



Estudio de caso sobre el proceso de duelo y las pérdidas emocionales en adolescentes

Case study on the grieving process and emotional losses in adolescents

Estudo de caso sobre o processo de luto e perdas emocionais em adolescentes

Miguel Andrés Albuja-Mesa ^I

miguelalbujaimesa@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3320-8006>

Verónica Ávalos-Arias ^{II}

maria.veronica.avalos@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1564-4928>

Correspondencia: miguelalbujaimesa@hotmail.com

Ciencias de la Salud

Artículo de revisión

***Recibido:** 30 de enero de 2021 ***Aceptado:** 17 de febrero de 2021 * **Publicado:** 20 de marzo de 2021

- I. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Quito, Ecuador.
- II. Psicóloga Clínica, Especialista en Orientación Familiar Integral, Hospital de Especialidades Portoviejo, Portoviejo, Ecuador.

Resumen

El resultado que se presenta en el presente artículo fue derivado de un estudio de caso que se realizó en un centro de atención psicológica, el cual llegó a establecerse a partir de la intervención directa en sesiones de trabajo. Para ello, se requirió de un diagnóstico, elaboración de instrumentos y técnicas que fueron aplicadas y bajo el seguimiento, sistematicidad y análisis se llegó a un resultado parcial significativamente importante. Desde esa perspectiva el estudio se fundamenta desde el punto de vista teórico – conceptual en los parámetros de la psicoterapia breve. El objetivo fundamental trazado es la revelación y la evidencia en los pacientes la presencia y relación de un conflicto de duelo que se ha mantenido latente, así como las repercusiones que se manifiestan como impropias a él en su cotidianidad. Desde esta perspectiva, el diagnóstico de duelo focaliza tal hipótesis debido a la corta duración del proceso en sí, y a partir de ello, se propone un trabajo construido sobre la base de conocimientos especializados acerca de la temática. Es de destacar que un duelo no resuelto puede evidenciarse con síntomas que aparentemente no se relacionan con la persona fallecida. De igual forma, la manifestación de este proceso de duelo, es variable en cada sujeto, de acuerdo a sus configuraciones personológicas y sus condiciones diversas, por lo que también el desconocimiento de la situación y todo lo que alrededor emerge puede suponer el fin del proceso.

Palabras clave: Psicoterapia breve; duelo; neurosis; latente.

Abstract

The result presented in this article was derived from a case study that was carried out in a psychological care center, which was established through direct intervention in work sessions. For this, a diagnosis was required, elaboration of instruments and techniques that were applied and under the follow-up, systematicity and analysis, a significantly important partial result was reached. From this perspective, the study is based from the theoretical-conceptual point of view on the parameters of brief psychotherapy. The main objective outlined is the revelation and evidence in patients of the presence and relationship of a grieving conflict that has remained latent, as well as the repercussions that are manifested as inappropriate to it in their daily lives. From this perspective, the diagnosis of grief focuses on this hypothesis due to the short duration of the process itself, and based on this, a work built on the basis of specialized knowledge about the subject is

proposed. It is noteworthy that an unresolved grief can be evidenced by symptoms that apparently are not related to the deceased person. In the same way, the manifestation of this grieving process is variable in each subject, according to their personological configurations and their various conditions, so that ignorance of the situation and everything that emerges around it can mean the end of the process.

Keywords: Brief psychotherapy; duel; neurosis; latent.

