. Estaba actuando su pérdida. Fue su manera de expresar su dolor en este proceso.

Podemos cuestionar ¿cómo es, que este asunto del duelo por el hermano la lleva a caer en la anorexia? ¿El duelo, es la causa? Dejar de comer al inicio del duelo, no es preocupante, no pasa nada. ¿Cómo es que a ella sí le paso?

Muchos cambios se estaban reflejando en la familia A, cada integrante estaba eligiendo ‘bien, mal’, solo el tiempo les dará la razón a esas elecciones y decisiones, que en este proceso estaban viviendo. Estaban descargando cada uno y de diferente manera, tensiones externas, en el interior. Al parecer su depresión hablaba a través de su conducta.

⁴⁷ Freud, S., *op. cit.* p. 243. Estas palabras que expresa la señora A nos ejemplifica con mucha claridad esta idea que escribe Freud con respecto al trabajo de duelo: “... entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico”.

⁴⁸ Como expresé al inicio de este capítulo, únicamente voy a trabajar la parte que corresponde al proceso psíquico de duelo que vivieron, en especial los padres de Ramón. Esto implica que no trataré la anorexia que manifestaba la hija A durante el proceso de duelo por Ramón.

Todos estos sentimientos revueltos, era evidente que se reflejaban en comportamientos, expresaban que continuaban con dificultad para concentrarse, así como la necesidad de que Ramón no desapareciera de sus sueños. Solamente el Sr. A expresa: “no he visto a mi hijo en sueños” “desearía verlo en mi sueño”. O comentarios como: “necesito reconciliarme con mi propia fragilidad”.

En realidad se trataba del primer suceso significativo que, como padres, no podían controlar; antes del terrible suceso daban por un hecho que los hijos les consultaban y ahora todo era diferente. El acontecimiento los había conectado con su vulnerabilidad y con la única certeza de que la muerte es inevitable. Habían visto la muerte cara a cara, de hecho, también la estaban viendo con su hija, y a pesar de las circunstancias estaban eligiendo de qué forma vivir su vida.

“Siempre visualice el futuro de mi hijo” “lo veía triunfando en todo”, recordaba el padre, cuando pensaba en la muerte en algo tan lejano, no la había sentido cerca. Y continuaba sin resolver muchas respuestas, pero “aprendiendo a convivir con las preguntas”. Comenzaban a darle un significado diferente a sus vidas aceptando que él, Ramón, “ya no es parte del presente que vivo, físicamente. En mi corazón estará siempre”. En este párrafo leemos con claridad el desenlace del proceso de duelo de la familia A que Freud nos describe en su ensayo sobre el duelo:

El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido [al de la melancolía], la pérdida del interés por el mundo exterior –en todo lo que no recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor –en reemplazo, se diría, del llorado-, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto.

Ahora bien, ¿en qué consiste el trabajo que el duelo opera? [...] El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. [...] Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que ésta imparte no puede

cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía. [...] y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico.⁴⁹

Los padres de la familia A percibían la responsabilidad de vivir y deseaban saber cómo transmitirlo a la hija.

Gradualmente se fue dando una aceptación del hecho “Ramón ya no está físicamente con nosotros”. Comenzaron a regalar sus cosas con personas que para ellos eran importantes. Eligieron lo que para cada uno era importante conservar. Podían hablar de su hijo muerto, ya no como solían hacerlo antes, al hablar de él como si estuviera entre ellos.

Ya no se les dificultaba llamar por su nombre lo que sentían, lo que les pasaba en el día, sus miedos, sus dudas “hoy me siento triste”. El reconocer esto les daba confianza en ellos mismos, porque trataban de seguir abriendo su abanico de respuestas “¿qué es lo que me molesta de ese comentario? (relacionado con Ramón)

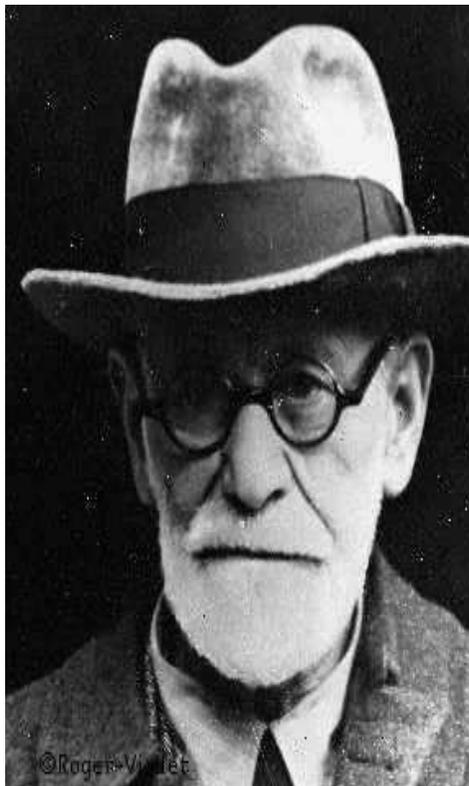
Comenzaron a hacer modificaciones en su entorno, ya no hubo cambio de casa, pero desapareció la recámara de Ramón ahora era el estudio, algunas fotos se guardaron otras se enmarcaron, algunas pertenencias pasaron hacer parte de la decoración, otras se repartieron entre ellos mismos y muchas otras desaparecieron de su vida.

¿Cuánto tiempo lleva el *proceso de duelo*? Mi experiencia profesional me dice que para cada individuo es diferente y, como comentaba en otro apartado, depende de muchas circunstancias (parentesco, edad, causa, cercanía...), así como de la propia persona que está viviendo el duelo. Sin embargo sí lleva un tiempo considerable, como todo en la vida tiene un tiempo de ejecución (embarazo, estudios...), ¿Por qué pensar que un duelo no necesita de un buen tiempo? Para procesar la separación física del ser querido que ya no está con nosotros.

⁴⁹ Freud, S., *op. cit.* p. 242-243

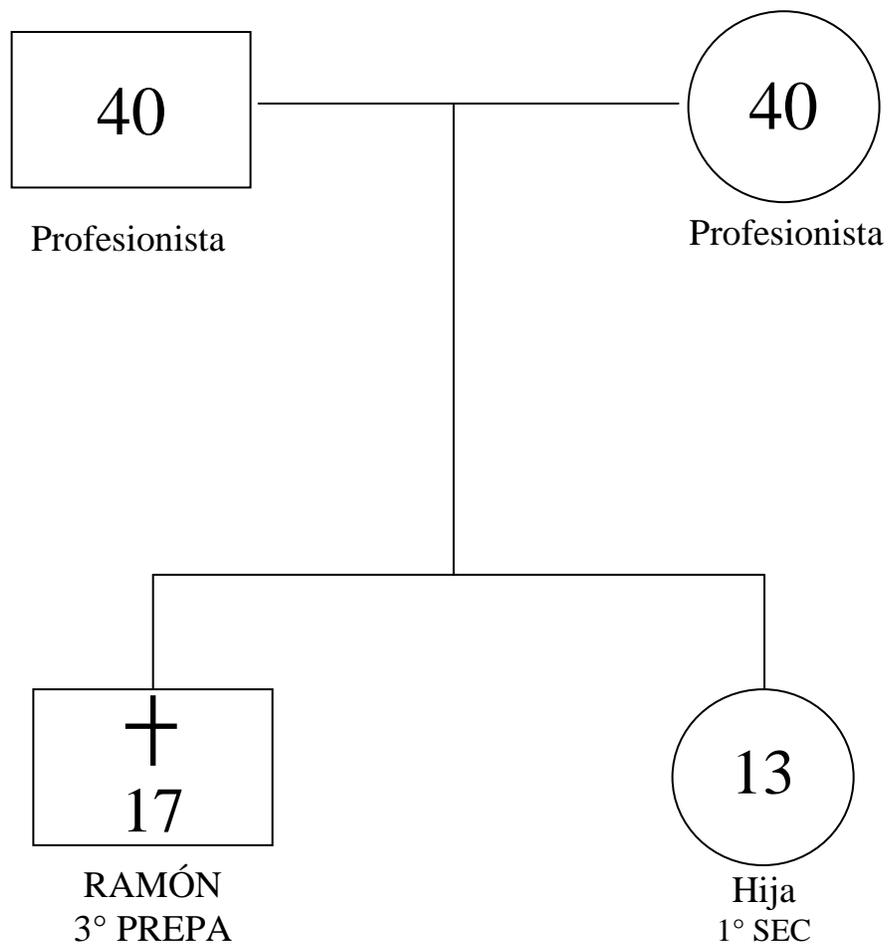
Supé que la familia A había superado su luto, que estaban terminando su proceso de duelo, cuando podían hablar de Ramón sin desorganizarse e incluso si aparecían algunas lágrimas eran diferentes al llanto del inicio. Y también porque hacían planes cada uno, en pareja y en familia; así como podían conectarse con sus viejas amistades e incluso estaban estableciendo nuevas relaciones.

