

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOSOFÍA
Departamento de Filosofía IV
(Teoría del Conocimiento, Estética e Historia del Pensamiento)



**EL PROCESO DE DUELO EN PSICOTERAPIA DE TIEMPO
LIMITADO, EVALUADO MEDIANTE EL MÉTODO DEL
TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT)**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Moraima Guadalupe García Mantilla

Bajo la dirección del doctor

Alejandro Ávila Espada

Madrid, 2013



Universidad Complutense de Madrid

Departamento de Teoría del Conocimiento
(Estética e Historia del Pensamiento)
Facultad de Filosofía

El proceso de duelo en psicoterapia de
tiempo limitado, evaluado mediante el
Método del Tema Central de Conflicto
Relacional (CCRT)

Tesis para la obtención del grado de Doctor

Autor: Moraima Guadalupe García Mantilla

Director de la tesis: Prof. Dr. Alejandro Ávila Espada

Madrid, 2012

DEDICATORIA

A mi padre Roberto

Por haber cuidado de mí siempre, por apoyarme en mis sueños, escucharme y darme palabras de aliento. Papá eres mi guía, mi inspiración, un gran ejemplo de superación. Gracias por demostrarme inmenso amor en cada momento y hacer de mí alguien de bien.

A mi madre Briffel

Por tu apoyo, comprensión y por alentarme a seguir adelante. Gracias mamá por tus enseñanzas de perseverancia, pero sobre todo por tu amor incondicional y hacer de mí una mujer de bien.

A mis hermanos Rogel, Roberto, Andrea y Rodrigo

Por traer alegría a mi vida. Cada uno de ustedes tiene un lugar muy especial en mi corazón. Me siento afortunada de tenerlos a mi lado y de poder compartir con ustedes mis triunfos y fracasos.

A mi esposo Caspar

Por tu amor, apoyo y ayuda incondicional. Gracias por tu entusiasmo en todo momento, por escuchar mis dudas y motivarme a seguir luchando y a seguir creciendo como ser humano. Ik hou van jou.

A Camila

Mi linda y fiel perrita que me ha acompañado de inicio a fin en esta aventura.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Alejandro Ávila Espada

Para usted solamente tengo palabras de agradecimiento. Sus enseñanzas y acompañamiento durante todo el proceso fueron fundamentales para culminar esta investigación. Gracias por guiarme, estimularme a seguir adelante, ser paciente y recibirme con gran disposición en las tutorías, pero sobre todo por cuidar de mí como a una hija más.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)

Los estudios del Doctorado en Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos fueron posibles gracias a esta institución que me brindó la oportunidad de estudiar becada en la Universidad Complutense de Madrid, España.

Durante los años que duró esta investigación han sido muchas las personas que se han visto implicadas de alguna forma en este proceso. Quiero agradecer a mis profesores de la Universidad del Claustro de Sor Juana: Lourdes Quiroga, Carmen Pardo, Jaime de León y Miguel Ángel Zarco, por motivarme en mis estudios de posgrado. Al Mtro. Miguel Ángel Villa Escárcega, Rector de la Universidad del Valle de México, campus Texcoco, por haberme abierto las puertas de la institución, en especial de la facultad de Psicología para realizar la investigación. A la coordinadora del CAPTE, Marisol Rodríguez Oropeza por su apoyo para trabajar en la clínica perteneciente a la universidad. Al Dr. Dan Pokorny por el tiempo brindado en la enseñanza y análisis de los datos con el método CCRT-LU. A Yolanda López del Hoyo por la capacitación en el método CCRT-LU-S. A la estadista Mary Carmen Álvarez Santos por su colaboración en el análisis del material. A Rogelio Dromundo Salazar, por sus sabias correcciones en el texto. A los alumnos de psicología de la Universidad del Valle de México, en especial a Mirna Sánchez Flores, por su contribución en el caso Trinidad.

Quiero agradecer especialmente a los pacientes, ya que a pesar del dolor que algunos enfrentaban en ese momento, confiaron y aceptaron participar en esta investigación.

Deseo también agradecer a mi madrina Rocío Rubiera Cháves por su amor y apoyo incondicional y a mi suegra Anny Berghout-Vermeulen, por el soporte e interés en mi proyecto de investigación.

Por último, pero no por ello menos importante, agradezco a mis amigos Cinthia, Vanesa, Jenifer, Mary Carmen, Susana, Lydia, Virginia, David, Sergio, Jorge, Arnie y otros tantos en México, Madrid y Amsterdam, que me brindaron en los momentos de tensión un buen motivo para reírme y distraerme, pero sobre todo por alentarme a seguir luchando para llegar a tan anhelada meta.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO

1.1 Introducción	9
1.2 Justificación	14
1.3 Planteamiento del problema	15
1.4 Antecedentes	16
• 1.4.1 El Duelo	16
• 1.4.2 Psicoterapia de tiempo limitado	19
• 1.4.3 El Método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)	21

CAPÍTULO 2. MÉTODO

2.1 Objetivo General	24
2.2 Objetivos Específicos	24
2.3 Hipótesis	24
2.4 Metodología	25
• 2.4.1 Tipo de estudio	25
• 2.4.2 Sujetos	25
• 2.4.3 Procedimiento	25
• 2.4.4 Muestra de sesiones	27
• 2.4.5 Método	27
• 2.4.6 Análisis estadístico	28
• 2.4.7 Evaluadores del CCRT	28
• 2.4.8 Acuerdo entre jueces	29

CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL SOBRE EL DUELO

3.1 Modelos Teóricos sobre el Duelo	32
• 3.1.1 Un breve esbozo de los modelos teóricos sobre el duelo	32
• 3.1.2 El modelo psicoanalítico del duelo en Sigmund Freud	34
• 3.1.3 Los procesos de duelo en el modelo psicoanalítico de Melanie Klein	38
• 3.1.4. El duelo y un esbozo de la teoría del Apego de John Bowlby	43
3.2 Proceso de duelo y psicopatología	47
• 3.2.1 Conceptualización del duelo normal, complicado y patológico	47
• 3.2.2 Algunas consideraciones sobre el duelo y los trastornos psicopatológicos	49
• 3.2.3 El duelo y cuadros clínicos psicopatológicos	53
• Duelo y trastorno de estrés postraumático	55
• Duelo y trastorno de ansiedad	58
• Duelo y depresión	61
3.3 La pérdida de un ser querido	64
• 3.3.1 La pérdida de un hijo	64
• 3.3.1.1 Duelo y pareja	66
• 3.3.2 La pérdida de un nieto	68
• 3.3.3 La pérdida de la pareja	70
• 3.3.4 La pérdida del progenitor	73

3.4 Tipos de duelo	78
• 3.4.1 Duelo anticipado	79
• 3.4.2 Duelo súbito, o de urgencia	83
• 3.4.3 Duelo Complicado	87
• 3.4.3.1 Duelo crónico, o cronificado	88
• 3.4.3.2 Duelo negado o negación del duelo	89
• 3.4.3.3 Duelo retenido o diferido	90
3.5 Momentos del duelo	91
3.6 Variables que afectan en la elaboración del duelo	96
• 3.6.1 Variables vinculadas fundamentalmente al objeto	98
• 3.6.2 Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto	99
• 3.6.3 Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida	101
• 3.6.4 Otras variables que influyen en el desarrollo de la pérdida	105
• 3.6.5 Evaluación del riesgo	106

CAPÍTULO 4. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA BREVE Y FOCAL DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

4.1 Del Psicoanálisis a la Psicoterapia de tiempo limitado	110
4.2 Psicoterapia Focal	118
• 4.2.1.1 Criterios de selección	118
• 4.2.1.2 El foco a encontrar	120
• 4.2.1.3 Aspectos técnicos	122
• 4.2.1.4 La teoría del seguimiento	122
• 4.2.1.5 Áreas a desarrollar en la psicoterapia focal	122
4.3 Modalidades en psicoterapia dinámica breve: Técnicas	123
4.4 Aportaciones recientes en psicoterapia dinámica de tiempo limitado	133

CAPÍTULO 5. EL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT)

5.1 Fundamentos y Desarrollos	143
5.2 Guía del método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)	145
• 5.2.1 Fase A. Localizando los Episodios de Relación	146
• 5.2.2 Fase B. Evaluando el CCRT	150
5.3 Categorías CCRT-LU	158
• 5.3.1 Evaluando el CCRT LU. Guía Breve	161
5.4 Procedimiento e ilustraciones del CCRT-LU-S	162

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN CLÍNICA Y SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS UTILIZANDO EL MÉTODO CCRT-LU-S

A) Algunos antecedentes culturales y antropológicos de México	176
B) Contexto de las intervenciones	178
6.1 El caso Trinidad: Pérdida de los padres	180
• 6.1.1 Ficha de identificación	180
• 6.1.2 Plan de tratamiento	180
• 6.1.3 Evaluación clínica	181

• 6.1.4 Diagnóstico Multiaxial	185
• 6.1.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales	185
• 6.1.6 Clinimetría	188
• 6.1.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU	189
• 6.1.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia	208
• 6.1.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo	214
• 6.1.10 Positivo <i>versus</i> negativo	220
• 6.1.11 Análisis clínico, discusión y conclusión	223
6.2 El caso de Aída: Pérdida de la pareja	230
• 6.2.1 Ficha de identificación	230
• 6.2.2 Plan de tratamiento	230
• 6.2.3 Evaluación clínica	231
• 6.2.4 Diagnóstico Multiaxial	235
• 6.2.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales	235
• 6.2.6 Clinimetría	237
• 6.2.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU	238
• 6.2.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia	257
• 6.2.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo	261
• 6.2.10 Positivo <i>versus</i> negativo	271
• 6.2.11 Análisis clínico, discusión y conclusión	274
6.3 El caso de Rosario: Pérdida de la pareja	280
• 6.3.1 Ficha de identificación	280
• 6.3.2 Plan de tratamiento	280
• 6.3.3 Evaluación clínica	283
• 6.3.4 Diagnóstico Multiaxial	288
• 6.3.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales	284
• 6.3.6 Clinimetría	286
• 6.3.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU	287
• 6.3.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia	303
• 6.3.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo	309
• 6.3.10 Positivo <i>versus</i> negativo	317
• 6.3.11 Análisis clínico, discusión y conclusión	320
6.4 El caso de Eva: La pérdida de un hijo	327
• 6.4.1 Ficha de identificación	327
• 6.4.2 Plan de tratamiento	327
• 6.4.3 Evaluación clínica	328
• 6.4.4 Diagnóstico Multiaxial	338
• 6.4.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales	330
• 6.4.6 Clinimetría	333

• 6.4.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final	334
• de la terapia con el método CCRT-LU	
• 6.4.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase	
• final de la terapia	352
• 6.4.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo	358
• 6.4.10 Positivo <i>versus</i> negativo	365
• 6.4.11 Análisis clínico, discusión y conclusión	368
6.5 El caso de Amalia: Pérdida de un nieto	376
• 6.5.1 Ficha de identificación	376
• 6.5.2 Plan de tratamiento	376
• 6.5.3 Evaluación clínica	377
• 6.5.4 Diagnóstico Multiaxial	379
• 6.5.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales	380
• 6.5.6 Clinimetría	381
• 6.5.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final	
• de la terapia con el método CCRT-LU	382
• 6.5.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final	
• de la terapia	400
• 6.5.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo	405
• 6.5.10 Positivo <i>versus</i> negativo	414
• 6.5.11 Análisis clínico, discusión y conclusión	416

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y DE LOS RESULTADOS

• 7.1 El duelo	425
• 7.2 Psicoterapia focal y de tiempo limitado	429
• 7.3 El método CCRT	432

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

• 8.1 El duelo	447
• 8.2 Sobre la Psicoterapia focal y de tiempo limitado	449
• 8.3 Sobre el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)	450

CAPÍTULO 9. REFERENCIAS 454

CAPÍTULO 10. ANEXOS

Anexo 1. Ejemplo de Sesión evaluada con el formato Balint	468
Anexo 2. Predicados del Sistema de Categorías CCRT Reformulado. Versión Española: El sistema de categorías CCRT-LU-S (Leipzig- Ulm- Salamanca)	471

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO

1.1 Introducción

La presente investigación surge del interés de conjuntar la teoría y la práctica clínica. Como objetivo general, se plantea describir el duelo desde un marco referencial psicoanalítico y detectar dicho fenómeno en la práctica clínica, para trabajar con un modelo de psicoterapia psicoanalítica de tiempo limitado. El análisis se realizará con una muestra pequeña de un total de cinco casos, en donde todos los pacientes estudiados enfrentaron la pérdida de un ser querido debido a fallecimiento. El duelo que cada uno afrontó será evaluado de manera clínica y sistemática con el fin de indagar cambios significativos en la elaboración de dicho proceso.

Se sabe que el duelo nunca ocurre por primera vez y que los duelos posteriores son repetición del duelo inevitable con respecto a la separación de la madre. Existen diferentes tipos de pérdidas que reavivan este fenómeno como son las situaciones de abandono, pasar de una etapa de la vida a otra, una enfermedad grave, la pérdida de un órgano, la migración, y la falta de empleo, entre otras. Sin embargo, este documento se enfocará al duelo que se realiza por la muerte de un ser amado, debido a que con este tipo de pérdida surge una grieta inminente entre la vida y la muerte incapaz de ser revocada, con la que también muere una parte del ser que queda vivo, la cual confronta con la consciencia de la propia mortalidad.