Resumo

O resultado apresentado neste artigo foi derivado de um estudo de caso realizado em um centro de atendimento psicológico, estabelecido por meio de intervenção direta em sessões de trabalho. Para isso, foi necessário um diagnóstico, elaboração de instrumentos e técnicas que foram aplicadas e, no âmbito do acompanhamento, sistematicidade e análise, chegou-se a um resultado parcial significativamente importante. Nessa perspectiva, o estudo fundamenta-se do ponto de vista teórico-conceitual nos parâmetros da psicoterapia breve. O principal objetivo delineado é a revelação e evidenciação nos pacientes da presença e da relação de um conflito de luto que se manteve latente, bem como das repercussões que se manifestam como inadequadas a ele em seu cotidiano. Nessa perspectiva, o diagnóstico do luto centra-se nessa hipótese devido à curta duração do próprio processo e, a partir disso, propõe-se um trabalho construído com base em conhecimentos especializados sobre o assunto. Ressalta-se que um luto não resolvido pode ser evidenciado por sintomas aparentemente não relacionados à pessoa falecida. Da mesma forma, a manifestação desse processo de luto é variável em cada sujeito, de acordo com suas configurações personológicas e suas diversas condições, de modo que o desconhecimento da situação e de tudo o que dela emerge pode significar o fim do processo.

Palavras-chave: Psicoterapia breve; duelo; neurose; latente.

Introducción

Una paciente (adolescente tardía que cursa estudios en la universidad y que para los efectos del estudio posee el nombre ficticio de Patricia) se encuentra cursando actualmente estudios universitarios, acude al área de psicología ya que dice presentar muchos conflictos en la relación con sus compañeros de estudio y con sus familiares. Refiere las múltiples relaciones conflictivas

que ella mantiene con sus convivientes que son su madre, su abuela y su hermana. Además, menciona que los mismos conflictos se presentan con su padre, quien no vive con ella.

Los conflictos en casa menciona que siempre los ha padecido, al menos desde que murió su abuelo, pero ahora, ese contexto de conflictos también los presenta en la universidad, por lo que la angustia en ella se ha vuelto abrumadora.

También es de destacar que estas son las únicas dos locaciones en las que se desenvuelve el sujeto, puesto que su madre no le permite salir con nadie, ni realizar alguna actividad aparte de las que de forma común ocurran en estos dos lugares. De todas estas relaciones afectivas de su vida se pone especial atención en dos figuras que aparecen en su discurso: su madre y su difunto abuelo materno. Su madre es mencionada reiteradamente; su abuelo en cambio aparece de modo insignificante, aparentemente, pero cuando lo hace, intenta de inmediato cambiar el tema a pesar de que el llanto se hace presente.

En la corta referencia hacia él, dice “era un padre para mí”; sin embargo, cuando se le indaga sobre el siniestro, no recuerda la fecha y menciona “pudo haber sucedido hace uno o cinco años”. Además, no asistió al funeral, lo cual ha sido razón para que los miembros del hogar la regañen si la ven llorar por él.

Cabría preguntarse si: ¿es posible que sean los conflictos en la relación que tiene con sus compañeros de clase y con su familia, consecuencia de un duelo no resuelto del abuelo?

Una represión de estas magnitudes en el propio proceso de formación y desarrollo de su personalidad, a partir de un suceso de tal proximidad, es un indicio que sugiere que el síntoma puede estar relacionado a ello.

Por ende, se plantea la hipótesis de un duelo no resuelto con su abuelo. Sustentado hipotéticamente, en la representación de la figura paterna del abuelo, en el reconocimiento de la incapacidad de su estructura neurótica en desasirse de la relación con el objeto, y en la hipótesis del reconocimiento del duelo como estructural.

El marco institucional en el que se presenta el caso, obliga a que la intervención se atenga a la condición de seis sesiones, por lo que la intervención desde la psicoterapia breve, orientada desde los aportes psicoanalíticos principalmente, resulta apropiada.

A partir de ella, se focaliza la hipótesis a trabajar, y los recursos propuestos para el duelo, se utilizan con el cuidado de no abordarse el tema de forma inmediata, sino paulatinamente y con la debida

sistematicidad y tacto que el caso requirió, puesto que pudo resultar en el abandono del proceso terapéutico.

En el tema tratado, no estuvieron exentos los requeridos fundamentos y sustentos teóricos en los que diversos expertos e investigadores tanto clásicos como actuales, que han aportado muchos resultados, como por ejemplo Freud y Lacan, además de las teorizaciones sobre la psicoterapia breve de Braier. Boxaca y Lutereau, que aportan cualitativamente con sus puntualizaciones sobre la clínica, y ya en relación del duelo, las tareas propuestas por Warden resultaron de mucha utilidad.