El *proceso de duelo* es un viaje no contemplado dentro de la vida misma, que nos permite revalorar la vida y reconocer que la muerte es parte de ese destino que tarde o temprano a todos nos llega, pero nos recuerda nuestra propia vulnerabilidad por nuestros apegos, y nos lleva a reconocer la inevitable separación. El proceso tiene muchos caminos por recorrer, al principio por lugares de desesperanza hasta llegar a los que nos brindan esperanza. El riesgo (enorme riesgo) es no ver ningún camino y permanecer inmóviles.



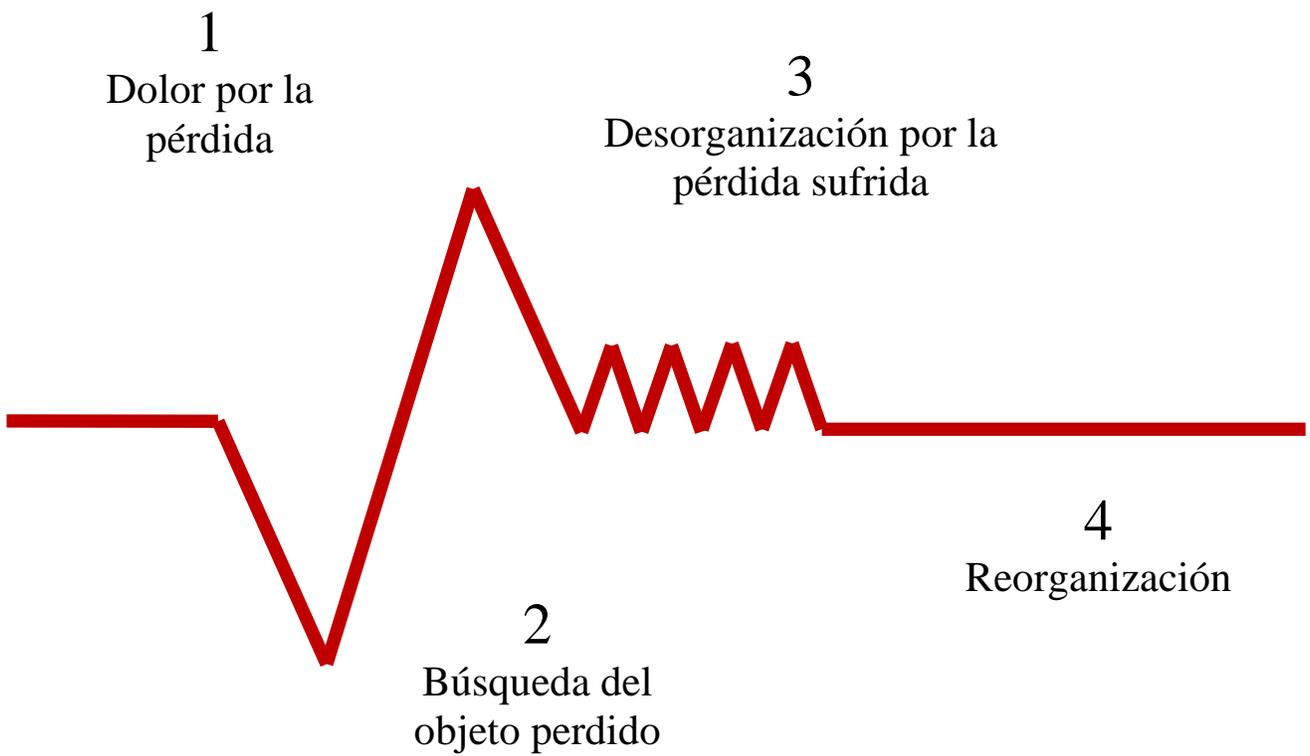
Gráfica 8

FAMILIA A



FAMILIOGRAMA, lo voy formando al escuchar a la familia. El cuadrado representa el sexo masculino y el círculo el femenino.

Gráfica 9



3.2 “LA CULPA”

*La muerte deja un dolor en el corazón
que nadie puede curar;
el amor deja un recuerdo
que nadie puede robar.⁵⁰*

La familia **B** se presenta a consulta debido a la muerte reciente de su hija más pequeña llamada ‘Mía’, de dos años de edad, ella murió debido a un accidente en Marzo de 2005.

Era viernes y habían ido al club a nadar, llegaron a encontrarse con sus primos, como lo hacían la mayoría de los fines de semana, cuando salieron al área de la alberca de los niños se dieron cuenta que ya estaban sus familiares y corrieron a encontrarlas. La Sra. **B** se dirigió a la cafetería a comprar su café y mientras esperaba a que se lo entregaran, algo extraño comenzó a suceder y la gente se acercaba a la alberca, cuando escucho el grito de Tania (su hija) gritándole con mucha desesperación ¡mamá, ven! Su hermanita Mía se estaba ahogando, ya la habían sacado de la alberca y se veía muy mal. A Mía la reportaron muerta dos horas después.

La familia **B** se encuentra integrada por: padre 41 años de edad profesionista, madre 40 años de edad profesionista, dedicada al hogar, hija mayor llamada Tere de 10 años de edad cursando cuarto de primaria, Tania de 9 años de edad cursando tercero de primaria y Mía, era la pequeña de 2 años, estaba en maternal. (Grafica 10).

Se presenta a la primera sesión toda la familia, aproximadamente a dos meses del fallecimiento de Mía. El pediatra de Tania, después de varias semanas de tratamiento por una *alergia*, la cual se le presenta unos días después de la pérdida de su hermanita,⁵¹ sugiere

⁵⁰ O’Connor, N. 2007.p. 98.

⁵¹ Mi director de tesis, el Dr. Carlos Galindo P., me señala que en este momento, en este caso se comienza a esbozar lo que más adelante se convertirá en una transliteración* con la grafía ‘g’ de la palabra (significante) *alergia*, el padecimiento, el síntoma de Tania, mismo síntoma que, además, fue la vía para ir a un médico en busca de ayuda -médico que me remite a la familia **B** para tratamiento psicológico.

a la familia ir a una terapia familiar, para trabajar el duelo que cada integrante está viviendo.

