



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



MONOGRAFIA

**“ABORDAJE DEL PROCESO DE DUELO
DESDE LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
FOCAL”**

Nombre estudiante: Adriana Pais

Correo: aapm463@hotmail.com

Nombre del Tutor: María Nelly Rodríguez

Montevideo, 7 de Abril de 2015

ÍNDICE

Resumen.....	3
--------------	---

Capítulo 1

Introducción.....	4
1.1 Ritos y costumbres funerarias.....	4
1.2 El hombre frente a la muerte.....	5
1.2.1 La muerte amaestrada.....	6
1.2.2 La muerte personal.....	6
1.2.3 La fascinación por la muerte.....	6
1.2.4 La muerte romántica.....	6
1.2.5 La muerte excluida.....	6

Capítulo 2

Marco Conceptual sobre Duelo

2.1 Duelo, Proceso de Duelo, Elaboración del Duelo.....	7
2.2 Algunos modelos de Duelo.....	10
2.2.1 El modelo de Freud.....	10
2.2.2 El modelo de Melanie Klein.....	12
2.2.3 Los modelos Psicosociales.....	14
2.3 Momentos o Fases del duelo en un proceso normal.....	14
2.3.1 Fase de Shock e incredulidad.....	15
2.3.2 Fase de ira o de turbulencia afectiva.....	15
2.3.3 Fase de desesperanza más o menos reversible.....	15
2.3.4 Fase de aceptación y reorganización.....	16

Capítulo 3

Sobre la Psicoterapia Psicoanalítica Focal

3.1 Orígenes de las Psicoterapias Psicoanalíticas Breves y Focales.....	16
3.2 Concepto de Foco.....	21
3.3 Planificación estratégica.....	25
3.4 Elementos de la planificación.....	26

3.4.1 Indicaciones y Contraindicaciones.....	26
3.4.2 Diagnóstico Situacional.....	27
3.4.3 Determinación del Foco.....	28
3.4.4 Objetivos terapéuticos.....	30
3.4.5 Técnica.....	31
3.4.6 Recursos Terapéuticos.....	32

Capítulo 4

Conclusiones

Abordaje del Duelo desde la Psicoterapia Psicoanalítica Focal

4.1 Por qué plantear el abordaje del Duelo desde la Psicoterapia Focal.....	32
4.1.1 Por el diagnóstico situacional.....	32
4.1.2 Por el establecimiento de un foco.....	33
4.1.3 Por fijarse objetivos.....	33
4.1.4 Por la técnica.....	34
4.1.5 Por la persona del terapeuta.....	35
Referencias Bibliográficas.....	38

RESUMEN

El presente trabajo se propone dar cuenta y examinar el concepto de Duelo como Proceso, su elaboración y posible resolución. Se examinará cómo este trabajo psíquico, que compromete a su vez distintos ámbitos de aquel que lo transita, está estrechamente unido a una pérdida que es vivida como realidad subjetiva y desde el plano de "lo real".

Un ejemplo paradigmático de respuesta ante una pérdida y que es posible estudiar en el devenir de la historia, es el duelo por la muerte de personas amadas o significativas.

Diferentes disciplinas, entre las que se destaca la Psicología Social Transcultural, han investigado sobre este tema, a efectos de poder establecer las diferencias existentes entre las distintas creencias y prácticas religiosas y culturales en relación a la muerte y a la manifestación o supresión de los sentimientos en el duelo.

En la Introducción del presente desarrollo, se presentará un breve recorrido histórico, sobre cómo se ha reaccionado ante la muerte en diferentes momentos y que respuestas se han encontrado tanto a nivel individual como comunitario y cultural.

A su vez, a lo largo de los capítulos, se desplegarán diferentes conceptos en relación al duelo, partiendo para ello del marco teórico psicoanalítico, desde las propuestas formuladas por Freud e incluso confrontando elaboraciones de autores posteriores.

Posteriormente y como posible estrategia de abordaje en la Clínica, se propondrá a la Psicoterapia Psicoanalítica Focal, como Intervención Psicoanalítica de objetivos, foco y tiempo Delimitados.

Palabras Clave: Duelo – Proceso de Duelo – Psicoterapia Psicoanalítica Focal.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Sin duda, la investigación Psicoanalítica, ha permitido explorar y comprender diferentes estructuras y procesos psicopatológicos, pero también ha contribuido a la comprensión de distintas situaciones que se desarrollan en la vida cotidiana. Una de estas últimas y de gran trascendencia en la vida de los seres humanos, es la situación de Duelo.

Cada escenario de pérdida implica un transcurso y su posterior elaboración. En el Proceso de Duelo se manifiestan emociones, conductas y representaciones mentales relacionadas con la pérdida afectiva y el dolor. El trabajo que implica la elaboración del mismo y que consiste en una serie de procesos psicológicos que comienzan con la pérdida y terminan con la aceptación de la misma, es lo que permitirá a quien atraviesa este proceso, reorganizar tanto su realidad interna como externa.

Para dar respuesta a este tipo de consulta que aparecen cada vez con más frecuencia en la práctica clínica, se hace necesario contar con buena apoyatura en lo que refiere al marco conceptual, pero también poder desarrollar distintos recursos técnicos para tener la posibilidad de proponer diferentes modelos de intervención.

En la actualidad se vive en un mundo acelerado, donde no hay tiempo ni se considera valioso dar lugar a la expresión del dolor. Por el contrario silenciar, en vez de generar canales de expresión y elaboración de la frustración, la pérdida y la muerte, es una práctica habitual de estos tiempos.

Sin embargo, esto no ha sido así en todo tiempo y lugar.

En las distintas culturas y a lo largo de la historia de la humanidad, han existido una multiplicidad de ritos tanto para enfrentar el pasaje de la vida hacia la muerte, como para ayudar a los sobrevivientes a pasar este momento, manteniendo de alguna forma el vínculo entre quienes permanecen y quienes ya no están.

A fin de dar cuenta de las distintas particularidades, se tomará como ejemplo las diferentes reacciones que se han ido manifestando ya sea por la muerte de un ser querido, o un miembro de la comunidad, a modo de comprender como fueron configurándose las distintas subjetividades y cuales han sido las características del duelo en cada etapa.

1.1 Ritos y costumbres funerarias. Los ritos y las costumbres funerarias, han estado estrechamente vinculadas con las creencias religiosas sobre la naturaleza de la muerte y la existencia de una vida posterior, y han cumplido una función social importante al estar revestidas de simbolismo.

Se trata de experiencias que se integran a los primeros momentos después del fallecimiento y que cumplen varias funciones entre las que se destacan:

- Demostrar a los deudos que la muerte es real, dándoles la posibilidad de expresar públicamente su dolor, así como asumir el nuevo rol social (viudo, huérfano etc.)
- Permitir a los miembros de la comunidad, que se enteren de la pérdida.
- Proveer a los vivos de la posibilidad de expresar su gratitud a la persona fallecida.
- Asignar un lugar físico identificable al cadáver, lo que resulta tranquilizador para los deudos.

En relación a estas prácticas, resulta interesante el estudio que realizó el Filósofo y Antropólogo Social Bronislaw Malinowski (1948), sobre los rituales funerarios primitivos de diferentes Tribus de Papúa, llevando adelante un trabajo de campo en Mailu y en la isla Trobriand.

Al acercarse la muerte, los parientes más próximos en algunos casos, y a veces toda la comunidad, se reunía junto al moribundo, transformando así un hecho privado e íntimo como es la muerte, en un suceso público o tribal. Tan pronto como la muerte había acontecido, se procedía a lavar, ungir y adornar el cuerpo, al que también se le taponeaban sus aberturas, a la vez que se unían y ataban sus brazos y piernas.

A continuación, el cadáver era expuesto para que todos lo vieran, comenzando la fase más importante del duelo, esto es, el lloro inmediato del difunto.

Todo este proceso encuentra su fundamento, en que la muerte en estas sociedades, es más que la desaparición de uno de sus miembros, moviliza profundas fuerzas de autoconservación, ya que la misma implica la amenaza a la cohesión y solidaridad del grupo, poniendo en peligro su organización, su tradición y finalmente toda su Cultura.

¿Cuál es la función que cumple el rito en este caso? Expresa el autor:

En el ceremonial de la muerte, que une a los vivos con el cadáver y los fija en el lugar del óbito, a las creencias en la existencia del espíritu, de sus influencias benéficas o de sus malévolas intenciones, en los deberes de una serie de ceremonias comunicativas y de sacrificio, en todo esto, la religión neutraliza las fuerzas centrífugas del miedo, del desaliento y de la desmoralización y pro-porciona los más poderosos medios de reintegración en la turbada solidaridad del grupo y el restable-cimiento de su presencia de ánimo.

En resumen, la religión asegura aquí la victoria de la tradición y de la cultura frente a la respuesta puramente negativa de los instintos frustrados. (Malinowski, 1948)

1.2 El hombre frente a la muerte Haciendo una breve reseña de cómo ha reaccionado el hombre ante la muerte en distintos momentos de la historia y de la mano de los trabajos de Philippe Ariès, citado por Bernasconi y Smud (2003), se verá que en un primer período que ocupa los mil primeros años, se está en presencia de lo que el autor llama:

1.2.1 La "Muerte Amaestrada". En esta época el hombre tenía a la muerte bajo su dominio y llegado este momento cada uno sabía lo que tenía que hacer. La persona iba recibiendo "avisos" que le indicaban que el final estaba próximo y esto daba comienzo a un ceremonial que normalmente ocurría en la habitación del muriente. Allí, en el lecho de muerte, se recibía a los familiares, al médico, al cura, al abogado y a todos aquellos allegados que habían mantenido un vínculo con el muriente. En esta época la muerte era pública y compartida por la familia y la comunidad. Se consideraba a la muerte "pedagógica" pues todos los que participaban en la ceremonia, en su momento, deberían oficiar su propio ceremonial.

1.2.2 La "Muerte Personal". A partir del año 1.100 aproximadamente, la muerte comienza a vivirse con más dramatismo y ya no es tan colectiva, Ariés, la denomina la "Muerte personal". En este período se produce una mutación en la forma de morir y esto ocurre así fundamentalmente por la influencia de la Iglesia. Así lo entienden Bernasconi y Smud (2003), en su texto "Sobre Duelos, Enlutados y Duelistas", *"El Apocalipsis va perdiendo Rating y va ganando Rating el juicio final que poco a poco se va ubicando en el momento preciso de la muerte de cada uno. La muerte es el momento del gran balance, donde se miden acciones buenas y acciones malas y al muerto se lo disputan el cielo y el infierno"* Esto estaría generando angustia en quien está por morir y por tanto también en su entorno. La angustia sería entonces controlada por reacciones fóbicas que colocan al muriente en el lugar del objeto fóbico del que hay que alejarse, quedando por tanto cada vez más solo.