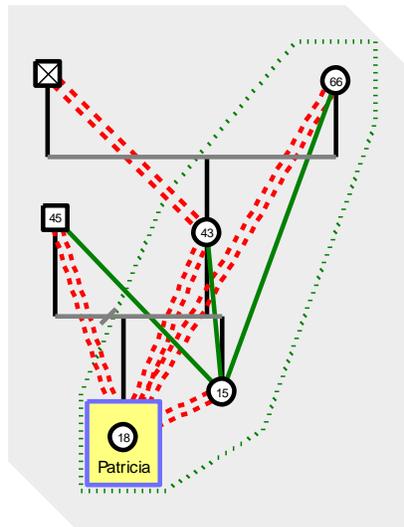
Datos e identificación del paciente

Sexo: Femenino. Edad: 18 años. Fecha de nacimiento: 24/06/1997. Escolaridad: En curso de estudios superiores- Nacionalidad: Ecuatoriana- Nivel Socio Económico: Medio-alto, a partir de estos datos principalmente : Instrucción del Jefe de Casa: Postgrado Vivienda: Propia.

Familiograma y dinámica familiar

El hogar de la paciente está habitado por 4 mujeres, tal como se evidencia en el gráfico # 1. Ella mantiene relaciones conflictivas con todas ellas, incluso con su padre quien no vive en el hogar. Tal situación no sucede con su hermana quien maneja relaciones de armonía con las demás integrantes, excepto por su puesto con la paciente. Como se ha mencionado, el miembro del hogar con quien se mantenía una buena relación era con su difunto abuelo. Cabe destacar también, que había una relación muy conflictiva entre el abuelo y la madre de la paciente. Además, se está en presencia de una familia disfuncional donde la figura paterna está ausente, la comunicación posee falencias que dificultan los procesos de identificación, solución y toma de decisiones ante los diversos conflictos. Los padres de ella viven separados hace varios años, en la cual el proceso de separación tuvo sus inconvenientes en cuanto a condiciones de separación, sin embargo ellos mantienen conversaciones acerca de su hija de forma sistemática; en correspondencia la paciente menciona que lo hacen para criticarla.

Grafica 1: Esquema de relaciones entre los miembros de la familia.



Fuente: Elaboración de los autores.

Motivo de la consulta

Ha tenido referencias del centro donde se brinda atención psicológica por publicidad de la universidad, y es ella quien decidió acercarse. La demanda inicial de la paciente se refiere al estrés provocado por las conflictivas relaciones con los demás: “estoy estresada porque estoy peleando mucho con mis amigos y mi familia” planteó la paciente. Sin embargo, desde la primera entrevista, este tema queda a un lado rápidamente y el hablar sobre el abuelo le resulta bastante difícil, por lo que se plantea una demanda latente relacionada con ello.

Posible diagnóstico y justificación

La paciente relató constantemente el malestar que le provocan las relaciones conflictivas que mantiene con los miembros de su familia, y últimamente, con sus compañeros de estudio. Hay un énfasis significativo en la relación que mantiene con su madre, ya que dice es la que más angustia le causa; la madre es para la paciente una autoridad restrictiva quien no le permite tener ningún acceso a la vida social o de pareja. Es por ello, que la cotidianidad de la paciente se da exclusivamente en dos locaciones: su hogar y la universidad.

Sin embargo, el enraizamiento del discurso en lo que dice acerca de su madre y de los demás se sobrepone al síntoma más angustiante. Boxaca y Lutereau se han referido a ello como la “ego-sintonía” del síntoma, una característica funcional del mismo que ocurre en los primeros encuentros

terapéuticos (Boxaca & Lutereau, 2013), en la cual el sujeto no da cuenta que lo padece, es decir, no es consciente del padecimiento que más angustia; en palabras de Lombardi “conoce el síntoma, pero no se reconoce en él” (Lombardi, 2008, pág. 212).

