



Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO: MODALIDAD ARTICULACIÓN TEÓRICO-CLÍNICA

Entrevista de recepción: Análisis de una experiencia clínica en
S.A.P.P.A, a partir de un duelo oncológico en contexto de COVID-19

Estudiante: Cristian Pereira CI. 5.352.238-6

Tutora: Prof. Geraldina Pezzani

Revisor: Prof. Jorge Bafico

Montevideo, Diciembre de 2023

ÍNDICE

1.0 INTRODUCCIÓN.....	3
2.0 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA Y DESCRIPCIÓN DE S.A.P.P.A.....	3
2.1 PROCESO DE ATENCIÓN EN S.A.P.P.A.....	4
2.2 SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19.....	5
2.3 INTERVENCIONES DESDE LA VIRTUALIDAD EN CONTEXTO DE COVID-19..	7
2.4 ENTREVISTA DE RECEPCIÓN.....	8
3.0 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	10
3.1 SOBRE DUELO.....	11
3.2 PROCESO DE DUELO.....	17
3.3 FASES O MOMENTOS DEL DUELO.....	18
4.0 DUELO ONCOLÓGICO.....	21
5.0 ROL DE CUIDADOS.....	24
6.0 REFLEXIONES.....	27
6.1 BIBLIOGRAFÍA.....	31

1.0 INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo final de grado, se realiza una articulación teórico-clínica a partir de una experiencia en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial (S.A.P.P.A), en el contexto del convenio de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Cabe señalar que la experiencia transcurre durante la pandemia por COVID-19, lo cual imprime características singulares a la misma. La temática abordada será el duelo en el contexto de un proceso oncológico, en articulación con una entrevista clínica.

Se realizará un recorrido teórico por diversos autores clásicos y contemporáneos, quienes elaboraron aportes fundamentales para la comprensión de la concepción del duelo y en particular el duelo oncológico. Para ello se seleccionaron autores como Sigmund Freud, Melanie Klein, André Green, Juan David Nasio, John Bowlby, Hugo Bleichmar, entre otros, buscando comprender los procesos del duelo, su elaboración, y su impacto en el sujeto.

Posteriormente se abordará desde la perspectiva de género, el rol de la cuidadora asignado históricamente a las mujeres, donde el rol de cuidado pasa a ser una labor desvalorizada, no reconocida y que pone en riesgo la salud tanto física como mental. Para finalizar se realiza una reflexión sobre la experiencia de la entrevista, en donde se profundiza en los aspectos teóricos-clínicos de la misma. Se destaca la importancia de abordar el duelo y en particular el duelo oncológico debido a su relevancia en el campo de la psicología, y al dolor que provoca en la persona que enfrenta la muerte de un ser querido así como el proceso de recuperación de dicha experiencia dolorosa.

Desde lo personal, considero importante abordar la temática del duelo y en particular el duelo oncológico debido a su relevancia en el campo de la psicología. Sobre cómo enfrentarse a esta problemática en la labor del psicólogo.

2.0 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA Y DESCRIPCIÓN DE S.A.P.P.A.

En este apartado se presenta la experiencia realizada en un servicio de salud en el marco de la práctica de graduación en la facultad de Psicología. La misma se realizó en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial (S.A.P.P.A). Según Rosa Zytner (2011), el mismo funciona desde el año 2001 en el contexto del convenio entre Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar), la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

En lo que refiere a sus objetivos, estos son brindar asistencia psicológica en los niveles de promoción, prevención y atención a los funcionarios activos y jubilados de A.S.S.E/M.S.P.

Además, busca proporcionar herramientas teóricas y clínicas tanto a nivel de docentes como de estudiantes avanzados en la Licenciatura en Psicología. Por último, se propone generar insumos en docencia e investigación, pilares de todo servicio universitario (Zytner, 2011).

El Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial se desarrolla en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S) vigente desde 2007, que organiza las prestaciones en salud provenientes tanto del sector público como del privado, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, obteniendo su financiación del Fondo Nacional de Salud (F.O.N.A.S.A). Se destaca que “con su creación se buscó garantizar la cobertura universal de atención a la salud con calidad en las prestaciones y enfoque integral, sustentado en los principios de la Atención Primaria en Salud renovada (Giménez, 2020).

En cuanto a las características de la población atendida en el S.A.P.P.A, en el año 2020, se destaca que asistían a las consultas mayoritariamente mujeres que residían en el interior del país, las cuales realizaban largas jornadas laborales en el área de salud, con horarios rotativos de trabajo. La consulta se realizaba de manera no presencial, debido a las condiciones sanitarias, siendo uno de los temas centrales los discursos vinculados al temor e incertidumbre relacionados con la pandemia. También se centraban en situaciones de pérdidas, conflictos familiares, manifestaciones de angustia, depresión y ansiedad. En esta línea, como menciona Zytner (2011), situarse frente a las diversas realidades de los sujetos, contribuye a mejorar las condiciones de estos y aliviar los padecimientos, con diversas prestaciones y abordajes de carácter individual, familiar, de pareja, hacia niños, adolescentes y adultos. Desde “(...) una escucha atenta, en un espacio de diálogo clínico atravesado por determinantes personales, aspectos histórico-vivenciales, institucionales y éticos (...)” (Zytner, 2011, p. 6).

Dentro de esta línea, María Fernández citada por Julia Tabó (2016), plantea que esto supone el intercambio entre un sujeto que solicita una consulta y la intervención del psicólogo, ante un sufrimiento psíquico. Este intercambio permite construir un espacio clínico que “(...) produce una resignificación de lo vivido, y la oportunidad para su representación (...)” (Tabó, 2016, p. 165). A su vez se posibilita la creación de nuevos sentidos en relación a las vivencias de la historia personal del consultante, teniendo en cuenta las particularidades de cada situación, buscando diseñar una estrategia de intervención para cada singularidad.

2.1 PROCESO DE ATENCIÓN EN S.A.P.P.A

Es importante describir brevemente el proceso de atención psicológica. Una vez confirmada la entrevista se solicita el consentimiento al consultante para que participe un estudiante del ciclo de graduación. En caso de acceder, se realiza la misma a través del

dispositivo de encuentro virtual en el cual se busca que el sujeto relate el motivo de consulta y se posibilite un despliegue del discurso. Posteriormente se le asigna un psicólogo tratante, a los efectos de realizar la intervención psicológica, que consta de 48 encuentros, pudiendo recibir atención a distancia. Asimismo, de ser necesario se proporciona una extensión del mismo (Zytner, 2011).

2.2 SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19

A continuación, se aborda el impacto psicológico que aparejó el COVID-19 y que tuvo sus efectos en el funcionamiento del servicio donde se desarrolla la práctica. Se consideran relevante los aportes realizados por Nekane Balluerka, Gomez, et al (2020), sobre la infección del SARS-CoV-2 (coronavirus). La Organización Mundial de la Salud (en adelante la OMS), declara pandemia mundial el día 11 de marzo del 2020. En este marco, dicho organismo aconseja reducir la circulación individual de las personas, "(...) cuyo objetivo era proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública (...)" (Balluerka, Gomez, et al., 2020, p. 5), como estrategia frente al incremento en los índices de mortalidad y morbilidad. Al mismo tiempo, el confinamiento representó una realidad sin precedentes, con impactos en el bienestar tanto físico como psicológico. Es decir, cambios en la vida cotidiana, como por ejemplo, la paralización de las rutinas que sostenían los modos de ser. Dentro de Uruguay, el autor Giménez (2020), expresó que el anuncio de emergencia sanitaria por COVID-19 generó un panorama de total desconcierto en la población, frente a lo cual se emplearon medidas preventivas desde las autoridades.

Según Ligia Giovanella, Vega et al.,(2021), el COVID-19 representó una crisis global de orden sanitario y humanitario, donde los centros de atención estuvieron tensionados en brindar respuestas ante los nuevos desafíos y necesidades de la población. En lo referente a la situación de pandemia en Uruguay, no se declaró una cuarentena obligatoria.

Cabe señalar que las primeras respuestas gestionadas por los gobiernos fueron desde un abordaje curativo y hospitalo-céntrico, así como acciones de prevención y promoción enfocadas hacia la atención primaria en salud. Asimismo, más tarde, se implementaron medidas para ofrecer atención a partir de la telemedicina y teletrabajo con la intención de evitar aglomeraciones y cuidar la salud de las personas (Giovanella, Vega, et al., 2021).

En este sentido, se describen algunos sucesos relevantes de acuerdo a Giménez (2020), que explican la magnitud de este fenómeno multidimensional. En el ámbito de salud, se observó un agotamiento en los equipos con el incremento de consultas bajo condiciones de mucho estrés y riesgo. En los hogares, se registró un elevado número de casos de abuso

sexual y violencia doméstica dirigida especialmente a mujeres y niñas. Por último, los procesos ante el duelo se modifican con restricciones para despedir al ser querido (Giménez, 2020)

En el mismo orden de ideas, Giovanella, Vega, et al., (2021) consideran que Uruguay es uno de los países más favorecidos en comparación con el resto de América Latina. En palabras de los autores “se ha logrado una mayor organización, planificación, consenso y participación ciudadana” (Giovanella, Vega, et al., 2021, p. 5) e intervenciones dirigidas a los sectores más vulnerables y de menor ingreso. Asimismo, la participación desde las decisiones gubernamentales y la apuesta en la prevención y promoción en la atención con un sistema de salud robusto pero eficaz, capaz de “sostener” tal crisis desde el sector político, económico y social.

Según Samantha Brooks, Rebecca Webster et al., (2020), la experiencia del COVID-19 es percibida y sentida como desagradable por las personas, debido a que limita el contacto físico con sus allegados, que representan un papel esencial. Como consecuencia una limitación de la libertad puede favorecer manifestaciones de angustia y pánico. En este sentido, las medidas de cuarentena (muchas veces necesarias) y sus efectos psicológicos, son esperables cuando se avecina un fenómeno desconocido. No obstante, transitar por confinamientos extensos se relaciona con importantes repercusiones en la salud mental. Por lo tanto, es necesario brindar a la población medidas prácticas vinculadas al manejo del estrés, como puede ser la incorporación de las redes sociales. Estos pueden ser recursos útiles frente a la incapacidad de vinculación física con sensaciones de angustia y soledad. Es por ello que resulta fundamental establecer una red de contención emocional a las personas, lo cual permite reducir los estados de preocupación en momentos de estrés y confusión (Brooks, Webster, et al., 2020)

Para Giménez (2020), la situación de Uruguay ante la disminución de casos debido a las medidas de contención y la reintegración de las actividades laborales y educativas conlleva a la necesidad de ofrecer respuestas más allá del modelo biomédico. En este contexto se comienzan a percibir los efectos psicosociales de las condiciones de encierro y aislamiento sobre la salud mental. Es por ello, que desde ASSE, se creó una línea de apoyo emocional telefónico dado el aumento en las consultas psicológicas en los servicios de salud (Giménez, 2020).