1.2.3 La Fascinación por la Muerte. Un tercer cambio histórico, ocurre desde la Edad Media hasta finales del Siglo XIX donde tanta angustia ante la muerte, termina por generar la fascinación por "lo muerto", por la descomposición de los cuerpos. Aparecen así representaciones de la muerte sobre todo en las Artes Macabras, como algo siniestro así como también como una mujer hermosa, uniéndose de este modo lo macabro con el erotismo.

1.2.4 La "Muerte Romántica". A comienzos del Siglo XVIII, comienzan a aparecer los cementerios en las ciudades. El cuerpo del muerto empieza a ser algo venerado y lo importante es preservar la identidad del mismo. El cambio importante que se observa en esta época es que deja de tener importancia la muerte propia para pasar a tener protagonismo la muerte del "Otro". El amor queda entonces muy ligado a la muerte apareciendo lo que el autor denominó como la "Muerte Romántica". Esta muerte es vivida como un robo ya que injustamente se lleva ese objeto que podría calmar el deseo de quien quedó vivo.

1.2.5 La "Muerte excluida". Posteriormente e ingresado en la fase de la modernidad madura, aparece el concepto de "Muerte excluida", donde el que está muriendo no puede

hacer nada y se valora que el mismo sea engañado, incluso por los médicos, para que no sepa de su condición.

En esta época el desarrollo de la medicina moderna y también los avances tecnológicos, luchan contra la enfermedad y la muerte, incursionan e inciden en una nueva forma de morir. Ahora el lecho de muerte es en los hospitales, donde se lucha hasta las últimas consecuencias para conceder un minuto más de vida, más allá de las condiciones en que esta pueda ocurrir.

De la muerte amaestrada, donde el muriente conducía su propio ceremonial muriendo en su casa, acompañado de familiares y amigos, se pasa a morir en hospitales, rodeados de cables y aislados en una habitación.

Ya no se sabe cómo es la muerte, ni cuando acontece efectivamente pues se habla de muerte cerebral, de la muerte clínica, de la muerte del deseo de vivir entre otras.

Plantean los autores que en la actualidad pareciera haber una negación de la muerte a nivel comunitario.

“La muerte está excluida y como consecuencia el duelo no puede prolongarse más de 48 horas bajo riesgo de ser tomado por enfermo”. (Bernasconi-Smud, 2003, p.28).

En cuanto a lo que sucede en la clínica, expresan:

“Los pacientes no dejan de hablar de sus muertos, las decisiones más cruciales de la vida se toman pensando en un padre, una abuela, un abuelo, alguna persona que ya no está, estamos habitados por nuestros muertos, hay una relación con ellos y esa relación puede ser mortificante o habilitante para el sujeto. Del lugar que se le dé al muerto, cuando ya no tiene lugar, depende la vida del vivo”. (Bernasconi-Smud, 2003, p.31).

¿Qué sucede entonces en la clínica cuando se presentan muchos pacientes que traen situaciones de duelo con orígenes diversos, pérdida de un ser querido, separaciones, pérdida del trabajo? ¿Cuáles son las posibilidades de abordaje, con que metodología? ¿Es importante lo que el clínico siente o piensa sobre las distintas pérdidas que se han de afrontar a lo largo de la vida y su correspondiente duelo?

Plantear el abordaje del Duelo desde la Psicoterapia Psicoanalítica Focal, con objetivos específicos y delimitados y un foco de trabajo claro y asequible, es lo que se intenta plantear aquí, como forma de dar respuesta a las demandas actuales de tratamiento.

CAPITULO 2

MARCO CONCEPTUAL SOBRE DUELO

2.1 Duelo- Proceso de Duelo- Elaboración del Duelo

La palabra duelo proviene del latín “duellum” (guerra o combate), entendida en una primera acepción como el combate entre dos personas que se han desafiado.

En una segunda acepción, según el Nuevo Diccionario esencial de la Lengua Española (2005), proviene del latín “dolus” o “dolere” que significa dolor o doler.

En este sentido, se lo define como las *“Demostraciones de tristeza por la muerte de una persona”*.

En un intento por articular e integrar estas dos formas de definir el Duelo, se podría decir a groso modo, que se trataría del sufrimiento o tristeza ocasionados por una pérdida, (en este caso la muerte de una persona), en un escenario de combate y de gran esfuerzo de quien lo transita, donde se plantea el desafío de asimilar o metabolizar la pérdida referida.

Sería la respuesta de una persona, ante la pérdida de alguien o algo valorado, que compromete distintos ámbitos del sujeto, lo orgánico, lo psíquico, lo social entre otros y que a su vez se encuentra atravesada por diferentes manifestaciones culturales, antropológicas y religiosas.

Se trata de una reacción que va más allá de lo racional e intelectual, es decir del conocimiento empírico del suceso, ya que implica una respuesta emocional de tristeza y dolor profundo que desorganiza a la persona, la hace sentir desbordada, con una importante disminución de sus energía, lo que conlleva a una notoria falta de interés en el mundo exterior y a conflictos en los vínculos interpersonales.

Muchos son los conceptos que aparecen vinculados a este término, en la medida que vamos profundizando en su estudio. Es por ello que entiendo de importancia distinguir los conceptos de Duelo, de Proceso de Duelo y de Elaboración del mismo.

Resulta de utilidad en este punto por esclarecedor, tomar los aportes de Tizón (2009), quien realiza una delimitación conceptual en los siguientes términos:

DUELO- Lo define como el *conjunto de fenómenos psicológicos, psicosociales, sociales, antropológicos e incluso económicos*, que se ponen en marcha tras una pérdida.

Estarían comprendidos como fenómenos psicológicos, el proceso de Duelo por ejemplo y dentro de los Sociales el luto y los rituales funerarios.

PERDIDA- Sería la situación de perder personas, cosas o representaciones mentales que desencadenaría una serie de reacciones afectivas, cognitivas y conductuales, provocando los procesos de Duelo y el Duelo propiamente dicho.

En relación a este punto, es habitual pensar la pérdida en términos de muerte de un ser querido y es importante destacar que esta es una de las posibles formas de separación, existiendo otras que aunque menos manifiestas, pueden generar un fuerte impacto que desencadenen iguales procesos. Así la separación de un vínculo significativo ya sea temporal o definitiva, un fracaso personal, la pérdida de un trabajo, de una ideología o de una esperanza.

No se habrá de olvidar de igual modo, el proceso de crecimiento y maduración del individuo, el que conlleva en cada nueva etapa, un duelo por la etapa anterior. Se habla entonces de los duelos por los que transitan los adolescentes o los adultos mayores. En la mujer son ejemplos el duelo por el parto, el puerperio, la menopausia, todas situaciones que implican pérdidas y cambios corporales.

Otro caso podría ser el duelo por enfermedades terminales, tanto del propio enfermo como de los allegados.

PROCESO DE DUELO- Tizón (2009) lo define como el conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida afectiva, la frustración o el dolor.

Los afectos fundamentales puestos en juego en el Duelo, según este autor son la Tristeza, angustia, ansiedad, inquietud e incluso molestias somáticas.

Dentro de estas últimas, las más frecuentes reportadas por la experiencia clínica son:

- a) Falta de apetito y pérdida de peso.
- b) Dolor abdominal y sensación de vacío.
- c) Náuseas y vómitos.
- d) Ingesta excesiva de alimentos.
- f) Sensación de asfixia.
- g) Hiperventilación.
- h) Palpitaciones.
- i) Sensación de opresión en el tórax.
- j) Cefaleas.
- k) Vértigos.
- l) Tics.
- m) Debilidad muscular o falta de fuerza.

En cuanto a las manifestaciones psicológicas que se presentan frecuentemente:

- Sentimientos de culpa, tristeza, enojo y hostilidad. Desamparo, desesperación, pesimismo, soledad y vergüenza.
- Preocupación por la imagen de la persona perdida manifestada en fantasías y pesadillas. Nostalgia.
- Trastorno de las relaciones interpersonales. Llanto, introversión, disminución del deseo e interés sexual. Aumento de la irritabilidad y desasosiego.
- Dificultad de retornar a las actividades habituales presentado en forma de fatiga y agotamiento. Insomnio o hiperinsomnio. Movimientos, pensamientos y discurso verbal enlentecido. Pérdida de concentración y motivación.

El autor posteriormente define la ELABORACIÓN DEL DUELO como el trabajo psicológico que dando inicio con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, culmina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. (Tizón, 2009)

2.2 Algunos Modelos de Duelo

2.2.1 El modelo de Freud

Freud (1917), comienza a plantearse el tema del Duelo en su trabajo “Duelo y Melancolía”, en el cual en la nota introductoria, intenta dar luz sobre la naturaleza de la Melancolía comparándola con el Duelo, al que considera un afecto normal.

Define al Duelo como *“La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la Patria, la Libertad, un Ideal, etc.”* Y aclara además, como lo dijo en un principio, que a pesar de que quien atraviesa un Duelo, sufre graves desviaciones de la conducta normal, no se lo considera un estado patológico, sino por el contrario juzga “inoportuno” y dañino perturbarlo.

Entre esas desviaciones que sufre quien se encuentra transitando por este proceso, el autor destaca: la pérdida de interés en el mundo exterior, inhibición de toda productividad y la incapacidad de escoger algún nuevo objeto de amor, todo lo cual quedaría explicado, porque el trabajo que implica superar este estado, absorbe al “Yo”, de manera que el mundo exterior se presenta “pobre y vacío”.

El Trabajo del Duelo

Durante el Trabajo de Duelo, el objeto amado ya no existe más, sin embargo, frente a esta realidad, quien ha sufrido la pérdida es renuente a abandonar las ligazones que lo mantienen unido al objeto perdido.

Incluso más, el objeto en relación, mantiene su existencia dentro del psiquismo, mostrándose de ese modo, la intensidad de las ligaduras libidinales puestas en juego.

Para continuar avanzando en el presente desarrollo, se hace necesario poder explicar cuál es la naturaleza de ese objeto que se ha perdido y cómo podría comprenderse la permanencia de este objeto amado, dentro del psiquismo.

¿Cuál sería el mecanismo que lo permite?

Para intentar esclarecer estas interrogantes, se toman los aportes del Psicoanalista Juan David Nasio (1998), en su texto “El Libro del Dolor y del Amor”.

En el mismo, comienza definiendo el Duelo como *“La reacción a la pérdida de un objeto de amor”* y para su análisis, desglosa esta definición en dos grandes ejes temáticos: por un lado se pregunta sobre cuál sería el objeto mismo del Duelo y por otro lado analiza la naturaleza de la reacción a la pérdida.

En relación al primer punto, es decir al **Objeto**, el autor, sostiene que el objeto de amor perdido no es la persona en sí misma o el ideal o la abstracción, sino que es la representación o imagen Inconsciente de éstos, es decir los representantes mentales.