La paciente demanda atención por el estrés que le generan los conflictos que tiene con los demás, pero en el espacio clínico solloza en desconsuelo al hablar sobre el tema del abuelo en particular.

Para continuar, es imperante aclarar dentro de qué parámetros se está considerando un síntoma como tal, y es que, su formulación se la piensa “no como un indicador de patología para asignarle un nombre y una clasificación, sino como una palabra a ser escuchada y donde se le interroge al propio sujeto sobre los posibles significados que él pueda reconocer” (Barahona, 2015, pág. 47).

Tal definición es una postura que nace del planteamiento freudiano en la que se reconoce al síntoma como una formación de compromiso entre instancias psíquicas (Freud, 1917-2000); al ser así, se considera síntoma del paciente, el padecimiento sobre el evento relacionado a la muerte de un ser querido, el cual provoca un sollozo desconsolado y una angustia evidentemente abrumadora.

La paciente presenta un duelo no elaborado a partir del fallecimiento de su abuelo, quien mencionaba para ella una figura paterna. Este ha sido definido como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (Freud, 1915-2000, pág. 241)

A partir de su frase “él era un padre para mí”, el discurso y criterio directo de la paciente enmarca lo que representaba la presencia de su abuelo. Esta connotación expresa que quién ha fallecido es ese al que se le ha dado el estatuto de padre; un estatuto, que como expone Dor, a modo de metáfora, es ocupado por quienes sean embajadores representantes en la tierra extranjera madre-hijo : “(...) la entidad paterna que captamos parece corresponder tan sólo a una pura representación simbólica. Como tal, esta función se encuentra así potencialmente abierta a todo “agente diplomático” de la realidad” (Dor, 1989, pág. 13). Una representación de figura paternal asumida, como planteó además Lacan por quien intervenga como tercero en la mediación del deseo madre-hijo (Lacan, 1958-1999).

Lo expresado como contenido del discurso de la paciente acerca de su abuelo es una reproducción de la relación que ella mantiene con el objeto, el cual se define como “aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantaseado” (Laplanche & Pontalis, 2004, pág. 270). Además, menciona Freud, que el desasimiento de un objeto puede resultar de gran

dificultad cuando se ha establecido un lazo íntimo con la pulsión (Freud, 1915-2000), y para la paciente, la pérdida de su abuelo es la pérdida de un objeto tal, pues en sus relatos, deja entrever cuan estrecho era su vínculo con él: “yo solo pasaba feliz cuando estaba con él”.

Tal dimensión de la angustia sintomática sobre el abuelo devela en la paciente una cuestión estructural, y es que, tal posicionamiento frente al objeto es una expresión neurótica. Nasio define al neurótico como “aquel que hace todo lo necesario para no gozar en lo absoluto; y está claro, una manera de no gozar en lo absoluto es gozar poco, es decir, realizar parcialmente el deseo” (Nasio, 1993, pág. 44). Es así que la infortunio de la paciente no es solamente sobre el difunto abuelo sino sobre su madre, su hermana, su abuela, y toda persona de su cotidianidad; esto no resta importancia en lo absoluto al hecho de que ella se encuentra y ha pasado por un proceso de sufrimiento intenso, y que ha decidido asistir a un espacio psicológico que pueda responder a esa demanda.

Además, otra expresión neurótica se pone en evidencia en el proceso de las sesiones y las entrevistas que se les realizaron; esta va en relación al evento mortuorio en sí, y es que, a pesar de que el recuerdo del deceso del abuelo de la paciente es un hecho que la conmueve de sobremanera, en su consciencia no afloran los datos del cómo y cuándo sucedió. Tales olvidos, son resistencias esperadas dentro del espacio clínico y develan algo acerca del sujeto que las presenta, en referencia a esto Freud mencionó “El proceso patógeno que la resistencia nos revela ha de recibir el nombre de represión” (Freud, 1916-2000, pág. 269); mecanismo psíquico propio a la estructura neurótica (Freud, 1895-2000).