No siempre este proceso sigue un rumbo adecuado para el que lo padece. Ya Freud en 1917, publicó *Duelo y Melancolía*, en donde describía 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, etcétera. A raíz de idénticas influencias en muchas personas se observa, en lugar de duelo melancolía y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza”* (p.238). Respaldando el planteamiento de Freud, se puede afirmar que la relación entre proceso de duelo y psicopatología es estrecha y diversos estudios prueban esta afirmación, Bowlby (1980/1993), Brown y Harris (1978), Horowitz y otros (1993), Parkes (1998) o Woof y Carter (1997). Dichos trabajos pueden agruparse de la siguiente manera: por un lado, el duelo puede girar su rumbo y complicarse al grado de desencadenar desequilibrio mental, y

por otro lado, los trastornos psicopatológicos ya determinados pueden suponer dificultades particulares, en la elaboración del duelo.

Sin embargo, en pleno siglo XXI, la revisión de la literatura muestra posturas heterogéneas y matizadas por el interés particular de cada uno de los investigadores sobre lo que constituye en este caso el duelo anormal o patológico. Por un lado se piensa que los duelos ni tienen ni deben tener qué ver con la psiquiatría y sus tratamientos, al menos en primera instancia (Tizón, 2004).

Por otro lado, algunos modelos teóricos plantean una diferenciación del duelo patológico como entidad clínica diferente e intentan crear criterios de utilidad para clasificarlo como síndrome, e incluirlo en futuras ediciones del DSM (Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993; Horowitz et al., 1997; Jacobs, 1993). Con esas perspectivas de la inclusión del duelo patológico dentro de las clasificaciones psiquiátricas, se han revisado las ventajas y desventajas, concluyendo que se necesita una valoración más profunda (Stroebe et al., 2000).

Tras la consulta de variada y contradictoria bibliografía, en esta investigación se tomarán como base las aportaciones que Tizón (2004) ha adoptado sobre los conceptos de duelo complicado y patológico. Frecuentemente se confunde el duelo complicado (ya sea por algunas de las características o variables que inciden en él, o por la evolución que conlleva) con el duelo patológico. Tizón (2004), señala que estos dos tipos de duelo no tienen por qué ser lo mismo. En su concepción, el duelo patológico es una forma de duelo complicado, debido a las dificultades que pueden expresarse en el mismo. De igual manera, una buena parte de las manifestaciones en los duelos complicados pueden ser vistas como síntomas (psicopatológicos), pero su evolución posterior y su elaboración las revierten a su primer origen: manifestaciones de duelo complicado.

Cada situación de pérdida, implica un proceso y su elaboración. En el duelo, existen emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor. La elaboración del mismo, consistirá en el trabajo de una serie de procesos psicológicos que comenzarán con la pérdida y terminarán con la aceptación de la misma. Es así como se organizará la realidad interna y externa del sujeto. Sin embargo, cuando este proceso se complica y causa conflictos en el desarrollo del ser humano, es conveniente para el profesional de la salud, detectar e intervenir con un modelo de atención

que permita al sujeto elaborar dicho proceso. La población exige espacios de escucha, donde pueda expresar la problemática que le aqueja.

En esta época en donde el ritmo de vida es muy acelerado, el profesionalista debe contar con la pausa necesaria para proponer diferentes modelos de intervención que más que separarse entre sí deban de complementarse. El trabajo multidisciplinario es una de las vías óptimas para brindar un servicio de calidad. Sólo a través de estos espacios, como refiere Tizón (2004), nos alejamos de reducir los síntomas a su dimensión médica. Silenciar en vez de crear cauces de expresión y elaboración es una práctica habitual en nuestros tiempos; sin embargo, las psicoterapias orientadas psicoanalíticamente se han convertido en una estrategia clínica muy relevante en las redes asistenciales públicas y en los servicios comunitarios de salud.

Una terapia de tiempo limitado, con objetivos específicos y un foco de trabajo claro y asequible en el tratamiento, como se propone en las terapias dinámicas de tiempo limitado, brindan apertura y se adapta a toda la gama de trastornos psicopatológicos y no tan sólo a los de tipo neurótico abordados por la técnica clásica. Es por ello que en esta investigación se aplicaron los criterios de la psicoterapia focal retomados del modelo desarrollado en la Clínica de Tavistock, en Londres, por M. Balint, y colaboradores (1955-1973), y las aportaciones de Malan (1963), entre otros doctos en el tema, a cinco casos que fueron trabajados en una clínica de atención psicológica, en donde la selección de los pacientes fue realizada de acuerdo a criterios del protocolo de investigación.

El proceso psicoterapéutico de tiempo limitado, se encuadró a una intervención de 15 sesiones y uno de seguimiento al mes. La cifra de intervenciones es coherente con el límite de entre 10 y 25 sesiones de varias terapias dinámicas breves (Levenson, 1997). La estrategia de tiempo limitado se hizo presente desde el principio de la intervención, subrayando que la terapia finalizaría en la sesión 14, induciendo mediante la puntuación del tiempo el foco en la terminación, operador especialmente relevante en una intervención sobre duelo. La intervención psicoterapéutica con los pacientes asumió los objetivos clínicos ya descritos, principalmente contribuir a la elaboración de duelo; pero la investigación que luego se desarrolló fue independiente de la psicoterapia y se aceptó como hipótesis que el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) se mostraría sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejarían igualmente en cambios estructurales en el patrón conflictivo relacional central.

El método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT), desarrollado originalmente por Lester Luborsky y Paul Crits Christoph (1976, 1990, 1998), *“es el patrón, guión o esquema que cada persona sigue al relacionarse con los demás y se deriva a través de la consistencia que se encuentra en las narraciones que las personas cuentan sobre sus relaciones”* (Luborsky, 1998d, p. 3). Este método se ha consolidado internacionalmente para la investigación de patrones de conflicto relacional. Aunque numerosos estudios han demostrado pruebas sobre la validez del método CCRT, (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, 1998; Luborsky et al., 1999) con frecuencia otras discusiones han incluido críticas sobre la estructura de categorías (Albani et al., 2002; Strauss et al., 1995). Esto permitió la reformulación alemana del método, en donde se conservaron los fundamentos principales del CCRT tradicional de Luborsky, pero se incorporó una lógica unificada.

En esta investigación el proceso psicoterapéutico de los pacientes fue sometido de manera sistemática a la aplicación del sistema de categorías CCRT- LU, el cual hace referencia a los lugares en donde se desarrolló, “Leipzig y Ulm”. (Albani, Pokorny, Blazer, Grueninger et al., 2002), en su versión castellana: CCRT-LU-S (López del Hoyo, Ávila Espada, Pokorny, & Albani, 2004). La metodología CCRT se ha mostrado útil para contrastar cambios estructurales inducidos por los tratamientos psicoterapéuticos, y en este caso permitirá comprobar si la psicoterapia psicoanalítica focal aplicada se asocia con cambios en el patrón estructural de conflicto relacional, y si dichos cambios muestran evolución saludable del proceso de duelo tras comparar los patrones en las secuencias inicial y final del tratamiento.

La presentación de los capítulos de esta tesis pretende articular la teoría con la práctica para contar con una visión global desde un marco referencial determinado, pero detallado para cada paciente desde su singularidad. Así pues, se pretende entremezclar la teoría con la práctica clínica, de manera didáctica. A continuación se hará una breve descripción del contenido de cada uno de los capítulos:

En el Capítulo 1: Se hace una introducción y planteamiento del problema.

En el Capítulo 2: Se desarrollan los objetivos, las hipótesis y la metodología empleada en una muestra cuasi experimental de cinco casos.

En el Capítulo 3: Se describirán algunos modelos teóricos sobre el duelo. Se comprenderá la importancia crucial que los procesos de duelo tendrán para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo. Se conceptualizará lo que se entiende por duelo normal, complicado y patológico y se describirán los tipos de pérdida, los tipos de duelo, las fases del mismo y las variables que intervienen para que dicho proceso tome un rumbo normal, complicado o patológico.

En el Capítulo 4: Se relatará el origen y desarrollo de la psicoterapia. Se abarcarán algunas modalidades y técnicas de la psicoterapia dinámica breve. Se analizarán algunos estudios y aportaciones recientes. Y se describen las premisas y objetivos básicos de la psicoterapia focal, estableciendo el escenario para el trabajo realizado con los pacientes.

En el Capítulo 5: Se referirá una técnica de investigación micro-analítica para identificar y conceptualizar los procesos de cambio denominada: (CCRT). El proceso psicoterapéutico de cada paciente será evaluado específicamente por el sistema de categorías CCRT- LU en su versión castellana.

En el Capítulo 6: Se realiza una historia clínica, la descripción de las sesiones y la selección de las viñetas representativas de cada paciente, protegiendo en todo momento la confidencialidad de los mismos. Se utiliza el método CCRT-LU –S para evaluar clínica y sistemática el proceso psicoterapéutico.

En el Capítulo 7: Se realiza la discusión general y de los resultados.

En el Capítulo 8: Se plantean las conclusiones generales de la investigación y se mencionan posibles líneas de investigación.

1.2 Justificación

En la actualidad, la sociedad ha cambiado su percepción sobre la muerte y se ha potenciado el hecho de ocultar el dolor que genera la pérdida. Los enfermos mueren más en los hospitales que en sus casas y por lo regular sedados o adormecidos, lo que evita el sufrimiento tanto físico como emocional para el que padece y su familia. En este sentido, la muerte se ha convertido en un acto sanitario, controlado por los hospitales y por las funerarias. Las familias desean menos velar a sus muertos en la casa y prefieren dejar en manos de un tanatorio el arreglo de ese último momento. Los funerales suelen ser breves y la cremación es cada vez más frecuente, dejando al luto y los demás ritos que una muerte conlleva en costumbres obsoletas.

Todo lo anterior indiscutiblemente influye en el duelo que se realiza por la muerte de un ser querido. Dicha pérdida, es un acontecimiento doloroso e inevitable que será enfrentado por cada ser humano en algún momento de la vida y a pesar de ser la muerte un proceso natural, cada sujeto elaborará el duelo desde su singularidad. Para algunos el proceso de duelo tendrá su fin con la nueva aceptación de la realidad tanto interna como externa, pero para otros el trabajo del duelo no los llevará directamente a la recuperación del mundo interno, y todo aquello que designamos con el término Yo, resultará dañado en mayor o menor medida (Tizón, 2004).

Es bien sabido que el duelo es un proceso al que en su fase patológica se le debe prestar especial atención, ya que en muchas ocasiones los síntomas que se manifiestan en un duelo mal elaborado son tan sólo medicados y no se le brinda al paciente un espacio de escucha adecuado (Tizón, 2004). Es por ello que en esta época en donde el ritmo de vida es muy acelerado, el profesionalista debe contar con la pausa necesaria para proponer diferentes modelos de intervención que más que separarse entre sí se complementen con el único fin de ayudar al paciente. El trabajo multidisciplinario es una de las vías óptimas para brindar un servicio de calidad en los espacios comunitarios y de salud pública donde la demanda de atención es elevada.

Es trascendental proponer en estos espacios de salud una terapia con objetivos específicos y un foco de trabajo claro y asequible en el tratamiento, como lo propone la terapia de tiempo limitado, con el fin de brindar apertura a una gama diversa de trastornos psicopatológicos y no tan sólo a los de tipo neurótico abordados por la técnica clásica. De esa manera mayor número de pacientes podrán beneficiarse de la psicoterapia en aquellos espacios donde la demanda

rebasa la capacidad de atención y el costo y beneficio puede ser elevado tanto para el paciente como para el sistema de salud. Respecto al tema que nos compete, los síntomas que encubren un duelo mal elaborado podrán ser trabajados oportunamente para la salud mental del individuo.

El valor de este estudio no se limita a los cinco casos presentados si no que se pretende hacer investigación de procesos y resultados, abordando la especificidad de las estructuras emocionales, cognitivas e interpersonales que puedan movilizarse mediante las estrategias de psicoterapia de tiempo limitado orientadas psicoanalíticamente y analizar sistemáticamente el proceso utilizando el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) para saber si el método se muestra sensible para identificar el cambio de patrón relacional núcleo del conflicto, logrando la elaboración satisfactoria del duelo en los cinco casos estudiados. Para futuras investigaciones se recomienda ampliar la muestra de la investigación.

1.3 Planteamiento del problema

El duelo es un proceso que todo ser humano ha enfrentado, sin embargo, en esta investigación se trabajará específicamente con el duelo *postmortem* de un ser querido, si se detecta en la práctica clínica que dicho fenómeno cuenta con los elementos necesarios de un proceso de duelo complicado o patológico. De importancia será brindar al paciente un espacio de escucha y elaboración adecuado y en este caso se trabajará con un modelo focal y de tiempo limitado conforme al protocolo de investigación que se describe en este estudio.