Ese es el objeto de amor que se ha perdido a causa de la pérdida real y es desde allí desde donde se deberán desligar las investiduras libidinales, desde las representaciones del objeto amado, hacia el Yo. El desplazamiento de la energía libidinal ocurriría como un movimiento íntimo y mínimo en el seno mismo del Yo.

El mecanismo o proceso sería el siguiente, en palabras del autor: *“La libido se ha retirado de las representaciones del objeto de amor, para dirigirse a una parte muy precisa del Yo que Freud llama prueba de realidad”*, (Nasio, 1996), entendiendo que esta función del Yo es decir la prueba de realidad, tiene una localización claramente establecida en el sistema percepción-conciencia.

Allí se produciría el verdadero trabajo del duelo, que se llevara adelante según el autor, en tres niveles de elaboración:

- En primer lugar ocurre una “Focalización”, a saber una minuciosa delimitación y recuperación de los detalles del vínculo, de recuerdos e imágenes que me unían al objeto. Este procedimiento, consiste en una Sobreinvestidura afectiva de estos recuerdos e imágenes, observándose así un mayor apego interno al objeto que en el exterior ya no existe.
- En un segundo tiempo se produce la “Desinvestidura”, el retiro de las ligazones libidinales.
- Posteriormente y en ese pasaje de la libido desprendida de las representaciones hacia el Yo, se produce la “Identificación” con la imagen del objeto.

El Dolor del Duelo

En *“Duelo y Melancolía”* Freud (1917), se interroga a su vez sobre *“porque esta operación de compromiso que es ejecutar pieza por pieza, la orden de la realidad, resulta tan extraordinariamente dolorosa”*

Incluso en su posterior trabajo *“Inhibición, Síntoma y Angustia”* (Freud, 1926), aún continúa planteándose esta cuestión del carácter particularmente doliente del Duelo, que a su criterio, habría quedado aún sin entender.

Nuevamente aquí se cuestiona en estos términos *“Cuando la separación del objeto provoca angustia, cuando duelo y cuando quizá solo dolor”*.

El dolor nace frente a un estímulo que estaría atacando a la periferia, perforando los dispositivos de protección anti estímulo, los que dejarían de ser eficaces. De este modo, la incitación se convertiría en un estímulo pulsional continuado. La situación no cambiaría, explica luego, cuando el estímulo no parte de la piel sino de un órgano interno.

Ahora ¿cómo se asemeja esa condición genética del dolor con la pérdida del objeto?

El dolor corporal estaría generando una investidura de tipo narcisista del lugar doliente del cuerpo, pero esta investidura podría desarrollarse no en ese lugar, (si por ejemplo se tratara de un órgano interno), sino en la agencia representante psíquica del lugar doliente del cuerpo. En esta situación encuentra Freud la analogía para explicar el dolor anímico. La representación-objeto del objeto de amor perdido en el duelo, intensamente investido, crea las mismas condiciones que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo. *“El paso del dolor corporal al dolor anímico corresponde a la mudanza de investidura narcisista en investidura de objeto”.* (Freud, 1926)

Luego de este análisis, Freud propone que en relación al duelo, la reacción generada por la pérdida del objeto, ya no presenta dificultades.

Esta reacción se estaría generando bajo el influjo del examen de realidad que a decir del autor *“exige categóricamente separarse del objeto porque él ya no existe más”.*

Así *“el carácter doliente de esta separación”* quedaría explicado, por la elevada investidura de añoranza del objeto que ahora debe ser desligada.

Se trataría en este caso de un dolor de separación.

Retomando en este punto a J. Nasio (1996) el plantea en cambio que el dolor en el duelo, no se debería como propone Freud al desprendimiento, sino a la sobreinvestidura de la representación de objeto.

“El dolor responde a una alta concentración de libido en la representación psíquica.....”

Concluye que el dolor del duelo no es dolor de separación, sino dolor de lazo.

Aporta este nuevo concepto: *“el dolor es provocado no por la separación, sino por aferrarse más que nunca al objeto perdido”* en virtud de la sobreinvestidura libidinal. (Nasio, 1996)

2.2.2 El modelo de Melanie Klein

El modelo propuesto por Freud sobre el proceso de duelo que se viene de exponer, es tomado por otros Psicoanalistas posteriores, quienes como Melanie Klein (1934), profundizan en los diferentes conceptos y elaboran nuevos planteos.

En su trabajo *“El duelo y su relación con los estados Maníacos-Depresivos”*, Klein señala que existiría una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Como indicaba Freud, el mandato de la realidad impone a cada uno de los recuerdos y vivencias que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, que este ya no existe e impone al Yo la necesidad de abandonar este ligamen.

Para esta autora:

El niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso. El método más importante para que el niño venza estos

estados de duelo es, desde mi punto de vista, el juicio de realidad. (Klein, 1964 p. 279)

Brevemente se pasará a señalar, cuales son los estados mentales tempranos a los que hace referencia. Desde los primeros meses de vida, el bebé está expuesto a un sin número de estímulos tanto internos como externos que generan en él diversas ansiedades y que lo conducen progresivamente a organizar ese universo. Mediante diferentes mecanismos y procesos de escisión, proyección e introyección, va ordenando sus percepciones y emociones, separando las experiencias de satisfacción de las experiencias de frustración, encontrándose así ante dos tipos de objetos: un objeto ideal y un objeto malo. Esta escisión de objetos y de un yo que ama y un yo que odia, es característica fundamental de la "Posición esquizo-paranoide".

Con respecto al primero de los objetos, el bebé trata de conservarlo, de adueñarse de él y de identificarse con el mismo, en tanto que sobre el objeto malo, proyecta sus impulsos agresivos y lo vive como peligroso y amenazante para sí mismo y para su objeto ideal. A lo largo del proceso de desarrollo, el bebé pasa por distintos momentos de integración más o menos completa, hasta que finalmente cuando el niño logra integrar esos objetos parciales en un único objeto total y relacionarse con él, estamos frente a lo que Melanie Klein denomina "Posición Depresiva".

Este cambio en la percepción del objeto, expresa la autora, *"se acompaña de un cambio fundamental en el Yo, pues a medida que la madre se convierte en objeto total, el yo del bebé se convierte en un Yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos"*. (Klein, 1964, pp. 253-301)

En el duelo "normal", señala, la pena por la pérdida se ve aumentada por la fantasía Inconsciente de haber perdido también los objetos "buenos" internalizados tempranamente, predominando por tanto los objetos "malos" que estarían poniendo en riesgo la integridad del mundo interno del sujeto en duelo (posición esquizo-paranoide). Cuando en un momento posterior el duelista intenta reintegrar a la persona amada perdida identificándose con ella, estaría también reinstalando aquellos objetos "buenos" que se hicieron parte de su mundo interno en fases muy tempranas del desarrollo, (posición depresiva).

El dolor experimentado en el lento proceso del juicio de realidad durante la labor del duelo, parece deberse en parte, no solo a la necesidad de renovar los vínculos con el mundo externo y así continuamente re-experimentar la pérdida, sino al mismo tiempo y por medio de ello, reconstruir ansiosamente el mundo interno que se siente en peligro de deterioro y desastre. Cuando el niño pasa por la posición depresiva, lucha en su inconsciente con la tarea de establecer e integrar el mundo interno, del mismo

modo que el sujeto en duelo sufre con el restablecimiento y la reintegración de ese mundo. (Klein, 1964, pp. 287- 288)

2.2.3 Los modelos psicosociales del duelo

Jorge Tizón, (2009), propone en su texto *“Pérdida, Pena, Duelo”* no considerar a este último como un fenómeno que ocurre en un determinado momento de nuestra vida por primera vez y con un registro únicamente individual, es decir, considera que se trata en todo caso de una repetición de duelos por separaciones que han ocurrido desde épocas muy tempranas de nuestra vida. Así la separación del útero materno, el destete o la separación de la familia, de manera que en cada situación de pérdida o separación, estaríamos reviviendo tanto a nivel psíquica, como somático y conductual, esas experiencias anteriores de pérdida.

Así mismo y si bien la experiencia es primordialmente en un registro íntimo e individual, no deben perderse de vista, que el duelo es también una realidad colectiva, social y cultural atravesada por diferentes costumbres, rituales y leyes.

Tizón (2009), también presenta al duelo como un proceso adaptativo y basándose en aportes de Pollok y de Bowlby, observa que el mismo, podría considerarse como un proceso biológicamente asentado, que se habría desarrollado evolutivamente, para permitir la supervivencia ante las separaciones y las pérdidas. De ahí que las diferentes manifestaciones del duelo y los rituales a lo largo de la historia humana y en las diferentes culturas, se hayan ido transformando.

Desde esta perspectiva, ya no se lo podrá considerar como una expresión universal y homogénea, sino que tendría matices y características diferentes, dependientes de las variaciones socio-culturales.

2.3 Momentos o Fases del duelo en un proceso normal

El proceso de duelo transcurre como se ha visto, tanto a nivel consciente como Inconsciente y afectando diversos ámbitos de la vida de la persona.

Durante el mismo, se han logrado identificar diferentes fases o momentos, que no necesariamente transcurren en forma sucesiva, ni ordenada de determinada manera, incluso puede ocurrir que unas fases se superpongan a otras o que predomine alguna de ellas.

Lo cierto, es que la división del proceso en fases, permite una mejor comprensión del mismo. Es fundamental para la elaboración del duelo transcurrir por estos momentos, sin perder de vista que por tratarse de una experiencia individual, no existe un único modo de cursarla.

Es importante destacar a su vez, que cada fase es un mecanismo defensivo que permite la lenta adaptación a la experiencia de pérdida, a la vez que contribuye a que la persona no se vea desbordada por el dolor y la angustia.

2.3.1 Fase de Shock e incredulidad:

La primera fase conocida como el momento del Impacto y de crisis, sería aquella que ocurre posteriormente a recibir la noticia de la pérdida. En esta etapa pueden observarse sentimientos de sorpresa, aturdimiento, incredulidad y deseo de no ver la realidad.

El objetivo de este mecanismo de defensa es proteger de la realidad de la pérdida, posponiendo el enfrentamiento con ella.

Puede ocurrir que la persona comience a preocuparse por asuntos triviales o incluso que se presente hiperactivo para no pensar en lo sucedido o como si nada hubiera ocurrido.

2.3.2 Fase de Ira o de Turbulencia afectiva:

Después de transcurridas varias horas o días, comienzan a aparecer sentimientos de tristeza, ira, resentimiento y desesperanza que se van alternando. Puede surgir la esperanza de que lo sucedido pueda arreglarse y ante la realidad surge la frustración que genera ira y hostilidad. Comienza la búsqueda de responsables por la pérdida e incluso la hostilidad puede dirigirse hacia sí mismo por medio de autorreproches, vivencias de frustración y sentimientos de culpa.

El objetivo de este mecanismo defensivo es permitir la toma de conciencia gradual de la nueva realidad, donde se busca una razón que de sentido o explique la pérdida.