Por ello, es importante un preámbulo para la intervención, en el cual se reconozca el trabajo a realizar en un duelo como el de la paciente. Boxaca & Lutereau proponen “el duelo es estructural (y estructurante), pudiendo instanciarse de distintas maneras en los diversos casos concretos que la clínica presenta” (Boxaca & Lutereau, 2013, pág. 86). A partir de aquello, se reconoce el duelo en la paciente, como algo que sin ofrecerse abiertamente al trabajo terapéutico se encuentra instaurado, por lo que resulta necesario ponerlo en acto. Las consideraciones de Soler proponen una trasmutación de concepciones pasadas sobre el efecto como consecuente del duelo (Soler, 2011), se menciona sobre ello “contra la concepción del “afecto-efecto”, Soler propone pensar el “afecto-acto”, al encontrar en el duelo un modelo propio de la experiencia analítica” (Boxaca & Lutereau, 2013, pág. 89); y así, se propicia el trabajo en torno al mismo ya que, como considera el mismo autor, “el acto del duelo puede ser una vía de detener la manifestación del acting out” (Boxaca & Lutereau, 2013, pág. 92).

Aunque se intentó poner en acto el duelo de la paciente mediante la elaboración de una carta a su difunto abuelo, tal acción comprometió significativamente el proceso terapéutico, puesto que no se tomó en cuenta la particularidad de la temporalidad vivida de un duelo en cada sujeto. Como menciona Bauab “el atravesar un duelo exige considerar una multiplicidad de tiempos, ya que no solo incumbe a un desarrollo cronológico sino que también atañe a una lógica en la que se distinguen tiempos de posicionamiento subjetivo” (Bauab, 2001, págs. 21-22). Esta fue una técnica que no ameritó usarse, ya que a partir de la propuesta de su realización, la paciente no volvió al espacio clínico.

Selección, justificación y explicación del tratamiento más adecuado

A partir del diagnóstico realizado con basamentos psicoanalíticos expuesto anteriormente, se pretende seleccionar el tratamiento más adecuado; pero, cabe reiterar que la intervención a proponer debe estar ubicada dentro del marco psicológico impuesto por la institución donde se atendió el caso de la paciente, el cual está regido a un máximo de seis sesiones. En tal caso, fue propicio que el tratamiento estuviera en concordancia con las normas institucionales, pues lo que se pretende no es una reforma de las mismas, sino un modo más pertinente y ético de respuestas frente a la demanda de un paciente: una intervención profesional psicológica frente a un duelo no manifiesto en un límite de seis sesiones.

Así introduce Freud en uno de sus textos la problemática planteada en torno a la duración de un proceso de terapia psicoanalítica, en la misma que expone, entre otras cosas, los intentos de abreviación de los procesos clínicos que él mismo realizó: “el librar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anormalidades de carácter, es un trabajo largo” (Freud, 1937-2000, pág. 219).

El tratamiento psicológico presente, es sin dudas uno de estos intentos de abreviación terapéutica en el que se posee un número considerablemente menor de sesiones al de una psicoterapia o un análisis per se. En otro de sus textos, Freud expone la necesidad de abarcar a un mayor número de población, sobre la base del tratamiento de sus neurosis por los límites que pueda presentar la técnica: “Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante” (Freud, 1918, pág. 26). Por lo cual, resulta significativo el establecimiento de un nexo (fundamentación teórica) que

pudo servir para enlazar la diagnosis psicoanalítica con una intervención regida a los límites señalados anteriormente. Las conceptualizaciones sobre la psicoterapia breve son las que ayudaron a realizar este pase teórico- práctico.