En la literatura no se han encontrado estudios que combinen el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) y el duelo. Se investigará en el material de las sesiones psicoterapéuticas de los pacientes, los patrones centrales de relación que establecen, con el fin de detectar si existe un patrón, guión o esquema (Deseos y Respuestas de los otros y Respuestas del sujeto) típico del duelo. Se espera que el método en su reformulación alemana y traducida al español (CCRT-LU-S), se muestre sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejen igualmente en cambios en las categorías que permiten identificar el patrón conflictivo relacional central de manera válida y confiable al comparar la fase inicial y la fase final de la psicoterapia.

1.4 Antecedentes

En este apartado se mencionarán algunas de las aportaciones teóricas y clínicas que se han realizado sobre el duelo, y se hará referencia a aquellas investigaciones que hayan utilizado el método del Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT), el cual fue trabajado mediante psicoterapia focal y de tiempo limitado.

1.4.1 El Duelo

Se sabe que a partir de Freud y hasta nuestros días, el estudio de los procesos de duelo ha recibido un impulso decisivo gracias a los trabajos de diversos psicoanalistas y psicólogos primero, y de médicos, biólogos, sociólogos, antropólogos y etólogos más tarde. *“Ya en la primera parte del siglo XX existía una sensibilización de la comunidad científica con respecto a la importancia psicológica y social del duelo y los procesos de duelo. Los desarrollos científicos y tecnológicos desde entonces no han hecho sino profundizar esos conocimientos y cimentar con datos las intuiciones y observaciones sobre las repercusiones biológicas de tales procesos, aportaciones que, a su vez, provienen ya de la antigüedad persa, indostánica y grecorromana”* (Tizón, 2004, p. 26).

Fue Freud quien revitalizó la atención médico-científica hacia el tema cuando comenzó a prestar atención a los procesos de duelo para el desarrollo psicológico del individuo y en 1917, publicaría *Duelo y Melancolía*, como obra principal y ahí explicaría el duelo como la reacción habitual a la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar: la patria, un ideal, la libertad, etc. Y a raíz de idénticas influencias en muchas personas se observaría, en lugar de duelo, melancolía. Así pues, establecería un modelo de duelo inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los “objetos”, sería el elemento fundamental de la pérdida que se experimentaría con el duelo.

Otros psicoanalistas insistirían en dicho tópico y obtendrían avances significativos sobre la teoría analítica del proceso de duelo. Por un lado, sería Klein quien profundizaría en el conocimiento de los avatares intrapsíquicos del duelo y los procesos del duelo y en 1935 publicaría *Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*, en donde, con su teoría sobre la posición depresiva, daría lugar al segundo sistema Kleiniano, en el que continuaría dando consistencia a su teoría sobre los objetos internos y las fantasías inconscientes como pilares básicos de su pensamiento. Posteriormente, en 1940, escribiría: *El*

duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos, en donde describiría que los procesos de duelo adultos reactivan la “posición depresiva vivida en la infancia y tienden a hundir en la depresión al deudo, cuyo mundo interno parece que se va a colapsar”.

Por otro lado, encontramos a la psicoanalista A. Freud, quien junto con D. Burlingham, abrirían en 1937 la Guardería Jackson, en Viena. Dicha iniciativa se vio frustrada, pues en 1938 los nazis clausurarían el centro. Durante la Segunda Guerra Mundial (1944), describirían los complejos problemas que conllevaba el hacerse cargo de niños pequeños separados de sus madres. Ambas intentaban proteger a los niños de los efectos de la guerra, en laboratorios que funcionaban como guardería internado. Sus trabajos, a pesar de carencias y metodologías, provocarían un impacto trascendental sobre el cuidado de niños en situaciones de separación, pérdida y duelo. Fue a partir de dichas investigaciones, que sostendrían que ningún niño antes de los 2 años tiene un aparato mental con suficientes capacidades como para realizar un trabajo de duelo ya que éste implica un esfuerzo por aceptar un hecho del mundo externo y efectuar cambios en el mundo interno.

En otra línea de investigación, pero de base psicoanalítica está Bowlby, el cual diversificará y ampliará el estudio de tales procesos, aplicándolos al campo etológico y antropológico en su famosa trilogía: *Attachment and Loss* (1969, 1972, 1980). A raíz de sus estudios sobre múltiples fuentes (y, en particular, sus amplias revisiones de observaciones y estudios sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, viudos y voluntarios), postuló su esquema de la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego o, de una manera más completa, aflicción y protesta, des-esperanza y desapego o depresión (1980/1993). Estudios como los presentados por Bowlby (1983), señalan que los humanos sufren en algún grado el duelo tras una pérdida. En este sentido el duelo puede concebirse como el conjunto de reacciones emocionales y conductuales que tienen lugar tras la pérdida de alguien o algo emocionalmente significativo.

Tizón, con su modelo de duelo bio-psico-social, en su monografía publicada en 2004 titulada *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigaciones y asistencia*, brinda un profundo y extenso panorama sobre el duelo. Refiere que los procesos de duelo han de entenderse como fenómenos que rompen o alteran patrones de vinculación establecidos previamente; alteran el mundo interno: recuerdos, vivencias, experiencias, relaciones interiorizadas, relaciones de objeto, y alteran, provisionalmente, las capacidades y expresiones yoicas. Se expresan y fundamentan a nivel psicosomático, se expresan y apoyan a nivel sociocultural e incluyen una

serie de movimientos entrópicos y negentrópicos; es decir, pueden producir un aumento de la ansiedad, el sufrimiento, el dolor, la enfermedad, la desestructuración psicosocial, marginación, o bien, a mediano y largo plazo, dar lugar a una mayor organización, integración, creatividad.

En cuanto a los antecedentes de campo, las perspectivas psicoanalíticas fueron fundamentales para que en un ámbito científico, tiendan, desde hace decenios, a definirse las fases o momentos del duelo siguiendo dos líneas de investigación: los duelos por la pérdida de un ser querido en la infancia y los duelos por la pérdida del cónyuge (Tizón, 2004). Algunas líneas de investigación han fundamentado que los procesos de duelo y la psicopatología están estrechamente vinculados y que dependiendo de las variables que intervengan para cada sujeto desde su infancia hasta la adultez, se podrá hablar de un proceso de duelo que curse un rumbo normal o, por el contrario, se complique hasta el extremo de convertirse en duelo patológico.

Existen estudios empíricos en donde esta correlación resulta clara, por ejemplo, en la infancia, los duelos graves o acumulados durante ella parecen correlacionarse con los trastornos psicopatológicos de la propia infancia y en edades posteriores, aunque sus efectos generalmente no son específicos (Bowlby, 1980/1993; Cox, 1993; Lamour & Levobici, 1991; Woof & Carter, 1997). En sentido opuesto, los trastornos psicopatológicos previos de los niños o de sus progenitores, suelen suponer inconvenientes, a menudo más específicos para la elaboración de los duelos (Balck, 1998; Cox, 1993; Rutter, 1980). Esta situación es similar en la edad adulta, aunque el cúmulo de variables que ahí intervienen haga más difícil, por el momento, el hallazgo de relaciones causales (Horowitz et al., 1993; Newton, 1992; Royal College, 1981).

Si hablamos de trastornos afectivos como el de la depresión, observamos estudios como los de Brown y Harris (1978), y posteriormente como los de Bowlby (1980/1993), que han utilizado criterios objetivos para pérdida y duelo (muerte de padres o hijos, muerte del marido, abandono del hogar por parte de uno de los progenitores), en donde hallaron que en las mujeres con depresiones graves la frecuencia de pérdidas por muerte era más elevada. En las mujeres con depresión menor (neurótica), la incidencia de pérdidas por causas diferentes a la muerte era moderadamente alta y la proporción aumentaba con la gravedad de la afección. Igualmente, Woof y Carter (1997), encontraron que en la literatura científica existían

evidencias que vinculaban las pérdidas y los duelos con la depresión posterior, también con los trastornos de ansiedad, el abuso de bebidas alcohólicas y otros estupefacientes y el suicidio, aunque en este caso las pruebas fueron menos indiscutibles.

Aunque actualmente lo que se entiende por duelo anormal o patológico sigue siendo objeto de posturas heterogéneas. Por un lado, hay estudiosos que piensan que el duelo en primer lugar, no debería estar relacionado con la psiquiatría y mucho menos con los tratamientos, al menos de primera instancia (Tizón, 2004). Por otro lado, también existen estudios que plantean una diferenciación del duelo patológico en tanto que entidad clínica diferente e intentan crear criterios de utilidad para clasificarlo como síndrome e incluirlo en futuras ediciones del DSM, (Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993; Horowitz et al., 1997; Jacobs, 1993). Con esas perspectivas de la inclusión del duelo patológico dentro de las clasificaciones psiquiátricas, se han revisado recientemente las ventajas y desventajas (Stroebe et al., 2000).

Se concluye que existen diversas fuentes matizadas por el interés particular de cada investigador. En esta tesis se trabajó con pacientes que enfrentaban procesos de duelo que sufrían el riesgo de complicarse o que estaban ya vinculados con alguna psicopatología, denominándolos así como duelos patológicos, siguiendo el modelo teórico de Tizón (2004). Trabajados mediante psicoterapia focal y de tiempo limitado.

1.4.2 Psicoterapia de tiempo limitado

En los cinco procesos de duelo mediante psicoterapia de tiempo limitado, se utilizó la psicoterapia breve y focal según el modelo desarrollado en el contexto de la Clínica de Tavistock, en Londres, por Balint y colaboradores (1955-1973), las aportaciones de Malan (1963), y recientemente, las de la psicoterapia de tiempo limitado de Levenson (1997).

Existen estudios de caso mediante la psicoterapia de tiempo limitado (PDTL), sobre pacientes que presentan problemas específicos (por ejemplo, reacción de adaptación tras una mudanza, reacción de estrés postraumático causado por un desastre natural, depresión severa causada por la jubilación) cuando tales síntomas se superimponen a un estilo de personalidad disfuncional subyacente (Levenson, 1997). Incluso se sabe que el tratamiento satisfactorio de reacciones ante estresores verdaderamente discretos (por ejemplo, la pérdida del cónyuge), depende del estilo de personalidad, histérico, obsesivo o narcisista (Horowitz et al., 1984).

Actualmente Levenson (1997) ha demostrado cómo trabaja la PDDL en pacientes que manejan la muerte de su pareja o que enfrentan un severo problema médico.

Se tiende a olvidar que mucho antes de que los terceros pagadores (aseguradoras), empezaran a establecer los límites de los tratamientos, ya lo hacían los mismos pacientes. En varios estudios, entornos y distintos programas, se ha comprobado que independientemente del tipo de tratamiento externo, la mayoría de los pacientes acuden a psicoterapia entre 6 y 12 sesiones en promedio (Garfield, 1989; Phillips, 1987; Reder & Tayson, 1980; Straker, 1968). Empíricamente se ha demostrado que del 60 al 75% de los pacientes, éstos abandonan el tratamiento antes de la octava sesión (Rau, 1989). Estos hallazgos se pueden atribuir a los tratamientos psicodinámicos de larga duración (Pekarik & Wierzbicki, 1986). Preciso es diferenciar las “terapias breves que se producen naturalmente” (Stern, 1993) de aquellas que se planifican desde un inicio para aprovechar el tiempo limitado al máximo, ya que la terapia breve por defecto puede contrastarse con la terapia breve por diseño (Budman & Gurman, 1988).

Se resalta un estudio, que apoya los resultados de esta tesis realizada en un centro de salud mental grande, urbana y perteneciente a una universidad. Ahí se demostró cómo “las terminaciones prematuras” o los abandonos de la terapia disminuían cuando los pacientes eran atendidos con psicoterapias de tiempo limitado. Los pacientes que recibían 12 sesiones presentaron la mitad del índice de dejar la terapia con respecto a aquellos cuyas terapias duraban 3 o 4 meses, o aquellas cuya duración no había sido especificada. Estos hallazgos no podían ser atribuidos a las variables demográficas o diagnósticas, ni a las características del terapeuta.

Los investigadores propusieron que disponer de una fecha de término reduce los temores de los pacientes en relación a la dependencia y a las tendencias de presentar conflictos de terminación. Es por ello que cuando los pacientes cuentan con una estructura de inicio, cuerpo medio y final de la terapia, pueden mostrarse más dispuestos a completar el tratamiento. Por otra parte, reconocen que un foco claro en la terapia de tiempo limitado, la principal tarea terapéutica y el énfasis en la alianza terapéutica, podría contribuir a una disminución importante sobre el índice de abandono de la terapia (Sledge, Moras, Hartley, & Levine, 1990).

Con respecto a la duración y resultados de la psicoterapia dinámica de tiempo limitado, existen estudios como el realizado por Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986), en donde examinaron los resultados de otros estudios sobre la mejoría en función del tiempo de terapia. Combinando los datos de dichos estudios, fueron capaces de elaborar curvas de relación dosis-efecto; es decir, cuánto tratamiento (dosis), se requiere para obtener determinado resultado (efecto). Estimaron que para la octava sesión semanal, se esperaba que el 53% de los pacientes mostraran una mejoría cuantificable, mejoría que ascendería al 74% para la sesión 26. Estas cifras son coherentes con el límite que manejan muchas terapias dinámicas breves, las cuales oscilan entre 10 y 25 sesiones. En cuanto a los resultados, también una reciente investigación indica que los estudios empíricos no han logrado demostrar que los enfoques a largo plazo obtengan mejores resultados que los enfoques a corto plazo. Por lo tanto, la mayoría de investigadores ha concluido que los estudios comparativos de las terapias breves y de larga duración, en esencia, no muestran diferencias en los resultados. En consecuencia, la terapia breve conlleva a un gran ahorro del tiempo clínico disponible y puede alcanzar a más personas con necesidad de tratamiento (Koss & Shiang, 1994).