A la semana del fallecimiento, el padre se incorpora a su trabajo y hace algunas modificaciones con respecto a su rutina diaria, como: comer con la familia (comía en el comedor de la empresa), salir a algún lugar los fines de semana (se llevaba trabajo a casa). Reporta que no se quiere separar de su familia.

Por su parte, la madre solía estar en desayunos, clases de toda índole y visitaba mucho a su familia de origen (padres y hermanas). Cuando se fue Mía, dejó todas sus actividades, encerrándose en su habitación la mayor parte del tiempo, reportando no tener deseo de interactuar con nadie, incluyendo al esposo e hijas, sentirse triste, vacía, con deseos de llorar durante todo el día, insomnio, fatiga, sentimiento de culpa, deseo recurrente de estar con su hija Mía.⁵²

Tere, la mayor de las hijas, dice que todo está bien, le da gusto que su papá está más tiempo real con ellas, en la escuela se siente bien, con sus amigos todo está igual. Lo único que ve diferente es que su mamá está triste todo el tiempo.⁵³

Tania, a cinco días del fallecimiento de Mía empezó con una gripe la cual durante estos dos meses continuaba con los mismos síntomas, descartando su médico alguna infección, enfocándose en la fecha de inicio. Ella ha faltado en varias ocasiones a clases, su

**transliteración*: traslado de las grafías de un alfabeto a otro, de manera que cada una represente con fidelidad los fonemas correspondientes a su respectiva lengua., cf. Beristáin, Helena, *Retórica y poética*. 8ª edición. México, Editorial Porrúa, 2004. p. 495.

⁵² Todas estas expresiones de la madre de Mía nos remiten al proceso psíquico del duelo. Dado que este proceso ya lo trabajé en el Caso 1 “Las señales”, no lo tocaré en esta ocasión. Me referiré a un aspecto que, por lo general, ocurre en el duelo: *el sentimiento de culpa* en los allegados al muerto, al objeto perdido. En este caso, es a la señora **B**, madre de Mía, a quien más acusa, reprocha su *superyó*... y su marido, el señor **B**.

⁵³ Freud, Sigmund, Obras Completas. xx. *Inhibición, síntoma y angustia*. Trad. de José Luis Etcheverry y las notas de Leandro Wolfson. 2ª reimpresión. Buenos Aires, Amorrortu, 1990. p. 115. En estos momentos iniciales del tratamiento, Tere está recurriendo al mecanismo de defensa llamado *aislamiento*. Freud menciona que este mecanismo “consiste en que tras un suceso desagradable [...] se interpola una pausa en la que no está permitido que acontezca nada, no se hace ninguna percepción ni se ejecuta acción alguna.” Tere no habla sobre su hermanita, no la menciona ni menciona su muerte ni tampoco habla de lo que ella siente. Laplanche y Pontalis, en su *Diccionario de Psicoanálisis* señalan que el aislamiento consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto”. Este mecanismo de defensa lo observo en Tere en otros momentos del tratamiento, cf., p. 5, 1er párrafo de este texto. Conforme avanza el tratamiento, Tere puede iniciar su duelo: cf., p. 9, 1er párrafo de este texto.

rendimiento escolar a disminuido, los maestros reportan aislamiento, la ven sola, callada, ha estado faltando a todas sus actividades vespertinas. La madre reporta que antes de la pérdida ella era más alegre y más amigüera.⁵⁴

La madre tiene mes y medio que acudió al psiquiatra y se encuentra tomando medicamento para la depresión⁵⁵, ya que se encuentra con estado de ánimo depresivo, triste, llora todo el día, no tiene interés en ninguna actividad, tiene pérdida importante de peso, hipersomnía, muy lenta en todos sus movimientos, fatiga con todo lo que hace, sentimientos de inutilidad y de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte.⁵⁶

Dejando ver en ella síntomas depresivos⁵⁷ tales como: pérdida de placer en todas las actividades y falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

Los padres durante este tiempo han tratado de restar *culpa* a las últimas palabras que recuerda Tania de parte de su madre antes del accidente “cuida a tu hermana en lo que llevo”, a lo cual recuerda la niña “no le hice caso a mi mamá”. Lo recordaba temerosa, como esperando algún reproche.⁵⁸

⁵⁴ Por el contrario, Tania está inmersa en su proceso de duelo.

⁵⁵ DSM-IV- TR “Criterios diagnósticos” Masson 2002 p. 157-158.

⁵⁶ Grinberg, León., *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. 5ª ed. Buenos Aires, Paidós, 1978. p. 69 y ss. Con respecto a la depresión que estaba presentando la señora **B**, Grinberg señala que, cuando este sentimiento aflora a la conciencia, el *yo* de la persona se ve paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro. Continúa el autor escribiendo que, bajo un estado depresivo, el deseo de vivir se encuentra remplazado por el deseo de morir porque el *yo* se considera incapaz de superar el riesgo que lo amenaza. Yo considero que, en este caso, la amenaza proviene del *superyó* de la señora **B**, por medio de los sentimientos de culpa y las recriminaciones que la señora se hace por el descuido a Mía.

Considero conveniente señalar algunos puntos que Freud menciona en su ensayo *El problema económico del masoquismo*, (Vol. XIX, p. 172.) El autor señala que se le ha atribuido la función de conciencia moral al *superyó*, y que el sentimiento de culpa es la expresión de una tensión entre el *yo* y el *superyó*. De esta manera el *yo* reacciona con sentimientos de culpa (angustia de la conciencia moral) ya que el *yo* percibe que no está a la altura de los reclamos que le hace el *superyó*.

⁵⁷ *Op. cit.* p. 190.

⁵⁸ Reproche que nunca se le hizo a Tania ya que fue su madre la depositaria de la culpa por la muerte de Mía. Esta declaración de “culpable” le viene a la madre de Mía por dos vías: la primera es la suya propia, así lo menciona la señora **B**: “yo tenía que estar con ella, tenía que cuidarla [a Mía]”, y la segunda vía de acusación, igualmente severa, es la del padre de Mía, esposo de la señora **B**: *cf.*, p. 8, 1er párrafo de este texto; dice el padre de Mía refiriéndose a su esposa: “ella descuidó a Mía. [...] sé que no hay culpables, pero para mí la

También la madre se siente culpable “yo tenía que estar con ella” “tenía que cuidarla” “yo conocía lo inquieta que era”. *Culpa* por haber descuidado a su hija, *culpa* por la tragedia de cómo sucedieron las cosas. ¿Quién podía entender su dolor, su *culpa*?⁵⁹ ¿Quién podría atreverse a quitar todos los dibujos de Mía que tapizaban el refrigerador?

Tere y Tania reaccionaron a la muerte de Mía de diferente manera, la mayor se sentía acompañada en su proceso por todas sus amigas y maestros, estaba contenta porque la abuela materna se había mudado a su casa para apoyar a su mamá. Sin embargo Tania expresaba su ansiedad con su *alergia* que se había manifestado desde hace dos meses, y estaba muy receptiva a los sentimientos de sus padres “él dice que está bien, pero yo lo veo que quiere estar solo” “me siento mal que mami no quiere hablar con nadie”.