La psicoterapia breve trata de “una resolución parcial o incompleta, consistente en la producción de ciertos cambios dinámicos en los conflictos” (Braier, 1999, pág. 31). Además se destaca este proceso como “una técnica dirigida fundamentalmente al insight” (Braier, 1999, pág. 26), por lo cual, la intervención para el presente caso tuvo en cuenta el establecimiento de ciertos objetivos que permitieron su desarrollo, en relación a la hipótesis focalizada. Al evidenciar la angustia que le produce el tema elegido, y de expresar a través de su discurso la represión denunciante de un síntoma al respecto, el proceso de corta duración se enfocó en dos objetivos específicos:

- Brindar contención frente a la angustia generada por la situación actual
- Hacer posible la comprensión en la paciente de que la demanda latente presenta un foco subyacente inconsciente que puede ser su génesis

Para la consecución de dos metas fundamentales:

- Alivio de la angustia generada en este momento de su vida
- La realización mediante las intervenciones de un insight en la paciente, en el que ella pueda dar cuenta de que su demanda manifiesta está relacionada con el tema del abuelo que no ha sido tratado.

En cuanto la intervención, la presente tuvo una orientación psicoanalítica, aunque dado el caso, se sirvió en determinados momentos de conceptos de otras escuelas psicológicas; Braier menciona “dentro de ciertos límites, es válido acudir a distintos modelos teóricos, que puedan ser útiles para comprender distintos fenómenos o pacientes” (Braier, 1999, pág. 24). Asimismo, Bellak propone “esta orientación psicoanalítica no excluye un sistema teórico...en lo que insisto es en entender al paciente desde todos los puntos de ventaja, tan completamente como sea posible” (Bellak, 1986, pág. 4). Por ello, como primer punto para la intervención en el caso de la paciente es fundamental la focalización del problema, la misma que consiste en enfocarse “hacia determinada problemática del paciente” (Braier, 1999, pág. 43). Es así que:

1. Al cabo de la primera sesión se le solicitó a la paciente que para la próxima sesión eligiera un tema específico a tratar en el espacio clínico, el cual fue la muerte de su abuelo.

Focalizado el problema, las elaboraciones teóricas de Worden resultan un gran aporte en consonancia con el estudio realizado, los cuales se han centrado de sobremanera en el trabajo con

el duelo. Al basar fundamentalmente sus estudios, en los aportes psicoanalíticos donde se proponen tareas para afrontar el duelo; por lo que menciona “Las tareas, por otra parte, son más acordes con el concepto de Freud del trabajo del duelo e implican que la persona ha de ser activa y puede hacer algo” (Worden, 1997, pág. 60). Estas tareas encajaron perfectamente en la intervención del caso por lo que, en el propio contenido de la psicoterapia breve, fueron propuestas como un programa de intervención temporal limitado (Worden, 1997). Las mismas están basadas en ciertos principios a partir de los cuales se propone :

2. Las indagaciones sobre el deceso deben ser sondeos donde en una primera instancia es de importancia significativa el diagnóstico, ya que el abordaje abrupto del tema supone una resistencia inminente. Por lo tanto, los primeros encuentros terapéuticos se dirigirán sobre la base a estas preguntas:

- ¿Puedes hablar con alguien de la muerte de tu abuelo?
- ¿En tu casa se habla acerca de ello?
- ¿Dónde estabas cuando te enteraste?
- ¿Cómo fue el funeral?
- ¿Qué recuerdos tienes de tu abuelito?

3. Menciona Worden la importancia de expresar sentimientos que se “etiquetan como disfóricos” (Worden, 1997, pág. 71). Entre ellos, el enfado es el más evidente en el paciente, puesto que lo expresa en el discurso en relación a sus compañeros de clase y los miembros de su familia. “Muchas personas no admitirán los sentimientos de enfado si se indaga directamente sobre ellos” (Worden, 1997, pág. 72), por lo que se debió intervenir de esta manera:

- Como preámbulo, preguntar: ¿qué es lo que hechas de menos de tu abuelo?
- Seguido de: ¿Hay algo que quizá no hechas de menos de tu abuelito?