2.3.3 Fase de Desesperanza más o menos reversible:

Durante este período que suele ser más extenso que los anteriores, van predominando los sentimientos de tristeza y de desesperanza.

Aparece la depresión y la apatía, pues en esta fase quien atraviesa un duelo, siente que el mundo está vacío, que nada tiene sentido. Es como si se hubiera muerto una parte de sí mismo. La persona tiende a aislarse replegándose de otros intereses, la tristeza lo inunda y consume todas sus energías.

Suelen presentarse sentimientos de temor en relación al futuro, a las situaciones difíciles e incluso a situaciones similares a las que se dieron en la pérdida. En forma gradual comienza a aceptarse que la pérdida es real y comienza lentamente a retomarse el ritmo de vida habitual.

Esta fase estaría permitiendo un mayor nivel de aceptación y de toma de conciencia del impacto de la pérdida.

2.3.4 Fase de Aceptación y reorganización:

Comienza a transitarse el camino de la recuperación, en donde predomina la esperanza, la confianza, la solidaridad, el amor, etc. Se retoman las actividades cotidianas y hay un relativo desapego emocional respecto al vínculo con lo perdido. Se logra asumir la pérdida y hay una auténtica renuncia.

CAPITULO 3

SOBRE LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA FOCAL

3.1 Orígenes de las Psicoterapias Psicoanalíticas Breves y Focales

La Psicoterapia focal surge como resultado del intento de sistematizar y conceptualizar las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas a corto plazo. Así es como **Michael Balint y P.H. Ornstein** (2006) la ubican dentro de las distintas modalidades de Psicoterapias Breves derivadas del Psicoanálisis.

Los autores precursores que revisaron y evaluaron las distintas modalidades de psicoterapia breve fueron entre otros **Malan en 1963 y Small en 1971**.

Sin embargo, el primer proceso breve publicado es el caso “Catalina o Katharina”, en el que **Freud** (1895) reproduce los diálogos y sus propias intervenciones diagnósticas e interpretativas. El tratamiento duró un día, mientras Freud se encontraba de vacaciones en la montaña.

Asimismo, el Psicoanalista habría aceptado otras consultas, cuyos tratamientos resultaron de corta duración como por ejemplo la del Director de Orquesta Bruno Walters que sufría de parálisis histérica en su brazo derecho; el proceso duró 6 sesiones.

El caso del músico Gustav Malher, que resolvió su impotencia sexual antes de casarse en una única sesión de cuatro horas de duración.

Los casos de Lucy y Dora con diagnóstico de Histeria, cuyos procesos fueron de nueve semanas el primero y tres meses el segundo respectivamente.

En “El hombre de los Lobos”, Freud hace uso de las estrategias focales y el tiempo limitado, poniendo fecha de finalización al tratamiento, a los efectos de provocar un efecto positivo en el mismo.

A su vez, situaciones de contexto como la primera guerra mundial y la necesidad social de contar con formas terapéuticas al alcance de un sector mayor de la población, se constituyeron en fermento para el desarrollo de una técnica donde además de un proceso terapéutico menos prolongado en relación al Psicoanalítico, se requería de una actitud más activa del terapeuta.

Freud reconocía esta necesidad en su trabajo “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” presentado en el quinto Congreso Psicoanalítico Internacional en Budapest en 1918 en estos términos:

Por ahora nada podemos hacer por las clases sociales más numerosas, que sufren las neurosis más graves... es razonable esperar que, en un momento u otro la conciencia de la comunidad se despertará para advertir que el pobre tiene tanto derecho a la asistencia mental como los medios quirúrgicos de los que hoy dispone, y que le salvan la vida; y que la neurosis amenaza la salud de los pueblos no menos que la tuberculosis, y su control no puede, como tampoco el de ésta, dejarse en las débiles manos de los individuos pertenecientes a las filas del pueblo... Y cuando esto suceda, se planteará la tarea de adecuar la técnica a las nuevas condiciones...y es muy probable que en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa. Cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia (Freud, 1917-1919).

Por su parte **Sandor Ferenczi y Otto Rank** (1925), proponían la focalización del tratamiento, así como el establecimiento de límites en el tiempo y una actitud más activa del terapeuta. El primero de ellos, formulaba lo que dio a conocer como “técnica activa”:

A la pasividad del analista, oponía la siguiente actividad: (1) prevenir o prescribir ciertos tipos de conducta, como por ejemplo omitir los rituales en los pacientes obsesivos o exponer pacientes fóbicos a experiencias que activan las fobias; (2) establecer un límite de tiempo para la terapia en forme arbitraria; (3) emplear fantasías forzadas para acelerar la aparición de conflictos ocultos..... (Balint, 2006, p.18)

Asimismo, pusieron especial atención a las experiencias emocionales vividas por el paciente en análisis.

Como forma de oponerlo al énfasis excesivo que se le daba al insight cognitivo, sería suficiente, según los autores, que el paciente re-experimentara sus conflictos infantiles en neurosis de transferencia, sin necesidad de esperar a que reaparecieran los recuerdos infantiles, hecho que estaría contribuyendo al acortamiento del tiempo de análisis.

En el mismo sentido, **David Malán** (1974), planteaba que en contraste con la actitud pasiva del terapeuta en el análisis tradicional, debería pensarse en una actitud más activa en las terapias breves.

Propuso por tanto entre otros principios, que el uso del diván que facilitaba la asociación libre, la separación entre terapeuta y paciente, promoviendo las fantasías de este último, no era aconsejable en este tipo de terapia.

Sí sería recomendable la técnica del frente a frente, donde el paciente le habla directamente al terapeuta y la terapia tendería a convertirse en un diálogo.

David Malan, de formación psicoanalítica, enseñaba psicoterapia en la clínica Tavistock de Londres y colaboró con Balint en un grupo de trabajo cuyo objetivo era el de estudiar la posibilidad de acortar los tiempos del análisis.

Entiende a la psicoterapia breve, como una terapia de objetivos delimitados, pues pretende elaborar analíticamente un aspecto determinado de la psicopatología, en un breve espacio de tiempo.

Por esta característica de establecer un área precisa, es que junto a Balint, se mantiene dentro de la línea de la terapia focal, en la cual se trata de establecer una hipótesis psicodinámica de base, que explicará la problemática del paciente. Esto es lo que se conoce como la "cristalización de un punto focal". (Balint, 2006)

Alexander y French (1946), retoman los trabajos de Ferenczi y Rank de 1925, en un intento por formular técnicas de terapia breve sin perder de vista, la necesidad del psicoanálisis clásico.

Estos autores vuelven a poner el énfasis en la importancia fundamental de la experiencia emocional en el análisis, la que tendría que estar integrada al proceso intelectual o de insight cognitivo.

Aparece así forjado por Alexander y French, el concepto de "experiencia emocional correctiva" entendiéndola como el resultado de la diferencia entre la respuesta original de los padres y la del analista durante el análisis.

Expresan en relación a esto: "*Si pudiésemos controlar la transferencia, tendríamos aquí un medio muy importante para distinguir la psicoterapia larga y más profunda de la más breve y somera*" (Alexander, 1965, p. 92)

Sostienen que generalmente se ha establecido una analogía entre la transferencia y la situación patogénica original de la infancia; ellos en cambio ponen su atención en la diferencia entre los antiguos conflictos familiares y la relación actual terapeuta-paciente.

Es decir que la intensidad del conflicto transferencial, es menor que la del conflicto original y así mismo la respuesta que da el terapeuta en la situación actual, es diferente a la reacción que los padres tuvieron con el niño en su infancia.

Esa diferencia sería el factor esencial.

“Al comprobar la diferencia entre la conducta del psicoterapeuta y la de sus padres, a la que se acomodó de niño lo mejor que pudo con sus reacciones neuróticas, siente la necesidad de abandonar y corregir esos clichés emocionales” (Alexander, 1946)

En este ámbito, se estaría produciendo la experiencia emocional correctiva, cuando el terapeuta logra crear un clima interpersonal apropiado para poner de manifiesto el contraste entre la actitud transferencial del paciente, y la situación real existente entre él y el terapeuta.

Otra contribución particular al desarrollo de los diferentes principios y técnicas de la psicoterapia breve, fue la de **French** (1958-1970) con sus conceptos de “conflicto focal” y “conflicto nuclear”

El primero de ellos estaría constituido por un “motivo perturbador” entendiendo a este como un impulso o deseo, que entraría en conflicto con un “motivo reactivo” es decir una respuesta del Superyó o del Yo que estaría reclamando una solución.

Los conflictos focales serían derivados de conflictos nucleares más profundos, originados en momentos cruciales del desarrollo temprano.

Lo que el autor plantea entonces es poner el esfuerzo de interpretación en el conflicto focal permitiendo al mismo tiempo y a lo largo del proceso terapéutico, el surgimiento de los conflictos nucleares.

El estudio del origen de la Psicoterapia breve o de la Psicoterapia focal, lleva ineludiblemente al siguiente cuestionamiento,

¿Se trata de la misma Psicoterapia? ¿Qué hace a la diferencia entre lo breve y lo focal? ¿Es el tiempo o el tipo de conflicto?

Mauricio Knobel (1986) propone una diferencia entre ambas: *“En la terapia focal, se intenta resolver el malestar del paciente o un conflicto predominante. En la terapia breve, se trata de ayudar a encarar los diversos conflictos que presionan angustiosamente, determinando diversos cuadros de una psicopatología psicodinámica”*

O sea que en la breve se trata de esclarecer diversos focos, es decir varios conflictos que han de ser predominantes y asequibles, en tanto que en la Psicoterapia focal se trata de localizar una determinada situación conflictiva, que sería la determinante del conflicto o malestar del paciente. Pero ¿cómo estaría incidiendo el factor tiempo?

Nuevamente Knobel, (1986), es quien trae a análisis el concepto “breve”. Se trata para el autor de un concepto relativo y ambiguo pues *“esperar diez minutos para rendir un examen puede ser muchísimo tiempo, presentar una comunicación en un congreso científico en diez minutos puede ser brevísimo”*

Con el término breve, se estaría haciendo referencia en la práctica a una limitación del tiempo de interacción entre paciente y terapeuta, en la medida en que los conflictos y las

estructuras psicopatológicas lo permitan. Se limitan los objetivos terapéuticos sobre los que se va a trabajar en acuerdo con quien consulta.

Porque en definitiva expresa Knobel (1986) *“Mi ambición terapéutica se reduce enormemente en aras de mi deseo de ayudar. A veces solo pretendo que la persona que me consulta pueda llegar a comprender que realmente necesita ayuda; así, tal vez la busque de la manera más adecuada posible”*.

Por estas razones él prefiere hablar de psicoterapia de tiempo y objetivos limitados porque muchas veces el terapeuta tendrá que limitarse a ser un interlocutor debidamente entrenado para ayudar a que una persona “se cure” más que ser un maestro conductor o un curador del alma humana.