2.3 INTERVENCIONES DESDE LA VIRTUALIDAD EN CONTEXTO DE COVID-19

En este aspecto, es importante mencionar que la práctica clínica en S.A.P.P.A se abordó a través de la virtualidad debido a la pandemia. Es por ello que surgió la necesidad de implementar nuevas formas de responder a las solicitudes de sufrimiento psíquico.

Tal como establecen Claudio Rojas, Roberto Polanco et al. (2022), la pandemia no sólo ha provocado repercusiones en la salud mental a través de sus efectos psicológicos, sino también ha conllevado a modificaciones en la manera de brindar atención psicológica, debido al incremento de las consultas, producto del aislamiento social y del cierre en los servicios de salud. Por lo cual, los profesionales de la salud mental tuvieron que adaptarse a las necesidades de la situación e implementar las tecnologías de la información y comunicación (TICs), que permitieron realizar los tratamientos. Las herramientas tecnológicas han permitido la comunicación entre el psicólogo y el paciente mediado por el espacio virtual en un tiempo real (Rojas, Polanco, et al., 2022).

La modalidad de atención a distancia según Asbed Aryan, Alicia Briseño et al. (2015), implica ciertas modificaciones en el encuentro clínico. Este se conforma por el momento cultural, el vínculo y lo que se genera a partir del mismo, las variaciones del tiempo ante la zona horaria y el lugar físico ante los espacios mostrados al psicólogo, siendo elementos a considerar en el encuentro a distancia. En cuanto a los espacios del hogar mostrados al psicólogo, es el sujeto quien escoge la infraestructura a exponer ante un otro, lo cual es diferente a la presencialidad (Aryan, Briseño, et al., 2015)

En este sentido, se retoma a Rojas, et al (2022), la telepsicología implica algunas modificaciones que pueden ser consideradas como ventajas, como son la accesibilidad de la atención, sin importar las barreras relacionadas a la distancia física y de otra índole que impide el tratamiento. Por último, para el autor, esta modalidad presenta algunas desventajas, en lo referente a la poca formación de los profesionales de la salud mental en utilización de estos recursos y los obstáculos que se producen en la reunión virtual debido a la pérdida de algunos elementos del encuentro como son los elementos no verbales, gestuales del sujeto (Rojas, Polanco, et al., 2022)

Según Ricardo Carlino (2014), en relación con el encuadre en la virtualidad se presentan algunos aspectos, como las dimensiones de tiempo-espacio, la presencia comunicativa y lo que se produce en el encuentro, ya que habilitan distintos modos de sentir, pensar y actuar. Por lo tanto, adoptar esta metodología de acción para comunicarse desde la pantalla digital, supone un nuevo setting (encuadre), entre dos personas que están ubicadas en distintos puntos geográficos como si estuviesen allí presentes y encontrarse y contactar comunicacionalmente.

2.4 ENTREVISTA DE RECEPCIÓN

Dentro de este apartado se desarrollan conceptos relacionados con la entrevista de recepción y sus implicancias. Es de considerar que desde el servicio se utilizó como herramienta clínica la entrevista de recepción para atender la consulta. Según Bonomo, Dominguez, et al., (2002), las diversas formas de intervenciones diagnósticas apuntan hacia una aproximación clínica en función del acontecer del sujeto y su problemática. Dentro de éstas se reconoce la entrevista de recepción.

En este sentido, para Adriana Tortorella, se concibe como “(...) una modalidad de intervención psicológica que integra la recepción y resolución de la consulta en un único encuentro (...)” (Tortorella 2007, p. 69), además de ser un instrumento utilizado en instituciones sanitarias que permite aclarar la situación conflictiva del mismo. Se estructura por tres momentos; Apertura, Desarrollo y Cierre. En la *apertura* se genera un clima adecuado con el consultante y se establece un rapport enmarcado por un encuadre (Tortorella, 2007). Este último, según Alicia Muniz (2005), permite la creación de nuevos sentidos sobre los motivos por los cuales se acude a la consulta, “(...) involucra al menos dos sujetos, los que inauguran una novedosa forma de encuentro para subjetivarse (...)” (p. 17). Asimismo, supone un hacer-con, desde un rol más activo del psicólogo, en la búsqueda de posibles respuestas al devenir del malestar. En otras palabras, la intervención apunta hacia la construcción de una estrategia en función de las interrogantes que causan sufrimiento. En el espacio de escucha e intercambio con un otro, se producen cambios que tienen un efecto terapéutico, es decir, ocasionan un alivio psíquico en el mismo (Muniz, 2005).

Según Tortorella (2007), una vez generadas las condiciones básicas de la consulta en la cual se constituye un encuadre, también se establece el *desarrollo* que es el segundo momento en la entrevista de recepción, donde se habilita el despliegue del discurso con preguntas esclarecedoras que abran el campo del discurso. Además se toma contacto con la problemática, se identifican los puntos de mayor urgencia, y se aborda el motivo de consulta manifiesto (Tortorella, 2007).

En esta misma línea, Pau Martínez (2006), explica que el motivo de consulta refiere a la “(...) descripción de un conjunto de signos, síntomas o problemas de naturaleza objetiva (...)” (p. 9), esto implica, no destacar las causas de su padecer desde un punto de vista descriptivo, sino reconocer qué interpretaciones hace de su propio malestar. Para el autor, es fundamental que el mismo esté articulado con el diagnóstico psicológico y también averiguar la demanda que se encuentra de forma implícita en la consulta, es decir, la necesidad de poder comenzar un tratamiento y el deseo de sanar (Martínez, 2006).

Por su parte, Adriana Cristóforo (2002), refiere que en el campo de la consulta psicológica la intervención alude al vínculo entre psicólogo y sujeto. El sujeto viene a consultar cuándo se presenta una situación conflictiva que involucra una pensar en conjunto con el psicólogo sobre las inquietudes que expresa el paciente. Es mediante la observación a partir de la situación clínica, que se realiza un panorama desde su singularidad. A su vez, el *motivo de consulta manifiesto* representa aquellas dificultades que el sujeto reconoce y que le generan un sufrimiento psíquico en su vida. Por otro lado, también se considera necesario prestar atención al *motivo de consulta latente*, este se encuentra vinculado a los aspectos inconscientes del sujeto.

En consideración con lo planteado anteriormente se produce un desequilibrio en relación a la percepción de la realidad interna y la realidad externa del sujeto, como consecuencia del mismo, surgen ciertos desencadenantes que son mencionados y reconocidos como dificultades que generan un malestar psíquico a abordar.

Por último, el tercer momento denominado como *cierre*, proporciona una visión global de lo acontecido en la consulta y brinda una respuesta sobre las áreas de mayor conflicto, o sobre aquellos no del todo conscientes para el sujeto. La entrevista de recepción, no apunta a movilizar sino a generar un espacio de contención en donde pueda sentir que un otro lo escucha y aloja su sufrimiento. En este momento se incluye la devolución y orientación, la primera implica ser pensada como proceso en la medida que en el encuentro se crea una mirada nueva sobre las razones por las cuales se acudió a la consulta. La segunda apunta hacia la lectura de la situación clínica en brindar "(...) una respuesta acorde y pertinente (...)", (Tortorella, 2007, p. 73), en otras palabras, debe ser viable y pensada no solo a partir de su tiempo interno, sino en función de sus necesidades y posibilidades reales. Y remarcar que el cierre en la entrevista puede conducir hacia un nuevo espacio de intervención con un psicólogo u otro profesional (Tortorella, 2007).

En este sentido, para Cristóforo (2002), dependerá de la capacidad del sujeto de pensarse a sí mismo y de su pasaje de objeto a sujeto de la consulta. El primero es aquel que padece, mientras que el segundo, logra tener contacto con su problemática, puede reconocer su motivo manifiesto y latente, es aquel que reconoce su propia falta, y que en un momento puntual no puede consigo mismo. Para la autora, el rol del psicólogo "(...) debe favorecer la transformación de quien se presenta como objeto de la consulta en sujeto de la misma (...)" (Cristóforo, 2002, p.14), es decir, pensarse y poder tener contacto con su problemática desde un rol activo (Cristóforo, 2002).

En la misma línea para Martínez (2006), el sujeto es aquel que decide implicarse y responsabilizarse de sus conflictos, ligar sus vivencias con el afecto, poner en palabras su malestar. Por diversas razones un sujeto no logra consultar, sea por no haber tenido contacto con sus vivencias, por evitación sobre algo que le provoca angustia, por negación ante una

realidad displacentera, etc. Debe de haber una demanda en palabras del autor "(...) que tome plena conciencia del malestar que le ocasionan aquellos síntomas o problemas que describe en el motivo de consulta y, por otro, que desee verdaderamente librarse de ellos", por eso es importante saber cuáles son los intereses del sujeto respecto al tratamiento con el psicólogo, siendo crucial preguntar qué se espera del tratamiento, cuáles dificultades reconoce, si logra identificar algo intolerable y que no puede solo (p. 63, Martínez, 2006).

3.0 PRESENTACIÓN DEL CASO

En el siguiente apartado, se extraerán algunos fragmentos de la entrevista que se consideran de relevancia con el fin de analizar y articular con aportes teóricos la consulta realizada a la paciente llamada "Mónica". Se trata de una mujer de 52 años que reside en el interior del país, y consulta por la pérdida de su padre. Menciona la necesidad de recurrir a un espacio psicológico con la intención de poder expresar la situación que la sobrepasa. Además, expresa otras circunstancias que serán expuestas a lo largo de este trabajo.

P:- "...Buenas tardes Mónica, nos gustaría escuchar el motivo por el cual consulta..."

M:- "...Bueno mira, tuve la pérdida de mi padre, después de eso me mandaron medicación y me dieron un pase al psicólogo, como acá no tenemos, el psicólogo que viene es para los usuarios...me decidí a pedir ayuda..."

P:- "...¿Cuánto hace que falleció su papá Mónica?..."