1.4.3 El Método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)

El método en cuestión (CCRT), fue desarrollado por Lester Luborsky y Paul Crits Christoph (1976, 1990, 1998) en la Universidad de Pennsylvania (EUA). Es un sistema, clínico, cuantitativo y fiable que sirve para identificar en la narrativa de los pacientes, situaciones relacionales, el patrón central de relación y sus conflictos internos (Luborsky, 1976, 1977). Si bien existen diversos métodos de evaluación clínica de los patrones centrales de relación, en este proyecto se ha escogido esta metodología para su aplicación, debido a que es el método más sofisticado psicométricamente que existe, de acuerdo a las revisiones efectuadas por Barber y Crits-Christoph (1993).

En este sentido la aplicación del método a cinco casos clínicos, se utilizó para evaluar clínica y sistemáticamente cambios inducidos por el tratamiento, y así comprobar si la aplicación de la psicoterapia de tiempo limitado se asociaba con cambios en el patrón estructural de conflicto relacional, y si tales cambios mostraban una evolución favorable del proceso de duelo. A este respecto, no se han encontrado referencias sobre líneas de investigación que apliquen la metodología para detectar cambios en el patrón estructural de los pacientes y su repercusión en el proceso de duelo, pero sí se han encontrado investigaciones que pueden

tener una relación entre el duelo y su psicopatología, ya que los duelos mal elaborados dan lugar a la aparición de psicopatología, así como un trastorno mental establecido puede suponer dificultades en la elaboración del trabajo de duelo (Tizón, 2004).

Usualmente, el duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, pero también puede manifestarse como un trastorno de estrés postraumático debido a muertes continuas por catástrofes, guerras, genocidios, etc. Sin embargo, el duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica. En este sentido, cuando el proceso de duelo se complica, se puede manifestar con algún tipo de patología severa que impida la elaboración satisfactoria del duelo como ya se ha hecho referencia.

Las investigaciones más cercanas a esta tesis son aquellos estudios descriptivos que aplicaron la metodología CCRT, para explorar su utilidad y encontrar y describir patrones centrales de relación representativos en muestras de pacientes con un diagnóstico de depresión severa o trastorno por estrés postraumático, según el DSM-IV (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, & Diguier, 1995; Eckert et al., 1990; Okey, McWhirter, & Delaney, 2000; Vanheule, Desmet, Rosseel, & Meganck, 2006).

CAPÍTULO 2. MÉTODO

2.1 Objetivo General

Describir el duelo desde un marco referencial psicoanalítico y detectar dicho fenómeno en la práctica clínica para trabajar con un modelo de psicoterapia psicoanalítica de tiempo limitado, y poder evaluar el proceso de manera clínica y sistemática con el fin de indagar cambios significativos en la elaboración del duelo.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1.- Definir lo que se entiende por duelo normal, complicado y patológico, así como describir los tipos, fases o momentos y variables del proceso de duelo.

2.2.2.- Obtener y trabajar adecuadamente el foco (el duelo).

2.2.3.- Caracterizar y describir formal y sistemáticamente la presencia o no de un proceso terapéutico.

2.2.4.- Utilizar una técnica de investigación micro-analítica para identificar y conceptualizar los procesos de cambio.

2.3 Hipótesis

2.3.1.- Los elementos del duelo (tipo de duelo, de pérdida, momentos, variables, etc.) serán apreciables en distintas situaciones y narrativas del paciente.

2.3.2.- Existen cambios significativos en el proceso de duelo, los cuales puedan ser demostrados de manera válida y fiable, asociados al tratamiento.

2.3.3.- El cambio de las categorías entre inicio y final de la terapia, se muestra sensible para detectar si el duelo se encuentra en proceso de elaboración o ha sido elaborado.

2.3.4.- Los logros clínicos se reflejarán igualmente en el patrón conflictivo relacional central, a través de los indicadores CCRT-LU.

2.4 Metodología

2.4.1 Tipo de estudio

Esta es una investigación cuasi-experimental de estudio de caso en una muestra pequeña, $n = 5$.

2.4.2 Sujetos

Los pacientes analizados han sufrido la pérdida por muerte de un ser querido. El tiempo esperado por los pacientes antes de solicitar atención psicológica osciló entre las tres semanas como mínimo y los siete años como máximo. En cuanto a las características demográficas, todos los sujetos son del sexo femenino, raza latina y la edad media fluctúa en los 45 años (con un rango de 29 a 62). Educativamente, 1 sujeto tiene el grado de maestría, 2 cuentan con una carrera técnica y 2 terminaron la preparatoria. Con respecto al estado civil, 2 sujetos son viudas, 1 casada, 1 en concubinato y 1 sin pareja. En tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos, ansiolíticos) se encuentra 1 paciente.

Los estudios de caso se presentarán con sus respectivos seudónimos. En las historias clínicas varios datos han sido alterados con el fin de proteger el anonimato de los pacientes. Los casos serán presentados en la investigación en el siguiente orden:

Caso 1.- Trinidad

Caso 2.- Aída

Caso 3.- Rosario

Caso 4.- Eva

Caso 5.- Amalia

2.4.3 Procedimiento

La intervención se desarrolló en un Centro de atención psicológica, perteneciente a una institución educativa privada del estado de México. El coordinador del Centro se encargó de realizar una entrevista previa para ver si las cinco pacientes eran candidatas a esta modalidad de psicoterapia breve, basándose en los criterios del protocolo de investigación.

Como parte del pretratamiento se aplicaron los siguientes instrumentos: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) y el test de K. Machover, las pruebas fueron evaluadas por un psicólogo independiente al Centro y se obtuvo la clinimetría de cada paciente.

Las sesiones fueron vídeo grabadas para fines de la investigación, con consentimiento expreso de los pacientes y con las garantías de confidencialidad necesarias. Se trabajó desde los referentes teóricos de la psicoterapia psicoanalítica de tiempo limitado. El encuadre de intervención fue delimitado a 15 sesiones (las dos primeras entrevistas) y uno de seguimiento al mes. La frecuencia fue de una vez por semana con una duración de cincuenta minutos por sesión. La estrategia de tiempo limitado se hizo presente desde el principio de la intervención, subrayando que la terapia finalizaría en la sesión 14, induciendo mediante la puntuación del tiempo el foco en la terminación, operador especialmente relevante en una intervención sobre duelo.

El material video grabado de las sesiones fue transcrito por estudiantes de psicología entrenados en el método de transcripción de Mergenthaler y Grill (1996). La reproducción de cada una de las sesiones derivó un informe utilizando el formato propuesto por (Balint, Ornstein, & Balint, 1985), el cual actuó como base de los registros del proceso terapéutico y brindó organización al material (ver ejemplo en Anexo 1).

La intervención psicoterapéutica con los pacientes asumió los objetivos clínicos ya descritos, principalmente contribuir a la elaboración de duelo; pero la investigación que luego se desarrolló fue independiente de la psicoterapia y se aceptó como hipótesis que el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) se mostraría sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejarían igualmente en cambios estructurales en el patrón conflictivo relacional central.

2.4.4 Muestra de sesiones

La base de donde se extrajeron los datos fue la transcripción de las sesiones. Para poner a prueba las hipótesis se evaluaron y compararon las primeras cuatro sesiones (fase inicial) y las últimas cuatro sesiones (fase final), dando como resultado un total de ocho sesiones analizadas por paciente. Cada paciente tiene una muestra representativa de episodios de relación (ER) con los que se trabajó (véase Tabla 1):

Tabla 1. Muestra de episodios de relación por paciente

Caso	Fase Inicial	Fase Final	Total
1.- Trinidad	39	42	81
2.- Aída	45	39	84
3.- Rosario	50	53	103
4.- Eva	38	36	74
5.- Amalia	48	42	90

2.4.5 Método

Se utilizó el método del Tema Central de Conflicto Relacional, en su reformulación alemana (CCRT-LU). La necesidad de utilizarlo en la versión castellana, el CCRT-LU-S (Leipzig-Ulm- Salamanca), fue aplicado sistemáticamente a los cinco casos de la investigación. (Ver Anexo 2).

El método se basa en el análisis de episodios narrados por el paciente sobre sus experiencias en las relaciones personales, denominados: episodios de relación (ER). El primer paso es identificar dichos ER para posteriormente identificar tres tipos de componentes: deseos, necesidades, intenciones (Componente- D), reacciones del objeto (Componente- RO) y reacciones del sujeto (Componente- RS). Se categorizan tanto las respuestas positivas como negativas y las categorías deben ser formuladas con la mayor cercanía posible al texto, las cuales son denominadas “*tailor-made*” o “a medida”.

El sistema reformulado se diferencia del tradicional en que se ha añadido una dimensión de dirección a los componentes en función de si la actividad recae sobre el sujeto u objeto (Albani, 2002) y en que todos los componentes se codifican a partir de una misma lista de predicados de estructura lógica organizada jerárquicamente (para una revisión más detallada y el desarrollo de un procedimiento, ver el capítulo 5 de esta tesis).

2.4.6 Análisis estadístico

Este análisis estadístico se realizó solamente con el caso de Trinidad y a continuación se describirá el proceso realizado. En primer lugar se hizo un análisis de frecuencias de las 13 categorías de alto nivel (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M) de cada uno de los 8 componentes (DOO, DOS, DSO, DSS, ROO, ROS, RSO, RSS).

Posteriormente se compara (por cada componente), la fase inicial y la fase final, utilizando una tabla de contingencia bidimensional. Para contrastar la hipótesis nula de independencia entre ambas fases, de modo global, se utilizó el test de Fisher (Método de Monte Carlo). En aquellos componentes en los que este test dio significativo, con un nivel de confianza de $\alpha = 0.05$, se comprobó mediante el test de la χ^2 , en qué categorías había diferencias entre la fase inicial y la fase final.

En cuanto al análisis de las valencias (positivo-negativo), se calcularon sus frecuencias en cada componente (ROO, ROS, RSO, RSS) de forma global. Después para comparar las frecuencias de las valencias entre la fase inicial y la fase final, tanto de forma global como por cada uno de los componentes, se realizó el test de la χ^2 .

Por último, para el caso de Trinidad, se hizo un análisis de confiabilidad entre jueces, por categorías y por valencias en cada dimensión, utilizando para ello el Coeficiente Kappa.

2.4.7 Evaluadores del CCRT

La capacitación y calibración en el uso del método CCRT-LU-S, se llevó a cabo en la Universidad de Salamanca con un profesor investigador de la misma con fiabilidad probada como supervisor del método y con ocho años de experiencia. Los jueces fueron un par de investigadores de doctorado con orientación psicodinámica y un psicólogo clínico, asistente de la investigación.

2.4.8 Acuerdo entre jueces

El primer equipo estuvo conformado por un par de jueces que se encargó de extraer los episodios de relación (ER), del caso 1, tomando en cuenta las siguientes variables: 1) localizar el episodio (inicio y final) del episodio, 2) el objeto de interacción y 3) la *completud* del episodio en una escala del 1 al 5; este procedimiento se basó en lo propuesto por Luborsky y Diguer (1998).

Se tomaron en cuenta aquellos ER puntuados arriba de 2.5 por ambos jueces. Se obtuvieron un total de 94 ER, (41 de la fase inicial y 53 de la fase final) y fueron evaluados solamente aquellos en que ambos jueces coincidieron, dando como resultado 81 ER, (39 de la parte inicial y 42 de la parte final del tratamiento). Un tercer juez se encargó de resolver las discrepancias entre ambos jueces demarcando el inicio y final de cada uno de los ER (Crits-Christoph, Luborsky, Dahl, Popp, Mellon, & Mark, 1988).

Una vez localizados los episodios, un juez de manera independiente acotó todos los componentes CCRT que serían puntuados, con el fin de garantizar que los jueces del segundo equipo calificaran la misma cantidad de unidades ($N = 555$).

El segundo equipo calificó de manera independiente cada uno de los componentes, previamente señalados, utilizando el sistema de categorías CCRT-LU-S. Se trabajó con las cuatro sesiones de la fase inicial y con las cuatro sesiones de la fase final. Para evitar el sesgo en la fiabilidad de los resultados, se eligió aleatoriamente el orden de las sesiones a evaluar.

La confiabilidad entre jueces de este caso 1, arrojó resultados altamente significativos para cada una de las dimensiones y valencias. Landis y Koch (1977) han proporcionado una gama válida de posibilidades para el acuerdo, κ (0 a 0.39: pobre; 0.40 a 0.74: moderado a bueno; y de 0.75 a 1.0: muy buena). Utilizando estos estándares se puede concluir que los valores que se obtuvieron para κ van de buenos a muy buenos (véase la Tabla 2 y 3).