En cuanto a la tristeza, la paciente comenta que cuando llora por su abuelo en casa, se le reprocha, lo cual la inhibe de manifestar dolor por su abuelo. Por ello, dentro del proceso de intervención es importante normalizar los sentimientos que ella pudiera manifestar, y además, como menciona Simos “simplemente llorar no es suficiente. Se necesita ayuda para identificar el significado de las lágrimas, y este significado cambiará” (Simos, 1979, pág. 89). Para ello, las intervenciones deben

ir encaminadas a reconocer el espacio clínico donde se encuentra y en la normalización de tales expresiones de dolor:

- En este espacio no se te impedirá la manifestación de cualquier sentimiento hacia tu abuelo, el llorar a alguien que se quería es algo esperado ante su fallecimiento.
- 4. El duelo que no se manifiesta es un síntoma que se mantiene latente sin develarse por completo, por lo cual es muy importante que se reconozca para un ulterior tratamiento, que primero debe ser reconocido en importancia por el propio paciente. Para ello, es tarea fundamental del psicólogo:
 - En la sesión de cierre, o previo a ello, enunciar la hipótesis diagnóstica sobre la relación de que el duelo no tratado sobre su abuelo afecta en demás áreas, por lo cual, es apremiante que se acuda a un espacio donde el duelo tal sea puesto en consideración como un síntoma a tratar, y que debe ser sostenido por un trabajo profesional prolongado.
 - De igual manera, es importante que en estas últimas sesiones se incite a la paciente a elaborar una carta, medio por el cual, se puede traer a colación el duelo del abuelo, “llevar un diario explicando la experiencia del duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de la pérdida” (Worden, 1997, pág. 83).

Cabe destacar que a lo largo del proceso, fue fundamental los niveles de relación y acercamiento con el paciente. Al respecto, Balarezo enfatiza esta cualidad como común a todo encuentro terapéutico, y la califica además como el “establecimiento de una relación positiva” (Balarezo L. , 1998, pág. 13). Asimismo, la ubica como labor intencional del psicólogo: “esta condición de confianza, tranquilidad, comodidad, solidaridad y libertad en la que debe sentirse el paciente es establecida por el terapeuta” (Balarezo L. , 1995, pág. 23).

Además, es importante enfatizar que en la multiplicidad de recursos terapéuticos utilizados por la psicoterapia breve (Braier, 1999), la técnica narrativa es la de mayor importancia en el caso con la paciente del estudio realizado, y esto dada la naturaleza del duelo, que conscientemente se lo pretendía reprimir, pero en el inconsciente permanecía latente.

Las técnicas a utilizar tales como dibujos, símbolos o role plays fueron de mucha importancia y válidas dentro del proceso (Worden, 1997), pero debido a la extensión límite de toda la intervención, dígame las sesiones de tratamiento, un bagaje por su discurso resultaba apremiante y

prioritario. La mejor forma de corroborar tales convicciones es la deserción del proceso terapéutico que tuvo la paciente al tercer encuentro, cuando debía traer a sesión una carta escrita por ella para su difunto abuelo.

Una tarea de tal tipo resultó muy intrusiva frente a una amenaza de cura tan abrupta, es por ello, que el plan propuesto para el caso es un ideal que surge a raíz del ejercicio fracasado de la acción del terapeuta. Por tales razones se propone la técnica como una alternativa únicamente al final del proceso, una vez que se ha abordado el tema del abuelo de forma sutil, y se tienen todos los elementos de causa o al menos la mayor información posible al respecto.

Por último, cabe señalar una puntualización acerca de la temporalidad, en la cual, “los procesos del sistema Inconsciente son atemporales, es decir, no ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por en transcurso de este ni, en general, tienen relación alguna con el” (Freud, 1915-2000, pág. 184). Tal presunción hecha por Freud resulta pertinente en el abordaje de cualquier caso clínico, pues es preciso reconocer que en toda intervención propuesta subyace el inconsciente y lo que se pueda decir de él estará sujeto a los avatares mismos de su expresión en lo sintomático, lo cual es una contingencia.