M:- "...Va hacer dos años ahora, quedó sin caminar y después le vino un cáncer que lo mató. Estaba solo yo y mi mamá que está mayor también. Lo cuidé yo siempre...después que no tengo mucha autoestima, siempre estoy para abajo siempre para abajo..."

Esas fueron las palabras iniciales que Mónica expresó en la consulta, transcurrido dos años del fallecimiento del padre, por lo cual acudió a recibir atención psicológica. La misma se realizó a distancia debido a que en ese momento predominaba el virus del COVID-19, la virtualidad fue el medio para entablar un encuentro con la paciente. Desde el servicio, se indaga esta situación de duelo que surge en su motivo de consulta y a lo largo de la intervención. En la cual pudo notarse lo importante de esta pérdida en su vida. Ella habla con desconcierto sobre la muerte de su padre, más allá de que pasó mucho tiempo al cuidado del

mismo, con la intención de mejorar su estado de salud y acompañarlo en esta situación difícil. Entre otros aspectos, se observa por la forma en que expresa, que se manifiesta un sufrimiento psíquico en la paciente. Es por ello que se trabaja sobre el duelo a partir de algunos autores relevantes que pueden aportar en la comprensión de su singularidad.

3.1 SOBRE DUELO

Para comenzar este abordaje conceptual se trabajará con los aportes de Sigmund Freud (1917), quién fue pionero en trabajar sobre la temática del duelo. En su obra "*Duelo y melancolía*" desarrolla las nociones de duelo diferenciándolas de la melancolía, a pesar que ambas se originan a partir de una pérdida.

Según los aportes de Freud, el duelo es considerado como una reacción a la pérdida de una persona amada o un ideal. Compara dicho proceso con la melancolía. Esta última, dirá el autor, se caracteriza por una profunda tristeza e inhibición, la falta de interés sobre el mundo externo y una pérdida de la capacidad de amar, entre otras cosas. Asimismo, se caracteriza por la presencia de autocastigos y autorreproches muy intensos, siendo *la perturbación del sentimiento de sí* lo que se encuentra ausente en el proceso del duelo (Freud, 1917).

En este punto, es conveniente mencionar lo que se entiende por "objeto". Los aportes psicoanalíticos que trabajan la temática del duelo hacen mención a que cuando el sujeto experimenta una situación de duelo, se pierde el "objeto" al cual se ama y se considera parte esencial en la vida del mismo. Según Laplanche y Pontalis (1971), en su diccionario psicoanalítico, la noción de objeto se ordena bajo tres principios: "en primer lugar: como la relación mediante la cual la pulsión logra ser satisfecha", en segundo lugar como *correlato* en la cual prevalecen los sentimientos de amor y odio hacia "(...) la persona total, o de la instancia del yo (...)" y, por último, en torno al sujeto que conoce independientemente de la individualidad del mismo (Laplanche, J. 1971, p. 258).

Mediante esta noción de objeto, se puede entender que en los procesos de duelo se haga referencia a un movimiento que hace el sujeto del objeto perdido a la búsqueda de uno nuevo y distinto, En esta línea de pensamiento, Freud (1917), plantea que un adecuado trabajo del duelo consiste en que una vez que se ha demostrado que la persona amada ha muerto el sujeto se encuentra ante la exigencia de retirar la energía libidinal puesta en ese objeto. Esto implica una gran resistencia por parte del mismo, ya que no abandona libidinalmente a su objeto de amor. Por lo tanto, el objeto perdura en el aparato psíquico, mediante los recuerdos, dado que la persona ha perdido el interés y la energía sobre otras

cosas a su alrededor. El autor enfatiza que es un proceso que requiere de tiempo, es penoso para el sujeto y le ocasiona dolor (Freud, 1917).

Para ampliar este concepto, este dolor al cual se hace referencia es en el orden de lo psíquico, por cual es pertinente incluir la perspectiva de Juan Nasio (2007), sobre este aspecto. El dolor psíquico es un afecto que limita entre el cuerpo y la mente, pudiendo ser ocasionado por la pérdida de un ser querido con el que se tiene fuertes lazos de amor. El dolor se manifiesta como aquello que escapa del razonamiento y genera una intensa sensación de derrumbe en la vida. Señala que, también, se destacan otras formas del dolor como son, por *abandono, humillación y mutilación*. Cuando el sujeto reconoce que la persona amada se encuentra en su último trayecto final de vida, el dolor es sentido de manera intensa en el sujeto frente a una experiencia de duelo. Expresa el autor: "(...) el duelo como un lento y penoso proceso de desamor respecto a la persona desaparecida, para comenzar a amarla de otra manera (...)" (Nasio, 2007, p. 81). Por otro lado, alude a las situaciones donde la pérdida de la persona amada es de manera abrupta e imprevista en el sujeto, lo cual hace que su mundo *se descoloque*. En otras palabras, el "yo" no reconoce el desenlace de la persona amada, es decir la sorpresa, lo inesperado de la muerte (Nasio, 2007).

Desde otra mirada, según Andre Green (1986), el dolor no solo está vinculado con la pérdida del objeto, sino también a las variaciones no anticipadas del objeto, es decir, el sujeto no está preparado frente a los cambios que puedan ser realizados por el objeto. Esto puede resultarle insoportable. Los mecanismos que posibilitan cierta lejanía con lo displacentero comienzan a fallar y limitan los movimientos del yo, aferrándose al objeto en un intento de mantenerlo. Green (1986) expone: "(...) el dolor es el resultado de la lucha que el objeto interno emprende para desasirse, mientras el yo se encarniza con él (...)" (p. 144); Además, el sujeto realiza intentos en poder *invertir* uno nuevo, pero esto le es imposible debido a que se encuentra consumido por el mismo. De esta forma, surge la negación del tiempo, ya que es inaguantable por parte del sujeto las modificaciones del objeto que atentan contra su unidad narcisista, que posibilitan un sentido de unidad. Este es uno de los aspectos centrales del dolor psíquico: no reconocer el objeto perdido y sus transformaciones (Green, 1986).

A partir de los fragmentos de la entrevista y la reflexión con los aportes teóricos, surge la hipótesis de que Mónica perdió a un padre que considera una persona fundamental en su vida, este "objeto" de amor. Tanto por el vínculo que los unía como por los cambios que generó en su vida la paciente por la necesidad y el deseo de estar con él. Se puede inferir de su relato el gran aprecio que se tenían ambos, y que este era un padre al cual la paciente reconoce como "igual a ella". Estos datos mencionados son importantes de resaltar para comprender la vivencia de la muerte de este ser querido y como continuó a posteriori. Antes del suceso, Mónica residía en Montevideo con su hija, pero tras empeorar la salud de su padre, genera una preocupación en la familia y decide mudarse al departamento de Cerro Largo para cuidar

y estar con él, ya que es hija única. Por lo tanto, se produjeron modificaciones respecto a su lugar de residencia con su hija y su posterior distanciamiento, sumado a eso la pérdida del trabajo donde vivía y el comienzo de uno nuevo. Además de estas pérdidas y cambios, se produjeron otras modificaciones como en la manera de organizar su vida, de pensarse a sí misma sin él y en el hecho de poner en palabras su propio dolor.

En este sentido, se considera relevante la articulación que hace Nasio (2007), entre el dolor y el duelo como expresiones, no solo frente a la pérdida del ser amado, sino en reconocer la misma, "(...) el duelo es un largo camino que comienza con el dolor vivo de la pérdida de un ser querido y que declina con la aceptación serena de su ausencia (...)" (Nasio, 2007, p. 81). El dolor se manifiesta como se comentó anteriormente, cuando la realidad demuestra que la persona querida ha muerto, esto conduce a los sentimientos de dolor y pena. El duelo para el autor, significa poder convivir con la falta que trae aparejada la pérdida, de que la persona ya no está, y que es imposible recuperarlo. Aceptar su muerte, implica amar desde otra manera con el recuerdo que genera dolor cada vez que se vivencia el suceso; El duelo en síntesis para el autor consiste en alivianar la representación que se tiene en la mente del sujeto a partir del *amor y el dolor* (Nasio, 2007).

En concordancia con lo expresado, se retoma a Freud (1917) sobre la operación del duelo, como proceso que lleva tiempo y energía, que se realiza parte a parte, con una gran carga de dolor. Consiste en retirar la investidura libidinal puesta inicialmente en ese objeto de amor, momento en que el sujeto experimenta muchos cambios en su estado anímico. Una vez que este trabajo de duelo se lleva adelante, el yo se encuentra nuevamente *libre y desinhibido*, para reemplazar a este objeto. En este aspecto, desde la entrevista se pudo observar cómo Monica aún no ha logrado toda la operación del duelo que explica Freud. Ante el fallecimiento, de una de las personas más importantes en su vida aún muestra el asombro, la sorpresa, como reacciones que prevalecen en la paciente aunque ya pasó tiempo del fallecimiento. En el momento de la consulta se pudo evidenciar la dificultad para poder transitar por esta pérdida. Si bien ella continúa con sus actividades diarias, se estima que la cuestión del duelo es un asunto que debe empezar a procesar de a poco, ya que se nota aún el impacto en su vida. La paciente aún no puede creer que su padre ha muerto.

Asimismo en la entrevista se la escucha un poco desconcertada, y confundida sobre cómo seguir tras este fallecimiento, y lo que ha quedado frente a una pérdida irremplazable.

M:- "...Principalmente todo lo que trabajó para dejarme algo y yo tengo que ver..."

La muerte de su padre tiene gran valor emocional, con dolor por su ausencia y por lo que genera en ella una situación compleja de procesar; Para Freud (1917), cuando ocurre lo opuesto, es decir, cuando la persona realiza una labor sobre el duelo a partir del objeto muerto,

el yo sujeto obtiene una determinada gratificación de índole *narcisista* por la supervivencia de la persona.

Otro de los aportes relevantes sobre los distintos tipos de duelo es el realizado por Green (1986). El autor plantea la siguiente clasificación: en primer lugar el *duelo adecuado* donde el sujeto transita el mismo, es decir, una vez que se ha perdido el objeto amado, el yo desplaza su libido hacia un nuevo objeto, en segundo, el *duelo diferido*, caracterizado por la búsqueda, y el dolor que le produce al sujeto las vivencias con el objeto muerto. En tercero, *el duelo blanco*, este último representa lo vacío, *lo carente de espacio*, producto del quite de la ligazón del amor de su madre hacia el hijo, lo cual este corte abrupto condiciona la formación de agujeros psíquicos en el aparato psíquico. En cuarto lugar el *duelo por el objeto vigilado*, el yo del niño se encuentra atrapado, sin poder abandonar ni asimilar al objeto dado que para él está muerto y por último, el duelo vaciamiento del yo, cuando lo que se desinviste no es el objeto es el yo (Green, 1986).