Tabla 2. Confiabilidad entre jueces de las dimensiones

Dimensiones	Kappa
DOS	.846
DSO	.765
DSS	.678
ROO	.912
ROS	.578
RSO	.632
RSS	.689

Tabla 3. Confiabilidad entre jueces de las valencias

Dimensiones	Kappa
ROO	1.000
ROS	.861
RSO	.710
RSS	.894
Total	.839

CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL SOBRE EL DUELO

*“A menudo el sepulcro encierra, sin saberlo,
dos corazones en un mismo ataúd”*
Alfonso de Lamartine.

3.1 Modelos Teóricos sobre el Duelo

En este apartado se desarrollarán algunos de los modelos teóricos sobre el duelo, que trabajan con base en un enfoque común: el psicoanálisis. Estos enfoques destacarán la importancia de procesos y emociones similares durante el duelo e igualmente se observará la evolución de este concepto, que irá de una definición del duelo en términos de mecanismos intrapsíquicos universales a una en la que el duelo es visto más como un proceso adaptativo y activo, en el que se incorporan diferencias individuales y contextuales.

Se abarcará el modelo Freudiano (S. Freud) y Kleiniano (M. Klein), así como el modelo psicosocial (J. Bowlby), o desde una visión más reciente, el modelo mixto, bio-psico-social (J. Tizón), y brevemente se citarán algunas ideas relevantes para el desarrollo de esta investigación, como los modelos psicosociales de base clínica (E. Lindemann y E. Kubler-Ross), o el modelo cognitivo de cumplimiento de tareas (G. Pollock, J. W. Worden, T. A. Rando).

3.1.1 Un breve esbozo de los modelos teóricos sobre el duelo

Se le atribuye a Freud (1917) el haber delineado el estudio de los procesos psicológicos del duelo durante el siglo XX, en su obra *Duelo y Melancolía*. Freud en dicho texto, 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.*” (p. 238). No lo consideró un estado patológico y afirmó que se lo superaría pasado cierto tiempo señalando que incluso era inoportuno y dañino perturbarlo. Para Freud, el duelo normal vence sin duda la pérdida del objeto, la realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más, y el Yo se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata así su ligazón con el objeto perdido. Por otro lado, el analista no sistematizó al duelo patológico, pero se puede

entender entre líneas, que lo asemejó a la melancolía, pero con la diferencia de que en el duelo patológico la pérdida sí resulta conocida.

Melanie Klein (1940), expresa su hipótesis acerca de que todo duelo reactiva duelos infantiles tempranos y conmueve toda nuestra estructura psíquica. Esta analista, remite a Freud cuando habla del "juicio de realidad" (el reconocimiento y aceptación de la realidad de la pérdida) como parte del proceso de duelo y lo jerarquiza como el método más importante para que el niño venza los estados de duelo. Refiere que es sólo gradualmente y obteniendo confianza en los objetos externos y en múltiples valores que el sujeto en duelo es capaz de fortalecer su confianza en la persona amada perdida. Solamente así puede aceptar que el objeto no fue perfecto, sólo así puede no perder la confianza y la fe en él, ni temer su venganza. El sujeto en duelo necesita aliviarse recordando la bondad y buenas cualidades de la persona perdida. Por otra parte, Klein destaca los aspectos positivos y creativos del duelo y va mucho más lejos refiriendo que cualquier dolor causado por experiencias dolorosas de cualquier naturaleza, tiene algo de común con el duelo y reactivan la posición depresiva infantil, y será el encuentro y la superación de la adversidad de cualquier especie lo que ocasione un trabajo mental similar al duelo.

Lindemann (1944) refuerza el modelo propuesto por Freud y define etapas del duelo en base a observaciones de personas que perdieron a sus familiares en forma trágica. Lindemann, a pesar de ser el que originalmente habla de "trabajo de duelo", éste lo define como un proceso psicológico relativamente pasivo y universal, en donde sucede algo que la persona no desea, la muerte de un ser querido, que produce en los deudos una secuencia de reacciones psicológicas que estos no eligen, pero que serán las que permiten elaborar el duelo. Esta elaboración consiste en retirar la energía desde el objeto significativo que se ha perdido, para dedicarla a nuevas relaciones. En este autor, como en otros que basan su posición en el psicoanálisis, el desapego, que significa emanciparse del lazo con el fallecido, es el objetivo central del trabajo de duelo.

Bowlby se aparta de la tradición estrictamente psicoanalítica y también reconoce la influencia de otras disciplinas y enfoques, como de la psicología cognitiva y la etología. Propone su primer modelo sobre las etapas del duelo en 1961, basado principalmente en los influyentes trabajos de Freud y Lindemann. El duelo, para Bowlby, es una respuesta adaptativa, que se basa en el valor del apego en la sobrevivencia. Señala la importancia de condicionantes

sociales en el duelo y de la redefinición del sí mismo y de su contexto. La causa para no lograr un duelo normal (“duelo crónico” y “ausencia prolongada de aflicción consciente”) implica que existen lazos con el fallecido. Esto lleva a un impulso de búsqueda, lo que explica la ausencia de pesar y tristeza que se puede dar en ambas variantes del duelo patológico. En ambas el duelo está inconcluso: el duelo crónico significaría quedarse en la fase de añoranza y búsqueda y la ausencia de aflicción en la fase de embotamiento (Bowlby, 1980/1993).

La idea del duelo, como un proceso de etapas relativamente universales, también la encontramos en Kübler-Ross (1969). En su conocido libro *On death and dying*, mencionó la negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. Estas etapas ayudan a comprender el proceso por el que pasa el enfermo terminal al vislumbrar su propia muerte o, mejor dicho, la pérdida de la propia vida. Por otro lado, Worden (1982) y Rando (1984) conciben el duelo como un proceso más activo, se cambia la idea de pasar por fases o etapas a la de realizar tareas, para que haya un trabajo de duelo efectivo. Las tareas de Worden son: Aceptar la realidad de la pérdida; experimentar el dolor de la pérdida; adaptarse a su medio, en el que ahora falta el ser querido, y retirar la energía emocional desde la persona que falta, reinvirtiéndola en otras relaciones. Rando (1983) además enfatiza que se debe tomar en cuenta la idiosincrasia de cada duelo, la que estaría determinada por una combinación única de factores psicológicos, sociales y fisiológicos, como los que mencionamos más adelante en el apartado de variables del duelo. Para estos dos, el trabajo de duelo es más activo y particular.

A continuación se examinarán cuatro de los modelos de psicoanalistas que han trabajado el concepto de duelo y que sus investigaciones son fundamentales para el entendimiento y resolución de las pérdidas que se suscitan a lo largo de la vida.

3.1.2 El modelo psicoanalítico del duelo en Sigmund Freud

En 1910, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, donde se expondría sobre el suicidio, Freud matizó la importancia de establecer una comparación entre la melancolía y los estados normales de duelo, recalcando que el problema allí involucrado en esos momentos era todavía inexplicable (Freud, 1910b). Fue con la introducción de los conceptos del narcisismo y del ideal del yo lo que le permitieron reabrir el tema. Entonces se dio a la labor de comparar la naturaleza de la melancolía con la del duelo, considerando este último como un afecto normal.

Describió “*que la melancolía, cuya definición conceptual es fluctuante aún en la Psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada; y de ellas algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas. El duelo en cambio –menciona- es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera. A raíz de idénticas influencias en muchas personas se observa, en lugar de duelo melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza*” (Freud, S. 1917, p. 238).

El duelo trae consigo graves perturbaciones en la conducta humana, muestra los mismos rasgos que la melancolía, a excepción de que en éste falta la perturbación del sentimiento de sí. En cambio, “*la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Cuando se presenta el duelo, el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto*” (Freud, S. 1917, p. 242).

Los recuerdos y las expectativas libidinales que el sujeto liga al objeto perdido quedan cancelados con el tiempo y se desplazan a otro objeto. Pero ¿por qué la operación de compromiso de ejecutar pieza por pieza la orden de la realidad resulta tan extraordinariamente dolorosa? (Freud, 1917). Es preciso aclarar sobre esta pregunta que Freud se hizo, ya que el psicoanalista no se cuestionó por qué la pérdida es dolorosa, sino más bien, por qué el trabajo de duelo es doloroso y no pudo indicar con facilidad una fundamentación económica; sin embargo, afirmó que una vez cumplido el trabajo de duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido, mientras que en la melancolía la libido permanece en el yo donde se produce la identificación ambivalente con el objeto perdido. El odio que se le tiene a lo perdido ataca a la parte del yo que se encuentra identificada con éste, y es a través de la humillación que se encuentra una satisfacción sádica.

Para contestar también la interrogante planteada por Freud del carácter doliente del compromiso del orden de la realidad, es preciso nombrar los tres niveles de la elaboración del duelo: *sobreinvestidura, desinvestidura* y traslado del afecto al conjunto del yo; es decir, la

identificación. Desde la lectura Freudiana, el dolor es la causa de la desvinculación, de la separación y de la disolución de lazos. El dolor se engendra en el desplazamiento de las investiduras que abandonan la representación de objeto para irradiarse en el yo en tanto investiduras narcisistas. Se observa claramente que la *sobreinvestidura* afectiva de una representación significa mayor apego interno al objeto que ya no existe en el exterior. Nasio (1996) señala que el dolor de duelo no es dolor de separación sino dolor de lazo. Afirma que lo que duele no es separarse sino aferrarse más intensamente que nunca al objeto perdido. Freud, en *Addenda C* (1926), concluyó que la causa del dolor [no dice “el dolor”, sino “reacciones dolorosas”] se explica porque la intensidad del desprendimiento es tan fuerte como la intensidad de la investidura. El psicoanalista en este sentido permaneció en una postura ambigua.

Freud planteó diferencias entre duelo normal, patológico y la melancolía. En el duelo la pérdida es consciente, mientras que en el duelo patológico es solamente inconsciente y en la melancolía se puede saber a quién se perdió pero no lo que se perdió con la persona. “*El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico (Ichgefühl), un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía eso le acontece al yo mismo*” (Freud, S. 1917, p. 243). En el duelo normal el retiro de la libido se desplaza con el tiempo a otro objeto, mientras que en el duelo patológico, la libido que se ha desprendido del objeto perdido se disemina en el conjunto del yo, y se coagula bajo la forma de una identificación fundida con la imagen del objeto perdido (Nasio, 1996).

Existe una diferencia clínica en estos tres eventos que consiste en que los autorreproches del melancólico no se presentan siempre en el duelo normal, y las quejas del melancólico no se dirigen al objeto perdido sino a sí mismo. Los melancólicos no se avergüenzan ni se ocultan, todo eso denigrante que dicen de su yo, en el fondo lo dicen de otro. Son mártires en grado extremo, se muestran siempre ultrajados y como si hubieran sido objeto de una gran injusticia. “*Si con tenacidad se presta oídos a las querellas que el paciente se dirige, llega un momento en que no es posible sustraerse a la impresión de que las más fuertes de ellas se adecuan muy poco a su propia persona y muchas veces, con levísimas modificaciones, se ajustan a otra persona a quien el enfermo ama, ha amado o amaría*” (Freud, S. 1917, p. 245).

El analista concluye la siguiente hipótesis: El yo del melancólico se identifica con el objeto desaparecido. Así es como encuentra la clave del cuadro clínico; es decir, sí se entienden los autorreproches como reproches contra un objeto de amor que desde éste han repercutido sobre el propio yo. *“Pero ahí, no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular, como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación”* (Freud, S. 1917, p. 246-247).

Para Nasio (1996), la tesis Freudiana sobre la identificación con el objeto es muy general y se puede manifestar en los tres procesos. Es por ello arriesgado hacer una diferenciación radical. En la clínica se dan casos de autorreproches que no son pertenecientes precisamente a la melancolía, sino que pueden ser rasgos de alguna depresión obsesiva, en donde el sujeto tiende a menospreciarse. Sin embargo, es porque el melancólico se autocrítica y que Freud - inspirado en Abraham- concluyó: “las críticas no son verdaderamente autocríticas sino que recaen sobre el objeto incorporado en el yo del melancólico”. Este cambio del yo según el modelo de objeto perdido es entendido por Abraham (1959), como una forma de preservar la relación con dicho objeto.

Pero ¿en qué consiste la identificación con el objeto desaparecido? Freud lo explicó a partir de la identificación narcisista, en donde se presenta el mecanismo de retiro de la libido hacia el yo. Esa libido que se encontraba invistiendo al objeto amoroso se quita de él después de su muerte y se incorpora en el yo. Ahora bien, ¿hacia dónde se efectúa el retiro de la libido y a partir de dónde? A lo cual respondió que “es necesario decir que no se trata de la persona del difunto sino de su representación o de una imagen a nivel inconsciente”. Así, no es una persona en tanto tal la que recibía las investiduras afectivas sino la representación mental del mismo. ¿Qué representaciones? Aquellas a nivel inconsciente que remiten al ser amado ya desaparecido. Entonces, para retomar el planteamiento anterior: ¿De qué lugar proviene el retiro de la libido? Se concluye que la libido se repliega sobre el yo a partir de las representaciones de cosas del objeto amado y perdido (Nasio, 1996).

La libido se retira de las representaciones del objeto de amor y se dirige a una parte específica del yo, a una función denominada prueba de realidad, en donde se diferencian las

percepciones internas y externas. Entonces el retiro de la libido en el yo es en realidad un desplazamiento en el seno mismo de éste. Es decir, el desplazamiento de la libido es ínfimo. Pero es justamente en estos movimientos mínimos donde tendrá lugar el verdadero trabajo de duelo (Nasio, 1996). Es así como el duelo concebido como un trabajo da la posibilidad de pensar que no se pierde a alguien cuando muere, sino que se pierde después de un extenso periodo de elaboración.