Además, los estudios acerca del duelo concluyen que es un proceso que no se sujeta a una cronología “eso no significa que los mismos momentos, con las mismas características y secuencia, se den en cada proceso del duelo” (García, 2013, pág. 91). Esto no es una consideración que desacredite el trabajo propuesto, sino una aclaración para la acogida de nuevos planteamientos si fuesen necesarios.

Conclusiones

Las situaciones conflictivas que la paciente presentaba con los demás miembros del núcleo familiar eran un foco de una sintomatología subyacente que implicaba un duelo permanecido en latencia por su abuelo, debido a su estructuración psíquica y a lo significativo de la pérdida. Tal estructura, es la que ha reprimido al síntoma y lo mantiene latente en el inconsciente.

El proceso de psicoterapia breve, orientado psicoanalíticamente supuso una fuente válida para brindar alivio frente a la angustia sintomática en el proceso de duelo de la paciente.

Una intervención propuesta a partir de la diagnosis desde la teoría psicoanalítica e intercalada con las elaboraciones del duelo de Worden, cuyo fundamento toma prestaciones teóricas de otras

corrientes psicológicas, resulta viable en el caso de la paciente al tomar en consideración las concepciones de la temporalidad del inconsciente.

Referencias

1. Balarezo, L. (1995). Psicoterapia. Quito: EDIPUCE.
2. Balarezo, L. (1998). Psicoterapia, asesoramiento y consejería. Quito: Luz de América.
3. Barahona, P. (2015). Manual de psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica . Quito: Cevallos .
4. Bauab, A. (2001). Los tiempos del duelo. Rosario: Homo Sapiens.
5. Bellak, L. (1986). Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia . México, D.F: Manual Moderno.
6. Boxaca, L., & Lutereau, L. (2013). Introducción a la clínica psicoanalítica. Buenos Aires : Letra Viva.
7. Braier, E. (1999). Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Buenos Aires : Nueva Visión .
8. Dor, J. (1989). El padre y su función en psicoanálisis . Buenos Aires : Nueva Visión .
9. Freud, S. (1895-2000). Estudios sobre la histeria. Buenos Aires: Amorrortu.
10. Freud, S. (1915-2000). Duelo y Melancolía. Buenos Aires: Amorrortu.
11. Freud, S. (1915-2000). Lo inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu.
12. Freud, S. (1915-2000). Pulsiones y destinos de pulsión. Buenos Aires: Amorrortu.
13. Freud, S. (1916-2000). Resistencia y Represión. Buenos Aires: Amorrortu.
14. Freud, S. (1917-2000). Los caminos de la formación de síntoma. Buenos Aires : Amorrortu.
15. Freud, S. (1918). Los caminos de la terapia psicoanalítica . Buenos Aires: Amorrortu.
16. Freud, S. (1937-2000). Análisis terminable e interminable. Buenos Aires: Amorrortu.
17. Instituto Nacional De Censos y Estadísticas . (2011). Encuesta de Estratificación de Nivel Socioeconómico . Quito: INEC.
18. Lacan, J. (1958-1999). Las Formaciones del Inconsciente. Buenos Aires : Paidós.
19. Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). Diccionario de Psicoanálisis . Buenos Aires : Paidós.
20. Lombardi, G. (2008). Clínica y lógica de la autorreferencia . Buenos Aires : Letra Viva .
21. Nasio, J. D. (1993). Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan. Barcelona: GEDISA.
22. Simos, B. (1979). A time to grieve . Nueva York: Families Intl.

23. Soler, C. (2011). Los afectos lacanianos. Buenos Aires: Letra Viva.
24. Worden, W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia .
Barcelona : Paidós .

Fuentes en internet

25. García, M. G. (2013). E-prints Complutense. Recuperado el 07 de 07 de 2016, de
<http://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>

©2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).