Asimismo, según el autor, cuando el sujeto se aliena al objeto queda imposibilitado para investir a un objeto distinto y con temor a padecer un *abandono de sí mismo*, cuando el objeto se dirige a uno nuevo o se retira, se produce una cancelación objetal, y las investiduras pasan a volcarse sobre él yo; Este cambio le devuelve un objeto vacío, él cree haber causado su muerte, cuando en realidad se dirige hacia sí mismo, deja un hueco debido al objeto que está entretejido en el yo, como también "(...) una notable intolerancia al duelo, puesto que perder al objeto es perderse a sí mismo (...)" (Green, 1993, p.146)

Desde otra perspectiva, Hugo Bleichmar (1997), señala que ante la pérdida del objeto, prevalecen dos aspectos importantes que pueden señalarse: por un lado, los sentimientos de culpa y arrepentimiento, lo llevan a reconocer de una forma adecuada al ser querido que ha perdido; aunque sus acciones son percibidas como desleales por parte del mismo. El sujeto llega a cuestionarse: "¿qué hubiera ocurrido si hubiese tenido un mejor vínculo con el objeto perdido?". Se genera en relación al cuidado de este objeto, por lo que duda si pudo haber causado algún daño al ser amado. Por otro lado, se puede señalar la identificación que se tiene con el objeto perdido. "La identificación con el muerto- sufrimiento de este o placeres de la vida de los que queda privado-, todo ello acrecienta los sentimientos de pena" (Hugo Bleichmar, 1997, p. 302).

En este sentido, se observa en Mónica como desde la identificación con su padre muerto, sumado a sus expresiones (verbal y no verbal) exhibe el sufrimiento por él y por lo que ha quedado. Un fragmento de sus palabras:

M:- "...Lo que pasa que mi papá era como yo..."

Este punto de vista se puede vincular con los aspectos narcisistas en la relación entre padre e hija y, también, con el amor que tiene la consultante hacia su padre, distinguiéndose de los demás vínculos de la familia, en particular el vínculo con su hija. Sobre esta última, aparece en su discurso frases como:

M:- "...Ella es diferente, es como mi madre, muy resolutiva, es diferente..."

Por otra parte, al analizar el vínculo que existió entre Monica y su padre, permite reflexionar acerca de los sentimientos de culpa relacionados a las propiedades materiales que heredó del mismo y la importancia de estos sentimientos en la paciente. Por lo cual, aparece la cuestión de si merece disfrutar lo que se obtuvo y de qué modo. Se puede comprender y es esperable que aparezcan estas manifestaciones cuando se transita por una situación de duelo, ya que la persona hace una reflexión interna de cómo fue la relación para con él, si estuvo presente en relación al objeto que se perdió (Bleichmar, 1997).

En esta línea, es conveniente retomar los aportes de Freud (1917), en lo que se explica que el sujeto realiza intentos de recuperar al ser querido a través de la intensificación de los recuerdos. Por tanto, se encuentra en una disyuntiva en su mente, entre morir por el objeto que se perdió ligado a la representación que se tiene, y vivir a partir de superar esta pérdida e invertir a un objeto distinto a pesar del tiempo y el dolor que conlleva para el sujeto. Por lo cual, es el yo quien luego de este trabajo tan lento y difícil logra continuar con su vida para, posteriormente, poder invertir un nuevo objeto al cual amar. Otra noción relevante que comparte Freud sobre la experiencia de pérdida del objeto, en el caso de un ser querido, es como esto favorece el despliegue de ambivalencia, es decir, *sentimientos de amor y odio*, el primero alude a mantener la unión con el objeto y, el segundo, a soltar la libido del mismo (Freud, 1917).

Un autor que profundiza sobre ambivalencia como parte del psiquismo es Melanie Klein (1940), ya que la ambivalencia es uno de los conceptos nucleares de su trabajo. Este concepto propio del psicoanálisis, se refiere a cierta actitud emocional en la que conviven impulsos que son contradictorios, como se comentó antes, el amor y el odio, los cuales provienen de un lugar común pero se los considera de forma distinta. En su teoría, la autora trabaja sobre las relaciones objetales, y lo que esta desarrolla a partir de las sensaciones y los impulsos que se sienten y se proyectan. En este sentido, según Klein (1940), la ambivalencia proviene del conflicto en la mente del recién nacido, por un lado, el amor que siente hacia los "*objetos buenos*" que ha internalizado, y por otra parte, los temores persecutorios del yo hacia los "*objetos malos*" que dañan a éste mediante las fantasías de aniquilación. Por lo tanto, "(...) al ser amado y a través de la alegría y confort que experimenta en la relación con el mundo (...)" logra además "(...) salvarse y preservarse y disminuye al

mismo tiempo su ambivalencia y sus temores a la destrucción del mundo interno (...)” (Klein, 1940, pp. 281-282)

Según Klein (1940), el niño en sus primeros momentos de vida, transita por estados similares al duelo, que posteriormente tienden a reaparecer en el desarrollo ulterior del adulto, vinculados con la primera pérdida que es el pecho bueno como objeto de amor, y luego sus padres. De modo que en la fantasía el sujeto atribuye dicha pérdida a su propia hostilidad dirigida a los objetos, donde además prevalecen los sentimientos de desconsuelo y angustia por el objeto atacado. Según la autora, en relación con el duelo normal, menciona la *posición depresiva infantil*, donde el sujeto siente pena ante la pérdida real del ser amado y temor por los aspectos malos del objeto, ya que su mundo interno se encuentra amenazado por los mismos (Klein, 1940).

Por otro lado, en relación a los sentimientos de culpa que se habían mencionado antes, se considera relevante la intervención de la psicóloga (quien dirigió la recepción) expresándole a Mónica:

P:- “...Posiblemente su papá y su mamá pensaban en dejarle las cosas para que usted las disfrute y tenga seguridad y que no se sienta culpable por disfrutar las cosas...”

Se señala este punto, porque la psicología logra reconocer en el discurso de Mónica como esta vivencia de pérdida la compromete como hija, en decisiones que tienen un componente emocional en su vida. Se pone en cuestionamiento sobre las pertenencias materiales de su padre, si estas pertenencias le corresponden sin sentir presiones al pensar qué hacer con lo heredado, si el amor y el cuidado que se le brindó a este ser valió la pena, entre otras.

De lo cual, se desprenden los miedos y ansiedades relacionados a la aniquilación del yo por parte de los objetos malos y el pesar por el daño causado al objeto. Ambas condiciones son las que la autora denomina como “*posición depresiva infantil*”. Propone que para trascender la misma el yo utiliza la *introyección y proyección*, con el fin de contener los objetos que amenazan su unión (Klein, 1940).

Desde otro punto de vista, se considera pertinente los aportes de Jorge Tizón (2004), autor que explica al duelo como *procesos* que trascienden las respuestas de dolor, pena y angustia tras una pérdida como se ha mencionado a lo largo de este trabajo. Para el autor, esta experiencia conlleva cuestiones sociales, psicológicas, emocionales hasta incluso económicas en la vida del sujeto. Con lo cual se entiende al duelo como un “(...) conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no solo psicológicos (los procesos de duelo), sino psicosociales, sociales (...)” (Tizón, 2004, p. 20), De esto se desprende que este suceso no solo se vivencia desde la individualidad del sujeto, sino que

también es colectiva, porque repercute en todo un sistema familiar que está al servicio del cuidado, acompañamiento y posterior lamento una vez fallecido el allegado.

En esta línea de pensamiento, en la vida de Mónica se produjeron distintos cambios que tienen relación con su pérdida, lo cual hace pensar que el duelo como tal remite a diversas alteraciones en su realidad ante la situación de muerte. Desde un punto de vista material se mudó hacia el hogar de sus padres y permanece allí en el momento de la consulta, se enfrentó a cambios económicos cuando decide dejar de trabajar en el Hospital (donde permaneció nueve años) y comenzar otro trabajo desde la coordinación de los usuarios que consultan. Desde el punto de vista social-familiar, podemos pensar que se modifica el vínculo con sus progenitores al compartir más tiempo con ellos a través de su cuidado, pero también esto trae aparejado la pérdida de otros vínculos sociales. Asimismo, repercute en las relaciones laborales que establece con una compañera y, no menos importante, la iniciativa de consultar a un psicólogo desde el servicio para expresar su padecer. Por último, lo colectivo se puede observar en lo anteriormente relatado, tanto antes como después de la muerte del padre, en relación al cual se generaron los múltiples cambios en la dinámica personal y familiar de Mónica (Tizón, 2004).

3.2 PROCESO DE DUELO

En este punto, como se ha descrito, el duelo es penoso ya que la pérdida del objeto amado produce dolor, además de un desinterés por el mundo exterior, una sensación de desinterés por cualquier actividad que no esté unida al recuerdo de la persona muerta, en palabras del autor, "(...) esta inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses (...)" (Freud, 1917, p. 242). La experiencia del duelo y sus manifestaciones según el autor, no deben considerarse patológicas, sino que corresponden a un *estado normal* debido a la pérdida real del objeto de amor, sentida con pena y dolor (Freud, 1917).

Esto hace pensar ¿por qué es tan difícil sustituir el objeto perdido el cual tanto dolor y angustia le genera al sujeto? La búsqueda de un objeto distinto de amor por parte de la persona conlleva a liberarse de los sentimientos de lamentación y establecer una relación de afecto y sostén en su vida. ¿Pero cuáles serían estas dificultades?, para Bleichmar "(...) la elaboración del duelo requiere de un trabajo sobre los déficits en la representación y en la capacidad funcional del sujeto (...)" (Bleichmar, 1997, p. 309) A partir de los planteos del autor, se destaca en el duelo un aspecto inicial, en donde el sujeto se encuentra unido al objeto mediante las experiencias de amor, pero cuando se produce la pérdida del mismo genera aflicción. Plantea que la fijación al objeto perdido, su idealización y los sentimientos de culpa,

dificultan el acercamiento a un nuevo objeto. Por otra parte, ante una aproximación fallida en relación a un objeto nuevo, el sujeto retornará al objeto perdido y lo añorándolo con profunda intensidad (Bleichmar, 1997). Se trata de una forma de negar el fracaso y de mantener viva la esperanza de recuperar lo que se ha ido. En esta reflexión, la persona siente una profunda nostalgia por lo que pudo haber sido y no fue.