He observado en el transcurso de dieciocho años de trabajo psicoterapéutico (cuando el tema del duelo ante la pérdida de un ser querido me interesó) que los niños piensan, reflexionan y hablan sobre la muerte de distinta manera dependiendo la etapa de su desarrollo. Independientemente de la edad, la muerte de un familiar tan cercano (padres, hermanos) causa un impacto fuerte en los niños.

En un dibujo que elaboró Tania en sesión, la hoja la dividió en dos partes, en una dibujó a su mascota en un canasto ¿qué está haciendo? ¿Está dormido? Le pregunté, y me respondió “¡No! está muerto” y en la otra parte de la hoja dibujó la misma mascota pero se veía viva. ¿Y ahora? le pregunto, a lo que Tania me responde: “Está vivo y hace las mismas cosas de siempre, jugar conmigo”. Había una parte de ella en donde quería que las cosas sucedieran igual que en las películas, que su hermana despertara y que todo siguiera igual. Sabía que era una fantasía ¡qué hermosa fantasía!, porque su realidad ella misma la decía “sé que Mía está muerta y no volveré a jugar con ella”.

Lo que estaba sucediendo es que en ese momento del proceso el padre contemplaba que su esposa se embarazara otra vez, estaba enfocado en tener otro hijo “*No quiero*

culpable es ella, cómo puedo seguir mi vida con ella pensando que es culpable”. Estos señalamientos que implican culpa, son los motivos que fundamentan la depresión en la señora **B**.

⁵⁹ Cf. *infra*, p. 13. *Addenda*.

remplazar a Mía, simplemente quiero otro hijo”⁶⁰ “lo he pensado mucho y estoy seguro que sería lo mejor para todos” “estoy pensando más en el bienestar de ella (esposa), sé que será lo mejor”. Y la madre seguía en su depresión sin querer ningún contacto. En esta situación ninguno de los padres podía animar a las hijas a hacer preguntas y encontrar palabras en donde ellas pudieran encontrar significado.

Por otro lado, Tere trataba de entender el impacto que la muerte de Mía estaba modificando a su familia, buscaba frases realistas “¿qué vamos hacer con la recámara de Mía?”, “con sus fotos y sus juguetes”. Sabía que las cosas estaban cambiando, pero no entendía cómo le estaba afectando a ella, expresaba “solo sé que ya no me siento igual que antes, en casa”.

¿Cómo ayudarlas a comprender esta realidad, si yo misma no comprendo? repetía la madre una y otra vez. Ella sabía que estaban apareciendo miedos en ellas (dejaron de nadar, actividad que realizaban con mucha frecuencia) y se sentía incapaz para resolverlo.⁶¹

Tuvieron la oportunidad de hablar sobre la muerte, ya que en ese tiempo se les murió un canario y el padre relata que fue liberador porque toda la familia comentaba el suceso protegiéndose mutuamente; sin lastimar sentimientos, expresaban indirectamente, con una necesidad ferviente de hablar sobre la muerte, (recuerda el padre) “se sentía un ambiente de profunda tristeza, lloramos, nos abrazamos”, eran sentimientos naturales al despedir al que ya no escucharían (cantar), así como eran sentimientos naturales sentir

⁶⁰ En uno de mis seminarios de la maestría se discutió, de manera tangencial, el tema de *la sustitución del objeto amado y perdido, del objeto muerto*. En esta discusión se mencionó que Freud, en un primer momento pensó que sí era posible la sustitución del objeto perdido; (cf., Freud, *Duelo y Melancolía*, 1915, p. 242, 243, 246. Freud, *La transitoriedad*, 1915, p. 311. (Véase el comentario del señor **B**; p. 4, último párrafo; p. 7, 1º y 4º párrafos y p. 8, 1er párrafo de este texto). Más tarde, en una carta al filósofo Binswanger, fechada en 1929, Freud se retractó de esta primera idea acerca de la sustitución del objeto amado y perdido; ahora, Freud señala que “nunca se encontrará sustituto a esa pérdida”, cf., Fanny Blanck-Cerejido, “Duelo, melancolía y contingencia del objeto”, en *Muerte y Duelo*, núm. 34. México, julio 2004, Litoral, p. 201. Esta reflexión de Freud la hizo después de la muerte de su hija Sofía. Allouch, J., *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Trad. de Silvio Mattoni. 2ª reimpresión. México, Epeele, 2001. p. 130-140. Este autor hace una revisión crítica del primer planteamiento sobre la sustitución del objeto perdido en Freud. Siguiendo esta línea de pensamiento, yo considero que uno de mis logros en este trabajo psicoterapéutico fue que los señores **B** no hayan tenido otro hijo bajo estas circunstancias de vida, es decir, en pleno proceso de duelo.

⁶¹ En este momento del tratamiento se puede pensar que se inicia una fobia a nadar dado que este miedo aparece aquí como irracional y acompañado de angustia.

tristeza por la muerte de Mía. Afortunadamente los padres no pensaron en remplazar a su canario.

A partir de este suceso⁶² la familia **B** se daba más oportunidad de hablar sobre la muerte, podían hablar de la tristeza, podían sentirla. Estaban dejando atrás el “disfraz de estoy bien”, de “la chistosa”, “la bromista” y otros. Y ahora que se daban la oportunidad de expresar y ser congruentes con lo que decían y hacían, también se permitían sus momentos familiares en donde estaban bien “incluso contentos” (padre).

El lenguaje con las niñas era sencillo, directo, al responder algunas preguntas que empezaron a cuestionar. Cada integrante estaba respondiendo y viviendo su propio duelo de manera diferente. Entendían que mami, a su ritmo y a su tiempo, iba a estar bien.

La Sra. **B** haciendo un esfuerzo y con el apoyo de la familia decidió aceptar un empleo (a siete meses de la pérdida de Mía; no había trabajado desde el nacimiento de su primera hija) en donde: “me siento productiva y me olvido de mi dolor”, era claro que ocuparse en la mañana la distraía de sus pensamientos constantes de la muerte de Mía, la distraía de su sentimiento de culpabilidad, “duele recordar cómo sucedieron las cosas” “duele pensar qué tanto sufrió esos minutos”, esos minutos en que estaba ahogándose su hija.

En la escuela seguían observando a Tania callada, aislada y la madre podía entenderla “cuando veo su tristeza, me veo reflejada”. Ahora era una niña que lloraba por todo, en un juego, por una calificación, por no encontrar algo, porque la abuela se iba, porque no quería ir con alguna amiga. La *alergia* se transformó en tos permanente y molesta, ya que no podía dormir bien (se despertaba constantemente) pero la acompañaba en su soledad “no hablo con mis compañeros porque me da tos”.⁶³ Los padres querían

⁶² La muerte del canario fungió como elemento desencadenante de la palabra y de las emociones de la familia **B** con respecto a la muerte de Mía.

⁶³ El Dr. Galindo, mi director de tesis, me señaló la relevancia que puede tener la tos en Tania: este síntoma ahora acompaña a la *alergia*. Como ya mencioné al inicio de este capítulo, por transliteración de la grafía ‘g’ se da un cambio de significante: ya no hay alegría en la casa, hay *alergia*. Así mismo, la tos de Tania significa evitar hablar de la muerte de su hermana Mía.

ayudarla por medio de la escucha y del acompañamiento (por medio de juegos) pero ella se aislaba y no quería participar. Le gustaba estar recostada en las piernas de la abuela viendo televisión y sin hablar.