En sintonía con este planteo, el Psicoanalista argentino **Héctor Fiorini** (2001) en su trabajo “Psicoterapia Dinámica Breve. Aportes para una teoría de la técnica” señala que el término breve es realmente un equívoco cuando nos referimos a esta técnica. Aclara que lo utiliza por su amplia difusión y por no contar con otro más apropiado.

Lo esencial, indica, no está en la brevedad ya sea temporal o pensándolo en términos de escasez o pobreza, sino que la riqueza está en su carácter multidimensional es decir, en su acción múltiple en diferentes y variadas dimensiones que hacen a los sujetos y que permiten alcanzar ciertos objetivos, en plazos limitados.

Describe las características principales que a su entender debe tener una terapéutica breve a nivel Institucional. Señala que partiendo de una evaluación exhaustiva del paciente, que comprende tanto su historia dinámica como sus condiciones de vida actuales, podrían desarrollarse los siguientes recursos:

- a) *Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos censurados, en su medio habitual.*
- b) *En ese marco adecuado para una experiencia “emocional correctiva”, favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.*
- c) *Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.*
- d) *Ayudarlo en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima.*

Propone asimismo el diseño e implementación de técnicas específicas que permiten al terapeuta el trabajo en equipo, no solo desempeñándose como agente de psicoterapia, sino como supervisor y coordinador de actividades psicoterapéuticas.

Así el terapeuta debe desempeñarse en un rol preponderantemente activo dentro de las psicoterapias breves. Para ello llevará adelante una serie de intervenciones que no se limitarán únicamente al material que trae el paciente.

El terapeuta pregunta, recaba información, explora, orienta la entrevista. También promueve el diálogo e incluye iniciativas propias para la confrontación.

Esta participación activa, parte de una evaluación de la situación total de quien consulta y de la comprensión de su estructura dinámica, material con el cual se elabora una planificación de abordaje individual.

Esta planificación está basada en la evaluación de ciertos aspectos básicos como por ejemplo determinar cuáles son las áreas de conflicto a las que se ligan más directamente los síntomas y cuáles son las defensas más predominantes.

La estrategia implica también el cumplimiento de determinados objetivos escalonados y el esfuerzo terapéutico de mantener en mente un foco. *“Término que puede traducirse como aquella interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento”.*

“La focalización de la terapia breve, es su condición esencial de eficacia” (Fiorini, 2001, pp. 31-32)

3.2 Concepto de Foco

El término “Foco”, deriva de “Focus” o Fuego. También puede referirse al lugar de donde proviene la luz o al punto de donde parte un haz de rayos luminosos o caloríferos. Vemos que en cualquiera de las posibilidades hay una referencia a la luz o a la acción de iluminar. En Psicoterapia Focal, y teniendo en cuenta a diferentes autores, se ha utilizado este término para hacer referencia a lo que le sucede al paciente, a la situación de crisis, al motivo de consulta o al síntoma.

Autores como **French** (1952) se refieren a Foco como el tema hacia donde confluyen los conflictos más profundos del paciente, rodeando a los más superficiales. Lo explica de este modo: a nivel del Preconsciente, comenzaría a concentrarse un problema determinado (foco) que estaría activando conflictos Inconscientes asociados, cuya investidura emocional sería transferida al foco sobreinvistiéndolo. *“Son puntos donde los conflictos más profundos y arcaicos se entrelazan con contenidos Preconscientes que se vuelven hiperintensos y con mayor necesidad de atención clínica”* (Bernardi, p. 71)

Por su parte **David Malan** (1974) entiende que en esta técnica el terapeuta tiene presente un objetivo o foco, el que debería formularse en términos de una interpretación esencial en la que debe basarse la terapia.

El propósito de centrarse en este foco, es el de guiar al paciente hacia él mismo mediante interpretación parcial, atención selectiva y descuido selectivo; de manera que si el material admite más de una interpretación, siempre se elegirá aquella que está en consonancia con el foco sin tenerse en cuenta aquel material tan sólo aparentemente relacionado con él.

Es de suma importancia para que el proceso ocurra de este modo, la interacción entre paciente y terapeuta.

Así el paciente estaría ofreciendo el material para que el terapeuta formule un foco que ofrecerá al primero, para que previa su aceptación, se trabaje en él.

Este ofrecimiento mutuo preliminar puede verse frecuentemente con suma claridad en la entrevista inicial y en una o dos sesiones subsiguientes dando por resultado final, la cristalización de un foco sobre el que se basa la mayor parte del resto de la terapia.

De este modo el autor define a la focalidad como la capacidad del paciente y del terapeuta de hallar rápidamente juntos, un foco aceptable para ambos. (Malán, 1974)

Más recientemente **Eduardo Braier** (1984) ha sostenido que la focalización en la tarea estaría generando una mayor efectividad de la actividad terapéutica y no únicamente por la limitación temporal.

La técnica focal estaría indicada en aquellos pacientes en los que el tratamiento psicoanalítico está contraindicado. Trabajar con una técnica de enfoque implica entre otras cosas:

- a) mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos.
- b) planificar el tratamiento.
- c) combatir la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta.
- d) contrarrestar el desarrollo de la neurosis de transferencia (hay una constante orientación hacia la realidad y lo actual del paciente).

En relación al concepto de foco, Braier entiende que se trata de un concepto muy ambiguo, de difícil delimitación y no comparte la definición de Malán en el sentido de que es “la interpretación esencial sobre la cual se funda toda la terapia”. Esta definición tiene a su entender un carácter técnico, y no estaría explicando en que consiste el foco, ni su estructura.

Por esta razón, él prefiere referirse a este concepto del siguiente modo:

“El foco debe concebirse primordial y esencialmente desde una perspectiva psicopatológica. En este sentido, ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores intervinientes en la génesis de la que ha sido escogida como la problemática central del

tratamiento (una determinada situación problema y las manifestaciones sintomatológicas con éste ligadas)...” (Braier, 1984)

El modelo teórico de foco que desarrolló **Héctor Fiorini** (2001), ha sido de gran utilidad práctica.

Para el psicoanalista argentino, el estatus teórico de este concepto es impreciso ya que en las diferentes definiciones que se han dado por distintos autores, coexisten criterios múltiples como por ejemplo:

- Los criterios sintomáticos es decir los que toman la sintomatología presentada por el paciente y que motivan la consulta;
- Los criterios caracterológicos entendidos estos como la zona de problemáticas del paciente que puede delimitarse claramente de otras zonas de la personalidad
- Los criterios técnicos, como por ejemplo: entender al foco como la interpretación central en la que se centra todo el tratamiento (criterio de Malán).

“Lo que esta pluralidad de conceptos deja entrever, es que el foco puede aludir a una organización compleja de la cual aquellos criterios, recortarían fragmentos” (Fiorini, p. 85)

El propone un modelo teórico de carácter unificador de todos los referentes teóricos que se han abocado al tema, en una estructura que organice un campo común diagnóstico y terapéutico.

De este modo comienza por resaltar que todo trabajo psicoterapéutico se orienta siempre hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática de los pacientes y que estos en general y naturalmente tienden a focalizar, mostrando de este modo la necesidad de delimitar la búsqueda.

La focalización estaría guiada entonces por la motivación de jerarquizar la resolución de problemas vividos como prioritarios.

¿Cuál sería entonces la estructura de foco para el autor?

Para Fiorini el foco tiene un eje central que en la mayoría de los casos estaría configurado por el motivo de consulta es decir, los síntomas más perturbadores, la situación de crisis, fracasos adaptativos, etc., el que estaría ligado en forma subyacente a un conflicto más profundo, un conflicto nuclear exacerbado. (Fiorini, 2001)

Pero lo que resalta como importante aquí, es el carácter de estructura de la situación que trae el paciente, la que deberá ser delimitada en sus diferentes componentes y desplegando distintos niveles de análisis.

Entre los diferentes componentes que hacen a la situación se tiene por ejemplo las modalidades defensivas movilizadas, aspectos históricos-genéticos tanto

individuales como de los grupos de pertenencia del consultante, el momento evolutivo, condiciones económicas, laborales, sociales y culturales.

Es decir, se trata de una situación en la que convergen tanto aspectos personales del paciente, como aquellos que hacen a su contexto más amplio, todos elementos que han de ponerse en relación, ya que configuran la trama que conforma y sostiene la problemática. Esta trama que se despliega analíticamente para luego reconstituirse, es lo que lo que Fiorini desarrolla con el nombre de “situación”.

“La óptica dirigida a la situación, se refleja en esta formulación.....el hecho de que el conflicto tenga lugar como tan intrapersonal, no significa que la cuestión sea de orden primariamente personal, ni desde luego exclusivamente personal. El problema ha surgido de una situación y esta es a su vez, como dijimos antes, resultante del diálogo de la persona con su realidad” (Fiorini, 2001)

Esta “situación” es la que se deberá tener en cuenta para realizar el “Diagnostico Situacional”.

A lo largo del proceso terapéutico la tarea no abarcará la totalidad de los componentes de la situación, se concentrará la atención en algunos de ellos recortando alguna zona de la estructura. Con que amplitud y profundidad pueda comprenderse la totalidad de la estructura, dependerá de aspectos que tienen que ver con el paciente a saber: factores culturales, ocupacionales, motivación, aptitudes para el tratamiento, entre otros y también del terapeuta, de sus recursos técnicos, disponibilidad personal etc.

El trabajo con el foco, seguiría la siguiente secuencia:

1. El paciente inicia la sesión aportando material disperso, episodios recientes, recuerdos, vivencias especiales en relación a esos episodios, observaciones sobre los otros, etc.
2. Luego de ese despliegue inicial, el terapeuta interviene para preguntar en una dirección determinada o para reformular el relato, haciendo hincapié en ciertos elementos que son significativos desde la situación foco.
3. El paciente recibe esta reformulación y empieza a operar con ella, amplía elementos que fueron recortados por el terapeuta o produce asociaciones en relación al direccionamiento dado.
4. Nuevamente el terapeuta interviene, ahondando en determinados componentes de la situación para luego articular el conjunto. Es un movimiento donde se trabaja sobre los detalles y sobre el conjunto.

Por lo que se viene de señalar, aparece clara la necesidad de pensar en el empleo de una estrategia planificada en este tipo de psicoterapia, si se pretende lograr resultados

terapéuticos más precisos, en menor tiempo y con el empleo apropiado de recursos técnicos.

3.3 Planificación estratégica

En términos generales cuando se habla de planificación, se parte de la idea de la elaboración de un programa detallado y preciso, es decir una secuencia ordenada de pasos para lograr un objetivo definido. En este caso, se hace referencia al diseño de una estrategia terapéutica particular configurada con la intención de conseguir determinadas metas.

Pero, ¿de dónde surge la necesidad de una planificación en la tarea?

Fue introducida a mediados de la década de los cuarenta por Alexander y French, (1946) y adoptada por diversos autores de filiación psicoanalítica tanto de Estados Unidos como de los países anglosajones.