Para Tizón (2004), en los procesos de duelo el sujeto reacciona emocionalmente de manera amplia, según la relación que se tenga con la muerte de la persona allegada y su relevancia para el mismo. Con el correr del tiempo el doliente experimenta diversos cambios, según las características propias del sujeto, del objeto, y de cómo aconteció la pérdida. En este sentido, para el autor, la elaboración refiere al “(...) al trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto (...)” (Tizón, 2004, p. 21)

En esta línea, para Klein (1940), no sólo se produce una pérdida de la persona amada, y *vuelta* de la libido hacia el yo del sujeto como planteaba Freud (1917), sino también de los objetos buenos introyectados en un vínculo que proporciona seguridad y amor, con intentos de reparar el daño causado por los temores sentidos ante el derrumbe de su *mundo interno*. Por lo tanto, para superar esta posición relatada anteriormente el sujeto no solo reconoce el valor que tiene al preguntarse por sí mismo y ser privilegiado de continuar con vida; Además de su propio triunfo. De modo que cada experiencia de duelo hace revivir la pérdida del objeto idealizado en etapas anteriores de su desarrollo (Klein, 1940). En cambio, para Freud (1917), una vez realizado el trabajo del duelo, el yo del sujeto queda libre y desinhibido para volver a investir un nuevo objeto, siendo esperable que el sujeto pueda superar esta pérdida y retomar las actividades que forman parte de su vida.

3.3 FASES O MOMENTOS DEL DUELO

A partir de otra perspectiva, se consideran relevante los aportes de John Bowlby (1993) para explicar los cambios emocionales que se ponen en juego cuando se experimenta una situación de duelo a partir de la pérdida de una persona amada a la cual se está apegada.

En este sentido, se define al apego como una “(...) forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado (...)” (Bowlby, 1993, p. 60), siendo un lazo de carácter emocional que perdura toda la vida, caracterizado por la protección y seguridad que proporciona al sujeto. El autor señala que cuando se avecina la muerte de un ser querido la persona atraviesa una situación de duelo descrita por el autor como aquellos “(...) procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha (...)” (Bowlby, 1993, p. 41)

En este sentido, la persona responde psicológicamente de múltiples formas en función de la situación de duelo que atraviesa y la cercanía que se tenía con el ser que ha muerto, variando en cada caso y según la persona, por esta razón el autor, conceptualiza distintas fases o momentos por donde transita el sujeto en duelo. La primera fase la denominó *de embotamiento*, siendo el primer impacto que le acontece al sujeto cuando recibe la noticia, se percata de que la persona querida acaba de morir, donde predomina la confusión y los sentimientos de tristeza y llanto.

Por lo cual, desde la entrevista se aprecia la siguiente expresión de Mónica:

M:- *¿...Viste cuando no estás preparada? Nunca lo había pensado...*

P:- *¿...Nunca había pensado que iba a perder a su papá...?*

M:- *“...Silencio...”*

De lo mencionado anteriormente, se puede interpretar que Mónica transita por un momento caracterizado por la confusión y la desorganización tras esta pérdida que representa una figura de amor importante en su vida, como lo es su padre. Aparece la palabra “...*nunca*...”, esto podría estar vinculado con el asombro, la sorpresa, lo difícil de expresar esta pérdida. De modo que, ante los intentos de reflexión sobre este fallecimiento el silencio se hace presente, ocupa lugar en el discurso de la paciente y en poder transitar por este duelo de la persona amada a la que se está apegada, porque le brinda cariño y protección (Bowlby, 1993).

Para continuar en la línea de lo que suele suceder posteriormente a la pérdida, la persona empieza a sentir una añoranza por el ser querido y tiene la esperanza de volver a recuperar a quién le ha brindado confianza y amor, el sujeto cree en la posibilidad de tenerlo de nuevo. Por lo cual, cualquier señal que provenga del exterior, la asocia a su regreso, esto le ocasiona además de dolor, sentimientos de *anhelo* y *cólera*, por no poder hacer nada para restaurar esta pérdida. Para el autor, la situación es descrita como respuestas esperables en el curso de un *duelo normal*, característicos de la segunda *fase de anhelo y búsqueda*, el sujeto oscila entre dos *estados de ánimo*. Por un lado, se percata que la situación de duelo, le genera cierto extrañamiento frente a una muerte irreparable y, por el otro, “(...) la incredulidad, acompañada por la esperanza de que todo ha de arreglarse (...)” (Bowlby, 1993, p. 105)

Para Tizón (2004), este segundo momento se caracteriza por la *aflicción* y la *turbulencia afectiva*. Una vez enterado de la pérdida del ser amado, el sujeto realiza acciones e interpreta los acontecimientos que ocurren a su alrededor con intención de buscar y

recuperar a la persona que ya no se encuentra. En esta etapa prevalecen sentimientos de *pena y tristeza*, así como suelen aparecer las reacciones de *ira* asociadas a la frustración e impotencia tras padecer una pérdida irreemplazable. Además, surgen en el sujeto manifestaciones “(...) de alivio e incluso de liberación, en especial, si la muerte ha seguido a una enfermedad larga, penosa (...)” (Tizón, 2004, p. 169), para el autor, en esta fase el sujeto presenta una variabilidad afectiva en sus respuestas ante la pérdida.

La tercer fase o momento del proceso de duelo es descrita por la *pena y desesperanza reversible*, donde el doliente transita por esta pérdida con múltiples respuestas psicológicas y emocionales, como se ha mencionado a lo largo de este trabajo. Sin embargo, estas reacciones varían según cada persona en su frecuencia, intensidad y duración, en este sentido, los sentimientos de tristeza y añoranza son sentidos en la mente de la persona, “(...) ante tanto sufrimiento y tan prolongado, el sujeto oscila entre atesorar los recuerdos acerca de lo perdido o bien olvidarse de ellos (...)” (Tizón, 2004, p. 170). Los temores y preocupaciones sobre qué sucederá de aquí en más ceden y el recuerdo de la persona amada perdida se hace más tolerables para el sujeto. Entonces, empieza a percatarse de que puede hacer una proyección de su futuro (Tizón, 2004).

Por ende, el sujeto paulatinamente empieza a modificar, según Bowlby (1993), sus *patrones de conducta* referidos a los pensamientos y emociones que se sienten hacia la persona que murió. Define nuevamente su propia vida a partir de esta pérdida, implicando esto la *reorganización*, en tanto última fase o momento del duelo.

En este sentido, el autor expresa (Bowlby 1939 , citado en Parkes, 1972):

(...) La redefinición de sí mismo y de la situación no implica una mera liberación de afecto sino un acto cognitivo alrededor del cual gira todo lo demás. Se trata de un proceso de realización, de remodelación de los modos representacionales internos a fin de adaptarlos a los cambios que se han producido en la vida de esa persona (Bowlby, 1939, p.111)

En otras palabras, la persona no sólo retoma su vida sino que modifica su existencia en función de la pérdida ocurrida, dirigiéndose el sujeto de forma gradual hacia otros espacios de la vida social y laboral, permitiéndole un reordenamiento y una mayor aceptación (Bowlby, 1939).

Para finalizar, en esta misma línea de ideas, el cuarto momento descrito como la *reorganización o desapego* del doliente hacia la persona fallecida, implica dos aspectos centrales, por un lado, como se mencionó, el recuerdo de la pérdida y los sentimientos por parte del sujeto se hacen tolerables, en palabras de Tizón (2004), “(...) si la esperanza, la confianza, la solidaridad o el amor y la contención predominan sobre la desesperanza, la

desconfianza, el odio y el desequilibrio, el duelo se va elaborando progresivamente (...)” (Tizón, 2004, p. 171). Por otra parte, el sujeto rehace su vida, se involucra nuevamente en las actividades familiares, sociales y laborales; en otras palabras, convive con la pérdida y aprende a transitar por la vida con la ausencia de este ser amado.

4.0 DUELO ONCOLÓGICO

Otro punto que se estima necesario destacar, en la entrevista de Mónica, refiere al fallecimiento de su padre a partir de una enfermedad oncológica. Es por esta razón que se reflexiona sobre esta situación en este abordaje teórico-clínico.

En la consulta Mónica expresa:

M:- *“...Quedó sin caminar y después le vino un cáncer que lo mató...”*

Es importante mencionar que el material clínico obtenido es limitado, sin embargo, se puede hipotetizar a modo general sobre algunos aspectos relevantes para comprender la entrevista.

Se consideran relevantes los aportes de Antonio Núñez, Antonio Ortega, et al., (2012), que establecen que el cáncer es una de las enfermedades con mayor incidencia en el mundo, que conlleva un gran dolor físico y psicológico en la persona, además de un gran desgaste tanto para sí misma como para la familia y el personal de salud. Los autores entienden el duelo oncológico como un proceso de afrontamiento ante la muerte causada por la enfermedad del cáncer, un proceso que implica sucesivas y paulatinas pérdidas que afectan la vida de la persona diagnosticada.

Se trata de una situación que pone en peligro la vida de la persona e incide emocionalmente en el paciente vinculado a las pérdidas que se llevan a cabo paulatinamente, debido al deterioro de sus propias capacidades y funciones cognitivas, sentidas a través de sentimientos de angustia, desesperanza y desamparo. Un punto que se destaca, en relación con lo expuesto, es la importancia del sostén y el cuidado emocional del paciente, desde su familia que lo contiene en estos momentos difíciles, y por parte del personal de salud desde sus intervenciones y tratamientos, ya que este acontecimiento en la vida es de gran estrés para todos (Núñez, Ortega, et al., 2012).

Para comprender el duelo oncológico es pertinente la noción que exponen Carlos Camps y Pedro Sánchez (2007), quienes invitan a pensarlo como un tipo de duelo particular. Según los autores, cuando se brinda el diagnóstico de cáncer conlleva un gran impacto emocional en la persona, suelen aparecer las creencias sobre la muerte, la soledad, el dolor,

ya que el cáncer es una enfermedad que agota lentamente al paciente y preocupa mucho a los familiares. Surgen los temores, luego de recibir el diagnóstico, vinculados al fin de su vida, el cuidado que necesitará de aquí en más y su dependencia de los demás. También, deterioran el estado emocional los cambios corporales que se producen en el tiempo debido a la enfermedad y a los tratamientos, como por ejemplo: la caída del pelo, las amputaciones y la asistencia en sus necesidades fisiológicas (aseo, higiene, entre otras). Además, las modificaciones en sus planes de vida, sus actividades rutinarias, en lo familiar, social, económico y laboral (Camps y Sánchez, 2007).