El cuarto de Mía seguía casi igual, habían regalado muy pocas cosas y la decoración era un poco diferente, sus juguetes preferidos estaban a la vista, el cuarto permanecía abierto, con mucha iluminación y al caer la noche se mantenía la luz encendida hasta que la madre se acostaba.

Comían casi todos los días juntos, con el televisor encendido para estar y no estar, para evitar poner en el ambiente la tristeza familiar. Los fines de semana si estaban en casa (era lo habitual, salían a lo indispensable) cada uno estaba en su propia televisión, tratando de distraer sus pensamientos.

La familia **B** se necesita, pero necesita también recuperar el control de su vida, eran muchos cambios, al igual que muchas cosas que dejaron de hacer. Había una decisión importante que tomar *“tener otro hijo” repetía el papá, como solución al duelo que la familia estaba viviendo*, sin embargo la Sra. **B** no sentía que era el momento para tomar esa decisión. A lo cual el Sr. **B** le reprochaba “es egoísmo de su parte” “sería mejor para toda la familia, un bebé en casa”.

No podía con un cambio tan radical en su vida la Sra. **B** y las niñas no expresaban mucho interés sobre el tema, “es decisión de mis papas” (Tere), parecía que no deseaba que la involucraran en la decisión, así como Tania solo respondía “no sé”. La Sra. **B** quería esperar un tiempo considerable y él le recordaba que no había tal tiempo por su edad.

Sin embargo la familia continuaba en movimiento con su trabajo, escuela, tareas y empezando a hacer un esfuerzo al retomar algunas actividades: extraescolares las niñas, el padre un poco más involucrado en responsabilidades del trabajo y la madre retomando el llevar y traer a las niñas, así como apoyarlas con algunas tareas.

Al parecer el padre era el fuerte, el que promovía salidas, incluso estaba planeando un viaje familiar. Por su trabajo el Sr. **B** viajaba mucho, actividad que estaba posponiendo por permanecer acompañando a los suyos. “siempre he dicho que me siento orgulloso de mi familia, nunca les ha faltado nada, trabajo para ellas”, “pero nunca estaba” “¡siempre en el trabajo!” “ojala hubiera disfrutado muchas cosas de Mía” “por eso ahora quiero darles mi tiempo” “pero no sé involucrarme en sus cosas”. *Estaba en un momento de mucha reflexión, quería vivir con el nuevo bebé muchas cosas que se perdió de su “pequeña”*. Creía que no podía dejar salir su dolor, su gran tristeza, que tenía que seguir con su escudo del fuerte por ser la cabeza de la familia “soy el hombre, soy el padre” “no quiero que me vean llorar”.

El Sr. **B** llega a la sesión terapéutica sin su familia: ese hombre fuerte y grande se transforma en un ser humano expresando su profunda tristeza por no tener a Mía en sus brazos, por no escuchar su risa y sus pasos. Comenta que varias veces con el pretexto de ‘algo’ sale de casa, al llegar a un lugar apartado y tranquilo se da el permiso de llorar, “lloro solo” como lo estaba haciendo en ese momento en la sesión, con tanto dolor, hablaba de la muerte, habla de su lucha interna que tenía por su esposa “ella descuidó a Mía” “no me atrevo a expresarle esto que siento” creía que la depresión de su esposa se relacionaba con este asunto no hablado entre ellos. “sé que los accidentes pasan, pero se pudo evitar la muerte de mi pequeña” “sé que no hay culpables, pero para mí la *culpable* es ella” “cómo puedo seguir mi vida con ella, pensando que es *culpable*” “por eso es mi necesidad de otro hijo” “*creo que me ayudará (la idea de tener otro hijo) a minimizar esto que siento*”.

Ni siquiera creía que la mamá había encargado a Tania que cuidara de su hermanita. Y se sentía mal con su hija por no saber cómo apoyarla, ya que sabía que su hija se sentía *culpable*, “¡qué clase de padre soy!” lo repetía una y otra vez. Era un padre valiente que por desear ver bien a toda su familia, guardó su dolor y hoy tenía la necesidad de sentirse acompañado, de vivirlo, de llorar sin importar que lo vieran frágil. Su preocupación era ver cómo cada una iba en su propio proceso avanzando y verse él mismo atorado y sintiendo que su dolor se intensificaba.

Empezó a darse la oportunidad de llorar acompañado de su esposa y de poder secarse las lágrimas que rodaban por sus mejillas delante de las niñas, “¿qué pasa papá?” a lo cual él podía responder “estoy triste, extraño a Mía”. El poder ver las niñas y la Sra. **B** que papá también lloraba y se sentía triste fue liberador en el contexto familiar, podían percibir la tristeza del otro y abrazarse aunque no emitieran palabra alguna. Estaban en un proceso de compartir su tristeza y se sentían más ligeros.

El Sr. **B** no tuvo la necesidad de expresarle a su esposa que había momentos al recordar el cómo murió que la creía *culpable*. Este querer encontrar culpables, se iba desvaneciendo a un ritmo cómodo y se sentía mejor.

La abuela ya no vivía con ellos, llegaba de visita algún fin de semana. El hogar de la familia se sentían cálido, “es rico llegar a casa” “me gusta estar en casa” “me siento segura en casa” “mi papi y mami me dan muchos besos”, expresiones que empezaron a observar después de llevar a cabo una ‘tarea terapéutica’ que consistió en: comprar un cuaderno y entre todos decorar la portada; expresar sentimientos o pensamientos por medio de un dibujo o palabras; elegir un lugar apropiado para el cuaderno; elegir otro lugar (para mandar la señal) para compartir con el otro, el mensaje personal de ese momento.

Al principio se mandaban mensajes de cariño, de apoyo. Afortunadamente para Tania por este medio pudo expresar “fue mi *culpa*, soy una tonta y estúpida por nunca escuchar a mi mamá”. La familia fue respondiendo por el mismo medio y fue muy liberador y sano para Tania saber que su hermana Tere también se sentía responsable “¡también era mi hermana, entonces también soy *culpable*, yo tampoco la cuidé!”.

La familia continuaba cada uno en su proceso, reconociendo en sus vidas enojos, alegrías, sin sabores, proyectos. Su primera navidad sin Mía se fueron a vacacionar a un lugar lejano, nuevo para todos y estando los cuatro juntos acompañados con las cenizas de Mía, en medio del mar, de su silencio y su belleza. Se despidieron de Mía tirando parte de sus cenizas al mar. Decían ¡adiós Mía! a ese cuerpo físico que no verían más, y al mismo

tiempo decían ¡hola Mía! porque siempre formaría parte de sus recuerdos, estaba impregnada en su memoria.⁶⁴

Recuerdan este maravilloso ritual como un renacer para la familia: ahí, en medio del mar, acompañados por los sonidos y el silencio, platicaron de ellos, de sus miedos, de sus logros, de sus proyectos familiares, personales, de querer seguir creciendo como familia.

El resto de las cenizas de Mía sirvió para un segundo ritual: fueron a comprar un árbol para plantarlo en su jardín, lo eligió Tania ya que fue su idea, ella eligió el día (buscaba un día con mucho sol). Estaban presentes los cuatro, en una tarde maravillosa, escuchando la canción favorita de Mía y al plantar el árbol esparcieron sus cenizas, se abrazaron, lloraron y se dieron cuenta que sus lágrimas ya no expresaban tanto dolor, era la tristeza natural de la despedida. Y a partir de ese momento ese árbol tuvo un nombre ¡Mía!