Se presentará de manera gráfica y resumida las distintas fases del "trabajo de duelo" (Ver Tabla 4) y las coincidencias y diferencias esenciales entre duelo y melancolía (Ver Tabla 5) para Freud (1917):

3.1.3 Los procesos de duelo en el modelo psicoanalítico de Melanie Klein

Las características que el modelo psicoanalítico Freudiano planteó con respecto al duelo, eran el resultado de las investigaciones clínicas de esos tiempos. Es por ello que Freud creó un modelo de duelo que se encontraba muy relacionado a la melancolía (depresión). Donde las relaciones con los demás, los objetos, son un elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo. Aunque el fundador del psicoanálisis no proporcionó una base sistemática como para *operacionalizar* el proceso, y las vías para su atención o cuidado, propuso numerosos elementos para considerar la complejidad de vinculaciones que se quedan alteradas, y la dificultad que ha de encarar el deudo para realizar el trabajo de duelo (Tizón, 2004).

Tabla 4. El trabajo de duelo

Etapas	Características
1ª Etapa: Reconocimiento de la pérdida	Consiste en el reconocimiento de la pérdida; cuya aceptación es imprescindible, pues la negación de la misma conlleva la imposibilidad de todo desarrollo siguiente y puede llegar a afectar gravemente el contacto y el reconocimiento de la realidad.
2ª Etapa: Sobreinvertimiento y retiro de cargas	Consiste en el paulatino desligamiento libidinal del objeto perdido. Este proceso consiste en la sobrecarga de los recuerdos y vínculos tenidos con el muerto, alternando con momentos de retiro de estas cargas.
3ª Etapa: Aceptación, pérdida e identificación	El objeto perdido es incorporado al Yo y se mantiene allí mediante una identificación. El mismo Freud no estaba totalmente convencido de la acción del mecanismo de la identificación con el objeto perdido como término de esta etapa del duelo.
4ª Etapa: El yo vuelve a quedar libre y exento de inhibiciones	Es la fase de resolución del trabajo de duelo, cuando se produce la reconexión con el mundo <i>objetal</i> y la reaparición de las posibilidades de investir nuevos objetos, quedando el Yo libre y exento de inhibiciones.

Tabla 5. Diferencias y similitudes de fenómenos en el Duelo y la Melancolía

Duelo	Melancolía
La pérdida del objeto permanece en la consciencia	La pérdida del objeto es retirada de la consciencia
Animo doloroso	Animo doloroso
Cese del interés por el mundo exterior	Cese del interés por el mundo exterior
Pérdida de la capacidad de amar	Pérdida de la capacidad de amar
Inhibición de actividades	Inhibición de actividades e incesante y dolorosa introspección
La autoestima no disminuye	Disminución de la autoestima y aparecen incesantes autorreproches y autoacusaciones. Expectancia de castigo.

Melanie Klein, -perteneciente a la Escuela Inglesa- realizó avances sobre el concepto de duelo, basados en el profesionalismo y originalidad, fundamentados en los estudios clínicos que dirigió. En 1935, con su teoría sobre la posición depresiva, da lugar al segundo sistema Kleiniano, en el que continúa dando consistencia a su teoría sobre los objetos internos y las fantasías inconscientes como pilares básicos de su pensamiento. En 1938, en París, durante el Congreso Internacional de Psicoanálisis, leyó el artículo: *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos* el cual fue ampliado y revisado en 1939 para publicarlo en 1940. De 1940 a 1963 se consideró la etapa de consolidación de su obra, con aportaciones sobre la teoría del duelo, el complejo de Edipo relacionado con situaciones tempranas de ansiedad, etcétera.

Para esta psicoanalista, una parte importante del trabajo de duelo es el *juicio de realidad* tal como lo apunta Freud (1917). Para ella existe una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Cree que el niño pasa por estados mentales que pueden ser comparados al duelo que realiza un adulto, y son estos tempranos duelos que se reviven posteriormente cuando se enfrenta a algo difícil.

Una de las principales aportaciones de esta autora radica en su insistencia de que cada duelo reaviva la ambivalencia <<residual>>, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, con respecto a nuestra madre o sustituto más permanente. Es esa reviviscencia de la ambivalencia la que hace el duelo más penoso y duradero, pero también lo que le confiere mayores capacidades creativas, ya que elaborar un duelo importante implica al tiempo elaborar también, al menos, algo más, los *duelos primigenios*, nuestras formas de separarnos de nuestros objetos primordiales (Klein, 1940).

Esta psicoanalista se apoyó en *Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos* (Klein, 1935), para realizar una clara relación entre la posición depresiva y el duelo normal. Mencionó que el niño experimenta sentimientos depresivos que llegan a culminación, antes durante o después del destete, y será el estado mental al que denomina “posición depresiva”, el cual sugiere que es una melancolía en *statu nascendi*. El objeto de duelo es el pecho de la madre y todo lo que representa (leche) en la mente del niño como el amor, la bondad y la seguridad. El niño siente que ha perdido todo esto y que esta pérdida es resultado de sus deseos incontrolables de voracidad, y de sus propias fantasías e impulsos de destrucción contra el pecho de la madre. El duelo supone una auténtica revolución en nuestro

mundo interno. La oscilación entre la posición esquizo-paranoide y posición depresiva propia de toda la vida, pero demasiado intensa en los primeros meses del recién nacido, -con sus correlatos de intensa frustración y rabia e intensa necesidad y amor hacia la madre o sustituto- se reaviva con mayor o menor agilidad según la historia anterior, la personalidad, el tipo de pérdida, etcétera.

Siempre que se experimenta la pérdida de la persona amada, esta experiencia conduce a la sensación de estar destruido. Se reactiva entonces la posición depresiva temprana y -junto con sus ansiedades, culpa y sentimientos de pérdida y dolor derivados de la situación frente al pecho- toda la situación edípica, desde todas sus fuentes. Entre todas estas emociones, se reavivan en las capas mentales más profundas los temores a ser robado y castigado por los padres temidos; es decir, todos los temores de persecución. Los procesos de duelo suponen emociones, sentimientos y sufrimientos intensos y duraderos: odio, culpa, amor, ira, temor, etc. Para Klein, los temores persecutorios provocados por el duelo, proporcionan la base psicógena para las imágenes culturales de las brujas o hechiceros, los cuales están basados en la reactivación de fantasías primitivas infantiles en cada duelo: fantasías oral-sádicas y anal sádicas (Klein, 1940).

Está de acuerdo con la postura de Freud y Abraham en que en el sujeto en duelo, la pérdida de la persona amada lo conduce hacia un impulso de reinstalar en el yo este objeto amado perdido; pero agrega que el yo no solamente acoge dentro de sí a la persona que ha perdido (la reincorpora), sino que también reinstala sus objetos buenos internalizados (en última instancia, sus padres amados), que se hicieron parte de su mundo interno desde las fases tempranas del desarrollo en adelante. El dolor experimentado en el lento proceso del juicio de la realidad durante la labor del duelo, parece deberse en parte no sólo a la necesidad de renovarse los vínculos con el mundo externo y así continuamente reexperimentar la pérdida sino, al mismo tiempo, a la de reconstruir ansiosamente el mundo interno que se siente en peligro.

Klein (1940) menciona que durante el duelo normal se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas. El sujeto en duelo es realmente un enfermo; como este estado es común y parece normal, no llamamos enfermedad al duelo. Con precisión menciona esta analista que el sujeto en duelo atraviesa por un estado maniaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los

que atraviesa el niño en el desarrollo temprano. La posición <<depresiva>>, y la elaboración del duelo presuponen que el sujeto pueda llegar a una percepción del *objeto total*, de sus cuidadores primigenios, es decir, que llegue a percibir que la <<buena madre>> y la <<mala madre>> son una sola y misma persona, aunque con capacidades y actitudes que varían.

El peligro mayor para el sujeto en duelo es la vuelta hacia sí mismo del odio hacia la persona amada y perdida. Una de las formas en que se experimenta el odio está determinada por los sentimientos de triunfo sobre la persona muerta. La muerte del otro es sentida entonces como victoria que origina triunfo y aumenta la culpa. Sólo gradualmente, menciona Klein (1940), obteniendo confianza en los objetos externos y en múltiples valores, es capaz el sujeto en duelo de fortalecer su confianza en la persona amada perdida. Sólo así puede aceptar que el objeto no sea perfecto y no perder la confianza en él sin temer la venganza. Es cuando se logra esto que se ha dado un paso importante en la labor de duelo y se le ha vencido.

Así, mientras que el dolor se experimenta con toda intensidad y la desesperación alcanza punto culminante, surge el amor por el objeto, y el sujeto en duelo siente más poderosamente que la vida interna y externa seguirán existiendo a pesar de todo y que el objeto amado perdido puede ser conservado internamente. Y que una de las diferencias con la temprana posición (postura, tendencia para ver el mundo) depresiva del duelo normal, es que cuando el niño pierde el pecho que ha llegado a representar el objeto bueno y protector, y experimenta dolor, lo siente aunque su madre esté junto a él. En el adulto, el dolor sobreviene con la pérdida real de una persona real. Sin embargo, lo que ayuda a vencer esta pérdida abrumadora es haber establecido en sus primeros años una buena imagen de la madre dentro de sí. Paso que se apoya en la repetida experiencia interiorizada de que lo benéfico (pecho bueno) predomina sobre lo persecutorio (pecho malo). “*En teoría de la clínica Kleiniana eso significa que los aspectos benéficos del otro y del propio self, predominan sobre sus aspectos persecutorios*” (Tizón, 2004, p. 59). Los procesos del duelo adulto también reactivan la <<posición depresiva>>, vivida en la infancia y tienden a hundir en la depresión al deudo, cuyo mundo interno parece que se va a colapsar. Por un lado, dependerá la reconstrucción del mundo interno de la introyección del objeto amado en el yo, y por otro lado el temor a perder todo lo bueno actuará como un reforzador para tal proceso.

En el duelo normal, la persona reintroyecta y reinstala tanto a la persona real perdida, como a sus padres amados que sintió como objetos internos buenos. En su fantasía, este mundo

interno que construyó desde los primeros días de vida en adelante, fue destruido cuando se produjo la pérdida actual. La reconstrucción del mundo interno da la pauta de éxito de la labor de duelo. Tal situación va estrechamente vinculada a una menor utilización de los mecanismos de defensa psicóticos y esquizoides, propios de la posición esquizo-paranoide. Solamente es posible la resolución del duelo mediante la *introyección* del objeto amado, la *identificación introyectiva*, en la dialéctica con la *identificación proyectiva*. “Esa incorporación [*<<introyectiva>>*], se encuentra además en la base de las fantasías y tendencias reparatorias, generadas por la transformación de la culpa persecutoria, cuyo empuje proviene de la gratitud y de los deseos de reparar” (Tizón, 2004, p. 60).

Para esta psicoanalista, la gran diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico y los estados maniaco-depresivos, está en que los sujetos no han sido capaces en la temprana infancia de establecer objetos internos buenos, y de sentir seguridad en su mundo interno. Cuando el sujeto logra reinstalar dentro de sí los padres buenos y a las personas recientemente perdidas y reconstruye el mundo interno que estuvo en peligro, puede vencer la pena y ganar seguridad y paz, y es cuando se establece que ha elaborado su duelo. El que cada proceso de duelo pueda tener un fin en la mente, no significa que el proceso de la pena y la aflicción terminen pronto, más bien, poseen efectos duraderos, tanto positivos como negativos, para la *capacidad de reparar*, es decir, para la *creatividad*.

3.1.4. El duelo y un esbozo de la teoría del Apego de John Bowlby

En otra línea de investigación psicoanalítica está John Bowlby, quien, como Anna Freud, dio lugar a los primeros estudios empíricos sobre el duelo y las repercusiones en la transición psicosocial de la infancia. Los datos considerados que dieron origen a estos estudios, fueron las observaciones de la forma en que un niño pequeño, de entre doce meses y tres años de edad, respondía cuando se le apartaba de la figura materna (entendiendo que la “figura materna” se refiere en todos los casos a la persona que obra como madre de un niño y a quien éste llega a cobrar apego). Bowlby, refiere que la respuesta inicial del infante es de protesta y de un imperioso esfuerzo por recuperar a la madre perdida. Sin embargo, tarde o temprano la desesperanza se impone. El anhelo por recuperar a la madre no disminuye, pero la esperanza de que dicho anhelo se cumpla se desvanece (Bowlby, 1980/1993).

Ha sido en las últimas décadas que se le ha descrito aflicción. Dicho término fue empleado por Dorothy Burlingham y Anna Freud (1942), por Spitz (1946), al titular su película, *Grief: A peril in infancy*. Hubo una época en donde se creía que un niño tardaba poco en olvidar a su madre y superar su desdicha; se pensaba que en la infancia el dolor era de corta duración, pero diversos estudios realizados con niños internados en guarderías comprobaron lo contrario. (Heinicke & Weistheimer, 1966), así como en las *Hampstead Nurseries*, Anna Freud y Dorothy Burlingham (1974), registraron muchos casos de anhelo persistente pero silencioso con respecto a la madre ausente.