Por otro lado, describen Sara Castillo, Damaris Chávez, et al. (2023) en relación a los procesos del duelo frente a un diagnóstico de cáncer que cuando al sujeto se le comunica el diagnóstico, aparecen respuestas de confusión y la persona no entiende lo que se le acaba de comunicar. En otras palabras, una vez declarada su condición repercute en lo emocional según la situación de cada uno. Si bien estas respuestas emocionales son esperables ante la magnitud del suceso y pueden variar en cada caso, es percibido como amenazante. Por lo cual conlleva a la incertidumbre y al desconcierto, comenzando "(...) la primera fase de shock y negación, caracterizándose por la sobrecarga de emociones y reacciones variadas (...)", (Castillo, Chávez, et al., 2023, p. 12)

Para continuar sobre este tema, cuando una persona transita una experiencia de cáncer trae no sólo complicaciones de naturaleza física -como se ha mencionado-, también múltiples consecuencias psicológicas como: "(...) disminución de la interacción social, sentimientos de inutilidad e incapacidad, preocupación, miedo, ansiedad, amenaza, angustia, depresión, crisis de llanto, estados confusionales (...)" (Nuñez, Ortega, et al., 2012, s/p). Estas respuestas del paciente son esperables tras una noticia devastadora, es por ello que se transita este proceso de pérdida con mucha incertidumbre sobre su mejoría o empeoramiento. El duelo oncológico, es una situación difícil tanto para el sujeto como para la familia. Esta cumple, como se explicó con anterioridad, una función primordial, no solo en proveer los cuidados necesarios, sino en apoyar y contener afectivamente al ser querido, es decir, el duelo oncológico es una cuestión más allá que lo biológico, trae aparejado además lo emocional, social, etc. (Nuñez, Ortega, et al., 2012).

Cabe señalar que el cáncer repercute en varias pérdidas, desde lo corporal a lo psicológico, emocional, es por ello de vital importancia el acompañamiento del paciente oncológico que transita por esta situación delicada y difícil. En este sentido, "(...) la muerte de un ser querido, se siente como una pérdida de un pedazo de vida propia, se vivencia como un fragmento de la propia muerte (...)" (Camps y Sánchez, 2007, p.17). La forma en que la persona logre afrontar y superar el duelo del ser querido está vinculada, por las circunstancias singulares, entre quien padece esta situación y el sujeto desde su relación afectiva. A su vez, incide también si el quiebre del fallecimiento es abrupto en su vida o si fue de manera

prolongada. A esto se le agrega el tiempo que transcurrió desde que se informa la noticia del diagnóstico de cáncer hasta los efectos en la salud física y psicológica a causa de éste, como el gran sufrimiento que conlleva tanto para la persona como a su familia esta experiencia (Camps y Sánchez, 2007).

En la misma línea, según Castillo, Chávez, et al., (2023), el cáncer como tal, implica modificaciones en las rutinas de vida, el sujeto intenta sobrellevar la situación de la mejor forma ya que es vivenciado de forma singular y complicada. Luego del primer momento de este proceso, la persona manifiesta conductas de evasión y separación, además de percibir los cambios en su cuerpo debido a la enfermedad con gran aflicción, angustia y desgano. Por último, la persona reconoce su propia condición y las pérdidas relacionadas a la misma, en otras palabras, tiene una mayor comprensión sobre los desafíos que debe de enfrentar. Hasta aquí se puede entender que el duelo como tal no implica necesariamente la muerte del sujeto, sino de múltiples pérdidas, como en el caso del duelo oncológico, que se caracteriza por una progresiva pérdida de aspectos que son esenciales en la vida del sujeto, como son el funcionamiento normal de su cuerpo, su vitalidad, su mundo social, su salud (Chávez, et al., 2023)

Por lo tanto, según Nuñez, Ortega, et al., (2012), se requiere una asistencia médica y psicológica en conjunto dirigida hacia el paciente como a sus allegados, sobre todo cuando han alcanzado un estado terminal. Es fundamental que el sujeto pueda decidir sobre su futuro, crear un espacio donde pueda expresar sus sentimientos. (Nuñez, Ortega, et al., 2012).

Asimismo, para Camps y Sánchez (2007), en la despedida del paciente oncológico, cuando se encuentra en la etapa final de su vida (es decir, cuando la persona llega a un estado terminal a causa del deterioro progresivo) es frecuente que el sujeto sienta su propia incapacidad y dependencia de los demás por el daño causado en su cuerpo. A esto se le suma la preocupación de sus familiares y la insuficiencia en los tratamientos que reflejan una mejoría o no. Es por tal motivo que se pensará desde lo más íntimo y humano con su familia, y en conjunto con los profesionales de salud que lo asisten y cuidan, los posibles desenlaces sobre cómo continuar juntos en sus últimos momentos de vida. En este sentido, se destacan los enfoques que plantean la importancia de morir de la mejor forma posible, respetando las decisiones del enfermo, su posibilidad de despedirse de sus seres amados, estar con ellos, sentirse acompañado y querido, además de aliviar el dolor (Camps y Sánchez, 2007).

Por lo expresado, desde este trabajo se expone cómo a lo largo de la vida existen diversas pérdidas que tienen una gran carga afectiva y psicológica, tanto para quien transita la enfermedad como para quienes lo acompañan, por el valor significativo que se deposita a esta persona en particular. La familia tiene una función muy importante con los seres queridos que transitan por un proceso de enfermedad oncológica, como también los cuidadores del mismo, debido a la contención, apoyo y cariño que brindan. De esta forma, se ha intentado

mostrar que el duelo oncológico no sólo se refiere a una cuestión médica, sino también a los aspectos psicológicos, sociales, emocionales, etc., que se advierten cuando se habla de pérdidas por causa de enfermedad oncológica (Castillo, Chávez, et al., 2023).

En síntesis, en relación a la consulta de Mónica, es necesario abordar la temática del duelo oncológico debido a que está vinculado con la situación de pérdida de su padre, la cual genera un sufrimiento psíquico en la misma. También, comprender qué circunstancias implica una pérdida por la enfermedad del cáncer. Aunque el material que se obtuvo es limitado, permite hipotetizar sobre esta situación en la entrevista de la paciente, ya que la enfermedad tiene un gran impacto a nivel mundial y se han estudiado sus repercusiones en la salud física y mental. Esto ha derivado en el entendimiento de que existen diversas pérdidas en el sujeto de forma lenta y progresiva, además de comprender que es una experiencia muy angustiante para quien lo vive como para la familia que está presente con sentimientos de preocupación, miedo e incertidumbre sobre el estado de la persona que se quiere (Camps y Sánchez, 2007).

Sobre este punto, en la entrevista Mónica menciona:

M:- "...Estaba solo yo y mi mamá que esta mayor también, lo cuidé yo siempre..."

Esto revela que Mónica pudo haber vivenciado con su padre, alguna de estas situaciones analizadas por Camps y Sánchez, pues, como se observó antes, el cáncer deteriora a la persona al punto que la vuelve dependiente de la familia o del/la cuidador/a. En este caso la paciente se hacía responsable del cuidado, destacándose el hecho de que es hija única, implicándole una sobrecarga.

5.0 ROL DE CUIDADOS

Sobre este punto se menciona en la consulta que Mónica trabaja en la coordinación de usuarios, como se describió antes, su ocupación era ejercida en Montevideo, pero con la situación de su padre decide mudarse al interior, con ambos padres y cuidarlos. La paciente fue quien se responsabilizó del cuidado de su padre y luego del fallecimiento, también de su madre, ya que es una mujer mayor y necesita apoyo. En sus palabras:

M:- "...Siempre cuido a otros...siempre para mí el otro está primero..."

De esta manera, a través de estas palabras, se puede analizar una circunstancia que se ha construido cultural e históricamente en torno a la mujer, dado que la tarea del cuidado

ha recaído mayormente en la mujeres y, en este caso en particular, analizaremos el lugar que ocupa dicha labor en la vida de la paciente.

Para dar comienzo al tema en cuestión, son pertinentes los aportes de María Portaro (2021), sobre el rol de cuidado que se le ha sido *asignado* al género femenino, solo por el hecho de ser mujer. A lo largo de la historia, la mujer se ha ocupado de atender las *necesidades* de las personas que se encuentran con alguna enfermedad o condición de dependencia, donde la contención, el afecto y el amparo, son características fundamentales de la cuidadora. Se puede entender, según la autora, dos aspectos centrales referentes a la manera que este rol de género se impone, por un lado el deber de cuidado atribuido a la figura femenina y por otro lado la percepción de esta tarea como un ejercicio desvalorizado, percibido desde un posicionamiento inferior. Según Portaro “(...) no es reconocido como trabajo sino como obligación, vocación, don natural femenino (...)” (2021, p. 74).

En este sentido, para Paula Ceballos, Viviana Jorfé, Sara Mendoza (2016), se desprende otro aspecto a ser señalado, ya que no solo el cuidado es atribuido inexorablemente a la mujer, sino que además se complejiza el mismo a través de la no remuneración de esta tarea. Esto conlleva a establecer brechas en lo económico y laboral, tanto dentro como fuera del hogar. Según las autoras, la manera en que se brinda atención a los demás es interpretada desde el *altruismo y servicio*, debido a los *roles de género* como se describió. Por esto es crucial entender que no solo se define el ser mujer como tal, sino como actuar desde el rol de cuidadora mientras se le atribuye características como: servicialidad, consuelo, protección, tolerancia, entre otras (Ceballos, et., al 2016).