Pasaron pocos días después del último ritual de despedida y una tarde soleada de fin de semana, la familia pasó un buen rato en la alberca (primera vez después de la muerte de Mía) disfrutando de la convivencia familiar. Fue un acontecimiento importante y muy valorado por los padres.⁶⁵

La Sra. **B** en la etapa de duelo en la que se encontraba, once meses después de la pérdida, tuvo la necesidad de expresarle a su esposo su sentimiento de *culpa*, pero no para lamentarse de ella misma, era para pedirse perdón. “me ha lastimado la mirada de algunas personas, me he sentido juzgada, señalada. Pero hoy quiero compartir contigo (su esposo)

⁶⁴ *Op. cit.*, Freud, S. *Duelo y melancolía* p. 242. Este acto de la familia yo lo interpreto como la terminación o el comienzo de terminación de su duelo. El objeto amado y perdido se ha incorporado, introyectado en las psiques de los familiares sobrevivientes. El objeto amado y perdido vive en el recuerdo de la familia **B**. Freud escribe que mientras se lleva a cabo el lento trabajo de duelo, “la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico”.

⁶⁵ Freud, Sigmund, *Obras Completas*. XVI. 25ª Conferencia, *La angustia*. Trad. de José Luis Etcheverry y las notas de Leandro Wolfson. 3ª reimpresión. Buenos Aires, Amorrortu, 1991. p. 360-365. Ahora me queda claro que fue un asunto de miedo y no por fobia su renuencia a ir a nadar. Las hijas ubican a qué le tienen miedo (a morir). En la angustia unida a fobias, no se sabe a qué se teme y la angustia que surge es, como escribe Freud, “abrumadora”.

que me he perdonado” “ya no me siento responsable de la tragedia”.⁶⁶ El Sr. **B** al terminar de escucharla la abrazo, como si se percibiera en el ambiente ‘yo también me he perdonado’ ‘yo también te he perdonado’.

No cabe duda que somos únicos, con nuestro bagaje de experiencias y nuestras propias características personales. Con la muerte de Mía los padres nos demuestran cómo se procesa de manera diferente desde una postura de género: la Sra. **B** podía expresar más su sentir, llorando y hablando, para el Sr. **B** le resultaba más fácil al inicio inhibir sus sentimientos, podía compartir con la familia ‘lo que hace pero no lo que siente’. La red de apoyo social en donde se desenvolvían apoyaba más el sentir de la madre que la del padre, percibiéndose más consuelo.

También he podido observar que el proceso de duelo para los niños es diferente al de los adultos, ya que muchas decisiones las van tomando los padres y muchas veces ni siquiera se les pregunta, se da por hecho que ‘eso’ es lo mejor. Los adultos pueden buscar el consuelo, a los niños se les da. Los adultos tienen más comprensión del concepto de muerte, los niños muchas veces no comprenden la naturaleza de lo que sucedió, quedándose con la interpretación del adulto: “se fue al cielo” “ahora es un ángel que te cuida”. Un niño suele distraerse más fácilmente, un adulto puede enfocarse en la pérdida la mayor parte del tiempo. A los niños hay que darles respuestas honestas y simples, y dejarlos expresar.

Otro factor importante que influye en el proceso de duelo es la relación que se tenía con la persona que murió, si alguien de la familia tenía un asunto pendiente sin resolver, el impacto de la noticia puede ser más fuerte, la no aceptación de la pérdida puede retardar o incluso atorarse.

Continuando con algunas reflexiones del proceso: la ambivalencia que viven los padres la vemos también en un acompañamiento que se ve en las parejas en el sentido de si

⁶⁶ Considero que una de las etapas que nos indica que el trabajo o proceso de duelo está por concluir es cuando el sujeto culpable y, por lo tanto deprimido, comienza a “perdonarse”, a elaborar bajo su juicio de realidad, la pérdida del objeto amado.

uno de los dos se encuentra en la etapa de llegar a creer que no se va a reponer nunca , el otro puede desear sentirse mejor lo antes posible.

La muerte de un hijo es una de las experiencias más traumáticas, se espera de los hijos verlos vivir, no verlos morir, nos despedimos de sueños, proyectos, se espera que la muerte siga un orden natural, primero los padres y después los hijos. Afecta a toda la familia.

No debemos restar importancia al sentimiento del hermano, en este proceso muchas veces los padres se sienten imposibilitados para darle apoyo al hijo, por eso es importante ver la ayuda terapéutica como apoyo para poder adaptarse a la pérdida, observando lo que nos dice su conducta, juegos, dibujos, escritura, llanto, grito, silencio, ya que es un medio para expresar cómo está viviendo su duelo.

La familia **B**, se estaba reincorporando a su mundo con un nuevo conocimiento de ellos mismos y ya sin la presencia de Mía; adquiriendo un nuevo significado a la vida, reconocen que el duelo es personal y único, realmente no hay dos personas que sufran igual.

El duelo es darte cuenta que has perdido a alguien importante y significativo en tu vida, los sentimientos que aparezcan son parte de él. Desafortunadamente nadie nos dice que el sufrimiento existe, así como no nos dicen qué hacer ante éste. Sabemos que la muerte es un proceso natural, pero no sabemos qué hacer con lo que se está sintiendo.

Addenda

De manera breve, mencionaré algunos aspectos teóricos psicoanalíticos relacionados con la culpa. Aunque Freud señala que en el trabajo de duelo se siente culpa en los sobrevivientes al objeto perdido por el simple hecho de permanecer con vida, en estos casos, **A** y **B**, hay un fuerte sentimiento de culpabilidad por creer haber participado, de alguna manera, en el fallecimiento, en la pérdida del objeto amado: en Ramón **A** (el joven que se suicidó por ahorcamiento), la familia se sintió culpable por creer que no lo habían escuchado o comprendido lo suficiente. En Mía **B**, toda la familia se sintió culpable por descuidar a la niña, pero fue la madre la depositaria de la culpa por el ahogamiento de Mía.

Comenzaré con el *superyó*, la última de las tres instancias psíquicas en constituirse y que está íntimamente relacionado con la culpa. ¿Cómo se constituye esta instancia en el aparato psíquico de una persona? Freud señala que la cultura —y todo lo que ella implica: los Padres, la Educación, la Religión, entre otras Instituciones— inhibe la exteriorización de la agresión en el ser humano. Cuando una pulsión agresiva surge en la persona, se retrae esta pulsión y se interioriza en el *yo* (de donde es originaria, el punto de partida de la agresividad). Ya interiorizada esta pulsión tanática en el *yo* «es recogida» [*sic*]⁶⁷ por una parte escindida de éste. La parte así escindida del *yo* es la instancia psíquica que conocemos como el *superyó*. La experiencia psicológica consciente, sentida por el sujeto, de este movimiento de escisión en la psique del sujeto, Freud la llama *conciencia moral*, “la disposición a sentirse culpable”⁶⁸

Cabe hacernos la pregunta ¿cómo está ligada la culpa, la conciencia moral o *superyó* y la angustia? En primer lugar, es necesario revisar la participación y el lugar que tiene la *angustia* en la formación de la conciencia moral. Freud menciona que la angustia⁶⁹ (que en

⁶⁷ Freud, Sigmund, Obras Completas. XXI. *El malestar en la cultura*. Trad. de José Luis Etcheverry y las notas de Leandro Wolfson. 2ª reimpresión. Buenos Aires, Amorrortu, 1990. p. 119.

⁶⁸ *Op. cit.*, p. 127.