Para Bowlby [a pesar del controversial dilema de si los niños pequeños vivían un duelo o no] el analista afirmativamente señaló las notables similitudes entre las respuestas de los niños pequeños a la pérdida de la madre y las respuestas de los adultos a quienes la muerte había arrebatado un ser querido. Escribió: “*las reacciones de duelo que se observan a menudo en la lactancia y en la temprana infancia muestran muchos de los rasgos que constituyen el sello característico del duelo patológico en el adulto*” (Bowlby, 1963, p. 504), teorizó que los niños pequeños forman temprano en su vida un lazo con la figura materna, cuya ruptura lleva a la ansiedad de separación. Los mecanismos para afrontar esta separación serían sustancialmente los mismos que son observados cuando un niño mayor o un adulto pierden a una figura amada.

Los primeros trabajos de Bowlby, dieron la pauta para acaloradas controversias, como las del uso de la terminología de “duelo” para describir en un sentido amplio “una variedad de reacciones frente a la pérdida incluyendo las que traen un resultado patológico, porque ello permite vincular una serie de procesos y estados que, según demuestran las pruebas, se encuentran interrelacionados”. Así pues Bowlby, y a pesar del uso restringido que se le daba al término, conservó el uso adoptado en otras investigaciones y refirió el término “duelo”, con los modificadores adecuados, “*para denotar una serie bastante amplia de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera sea su resultado*”.

Entonces, a raíz de estudios sobre múltiples fuentes y -en particular- amplias revisiones de observaciones y estudios sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, viudos y voluntarios, postuló el esquema de la “tríada de la pérdida afectiva”: a) aflicción y protesta; b) desesperanza y c) desapego o depresión. Es la base de su modelo de las cuatro fases del duelo:

1) impacto, obnubilación; 2) protesta, anhelo y búsqueda; 3) desorganización y desesperación; 4) reorganización” (Bowlby, 1980/1993). Los momentos de duelo en la infancia se manifiestan de una u otra forma en los duelos de carácter normal de cualquier periodo en la vida o de transición psicosocial; concluyó que una sensación permanente de la presencia de la persona muerta no es patológica sino que forma parte del proceso de duelo normal. También definió dos modalidades de duelo patológico: el duelo crónico y su opuesto, una ausencia permanente de pena (Bowlby, 1988).

Así, se dio lugar a uno de los programas más productivos de investigación en la psicología actual: la teoría del apego o vinculación. Esta teoría tiene que ver con el establecimiento de los vínculos (afectivos o de apego) al principio entre el niño y sus padres y más tarde, entre los adultos. Siendo este vínculo la principal fuente de seguridad, primero en el infante y posteriormente en el adulto. En la opinión de Bowlby, *“este paradigma permite una manera nueva y esclarecedora de conceptualizar la propensión de los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos con otras personas y explicar las múltiples formas de padecimiento emocional y de trastornos de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la cólera, la depresión y el desapego emocional, a que da origen la separación y las pérdidas sufridas”* (Bowlby, 1980/1993, p. 60).

En vista de que la conducta de apego permanece potencialmente activa durante toda la vida y también de que cumple la función biológica propuesta, Bowlby (1980/1993), considera un grave error suponer que su actividad en un adulto indica patología o una regresión a la conducta inmadura; es decir, se considera que la psicopatología se debe a que el desarrollo psicológico de una persona ha seguido un camino atípico, y no ha quedado fijado, o ha hecho una regresión a alguna etapa temprana del desarrollo, como lo señalan las versiones de la teoría psicoanalítica Freudiana, en específico, las teorías de la oralidad y dependencia.

Siguiendo la línea de Bowlby y de Tizón, en donde se da igualmente una concepción biopsicosocial del duelo, el investigador describe el duelo como un término que en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el *sujeto en duelo*, el *deudo*, estaba psicosocialmente vinculado. Entenderá como los *procesos del duelo*, al conjunto de emociones y representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor: de ahí el término de *procesos de duelo* para hacer hincapié de que se trata de un

complejo diacrónico no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos de relaciones. Así pues, se comprenderá por *duelo*, al conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos que no son solamente psicológicos (los procesos de duelo), sino psicosociales, sociales (el *luto*), antropológicos e incluso económicos. Y por último, se concebirá la *elaboración del duelo* como la serie de procesos psicológicos, es decir, el trabajo psicológico que comienza con el impacto afectivo de la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Esto supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia a lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno; es decir, de las cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales (Tizón, 2004).

“Ya que toda la vida humana o incluso cualquier avance o desarrollo en cualquier campo se halla jalonado siempre de pérdidas, se comprenderá la importancia crucial que los procesos de duelo tendrán para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo” (Tizón, 2004, p. 23). Todas las pérdidas y frustraciones, si son acompañadas de sus representaciones mentales, si son percibidas a nivel consciente o inconsciente como tales, despiertan toda una serie de emociones y sentimientos, los cuales pueden ir desde el recuerdo bueno que proporcionó hasta el resentimiento por el daño que causó o dejó de darnos o hacernos. A esta situación mental, más o menos duradera se la llama: *Situación de duelo o proceso (emocional) del duelo* (Tizón, 2004).

Finalmente para este autor, aquellas personas que lograrán la tolerancia a la frustración y a la ambivalencia tendrán la capacidad de vivir durante un tiempo con la duda, la incertidumbre, el pesar, la culpa, sin necesidad de llegar a la actuación. Podrán captar la realidad tanto interna como externa de manera más global. Esto se dará debido a la posibilidad de que incluyeron en su visión de la realidad una cierta capacidad de introspección o *insight*. Pero este proceso tan doloroso tendrá mayor éxito con la ayuda de un buen sistema de contención centrado en la comunidad y alejado -de ser posible- de la terapia de la vida cotidiana.

3.2 Proceso de duelo y psicopatología

3.2.1 Conceptualización del duelo normal, complicado y patológico

La literatura científica y la popular poseen diversos y numerosos términos referentes al duelo, ya sea normal, complicado o patológico. *“Existe todo un esfuerzo por retener diversas nociones con las cuales la sabiduría popular y/o la médico-psicológica han intentado conceptualizar ese capítulo del sufrimiento (y del crecimiento) humano”* (Tizón, 2004, p. 337- 338).

En pleno siglo XXI, el debate sobre que constituye el “duelo anormal” o el “duelo patológico” (también llamado “duelo complicado” por algunos autores contemporáneos), sigue ocupando a los investigadores en el tema. Por un lado, se piensa que los duelos ni tienen ni deben de tener que ver con la psiquiatría y sus tratamientos, al menos de primera instancia (Tizón, 2004). Por otro lado, algunos modelos teóricos plantean una diferenciación del duelo patológico en tanto que entidad clínica diferente e intentan crear criterios de utilidad para clasificarlo como síndrome e incluirlo en futuras ediciones del DSM (Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993; Horowitz et al., 1997; Jacobs, 1993). Consecuentemente con esas perspectivas de la inclusión del duelo patológico dentro de las clasificaciones psiquiátricas, se han revisado las ventajas y desventajas, concluyendo que se necesita una valoración más profunda (Stroebe et al., 2000).

Para Tizón (2004), *“el paradigma emergente del <<duelo anormal>> continúa incluyendo numerosas variantes y definiciones con abundantes superposiciones y solapamientos, lo cual demuestra que se trata de un concepto con una intensión y extensión nuclear poco definidas”* (p. 344). El autor apunta que muchas de tales definiciones y descripciones pueden utilizarse clínicamente y para la comprensión de los fenómenos, sin embargo, su uso en investigaciones científicas debería ser más afinado y meditado por las repercusiones sociales que conllevan la terapéutica y la profesionalización de los fenómenos y experiencias humanas.

Frecuentemente se confunde el duelo complicado (ya sea por algunas de las características o variables que incide en él, o por la evolución que conlleva) con el duelo patológico. Tizón (2004), señala que estos dos tipos de duelo no tienen por qué ser lo mismo. En su concepción, el *duelo patológico* es una forma de *duelo complicado*, debido a las dificultades que pueden

expresarse en el mismo. De igual manera, una buena parte de las manifestaciones en los duelos complicados pueden ser vistas como síntomas (psicopatológicos), más en su evolución posterior, su elaboración las revierte a su primer origen: manifestaciones de un *duelo complicado*.

Tras la consulta de variada y contradictoria bibliografía, en esta investigación se tomarán como base las aportaciones que Tizón (2004) ha adoptado sobre los siguientes conceptos, definiéndolos de la siguiente manera:

- El *duelo patológico*, es aquél que pone en marcha o hace aparecer un cuadro psicopatológico de los descritos como tales en las clasificaciones al uso; es decir, lo que los psiquiatras definen como *síndrome* u *organización psicopatológica*. En éste aparecen manifestaciones de un trastorno mental más o menos grave y completo y por ende es llamado patológico, ya que los procesos de duelo evolucionan hacia un trastorno mental definido (Tizón, 2004; Tizón & Sforza, 2008).

- El *duelo complicado* significará dificultades cualitativas, cuantitativas o temporales para la elaboración, pero no necesariamente un desarrollo patológico (Tizón, 2004). Éste presentará un riesgo de patología mayor que el de otros duelos o pérdidas en virtud de las variables que intervengan. Las características del sujeto, la pérdida de una persona o de la relación que los unía va a ser complicado de elaborar (Tizón & Sforza, 2008, p. 74). La evolución se verá entorpecida por síntomas aislados de trastorno o de duelo crónico, retrasado, exagerado o enmascarado (ver Tabla en Tizón, 2004, p. 339-340).

- El *duelo normal*, mantiene un estado de ánimo que se halla en relación con la pérdida y, si no hay circunstancias que compliquen su evolución, sus cogniciones se centran en las imágenes reales y queridas de lo perdido (Tizón, 2004). El duelo suficientemente elaborado podrá suponer, a medio y largo plazo, no tan sólo una pérdida personal, sino también un enriquecimiento que impulse la creatividad (Tizón & Sforza, 2008, p. 84).

Se trata de tres conceptos de gran importancia personal, social y asistencial: *duelo normal*, *duelo complicado* y *duelo patológico*. Las pérdidas afectivas y los procesos de duelo, son importantes para la vida, no sólo por los efectos directos que producen sino por como afectan el presente y el futuro. No existe manera de obviar, que se tome como se tome, en el duelo

como en gran parte de las manifestaciones psicológicas, lo que se define por “normalidad” o “anormalidad”, depende de evaluaciones cultural-dependientes.

También el duelo es de suma importancia por otro tipo de consecuencias en las que suele pensarse menos: porque los duelos acumulados y/o insuficientemente elaborados (a un nivel más conductual, los acontecimientos vitales estresantes) favorecen la repetición y cronificación del sufrimiento y con ello el desequilibrio mental, la psicopatología. Como se ve, los procesos de duelo implican complejos y finos cambios y evoluciones en la psicología de los seres humanos (Tizón & Sforza, 2008).

Con la conceptualización realizada sobre los duelos se delimita un amplio campo de las relaciones humanas y profanas, que es en donde debe de encararse el duelo normal. Si bien es cierto que se pueden entremezclar o estar poco diferenciadas las manifestaciones del duelo normal, complicado y patológico, de lo que se trata es de no influir en el curso del mismo con intervenciones terapéuticas o profesionalizadoras, en tanto que no existan factores de riesgo que puedan llevar al duelo del ámbito preventivo del duelo complicado al desarrollo de psicopatología en el duelo patológico.

3.2.2 Algunas consideraciones sobre el duelo y los trastornos psicopatológicos

“La relación entre procesos de duelo y psicopatología es estrecha. Sus interacciones y retroacciones corren, al menos, por una doble vía. Por un lado, los duelos acumulados y /o insuficientemente elaborados (a un nivel más conductual, los <<acontecimientos vitales estresantes>>) favorecen el desequilibrio mental, la psicopatología. Por otro, los trastornos psicopatológicos establecidos suelen suponer dificultades, a menudo específicas, en la elaboración del trabajo del duelo” (Tizón, 2004, p. 333).

En la infancia la interrelación resulta sumamente clara, ya que los duelos graves o acumulados durante esta etapa parecen correlacionar con trastornos psicopatológicos en la propia infancia y en edades posteriores, aunque sus efectos generalmente son específicos, al menos con el actual nivel de conocimientos (Bowlby, 1980/1993; Cox, 1993; Woof & Carter, 1997). En sentido opuesto, los trastornos psicopatológicos previos, de los niños o de sus progenitores, suelen suponer inconvenientes, a menudo más específicos, para la elaboración de los duelos (Black, 1998; Cox, 1993; David, 1987; Rutter, 1980; Tronick & Field, 1986).

Diversos estudios prueban estas afirmaciones, por ejemplo Bowlby (1980/1993), Parkes (1998) o Woof y Carter (1997). Se trata de trabajos que pueden agruparse en los siguientes tipos:

- a.- Estudios que muestran una correlación entre las personas que perdieron a un progenitor en la infancia y trastornos emocionales en la edad adulta.
- b.- Estudios que muestran una alta frecuencia de pérdidas y duelos en la infancia entre los niños y adolescentes remitidos a los servicios de salud mental.
- c.- Estudios que muestran una mayor incidencia de pérdidas y duelos en la infancia de los adultos sometidos a tratamiento psiquiátrico.