Desde la consulta se percibe que la vida de Mónica gira en torno al rol de cuidadora de sus padres, ya que es hija única y no cuenta con la ayuda de otra persona para dichas tareas. Por tanto, carga con el fin de preservar el estado de salud de sus padres, además de su trabajo en la coordinación de usuarios en un hospital, el cual expresa que le encanta y que esta labor la hace estar siempre detrás de las personas cuando es necesario, a su decir:

M:- “... *Te sentís responsable, son como la familia...*”

En este sentido, la paciente expresa que hace años se dedica a la labor de atender y gestionar a usuarios que requieran su atención. Al ser valorado como una *vocación* y no como una *profesión*, se da por sentado “quien” es ideal cuando se habla de proporcionar cuidados a un otro -en este sentido: las mujeres-, sin cuestionarse si es necesario ciertos conocimientos por parte de las mujeres para ejercer este rol. Esto se relaciona con lo que se cree socialmente aceptable desde los roles de género, tal como expone María Portaro (2021), ya que con el tiempo, el lugar del cuidado en la mujer ha pasado del hogar (en tareas caracterizadas por lo afectivo) hacia el logro del acceso al trabajo. Dentro de este aspecto se han priorizado tareas

donde se subraya la atribución de rol al género femenino, como por ejemplo: médicas, enfermeras, etc. Cabe señalar que el cuidado puede describirse según Portano (2021, citado por Tronto y Fisher, 1990), “(...) como aquella actividad característica de la especie humana que incluye todas aquellas tareas destinadas al mantenimiento de la vida y el bienestar propio y de los demás, así como al sostenimiento del entorno (...)” (Portano, 2021, p. 75)

Por otra parte, según Irma Fonseca Mardones (2020), el rol de las *cuidadoras familiares* está determinado por la representación que le atribuye la familia a la mujer solo por ser mujer. Las mujeres quedan sujetas a la responsabilidad de las tareas de cuidado. Así como también, del intercambio social que se produce en el entorno.

En otras palabras, es una situación en la que se exponen diversos factores donde prevalece un mayor estrés y cansancio sobre las mujeres. Es decir, tanto el cuidado como las reacciones en lo físico y mental en la mujer, no solo se deben a la carga de tiempo y esfuerzo que exige, sino también, a la preocupación sobre la persona que se brinda atención y se espera una mejoría. Además, debe ocuparse de varias situaciones al mismo tiempo, ya que según la autora, se lo interpreta como una *obligación moral* que conduce a “(...) una serie de efectos negativos que pueden llevar a comprometer su salud y calidad de vida (...)” (Fonseca, 2020, p. 212)

Posteriormente en la consulta Mónica relata:

M:- “...A veces me siento cansada, además...que te traen los problemas a la ventanilla y te los llevas...”

En otras palabras, cuidar a su familia, sumado al trabajo, en el que debe estar desde un lugar de servicio hacia los demás y al mismo tiempo realizar otras actividades de su vida diaria, genera para la paciente el agotamiento y la sobrecarga. Esto es importante señalar ya que muchas veces el cuidado brindado por la cuidadora puede ser perjudicial para sí misma, a causa no solo del recargo de tiempo que invierte, sino también porque prioriza el cuidado de la otra persona en detrimento de su propio bienestar. En este aspecto explica Ceballos, et al., (2016) “...el cuidado informal en el hogar es una responsabilidad delegada a la mujer, cuestión que en sí misma ya es una desigualdad que impacta en su salud y sus relaciones...” (p. 52).

En este sentido, se puede señalar que ante el incremento en las actividades que realiza la cuidadora (debido a los estereotipos de género y al rol que se le asigna como natural por el hecho de ser mujer), frente a situaciones demandantes, según Fonseca (2020), desarrolla nuevas formas en su adaptación, con la intención de sobrellevar estas tareas tanto en el hogar como en el trabajo. De modo que la no realización esperable por parte de la misma pone en cuestión su propio desempeño. Expresa Mónica al respecto:

M:-“...*Estaba solo yo y mi mamá que esta mayor también, lo cuidé yo siempre...*”

Esto último ilustra la sobrecarga que padecía la paciente. Evidencia la exigencia hacia las mujeres relegadas al cuidado como una vocación, porque se espera sean afectuosas, serviciales, entre otras cualidades de este rol impuesto social y culturalmente. De modo que la paciente atraviesa un momento de mucho estrés y agotamiento por la pérdida de su padre y se le suma su labor como cuidadora. Ante lo dicho, se entiende que la pérdida de un ser querido por cáncer es una experiencia desgarradora, dolorosa y muy angustiante para la familia, sobre todo para quien realiza las tareas de cuidado. En este caso, como se observó, fue Mónica quien se responsabilizó del mismo sin ayuda de otro familiar que acompañe dicha situación (Fonseca, 2020).

6.0 REFLEXIONES:

Este trabajo final de grado partió de una experiencia asistencial transcurrida en el S.A.P.P.A, en la cual se generó una articulación teórico-clínica sobre la consulta abordada con “Mónica”. Durante el desarrollo de este trabajo se señalaron algunos puntos que se consideran de relevancia para el análisis y la reflexión, en conjunto con aportes teóricos que permitieron una mayor comprensión sobre la singularidad de esta consulta.

A partir del material clínico, se indagó esta situación de duelo, entre otros aspectos relevantes, que ocasionaron en Mónica un sufrimiento psíquico. Mediante el análisis compartido en este trabajo, se pudo interpretar que esta pérdida en la vida de la paciente tuvo un gran impacto ya que se trata de una muerte de un ser querido (al cual amó y cuidó durante su enfermedad). El duelo, como se ha explicado a lo largo de este trabajo, es una experiencia dolorosa cuando se produce la muerte de un ser querido, porque el mundo que se construye para el sujeto a partir de ese ser amado, siendo considerado como una parte esencial en la vida de la persona que sufre. Se pudieron observar distintas consecuencias cuando se produce la pérdida de la persona amada, a través de lo vivenciado y reflexionado en la experiencia de la consulta de S.A.P.P.A. En principio, surgen en el sujeto diversas emociones y sentimientos, además de un desinterés por el mundo exterior, agregándole los intentos de recuperar al ser querido. Esta situación emocional no debe considerarse patológica, según Freud (1917), la experiencia del duelo y sus manifestaciones corresponden a un estado normal debido a la pérdida del objeto de amor, sentidas con pena y dolor.

Otro aspecto a considerar sobre la consulta de Mónica, refiere a los aspectos identificatorios que prevalecen con su padre y su distinción con los demás miembros de su núcleo familiar, especialmente su madre e hija. Esto permite reflexionar acerca de los lazos de amor que se construyen y perduran, a la vez que se vuelven tan importantes (como le sucedió a la paciente). A su vez, la comunicación verbal y no verbal de la paciente generó que se interpretara que se encontraba agobiada frente a este duelo, y sobre cómo decidir a partir del fallecimiento. Por otro lado, se interpreta que la paciente atravesó un momento de asombro e indecisión a partir de la sorpresa de la muerte de su padre. Tenía que decidir sobre lo material con su carga afectiva, a su vez desde el amor y el cariño que le ha brindado al padre para acompañarlo, estar con él, como preservar su estado de salud hasta su muerte.

Por otra parte, se puede hipotetizar que para la paciente la muerte de su padre no se ha elaborado, como proceso singular experimentado cuando la persona recibe la noticia de la muerte del ser querido. En la *única* oportunidad que se tuvo con la paciente, se observó que es posible que no haya procesado las diversas emociones y sentimientos que conlleva el duelo sobre la figura amada. Esto parece que se incrementó debido a que en el caso de Mónica perdura un lazo afectivo hacia su padre. Lo expresado se pudo estimar ya que en el momento de la entrevista, en la paciente prevalecía cierta incertidumbre sobre la muerte de su padre, asociado al shock cuando tiene la noticia de que el ser amado ha dejado de existir (Bowlby, 1993).

Por otro lado, se abordó la temática del duelo oncológico con Mónica, porque está vinculada con la muerte de su padre y por esta razón se consideró necesario reflexionar sobre las particularidades del duelo oncológico. En este sentido se destacan las diversas pérdidas que ocurren cuando se vivencia la enfermedad, en principio en relación al cuerpo propio y luego en las capacidades del sujeto. Además, se observó el impacto psicológico que repercute sobre la persona que recibe el diagnóstico.

Un aspecto importante que se abordó en este trabajo es el rol que culturalmente se le ha impuesto a las mujeres a lo largo de la historia y se entiende que hizo lo que “socialmente” esperable: el cuidado que le proporciona a su padre, como se responsabiliza del mismo (se muda a convivir con los padres). Por esto, en este trabajo se enfatizó los modos que se han determinado al género femenino y los efectos sobre la mujer de estos roles estereotipados.

En la selección bibliográfica que se expuso sobre este tema, se observó que este rol de cuidado se ha impuesto sólo por razones de nacer mujer, es decir, ser mujer es igual a ser cuidadora. Por lo cual, se “espera” que las mujeres tengan ciertas características, como por ejemplo: la ternura, la paciencia, la tolerancia. Es oportuno destacar, que la paciente no solo se encomienda a este rol de cuidado en el ámbito familiar, sino que también, sucede en lo laboral. Como se evidenció en este trabajo, la paciente se dedica a la atención y coordinación de usuarios en el hospital, donde se encontraba sobrecargada y agotada por estas

situaciones, pero aún así se espera socialmente que las “cuidadoras” lleven a cabo varias actividades. La paciente ejerció la posición de cuidado sin cuestionar estos mandatos sociales de lo que significa ser mujer, hija única y cuidadora. Los estereotipos de género se refuerzan e intensifican en su cotidianidad por las necesidades que se imponen en su vida. Como también, el cuestionamiento permanente que se hace la paciente sobre el rol de cuidado. Un rol que es ejercido por las mujeres una u otra vez.

En la misma línea de pensamiento, cuando se analizan estas situaciones, se observa como en las familias el cuidado representa un aspecto central asociado al acompañamiento y el sostén del ser querido que se encuentra atravesando un momento delicado en su vida. Las personas que se hallan a su alrededor hacen todo lo que está a su alcance para cuidar a sus seres amados, reorganizan su vida en función de esa persona que necesita ayuda. En este sentido, cuando ocurre un suceso nuevo o inesperado que pone en cuestión la salud del allegado, la familia debe readaptarse a esta situación, donde se evidencia como el amor y la palabra sostiene en los momentos difíciles.

Por otra parte, como se comentó al inicio de este trabajo, la consulta de Mónica se realizó en S.A.P.P.A, desde la virtualidad en contexto de pandemia por COVID-19. La crisis que se vivenció en estos momentos conllevó a repercusiones en lo económico, social y en la salud mental de las personas. En este sentido, desde la entrevista la paciente expresó las limitaciones para establecer vínculos con los demás a causa del confinamiento, como principal medida de salud para evitar el contagio y la muerte.

Por lo tanto, desde el servicio se brindó atención psicológica a distancia con el objetivo de contemplar el impacto y sus efectos psicológicos en la población. Esto generó un logro muy positivo, ya que una persona como Mónica, pudo acceder a una consulta y gestionar los diversos cambios que se le presentaban en su vida. En el trayecto de esta articulación teórico-clínico se han evidenciado algunas de las razones por las cuales Mónica acude al servicio en busca de atención psicológica.