En el ámbito de la salud mental aquí en Uruguay, diversas instituciones y servicios, han experimentado en sus prácticas clínicas la necesidad de planificar, fijar metas y administrar los recursos para alcanzarlas, como respuesta específica a consultas masivas donde en general los recursos, el tiempo y el personal técnico resultan insuficientes para tramitar la demanda asistencial.

El modelo Ágora, desarrollado por el Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas, por ejemplo, propone mantener el eje del diseño estratégico en la tarea en torno a un foco o columna vertebral, dando especial significación a dos variables: el tiempo y los objetivos.

Plantean la importancia de establecer objetivos definidos, más que limitados, pues limitados siempre están, en la medida en que también lo están los recursos disponibles, y cuando se refieren al tiempo, proponen lo siguiente:

“Suele hablarse de psicoterapia de tiempo limitado, ¿es esto correcto?, ¿puede existir una que no lo tenga? Freud admitía en “Análisis terminable e interminable” que aun llevando las cosas hasta sus últimas consecuencias, de hecho el tratamiento habría de todos modos de terminar con la muerte de alguno de los dos protagonistas”. Lo que hace la diferencia una vez más es si se establece una duración predeterminación o no. Nosotros creemos que lo ideal es que el proceso dure lo que técnicamente sea necesario, cosa muy difícil de estimar de antemano” (Defey, D. et al, pp.138-139)

3.4 Elementos de la Planificación

3.4.1 Indicaciones y Contraindicaciones. La psicoterapia focal es una técnica que no está indicada para todo caso, en algunos casos será posible focalizar y en otros, no.

Al respecto (Braier, 1984) expresa que la indicación o contraindicación clínica de la psicoterapia focal, se desprende de la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente, dentro de la cual son elementos indicadores para su recomendación.

- Que los trastornos que padece el paciente sean de iniciación reciente y aguda y que por tanto motivan el tratamiento. Se trata de situaciones críticas en las que el individuo se encuentra afectado por problemas de su realidad actual como por ejemplo accidente de trabajo, ruptura de pareja, pérdida laboral, jubilación, climaterio, etc., lo que estaría dando lugar a una depresión reactiva o a una crisis vital.
- Una estructura yoica relativamente preservada, es decir, un funcionamiento discriminativo de la realidad, inteligencia que permita una comunicación comprensiva con cierta capacidad de simbolización y uso de mecanismos de defensa de diversos tipos.
- Revelar directa o indirectamente cierto nivel de motivación para la psicoterapia.
- Capacidad de insight.
- Determinación y buena delimitación focal desde el comienzo.

Considerar aisladamente cualquiera de los elementos del diagnóstico sería insuficiente para indicar o contraindicar una terapia de este tipo, se deberá atender en cada caso la totalidad de la situación presentada por el paciente, entre los que se destacan factores tales como condiciones socioeconómicas del paciente, tipo de vínculos que entabla, historia vital, la edad, etc.

“En personas de edad avanzada, en las que se halla contraindicado el tratamiento psicoanalítico, la terapia focal puede encontrar una aplicación muy adecuada porque permite trabajar sectorialmente incluso a través de una técnica interpretativa, respetar la estructura caracterológica del paciente a la par que sus conflictos difícilmente modificables y evitar de este modo modificaciones afectivas innecesarias, excesivas y aun riesgosas”.

(Braier, 1984)

En relación al terapeuta, se puntualiza sobre su capacidad para comprender el problema del paciente en términos dinámicos, una sólida motivación, ya que en este contexto se exige del terapeuta una participación activa en el proceso y la capacidad para formular un programa terapéutico restringido.

3.4.2 Diagnóstico Situacional. La idea de Diagnóstico situacional, fue desarrollada por Fiorini, derivada de los aportes de la Psicología Social de Enrique Pichón Riviere.

“Se trata de entender al paciente en una dimensión psicofísica total y participante de una circunstancia vital específica” (Rivera, 1996)

Comprende el diagnóstico de distintas áreas de desempeño y de realización personal, a efectos de tener un panorama general no solo del funcionamiento psicodinámico, sino también de otras áreas, que son organizadas como series diagnósticas, entre las que se destacan la familiar, vincular, corporal, histórico-genética entre otras, a efectos de poder esclarecer cuales son las más comprometidas y cuales están libres de conflicto.

Es un paso fundamental que debe darse previamente a la formulación del foco ampliando la mirada en primera instancia para lograr ese diagnóstico, concentrándola luego para determinar el foco y finalmente volviendo a desplegar la situación a efectos de lograr un abordaje situacional.

“.....la idea príncips es la de un verdadero diagnostico situacional, es decir aquel en que la situación misma es el paciente. Se trata de entender la situación como una totalidad, una gestalt que tiene su propia dinámica y estructura” (Defey, D. et al, pp.138-139).

Se hará una breve reseña de las series diagnósticas y a que aspectos se refieren:

Serie Clínica: Evalúa tanto desde una perspectiva semiológica (depresión, angustia, insomnio, comportamientos antisociales etc.), como patogénica (neurosis, psicosis, etc.).

Serie Psicodinámica: Evalúa el tipo e intensidad del conflicto inconsciente, angustia predominante, relaciones de objeto, defensas más habituales.

Potencial de Salud: Evalúa el estado de las funciones adaptativas, creativas y elaborativas del Yo, especialmente juicio de realidad, capacidad de insight, tolerancia a la frustración, control de impulsos y pensamiento anticipatorio.

Serie Terapéutica: Evalúa el posicionamiento espontáneo del paciente en la cura, analizando propiedades de su transferencia y alianza terapéutica. Asimismo atiende a la contratransferencia, y el momento personal del terapeuta, evaluando si son favorables o inconvenientes para trabajar con ese paciente y en ese momento.

Serie Vincular: Concierne a la manera como se relaciona el paciente con sus semejantes.

Serie Evolutiva: En esta serie se evalúa el nivel evolutivo del paciente según la problemática propia de su momento vital.

Social-Interpersonal: Explora la participación e integración del paciente en actividades compartidas con terceros como amistades, vida social.

Serie Laboral: Evalúa la actitud ante las tareas cotidianas que implican responsabilidades estables como el trabajo, y/o el estudio.

Serie Corporal: Evalúa el papel que el paciente le asigna a su cuerpo y la incidencia del estado sanitario del mismo en su vida.

Serie Familiar: Evalúa dicho entorno, según el papel que juega en la vida del paciente.

Serie Prospectiva: Dimensión que explora la actitud del paciente ante el futuro, especialmente en la configuración de un proyecto personal.

Socio-Cultural: Evalúa los aspectos históricos-culturales, ideológicos e idiosincráticos en juego en determinada situación.

Histórico-Genética: Evalúa los determinantes históricos de la vida del paciente presentes en la situación actual, por ejemplo como se actualiza una historia marcada por las pérdidas en un duelo.

El número de series consideradas puede pues variar de un paciente a otro.

Cabe destacar además que según las características de la situación personal de cada paciente, y la gravitación de algún aspecto particular de una serie determinada, puede ser oportuno discriminar en ese caso, otras series como por ejemplo: derivar de la serie vincular una serie “pareja” o una serie “sexual”.

3.4.3 Determinación del Foco. Volviendo al concepto de Foco, Fiorini (1996) plantea que su origen es longevo, llegando hasta el Psicoanálisis desde la Óptica.

Así, hacer foco, es lograr una imagen nítida donde se concentran los haces de luz, siendo por tanto el foco el lugar donde se concentra la luz.

Concentración que se presenta como opuesta a dispersión, es decir a aquellos casos en la clínica donde la problemática que trae el paciente o sea la situación, se presenta de forma muy ramificada no permitiendo focalizar.

Cuando focalizamos, concentramos nuestra atención en cierto conflicto que aparece en primer plano. Podría pensarse como la relación que hay entre figura-fondo.

En este caso *“focalizar es hacer figura en cierto conflicto que aparece prevalentemente activado en ese momento, insiste en hacerse figura, pasar a primer plano. Es al que, siguiendo a Balint y a Malan llamamos “conflicto focal”.* (Fiorini, 1996)

Se hace necesario en este momento, deslindar algunos conceptos a efectos de abordarlos con claridad.

Conflicto Focal, como venimos de ver, es aquel que aparece en primer plano, que se deriva del material que trae a consulta el paciente.

Conflicto Nuclear, refiere a aquellos aspectos profundos que se activan y ponen en juego en una problemática actual, que es sobreinvertida por ellos. Incluye aspectos infantiles y estructurales

Motivo de consulta, es lo que moviliza al paciente a consultar, los síntomas o problemas que lo aquejan.

Para el modelo Ágora, es necesario delimitar el motivo de consulta del concepto de demanda, ya que en psicoterapia focal muchas veces se actúa en situaciones de crisis.

En estos casos, la persona, grupo o familia que se encuentra transitando una crisis, no estaría en condiciones de estructurar una demanda sobre todo en la primera fase de la crisis, ya que se encuentra en la fase de shock.

Muchas veces estos pacientes no logran instrumentar conductas adaptativas mínimas como cuidar sus hijos o protegerse de un peligro real inminente, por lo cual no resultaría extraño que no concurren a solicitar ayuda psicológica más allá de que la necesiten.

Por esta razón, este modelo habla en casos de crisis de “primera ayuda psicológica”, concepto desarrollado por Slaikeu (1990), donde el rol del terapeuta es sumamente activo.

Lo que proponen es sustituir la idea de la inevitabilidad de la demanda explícita *“por la del consentimiento informado a un servicio que se ofrece activamente, tal como sucede natural y cotidianamente con diferentes servicios médicos y educativos”*. (Defey, 1995)

Por otra parte, la concepción que plantean de una relación terapéutica de mayor horizontalidad, también sería de aplicación a la hora de definir el foco, ya que tanto éste como los objetivos, del tratamiento, surgirán de un acuerdo entre paciente y terapeuta y serán contratados al inicio del mismo.

Retomando el concepto de focalización, es importante también destacar aquí que se han podido establecer diferentes tipos o formas.

Focalización espontánea que es la que se da en la mayoría de los casos, donde el consultante viene con una idea clara de cuál es el problema que desea resolver. Son en general situaciones en que se ha producido un antes y un después, donde se produjo un desequilibrio en el ritmo de vida.

Como ejemplos podemos citar: reacción depresiva luego del nacimiento de un hijo, intento de autoeliminación de un hijo, engaños en la pareja, o sea sucesos vitales estresantes.

También podría tratarse de problemáticas de más larga data como por ej. Relación con una padre afectado de demencia senil, relación conflictiva con un jefe en el trabajo etc.

Focalización selectiva se da cuando la situación impone la existencia de una sucesión de focos a ir abordando sucesivamente, para lo cual habrá que priorizar los mismos de acuerdo a su urgencia y grado de riesgo.