⁶⁹ Lacan, Jacques, *La Familia*. (Otro título de este texto es *Los complejos familiares en la formación del individuo*). Trad. de Víctor Fishman. 5ª ed. Buenos Aires, Argonauta, 2003. p. 36. Lacan menciona que el prototipo de la angustia aparece ante la asfixia al momento de nacer.

un principio es sólo una sensación) es la precursora de la conciencia moral. Aquella sensación se genera ante el *temor*⁷⁰ a la pérdida de amor del objeto paterno o materno externo y, en consecuencia, al castigo que pueden ocasionar esos objetos. Escuchemos lo que dice Freud acerca de este afecto: “[la] angustia frente a la pérdida de amor. Si pierde el amor del otro, de quien depende, queda también desprotegido frente a diversas clases de peligros, y sobre todo frente al peligro de que ese ser hiperpotente le muestre su superioridad en la forma de castigo”.⁷¹ El temor a la pérdida de amor y la amenaza de castigo del objeto amado es lo que detona la angustia en la psique de un infante y se le llama *angustia social*. Esta angustia social se torna en *conciencia moral* cuando el sujeto ha logrado cierta madurez psíquica, es decir, cuando la figura objetal parental —que puede ser la autoridad del padre o la madre o de ambos— se introyecta durante el transcurso del complejo Paterno. Es durante este momento que surge una experiencia distinta de la angustia social, esto es, ya no es la angustia generada por desobedecer a la autoridad externa, y que impulsa a renunciar a las satisfacciones de nuestros deseos, sino la angustia que se generará a partir de la conciencia moral o *superyó*.⁷² Escuchemos lo que dice Freud a este respecto:

En ese momento [cuando se ha configurado el complejo paterno en el sujeto] desaparece la angustia frente a la posibilidad de ser descubierto, y también, por completo, el distingo entre hacer el mal y quererlo; en efecto, ante el superyó nada puede ocultarse, ni siquiera los pensamientos.⁷³

⁷⁰ En algunos diccionarios el término *angst* (en alemán) es traducido como *temor* o *miedo* y no precisamente como *angustia*.

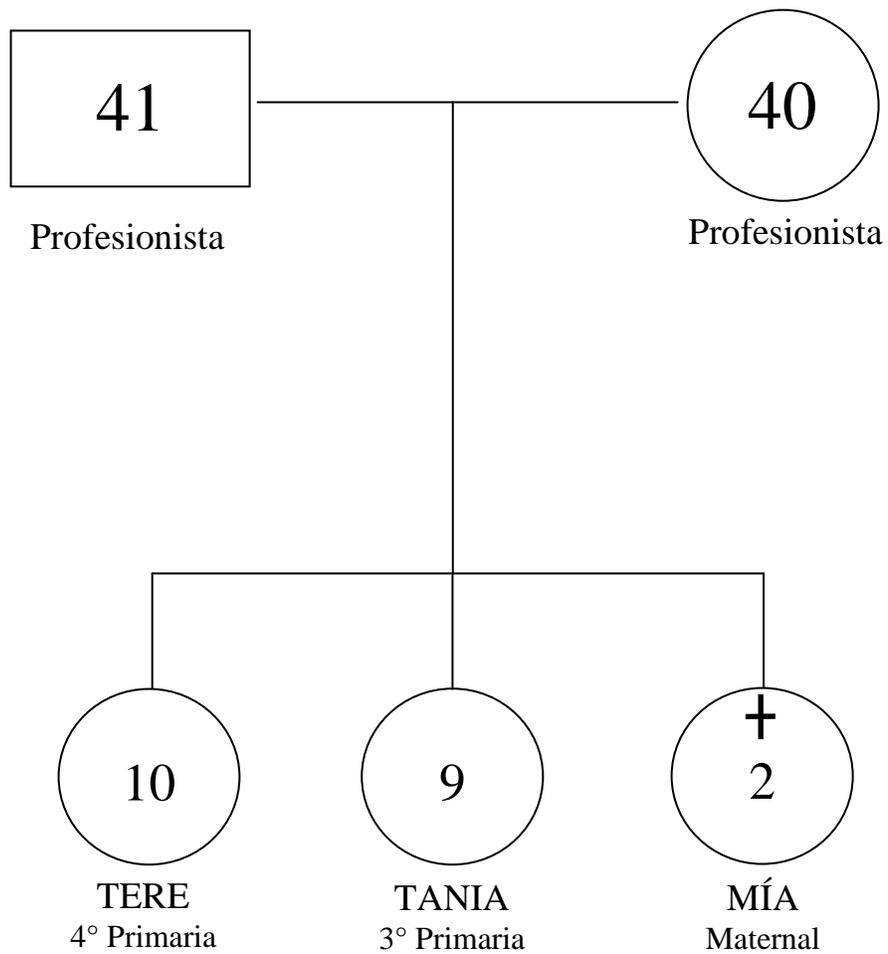
⁷¹ Freud, S., *El malestar en la cultura*, p. 120.

⁷² Con respecto de mi comentario de la nota 142, así traduce estas líneas López-Ballesteros: “Por consiguiente conocemos dos orígenes del sentimiento de culpabilidad: uno es el **miedo** a la autoridad; el segundo, y más reciente, es el **temor** al *superyó*”.

⁷³ Freud, S., *El malestar en la cultura*, p. 121.

Grafica 10

FAMILIA B



FAMILIOGRAMA, lo voy formando al escuchar a la familia. El cuadrado representa el sexo masculino y el círculo el femenino.

CONCLUSIONES

Pertenece a Sigmund Freud el hecho de haber abordado el duelo como un trabajo de elaboración de los afectos dolorosos que sigue a la pérdida de un objeto amado. Para la teoría psicoanalítica, el duelo supone el proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirla en un objeto nuevo.

Pude constatar el *proceso de duelo* -en la expresión de Freud- al detectar en mi escucha clínica los siguientes procesos psíquicos:

El examen de realidad muestra al *yo* del sujeto que el objeto amado ya no existe; este examen permite que la libido con que ha sido investido el objeto perdido se retraiga al *yo* del sujeto en duelo. Ante esa “petición” del *yo* surge también una resistencia ya que el sujeto no deja fácilmente ninguna de las posiciones de su libido -no obstante haya encontrado ya un posible objeto de ser amado-. Sin embargo, el juicio de realidad continua con su labor en el proceso de duelo, mismo que no puede ser llevado a cabo de inmediato, esto es, la deslibidinización del objeto perdido se realiza de manera paulatina, y con un gran gasto de energía psíquica. Esto se debe a que durante el proceso de duelo, la realidad impone a cada uno de los recuerdos que conforman el enlace de la libido con el objeto, la afirmación de que dicho objeto ya no existe más.

Finalmente, al concluir el proceso de duelo en el proceso vuelve a quedar libre el *yo* y exento de toda inhibición.

Poder revisar el proceso de duelo desde la postura psicoanalítica freudiana me lleva también a las siguientes conclusiones:

El duelo es una reacción afectiva normal, sana de una persona ante la pérdida real de un objeto amado. En esta reacción afectiva, la prueba de realidad juega un papel definitivo

para que este estado se resuelva y el *yo* se desligue libidinalmente del objeto muerto y vuelva a ser capaz de catectizar a otro objeto de su elección.

En cambio, en la melancolía, ocurre un proceso distinto: dado el estado regresivo de la libido del *yo* al estadio narcisista, no hay posibilidades de juicio de realidad por parte del *yo* del sujeto.