En la consulta, se reflexionó con la paciente si esta situación de pérdida, a partir del duelo oncológico, no se procesó a causa del impacto emocional y el dolor que generó la noticia de la muerte de su padre. Sumado a otras circunstancias en la vida de Mónica, como lo son el agotamiento en su ocupación, la imposibilidad de recibir hasta ese momento un acompañamiento con un psicólogo. Todo esto generó un proceso de duelo más difícil y complejo.

Asimismo, a nivel de servicio, se cumplió con uno de los objetivos principales de la entrevista de recepción, que sea un espacio en el cual la persona se pueda abrir, un espacio de escucha para que Mónica expresara su dolor, que despliegue su discurso sobre aquello que le genera un sufrimiento psíquico. Así, también, visualizar las áreas de conflicto y pensar

una derivación según lo que acontezca en el encuentro. En el caso de Mónica, dada la situación, se le presentó una recomendación profesional para iniciar un proceso terapéutico.

Para finalizar, considero importante que desde el servicio la paciente en conjunto con la psicóloga, haya desplegado la palabra y se haya sentido escuchada sobre esta situación de pérdida causante de gran desconcierto y tristeza por la ausencia de su padre. Tal como se expresó en el párrafo anterior, se condujo a la paciente a reflexionar sobre la posibilidad de que con otro psicólogo lentamente elabore esta situación de pérdida.

Esto generó un impacto positivo en la paciente, se reflexionó acerca de poder estar acompañada por su madre e hija, con la intención de comenzar un proyecto de vida juntas. En el cual se puede mirar la vida desde otra perspectiva, si bien con dolor por perder a este ser amado, pero con amor por su recuerdo aceptando su muerte como parte de la vida misma.

Asimismo, desde la experiencia transcurrida, nos invita a reflexionar esta situación de duelo desde una mirada distinta, relacionada con los tiempos de elaborar un duelo, únicos y diferentes en cada persona. Esto se vincula no solo con la pérdida propiamente dicha, sino que también con el propio sujeto y el vínculo entre ambos. En este sentido, más allá de la situación de duelo... *¿Por qué Mónica se aferró a una esperanza y no logró elaborar que su padre iba a fallecer, a medida que avanzaba el cáncer en el mismo?* Esta interrogante se incrementa más al pensar acerca de que esta enfermedad se caracteriza por un deterioro del cuerpo y de la mente de quien lo padece, es decir que Mónica lo estaba visualizando día a día. Como también cabe preguntar: *¿Cuáles son las razones o motivos por los cuales la paciente se ha visto con cierta dificultad en asimilar que su padre dejaría de existir?*

Si bien la persona que experimenta una situación de duelo requiere de un tiempo y proceso para que logre elaborar el mismo, en continuación con esta reflexión, será que Mónica ha demorado más por el dolor y la angustia que le causa, por el tiempo interno que requiere en la paciente para elaborar esta pérdida, por la complejidad en asimilar esta pérdida que tiene un vínculo especial, por sus aspectos psicológicos personales, por sus condiciones de vida. Evidentemente, son razonamientos que no se pueden abordar desde una sola entrevista, pero estas pueden ser tal vez algunas de las razones por las que la paciente se haya visto con ciertos inconvenientes para tener contacto con esta problemática. Esto permite explicar sus expresiones de asombro, desconcierto y perplejidad acerca de por qué su padre murió. Perplejidad ante un cambio que es irremplazable.

A modo conclusivo, esta experiencia me permitió mediante la articulación de los aportes teóricos con el material proporcionado en la consulta de Mónica, analizar la importancia de elaborar los duelos no resueltos en la vida de las personas. Como un fenómeno inherente a la condición humana, que se puede prolongar o posponer, incluso negar debido a varios factores que ponen en juego la salud mental de las personas. En un mundo donde la muerte y los procesos psicológicos y emocionales en el sujeto, se agilizan, posponen e incluso

se evitan. Ya que en nuestra cultura se habla poco sobre esta temática al ser considerada como tabú, es decir que hay una negación hacia la muerte (en otros términos una determinación desnaturalizada de prolongar la juventud y la vida).

Otro aspecto que señalo es la importancia de brindar atención psicológica en contextos de crisis, a la vez de repensar los dispositivos que proporcionan dicha intervención a distancia, con la intención de contemplar las necesidades psicológicas de la población. Es en este sentido, si bien la familia cumple una función primordial cuando se vivencian momentos complejos, sin embargo, es necesario cuestionarse desde qué lugar se sostienen estas prácticas de cuidado y el efecto que generan. Además, del valor afectivo que tiene para los seres humanos la experiencia del duelo, cómo es sentida, vivenciada e interpretada según la realidad de cada uno.

6.1 BIBLIOGRAFÍA:

Administración de los Servicios de Salud del Estado. Recuperado de: <https://www.google.com/search?q=ASSE&oq=ASSE&aqs=chrome.0.69j59j35i39j46j69i60l3j5j69i60.2975j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitán, A., & Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia. Un encuentro más allá del espacio y del tiempo. Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis. 13 (2) p. 60-75. Recuperado de http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Caliban_Vol13_No2_2015_-esp_p60-75.pdf

Balluerka Lasa, N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.

Bleichmar, H. (1997). Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós Bs.As.

Bonomo, S., Domínguez, P. y Tortorella, A. (2002). Sobre las intervenciones diagnósticas en diferentes ámbitos. En A. Muniz. (Comp.), Diagnóstico e intervenciones: enfoques teóricos,

técnicos y clínicos en la práctica psicológica (Vol. 1, pp.43-50). Montevideo: Psicolibros-Waslala.

Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Ediciones Morata.

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wesseley, S., Geenberg, N. et al. (2020). The Psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.

Camps-Herrero, C., Caballero-Díaz, C., & Blasco-Cordellat, A. (2007). Comunicación y duelo. Formas de duelo. *Duelo en oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica SEOM, 17-33.

Carlino, R. (2014). Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, 18, 173-197.

Castillo Zavaleta, S. E., Chávez Cerna, D. N., Huertas–Angulo, F., León-Alayo, M. L., & Valverde Meza, C. (2023). Proceso de duelo en pacientes adultos diagnosticados con cáncer. *Ene*, 17(1).

Cristóforo, A. (2002). Diagnósticos e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica. T1. PSicoLiBROS waslala.

Cristóforo, A., & Kachinovsky, A. (1992). *Del objeto al sujeto de la consulta*. Roca Ed..

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14, 235-255.

Fondo Nacional de Salud (Fonasa): Recuperado de: <https://www.google.com/search?q=Fonasa&oq=fonasa&aqs=chrome.0.69i59j46j0l6.1639j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Giménez .L (2020).Capítulo X: URUGUAY EN EL ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA DE COVID-19.En Infante, Olga & Neto, Sebastião & Sebastiani, Ricardo & Urzua, Alfonso. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ENFRENTAMIENTO A LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

Giovanella, L. et al. (2021) ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Revista Científica Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19. URL: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5qSBJmsMrfwhkdJrL>

Green, A., & Etcheverry, J. L. (1986). Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. *Amorrortu*.

Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. *Obras completas*, 2, 279-303.

Laplanche, J. P. (1971). *JB "Diccionario de Psicoanálisis". Editorial Labor. Barcelona.*

Mardones, I. E. F. (2020). Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 211-219.

Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.

Muniz, A. (2005). *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos. Técnicos y clínicos en la práctica psicológica. (Tomo 3).*

Ministerio de Salud Pública de Uruguay:
<https://www.google.com/search?q=Ministerio+de+Salud+P%C3%BAblica+de+Uruguay&oq=Ministerio+de+Salud+P%C3%BAblica+de+Uruguay&aqs=chrome..69i57j0l7.1213j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Nasio, J. D. (2007). *El dolor de amar. Editorial Gedisa.*

Núñez Montenegro, A. J., Ortega Morell, A., Santos Pérez, J. J., Pozo Muñoz, F., Fernández Romero, R., & Segura Shull, C. (2012). Calidad de vida en el paciente paliativo oncológico y su cuidadora, e incidencia de duelo patológico tras la intervención psicológica. *Revista Fundación Índex*, 11(3).

Organización Mundial de la Salud Recuperado de:
<https://www.google.com/search?q=organizacion+mundial+de+la+salud&oq=Organizacion+Mundial+de+la+Salud&aqs=chrome.0.69i59j46j0l6.9616j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Portaro, M. B. (2021). Y ahora: ¿ Quién cuida?: Una aproximación histórica a la problemática de los cuidados y el género. *Antigua Matanza*, 5(1), 71-97. Recuperado de: https://antigua.unlam.edu.ar/index.php/antigua_matanza/article/view/101

Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Rev colomb anestesiología* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 11]; 48 (4).

Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., Muñoz-Vega, C., Muñoz-Marabolí, M., Luna-Gómez, T. & Muñoz-Torres, T. (2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 56(2).

S.A.P.P.A. Servicio de Atención Psicológica Preventivo - Asistencial: Recuperado de: <https://www.google.com/search?q=sappa&oq=sappa&aqs=chrome..69i57j46j0l5j46.1799j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Sistema Nacional Integrado de Salud: Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sistema-nacional-integrado-salud>

Tabó, J. (2016). Formación en clínica en servicios de atención universitaria. In *La clínica interpela: desafíos actuales de las intervenciones clínicas en un servicio universitario* (pp. 205-213).

Tortorella, A. (2007). Entrevista de devolución, orientación y cierre. En Tabó, J. *Entrevista. Devenires de la clínica*. Montevideo: Psicolibros.

Vásquez, P. A. C., Aravena, V. J., & Parra, S. M. (2016). Desigualdades en el ejercicio del cuidado a través del enfoque de género. *Benessere. Revista de Enfermería*, 1(1).

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.11.2016.1338>.

Zavaleta, S. E. C., Cerna, D. N. C., Huertas-Angulo, F., León-Alayo, M. L., & Meza, C. V. (2023). Proceso de duelo en pacientes adultos diagnosticados con cáncer. *Revista Ene de Enfermería*, 17(1).

Zytner, R. (2011). Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial. Convenio Ministerio de Salud Pública-Universidad de la República, Facultad de Psicología. Plan de trabajo bienal 2011-2012. Recuperado de <https://psico.edu.uy/sites/default/files/SAPPA2011.pdf>