Focalización inducida es cuando el terapeuta introduce un foco que el paciente no pensaba abordar. Se da en los casos de situaciones de riesgo no percibidas, como por ejemplo en las crisis donde por sus consecuencias, se ve afectada la capacidad de respuesta adaptativa del Yo, siendo el terapeuta el que introduce la priorización de los temas a abordar.

“Claro es el ejemplo de una paciente de 22 años que consulta por dificultades en el vínculo con su hijo de 8 años, dado que se encuentra muy agresiva con él y no entiende la causa de su cambio de conducta. Esta actitud...ha comenzado desde que su nueva pareja le empieza a hablar de casarse y tener hijos. De modo casual menciona que hace dos años le han extirpado el útero y los ovarios por un cáncer” “.....se le indicó tratamiento hormonal y quimioterapia, habiendo realizado ambos tratamientos durante un tiempo, pero abandonándolos recientemente” (Defey, 2004, p.40)

Se considera que en este caso el foco espontáneo (problemas en el vínculo con su hijo) nunca podría suplir el imperativo de abordar su abandono del tratamiento. El criterio de riesgo es prioritario (el tratamiento por el cáncer).

3.4.4 Objetivos Terapéuticos. Fijarse objetivos en el proceso, implica establecer un destino hacia donde dirigirse, el cual, deberá ser coherente con lo que le sucede al paciente en relación a su historia y a su situación actual.

Son parte de la estrategia terapéutica y deben guardar coherencia con el foco, la técnica y los recursos terapéuticos.

Son acordados en el vínculo diádico terapeuta-paciente y establecidos en el contrato. Además de los objetivos generales se diseñan también objetivos específicos para cada situación clínica, siendo esencial su explicitación

Los objetivos delimitan un “norte” en el proceso terapéutico (cura/cambio) y al acordarlos deben tenerse en cuenta determinadas variables:

- * Motivación del paciente por conocerse más.
- * Capacidad de insight.
- * Recursos terapéuticos posibles.
- * Tiempo disponible. (Variable dependiente)

Así mismo es importante destacar, que los objetivos que se han de trazar deben contener cuatro cualidades básicas:

Ser viables; en el entendido de que deben poder ser realizables, a los efectos de no plantearnos metas inalcanzables que terminen por frustrar al paciente al ver que no se han podido alcanzar.

Tangibles; en relación a que aquellos objetivos que nos propongamos, tengan relación con la vida del paciente, es decir, que puedan ser reconocidos por este, “*sin que se tenga que apelar luego a abstracciones teóricas sobre los progresos obtenidos, lo cual resulta solo fértil para nosotros y es en cambio generalmente infértil para aquel.*” (Rivera, 1996)

Verificables se refiere a la posibilidad de evaluarlos, una vez que el proceso terapéutico haya finalizado, para ver en qué grado se han podido alcanzar.

Estratificados porque los mismos han de ser priorizados con el criterio de que deben ser atendidos en primer lugar aquellos que no pueden esperar, en el ejemplo que manejábamos al explicar la focalización inducida, sin duda es prioritario que la paciente retome su tratamiento oncológico.

3.4.5 Técnica. Históricamente se han reconocido dos tipos de enfoque técnico, aquel que apunta a explorar, profundizar y descubrir, clásicamente denominado “de insight” y aquel que se propone contener o reforzar, conocido como “técnica de apoyo”.

Fiorini (2001) por su parte plantea las siguientes modalidades técnicas:

Psicoterapia de Apoyo, en la cual se persiguen como objetivos atenuar o suprimir la ansiedad y otros síntomas clínicos, a los efectos de retornar al equilibrio u homeóstasis previa a la crisis.

La estrategia básica es la de instaurar con el paciente un vínculo reasegurador, protector, orientador.

El rol del terapeuta no será únicamente en constituirse en “pantalla de protección”, sino en desempeñarse activamente, estableciendo una relación interpersonal clara y definida. En la medida de lo posible no se dará lugar a situaciones de ambigüedad y se evitarán los silencios y la distancia afectiva, mediante el diálogo y una actitud activa.

Las intervenciones terapéuticas serán de tipo sugestivo-directivo, no recomendándose incluir en este contexto, las interpretaciones transferenciales, ya que no favorecerían la instauración del vínculo que se pretende.

Psicoterapia de Esclarecimiento. Tiene entre sus objetivos principales, al igual que la técnica de apoyo, reestablecer la homeostasis perdida, a la vez que minimizar la sintomatología, pero también buscar desarrollar en el paciente una actitud de auto-observación que le permita comprender sus dificultades, más allá de lo que le permitiría comprender el sentido común.

“La estrategia fundamental consiste en establecer una relación de indagación, centrada en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos a las relaciones actuales y los síntomas”.

El terapeuta desarrollará un rol de “docente experto”, ya que esta técnica tiende a establecer un proceso de aprendizaje a la vez que llevará adelante una conducta discretamente cálida, espontánea y activa, a efectos de favorecer fluidez en el diálogo.

“La relación paciente-terapeuta es básicamente complementaria, pero debe incluir aspectos simétricos, reclamando también del paciente un papel activo en el que pueda aportar datos en la dirección que asume en cada momento la búsqueda y ensayar la formulación de sus propias interpretaciones”.

3.4.6 Recursos terapéuticos. Son los Instrumentos técnicos de los que valerse en el quehacer terapéutico.

Los estratégicos, son aquellos con los que se cuenta como terapeuta, los tácticos son los que se despliegan en una situación y momento determinado.

Puede ser conveniente incluir recursos: Corporales, psicodramáticos, sistémicos, técnicas de relajación, audio-visuales, técnicas proyectivas, musicoterapia, textos, etc.

No debe perderse de vista en su utilización, la razón de ser del empleo del recurso y la compatibilidad recíproca de los diferentes recursos con la técnica elegida.

CAPITULO 4

CONCLUSIONES

ABORDAJE DEL DUELO, DESDE LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA FOCAL

4.1 Por qué plantear el abordaje del Duelo desde la Psicoterapia Focal

La Psicoterapia Psicoanalítica Focal, como viene planteándose, propone esencialmente entre otros aspectos: la determinación de un Foco, una determinada planificación estratégica (diagnóstico situacional, establecimiento de objetivos, técnicas específicas). Todos elementos considerados preponderantes, que en este caso podrían proponerse como técnica específica en clínica, para llevar adelante el acompañamiento del proceso de duelo y su posible elaboración.

Por las características propias de esta psicoterapia, así como también del proceso y trabajo de duelo, es que se propone este abordaje con los fundamentos que a continuación siguen:

4.1.1 POR EL DIAGNOSTICO SITUACIONAL. En la tarea terapéutica de acompañar un proceso de duelo, resulta necesario realizar una amplia y minuciosa evaluación diagnóstica de todas las áreas que se han visto afectadas por la pérdida.

Ya se ha visto que el duelo compromete distintos ámbitos de la persona, el orgánico, el psíquico, el social, el interpersonal, entre otros.

El abordaje con la técnica focal facilitará sin duda esta tarea y permitirá un análisis en profundidad, por medio del diagnóstico situacional que propone.

Las distintas series que se analizan y diagnostican, aportaran un panorama claro para establecer cuáles fueron las más afectadas y cuales se han mantenido fortalecidas, así como organizar el plan terapéutico correspondiente.

También se habrá de tener presente, las diferentes etapas por las que transcurre un duelo, a efectos de identificar en que momento del proceso se encuentra quien consulta.

Este tipo de diagnóstico habilita a comprender en forma cabal, la presencia de distorsiones en las funciones yóicas básicas (percepción, atención, memoria, pensamiento), así como también las dificultades que suelen presentarse en los vínculos interpersonales, en la capacidad de tolerancia frente a la ansiedad y la frustración o la regulación de la autoestima.

Resulta también de suma importancia diagnosticar las características de la pérdida y de lo perdido, pues éstas, pueden no coincidir con las representaciones que previamente tiene el terapeuta ya sea por sesgos culturales, de clase social, de edad, de género, etc.

Asimismo, será crucial establecer, qué de la vida y de la persona del paciente, se fue con esa pérdida, en la medida en que el trabajo terapéutico no apunta a recuperar el objeto perdido, sino aquello que ese objeto perdido, representaba en la vida de la persona.

4.1.2 POR EL ESTABLECIMIENTO DE UN FOCO. En lo que hace a la focalización según fue visto anteriormente con Fiorini, el duelo se presentaría como figura por sí misma, sobre un fondo que puede contener conflictos relacionados y algún conflicto nuclear. Conflicto nuclear que es atraído por el conflicto focal, que lo trae a la superficie y lo reactualiza.

Este conflicto nuclear reactualizado, recuerda las postulaciones de autores como Melanie Klein, cuando señala que todo duelo implica un nuevo pasaje por los estados más tempranos del desarrollo, a saber las posiciones esquizo- paranoides y depresiva, o sea que todo duelo estaría actualizando duelos anteriores vividos a raíz de crisis traumáticas o evolutivas.

4.1.3 POR FIJARSE OBJETIVOS. Los objetivos, organizan la tarea, establecen un “norte”. Esta dirección deberá estar de acuerdo con la situación actual del paciente, con su historia vital, el hecho concreto de la pérdida y sus consecuencias, así como y la estrategia y técnica a utilizar.

Uno de los objetivos a plantearse podría ser la superación de cada una de las fases que van apareciendo, hasta que el paciente logre identificarse con el objeto perdido, para una posterior sustitución o elaboración.

Será de trascendencia además:

a. Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.

- b. Proporcionar el espacio para la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a la pérdida, así como su contención y explorar sin emitir juicios.
- c. Contribuir a que el paciente sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido.
- d. Elaborar la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

Los objetivos, deberán ser claros y estar acordados con el paciente desde las primeras entrevistas. Cuando se manejan objetivos muy generales o sin especificarse claramente, se corre el riesgo de que la dinámica del proceso quede demasiado sujeta a las vicisitudes de la transferencia, que en este tipo de psicoterapia es controlada y con características diferentes a un abordaje psicoanalítico riguroso.

4.1.4. POR LA TECNICA. La situación de duelo, ¿puede considerarse una crisis?

Se podría comenzar por definir el término crisis: **René Kaës** (1985) entiende a la Crisis como un cambio brusco y decisivo en el curso de un proceso, como por ejemplo una enfermedad inesperada. Este cambio produciría en el sujeto una ruptura, una situación de caos que estaría generando un movimiento, un cambio destinado a la resolución, a una esperanza de sutura.

Por su parte, **Alfredo Moffatt** (2007) en “Terapia de Crisis”, la entiende como la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida.

Se trata de una fractura del “Yo” ante una situación inesperada e imprevista, que la persona no puede “codificar”. Para que una situación produzca una crisis, más importante que la intensidad del traumatismo vivido, es la calidad de “inesperado de esa situación” lo que la hace vivir como “irreal”.