Lo único que comparte la melancolía con el sano estado de duelo es la profunda tristeza de ambos estados psíquicos.

Considero que dos de los factores intrapsíquicos que pueden llegar a inaugurar y conformar un duelo en el sujeto, son:

La predisposición (por la historia libidinal del sujeto), a fijaciones en la etapa oral del desarrollo de su libido, y, el segundo es la incapacidad del sujeto, debido a su fragilidad *yoica* y por regresión de la libido a su *yo*, de deslibidinizar al objeto que le abandona.

También deseo puntualizar que como terapeutas, ir abordando con el sujeto los procesos por los que pasa durante un duelo provocado ante la pérdida de un ser querido, es esencial para conocer los procesos intrapsíquicos, para un mejor acompañamiento. Así mismo, es fundamental saber que los modelos teóricos tienen una aplicabilidad limitada y que la relación terapéutica es más valiosa que la misma intervención. Considero necesario reconocer que el sujeto que nos consulta, sabe, piensa, siente y quiere llevar a cabo su proceso, independientemente de nuestras conceptualizaciones teóricas.

Para finalizar con estas conclusiones, es vital agradecer a todas las personas que llegan a nuestra consulta, la oportunidad de investigar, proporcionándonos información para continuar con nuestra labor psicoterapéutica, ya que son ellos los que nos dan, con su increíble capacidad de recuperación, la posibilidad de proseguir conociendo la psique humana.

BIBLIOGRAFÍA

- ACKERMAN, N.W. 1966. *Psicoterapia familiar*. Buenos Aires, Gedisa.
- ALLOUCH, Jean. 2006. *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires, Literales.
- ASSOUN, Paul-Laurent. 2003. *El vocabulario de Freud*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- ANDERSON, Harlene. 1988. *Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar*. Buenos Aires, Amorrortu.
- ANDERSON, H. 1999. *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BATESON, G. 1956. *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BATESON, G. 1972. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Gedisa.
- BERTALANFFY, L, von. 1968. *Teoría general de sistemas*. México, Fondo de Cultura.
- BLEICHMAR, Hugo. 1978. *Duelo y melancolía. Un estudio psicoanalítico*. Argentina, Nueva Visión.
- BOSS, Pauline. 2001. *La pérdida ambigua*. Barcelona, Gedisa.
- BOSZORMENYI-Nagy, I. 1965. *Terapia familiar intensiva*. México, Trillas.
- BRUNER, E.M. 1986. *Etnografía como narrativa*. Chicago, University of Illinois Press.
- DE SHAZER. 1988. *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona, Gedisa.
- DSM- IV. 1994. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Barcelona, Masson.
- ELKAÏM, Mony. 1988. *Terapia familiar sistémica*. Barcelona, Gedisa.
- FREUD, Sigmund. (1890) *Tratamiento psíquico*. Obras Completas. Vol. I. Trad. de José Luis Etcheverry. 7ª. reimp. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1895a) *Manuscrito G. Melancolía*. Obras Completas, Vol. I. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1895b) *Proyecto de psicología*. Obras Completas, Vol. I. Buenos Aires, Amorrortu.

- ___ (1900) *La interpretación de los sueños*. Obras Completas, Vol. V. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1904) *El método psicoanalítico de Freud*. Obras Completas, Vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1905) *Sobre psicoterapia*. Obras Completas, Vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu
- ___ (1910) *Escritos breves. Contribuciones para un debate sobre el suicidio*. Obras Completas, Vol. XI. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1913) *Sobre la iniciación del tratamiento*. Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1914a) *Recordar, repetir y reelaborar*. Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1914b) *Introducción del narcisismo*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1915a) *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1915b) *La represión*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1915c) *De guerra y muerte*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1915d) *Nuestra actitud hacia la muerte*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1916 [1915]) *La transitoriedad*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1917 [1915]) *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1917 [1916]a) *19ª Conferencia. Resistencia y represión*. Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires, Amorrortu.
- ___ (1917 [1916]b) *25ª Conferencia. La angustia*. Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1917 [1916]c) 28ª Conferencia. *La terapia analítica*. Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1920) *Más allá del principio de placer*. Obras Completas, Vol. XVIII. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1923) *El yo y el ello*. Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1924) *El problema económico del masoquismo*. Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1925) *La negación*. Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1926 [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, Vol. XX. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1930 [1929]) *El malestar en la cultura*. Obras Completas, Vol. XXI. Buenos Aires, Amorrortu.

___ (1937) *Análisis terminable e interminable*. Obras Completas, Vol. XXIII. Buenos Aires, Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1960. *Carta a Binswanger (1929)*, en *Las cartas de S. Freud (1873-1939)*. Madrid, Biblioteca Freud.

GRINBERG, León. 1978. *Culpa y depresión. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós.

HALEY, Jay. 1963. *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona, Paidós.

HALEY, J. 1976. *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Amorrortu.

HOFFMAN, Lynn. 1981. *Fundamentos de la terapia familiar*. México, Fondo de Cultura Económica.

KEENEY, Bradford. 1987. *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires, Amorrortu.

KEENEY, B. 1994. *Estética del cambio*. Buenos Aires, Paidós.

KLEIN, Melanie. 1961. *Relato del psicoanálisis de un niño*. Buenos Aires, Paidós.

KLEIN, M. 1974. *Observando la conducta del bebé*. London. Hogarth Press.

LACAN, Jacques. 2003. *La familia*. Buenos Aires, Argonauta.

- LACAN, Jacques. 2006. *El seminario, Libro I. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires, Paidós.
- LAPLANCHE, Jean., PONTALIS, Jean. 1977. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Labor.
- MACÍAS, Marco A. 2002. *Un estudio psicoanalítico sobre el duelo. El caso de la Emperatriz Carlota*. Querétaro, Serie Psicología.
- MINUCHIN, Salvador. 1977. *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa.
- MINUCHIN, S. 1981. *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Paidós.
- MYERHOFF, B. 1982. *Una mirada en el espejo*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- NASIO, Juan David. 2002. *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires, Paidós.
- NASIO, J. D. 2004. *El libro del dolor y del amor*. Barcelona. Gedisa.
- NASIO, J. D. 2007. *El dolor de amar*. Barcelona. Gedisa.
- O'HANLON, W.H. 1988. *Raíces profundas*. Barcelona, Paidós.
- O'HANLON, W. 1993. *En busca de soluciones*. Barcelona, Paidós.
- O'HANLON, W. 1995. *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires, Paidós.
- PALAZZOLI, Selvini. 1974. *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, Paidós.
- ROUDINESCO, Élisabeth. PLON, Michel. 2003. *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- SEGAL, Lynn. 1994. *Soñar la realidad*. Barcelona, Paidós.
- TOLSTOI, León. 1885. *La muerte de Iván Ilich*. Edición 1975. Barcelona. Bruguera.
- TURNER, V. 1986. *Antropología de la experiencia*. Chicago, University of Illinois Press.
- VIGOTSKY, L. 1986. *Pensamiento y lenguaje*. Cambridge, MIT Press.
- WATZLAWICK, Paul. 1967. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder.
- WATZLAWICK, P. 1974. *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, Herder.
- WATZLAWICK, P. 1977. *El ojo del observador*. Buenos Aires, Gedisa.

WATZLAWICK, P. 1994. *El lenguaje del cambio*. Barcelona, Herder.

WHITE, Michael. 1989. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, Gedisa.

WHITE, M. 1994. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires, Paidós.