Son situaciones que a nivel orgánico generan estado de stress, trastornos cardio-respiratorios, sensación de nudos en la garganta y en el estómago, hipercontracción muscular.

De acuerdo a estas definiciones, se podría considerar al duelo como crisis, ya sea evolutiva o traumática, una situación que rompe con la homeóstasis, que no se podría codificar.

Como se vio, la Técnica de apoyo propuesta entre otros autores por Fiorini (2001), tiene como uno de sus objetivos, la atenuación o la supresión de los síntomas clínicos, como modo de favorecer el retorno de la situación de homeóstasis anterior.

Toda la desorganización provocada por el duelo, podría abordarse con este tipo de técnica, para reestablecer el equilibrio previo a la descompensación.

La estrategia básica, es el vínculo entablado entre paciente y terapeuta, que es de tipo orientador, reasegurador y protector. En la influencia correctora del vínculo real con el terapeuta, “experiencia emocional correctiva” (Alexander & French, 1946), estaría la eficacia de esta psicoterapia.

En sus aspectos psicodinámicos, este vínculo, puede interpretarse como propenso a generar en el paciente, una disociación entre “objetos buenos” y “objetos malos”, de manera que proyecte en el terapeuta el objeto bueno y excluya al perseguidor.

Resulta interesante como se puede articular esta técnica con el proceso de duelo, si se tiene en cuenta los aportes de Melanie Klein (1940), cuando nos dice que todo proceso de duelo resitúa a quien lo transita, en las vivencias tempranas en las cuales el mundo se presenta aún fraccionado y escindido en “objetos buenos y malos”, (Klein, 1934-1940) hasta que se logra la unificación en un solo objeto.

Esta disociación podría ser superada por medio de la Experiencia Emocional Correctiva que formula la Psicoterapia Psicoanalítica Focal.

4.1.5. POR LA PERSONA DEL TERAPEUTA. Alexander, ya en el año 1965, reconocía el acuerdo que existía entre los distintos autores, sobre la importancia que desempeña la personalidad del terapeuta en los resultados de la cura.

Existiría desde ese entonces, una inclinación más marcada a que el mismo se mostrase más flexible ante el paciente y sus problemas.

El interés por este tema, surge con Freud (1910), cuando por primera vez emplea la expresión “contra-transferencia”.

Si bien por mucho tiempo se ha considerado el “eco emocional” del terapeuta como un elemento de impureza y perturbación, Alexander (1965) propone que es beneficiosa cuando permite la “experiencia emocional correctiva”, es decir cuando la actitud del clínico, difiere con la que adoptaron los padres para con el hijo (paciente) y que desencadenó las dificultades emocionales de éste.

También este autor formula en acuerdo con Sandor Rado, la preocupación de aquellos aspectos de la técnica estándar, que fomentan la regresión sin suministrar una contracorriente a favor del avance del paciente, de su adaptación a la situación real y presente de la vida.

Expresa Sandor, citado por Alexander (1965):

“Una cosa es superar las inhibiciones y poder así evocar el pasado y otra aprender de ahí y capacitarse para obrar en consecuencia”

A la luz de estos conceptos y en relación al proceso de duelo, se podría plantear:

El conflicto focal (el hoy), aquel que aparece en primer plano, esa situación real y actual que desorganiza y desestructura generando síntomas tanto a nivel orgánico como psíquico, atrae un conflicto nuclear (el pasado), es decir aquellos aspectos profundos que se activan y se ponen en juego en esta problemática actual, que es sobreinvertida por ellos.

Si en definitiva, el trabajo de duelo a nivel psíquico se traduce en: desligar las investiduras libidinales desde las representaciones del objeto amado hacia el Yo, con miras a facilitar un proceso de elaboración, para que una vez situado el paciente en este punto, reestructure su mundo interno y externo, esto implica un proceso donde lo histórico es sin duda relevante pero también es de suma importancia “lo actual” así como “lo prospectivo”.

Elaborar el duelo entonces implica desde las técnicas breves y focales, la reorganización de los aspectos psíquicos, que con la situación crítica actual, han arrastrado hasta el presente antiguas pérdidas, con sus consecuencias de haber sido elaboradas o no.

Pero a su vez, todos aquellos lugares de la vida del paciente que han sido afectados, sus relaciones interpersonales, su vida social, su proyecto de vida y la calidad de la misma que son parte también de su “salud” concebida en forma integral, son todos aspectos que se juegan en la clínica y que se constituyen también en objetivos a alcanzar en el proceso terapéutico.

El proceso terapéutico es, según Rado (citado por Alexander 1965), una recapitulación del proceso de maduración emocional, de modo que el niño aprende de sus padres hasta que termina por no necesitar ayuda.

Si con cada duelo, el duelista se resitúa en experiencias de pérdidas anteriores, este vínculo de apoyo y flexibilidad entablado con el terapeuta, y el trabajo de bucear en la historia del paciente sin perder de vista su situación actual y prospectiva, se sumarían como elementos de las Psicoterapias breves y focales, a favor de las presentes consideraciones.

No se habrá de perder de vista, finalmente, las recientes investigaciones realizadas por diferentes autores en distintos países, que demuestran que la mayoría de los pacientes psicoterapéuticos, sobre todo a nivel de los servicios del sistema de atención psicoterapéutica, reciben un número relativamente pequeño de sesiones.

En tal sentido, el psicoanalista chileno Juan Pablo Jiménez (1995) miembro activo de la Asociación Psicoanalítica y de la Universidad de Chile, también director de una unidad hospitalaria de psicoterapia psicoanalítica ambulatoria, en su artículo “El Psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada”, ha aportado interesantes datos.

Por un lado, propone pensar la psicoterapia como tecnología apropiada, es decir tomando las teorías y técnicas psicoterapéuticas psicoanalíticas surgidas en otro contexto, pero cuestionándolas a la luz de la realidad social y cultural latinoamericanas. (Jiménez, 1995).

Y a su vez reseña que investigaciones como las de Garfield (1986) y Phillips (1985) en Estados Unidos, las de Cohen & Cohen (1984) y las suyas propias, dan cuenta de que *“la mayoría de los pacientes, asisten a un número relativamente pequeño de sesiones, mientras*

que, la mayoría del tiempo disponible de los psicoterapeutas es empleado en psicoterapias de larga duración”.

Como forma de conclusión provisoria y a modo de síntesis de todos los conceptos e ideas vertidas en el presente trabajo monográfico, se podría expresar lo siguiente:

Por los fenómenos y mecanismos puestos en juego en el proceso, trabajo y elaboración de un duelo, así como por la metodología y los fundamentos teórico-técnicos de las psicoterapias breves, en especial la focalizada y de objetivos delimitados, sumado esto a las tendencias actuales que surgen de la articulación de formulaciones teóricas que dan respuesta a demandas específicas en la clínica, es que surge la presente propuesta de plantear a la psicoterapia psicoanalítica focalizada, como técnica apropiada para el abordaje del duelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **ALEXANDER, F.** (1965) *Contribuciones psicoanalíticas a la psicoterapia breve* En Wolberg L. y colab., Psicoterapia breve Madrid: Editorial Gredos
- **ARIÈS, P.** (1983) *El hombre ante la muerte*, Madrid: Taurus Ediciones S.A.
- **BALINT, M. ORNSTEIN, P. & BALINT, E.** (2006) *Psicoterapia Focal Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock* Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- **BERNARDI, R.** (1995) *La Focalización en Psicoanálisis en Intervenciones Psicoanalíticas de Objetivos y Tiempo definidos.* Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- **BERNASCONI, E. & SMUD, M.** (2003) *Sobre Duelos, Enlutados y Duelistas* Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen
- **BRAIER, E.** (1984) *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- **DEFEY, D.** (1995) *Psicoterapia Focal Intervenciones Psicoanalíticas de Objetivos y Tiempo definidos.* Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- **DEFEY, D.** (2001) *Olvidar, Repetir, Sustituir* En Bernardi, R. y colab., "Psicoanálisis. Focos y aperturas" Montevideo: Psicolibros
- **DEFEY, D.** (2004) *Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada* En Defey, D. y colab., *Vidas en Crisis. La Técnica de la Psicoterapia Focal Psicoanalítica en vivo.* Pelotas: EDUCAT
- **FIORINI, H.** (2001) *Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica* en Teoría y Técnica de Psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión
- **FIORINI, H.** (2001) *Delimitación técnica en Psicoterapias* En Teoría y Técnica de Psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión
- **FREUD, S.** (1976) *Duelo y Melancolía* en Sigmund Freud, Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento Psicoanalítico y otras Obras. Tomo XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores
- **FREUD, S.** (1976) *Inhibición, Síntoma y Angustia* en Sigmund Freud, Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento Psicoanalítico y otras Obras. Tomo XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores
- **FREUD, S.** (1976) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* en Sigmund Freud, Obras Completas. De la Historia de una neurosis infantil y otras Obras. Tomo XVII Buenos Aires Amorrortu Editores
- **LIBERMAN, D.** (2007) *Es hora de Hablar de Duelo. Del dolor de la muerte al dolor de la vida* Buenos Aires: Editorial Atlántida

- **JIMENEZ, J.** (1995) *El Psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada* En Intervenciones Psicoanalíticas de Objetivos y Tiempo definidos. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- **KAES, R., MISSENARD, A. y otros** (1985) *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- **KERNBERG, O.** (2007) *Duelo y Melancolía releído* En Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y aplicaciones. 30. México: Editorial El Manual Moderno
- **KLEIN, M.** (1964) *El duelo y su relación con los estados maníacos-depresivos* En Contribuciones al Psicoanálisis. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- **KNOBEL, M.** (1986) *Para una teoría de la Técnica de la Psicoterapia breve* En Psicoterapia Breve, Buenos Aires: Editorial Paidós
- **MALAN, D. H.** (1974) *La psicoterapia breve* Buenos Aires: Centro Editor América latina
- **MOFFATT, A.** (2007). *Terapia de Crisis, La Emergencia Psicológica* Buenos Aires: Edición Bancavida.
- **NASIO, J.D.** (1996) *El Libro del Dolor y del Amor* Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- **RIVERA, J.** (1996) *Sobre la planificación en la psicoterapia focal psicoanalítica* En Focalización y Psicoanálisis, Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana
- **SEGAL, H.** (1987) *Psicopatología de la Posición Esquizo-paranoide* En Introducción a la Obra de Melanie Klein. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- **SEGAL, H.** (1987) *La Posición Depresiva* en Introducción a la Obra de Melanie Klein. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- **SANCHEZ, S.** (2005) *Nuevo Diccionario esencial de la Lengua Española* Buenos Aires: Santillana
- **TIZON, J.** (1998, Octubre) *Los Procesos de Duelo y Pérdida* Comunicación presentada en el 1º Congreso Uruguayo de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. Montevideo, Uruguay
- **TIZON, J.** (2009) *Pérdida, Pena, Duelo* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.