Brown y Harris (1978) encontraron que en las mujeres con depresiones graves la frecuencia de pérdidas por muerte es más elevada y que sigue una correlación ascendente con la gravedad del trastorno. En dicho grupo, las pérdidas por otras situaciones eran bajas. En las mujeres con depresión menor (neurótica), la incidencia de pérdidas por causas diferentes a la muerte era moderadamente alta y la proporción aumentaba con la gravedad de la afección. Estos datos fueron duplicados más tarde por profesionales del Maudsley Hospital (Bowlby, 1980/1993).

En una amplia revisión, Woof y Carter (1997), encontraron que en la literatura científica existían suficientes evidencias bien fundamentadas, las cuales vinculan las pérdidas y duelos con la depresión posterior; también con los trastornos por ansiedad, el abuso del alcohol y otras drogas y el suicidio, aunque en estos casos las pruebas son menos indiscutibles.

Para Tizón (1999, 2000, 2001), las perspectivas de la psicología y la psicopatología basadas en la relación brindan interesantes propuestas y vías de comprensión para el enfoque de estos problemas por parte de los que intentan el acompañamiento o la asistencia en duelos. Dicha perspectiva relacional de la psicopatología se apoya en la realidad de que cada trastorno mental o de personalidad, supone el predominio de una forma de relación particularizada, amén de estar basada en sustratos y desencadenantes biológicos y sociales por supuesto innegables (Tizón, 2004).

Horowitz y otros (1993), ingresan al tema de la evolución del duelo hacia la psicopatología, a partir de la exacerbación de las presiones en los diversos momentos de éste o a partir de la falta de contención de esas presiones externas por la fragilidad de la personalidad del sujeto. En tal sentido, cada uno de los momentos de evolución de un duelo da lugar a manifestaciones <<psicopatológicas>> si se da un desnivel importante entre la gravedad e intensidad del duelo y las <<capacidades de elaboración y contención del sujeto>> y de sus niveles de contención psicosociales. (Ver Tabla 6, extraída de Tizón, 2004).

De esa forma, *“los primeros momentos pueden dar lugar al desarrollo de las bases o incluso del síndrome de trastorno por estrés postraumático si las circunstancias externas o las internas (personalidad, duelos y vulnerabilidad previos) son especialmente deficitarios. Las reacciones de pánico, de agotamiento y de agitación, más o menos psicotizadas o desorganizadas, son también propias de estos primeros momentos. La depresión, salvo en individuos muy predispuestos, es un desarrollo algo posterior, propio de la vivencia intensa de los momentos de aflicción y turbulencia afectiva, momentos que también pueden dar lugar a reacciones fóbicas y evitativas o a reacciones maníacas. Los trastornos por ansiedad excesiva y los <<trastornos por estrés postraumático>> tienen que ver con la exageración de las vivencias de intrusión e inundación por ansiedad o por vivencias particulares. A medio y largo plazo es cuando tienden a desarrollarse los trastornos somatomorfos, los trastornos orgánicos influidos por el duelo o los trastornos caracteriales o de personalidad”* (Tizón, 2004, p. 335-337).

Tabla 6. Evolución de un duelo y posibilidades de patologías

Momentos intrapsíquicos del duelo	Síntomas Experiencias intensas, repetidas o prolongadas pueden llevar a la manifestación de síntomas de esta fase mediante las siguientes vías:
Suceso, pérdida	- Trastorno por estrés postraumático agudo en caso de catástrofes especialmente <<aplastantes>>
I.- Impacto: - horror, pena, aflicción, ira, protesta, etc.	- Reacciones de pánico o agotamiento a causa de reacciones emocionalmente intensas invasivas.
II.- Aflicción y pena/protesta, resentimiento	Depresión o agitación por causa de: Tristeza, pena, culpa extrema Aumento de las ansiedades persecutorias (sentimiento de ser perseguido, necesidad de perseguir...)
III.- Negación:	Evitación extrema: evitación, fobias, uso de drogas para

Se intenta negar la realidad de la pérdida o de lo que ésta significa para nosotros	evitar el sufrimiento mental. Reacciones maniacas: control, desprecio, pseudo superación, etc.
IV.- Intrusión: Recuerdos y vivencias inevitables del suceso	Estados de inundación por ideas, emociones, imágenes o recuerdos acerca del objeto o de la pérdida que invade. Trastorno por estrés postraumático subagudo y crónico.
V.- Elaboración: Se comienza a enfrentar la realidad de lo que ha pasado	- Respuestas psicósomáticas: tienden a desarrollarse quejas somáticas o incluso afecciones somáticas si la elaboración del duelo se estanca o <<congela>>.
VI.- Reparación: La vida continua, incluso, tal vez, con mejoras intrapsíquicas, mentales	- Trastornos <i>caracteriales</i> o psicopatológicos si no hay esa restauración del mundo interno y reanudación de las relaciones externas tras la elaboración suficiente del duelo.

* Derivada de Horowitz y otros, 1993, 1997.

Con los estudios mencionados se concluye que la relación entre procesos de duelo y psicopatología es estrecha. Existen principalmente tres cuadros clínicos que toman en ocasiones al duelo como punto de partida: la depresión, los trastornos por ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, pero no son los únicos. *También “una psicosis puede desencadenarse en un sujeto afecto del duelo, en particular cuando éste es de tal intensidad que actúa psicotraumáticamente. En tal caso se produce patología psiquiátrica por quiebra del equilibrio de la persona, y no tanto por un exceso y desbordamiento del duelo en sí mismo”* (Cobo, 1999, p. 491). En el siguiente apartado ocurren criterios de trastornos psicopatológicos vinculados con el duelo.

3.2.3 El duelo y cuadros clínicos psicopatológicos

En algunos casos la elaboración, <<los trabajos de duelo>> de algunas personas comienzan a sufrir dificultades, retrasos o desviaciones. En ocasiones desde los primeros momentos, o fases del duelo, como en el caso de los *trastornos por estrés postraumático*, y de personalidades vulnerables; otras veces desde los momentos o fases intermedias. A menudo no es fácil detectar cuándo comienza a ser así y aparecen signos de psicopatología. Por eso la definición de *duelo* patológico es aquél que cursa con algunos cuadros clínicos psicopatológicos definidos por las clasificaciones al uso (American Psychiatric Association, 2000).

Para Tizón (2004), a menudo el duelo puede sufrir una desviación como proceso adaptativo. Entendiendo el concepto de duelo, y en particular los procesos psicológicos del duelo, como procesos adaptativos que sirven para mantener la integridad biopsicológica del individuo dentro de micro grupos y de una sociedad determinada. Los procesos de duelo pueden y deben entenderse como reacciones del ser humano ante la pérdida, reacciones orientadas a evitar las repercusiones negativas de las pérdidas [integrando la sufrida, y preparándose para las futuras] y a facilitar cambios en la organización psicológica, social e incluso neuro-endocrino-inmunitaria del ser humano (Pally, 2000; García, García, & Lamas, 2000).

Toda pérdida, dolor, frustración crónica o importante pone en marcha una reacción que intenta controlar las repercusiones. A sus componentes psicológicos, Klein los llamó duelo, y Tizón prefiere llamarlos procesos de duelo. Pero ellos se mueven dentro de los procesos normales, fisiológicos y adaptativos. Solamente cuando las capacidades de contención y resiliencia del individuo, su entorno y sus capacidades biopsicosociales son superadas por el impacto, comienza entonces un trastorno adaptativo (en el doble sentido del término, fisiológico y psicopatológico).

Tizón (2004), refiere que algunos de los fenómenos de los duelos normales y complicados parecen cumplir criterios de algunos trastornos psicopatológicos de la psiquiatría descriptiva. En buena medida se trata de clasificaciones hechas por consenso (por algunos cuantos), y según como se definan los cuadros, puede lograrse advertida o inadvertidamente que fenómenos psicológicos habituales queden incluidos dentro de tales cuadros clínicos. A pesar de las dicotomías, pseudo precisiones y disociaciones del DSM americano, Tizón no rechaza la idea de considerar que la primera forma de manifestarse un duelo patológico es mediante un *trastorno adaptativo*, entendido este término en su sentido amplio. Un trastorno adaptativo que, además, si es muy importante, agudo o desorganizador, se le llama trastorno por estrés postraumático o síndrome psicotraumático, (ver resumen en Tabla 7 y 8).

La categoría de *trastorno adaptativo* y las denominadas *reacciones de estrés* constituyen entidades únicas dentro de la nosología psiquiátrica, por cuanto son las únicas que refieren a un agente etiológico y no a la presencia de un síndrome. Recogen las múltiples reacciones posibles ante situaciones de cambio, amenaza o pérdida frente a las que no es posible adaptarse o cuando las personas se sienten subjetivamente sobrepasadas por los

acontecimientos. Se trata de lo más cercano a una “patología de la vida cotidiana” o patología psicosocial (Pérez-Sales, 2008).

A continuación, tres de los trastornos que se vinculan en ocasiones con el duelo. Tomando los criterios de las clasificaciones convencionales de los trastornos mentales (CIE-10 o Clasificación Internacional de las Enfermedades y DSM-IV o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Empieza con el duelo y trastorno de ansiedad por estrés postraumático, seguido del duelo y los trastornos por ansiedad, y por último el duelo y la depresión.

Tabla 7. Trastorno adaptativo y Duelo

Trastorno adaptativo	Duelo
<p>A. Aparición de síntomas en tres meses posteriores al conflicto, estrés o pérdida.</p> <p>B. Estos síntomas o comportamiento se expresan clínicamente del siguiente modo: Malestar mayor de lo esperado en respuesta al estresante. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).</p> <p>C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del eje 1 y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje 1 o del Eje 2.</p> <p>D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.</p> <p>E. Una vez que ha cesado el estresante(o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.</p>	<p>A. Tras la muerte de una persona querida.</p> <p>B. Algunas personas presentan síntomas como los de un trastorno depresivo mayor.</p> <p>C. Pero algunas personas valoran el <<estado depresivo>> como <<normal>>.</p> <p>D. Aunque pueden pedir ayuda para síntomas como insomnio o anorexia.</p> <p>E. La duración varía en las diversas culturas.</p> <p>F. Aunque a los dos meses se puede calificar de trastorno depresivo.</p> <p>G. Duelo <<no normal>>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Culpa por las cosas más que por las acciones. 2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir. 3. Sentimientos de inutilidad. 4. Enlentecimiento psicomotor acusado. 5. Deterioro funcional acusado y prolongado. 6. Experiencias alucinatorias.

* Basada en Tizón 2004, p. 349.

3.2.3.1 Duelo y trastorno de estrés postraumático

Hay muertes de seres queridos que para ciertas personas constituyen un auténtico traumatismo psíquico, una catástrofe existencial. Algunos tardan en reponerse un largo tiempo, o en la peor de las situaciones, no se reponen nunca. En dichos casos, el duelo se puede manifestar como un *Trastorno por estrés postraumático* (ver Tabla 8).

Se define según el DSM-IV, como un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante involucra la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no

pueden asimilarlo. En algunos casos, es debido a un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados. Si una madre o un padre es afectad@, el TEPT puede causar consecuencias negativas para la relación padres-hijo y el desarrollo del niño.

En profundidad, dos son los grupos causales de estos psicotraumatismos:

- a) Los ataques violentos personales (agresión sexual, abuso sin violencia en niños, atraco, allanamiento de morada, secuestros, ataques terroristas, tortura...). Entre los acaecidos sin voluntad de daño (accidentes trágicos, automovilísticos o domésticos y de aquellos en los que se es testigo de manera inesperada...), y
- b) Los desastres naturales (riadas, terremotos, incendios, destrucción súbita del hogar o pertenencias...). En los niños puede darse debido a escenas vistas en audiovisuales (películas de terror, noticias o enfermedades).

Es importante matizar que el carácter amenazante de una situación depende tanto de la situación vivida como del sujeto que la vive. Lo que para unos es traumático no lo es para todos (Cobo, 1999). Las causas de estrés postraumático por duelo son en general aquellas en las que se produce la muerte o el daño grave de un ser querido en condiciones dramáticas inesperadas y/o de violencia, especialmente cuando interviene la maldad humana. Muchas de estas causas dan lugar a lo que Cobo (1999) refiere como <<duelo imposible>>.

En consecuencia, los criterios que definen a *los trastornos por estrés postraumático*, cuando son crónicos o intensos se hacen difícilmente diferenciables de los trastornos por ansiedad generalizada, trastornos fóbicos, o trastornos somatomorfos indiferenciados que están cursando junto con un duelo, desencadenados por éste o pre-existentes.

Tabla 8. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)

<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. 2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. 3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). 4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
<p>c). Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6. restricción de la vida afectiva (Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor). 7. sensación de un futuro desolador (Ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
<p>d). Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dificultades para conciliar o mantener el sueño. 2. irritabilidad o ataques de ira. 3. dificultades para concentrarse. 4. hipervigilancia. 5. respuestas exageradas de sobresalto.
<p>e) Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p>
<p>f). Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p><i>Especificar si:</i> Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más. <i>Especificar si:</i> De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.</p>

3.2.3.2 Duelo y trastorno de ansiedad

Todos los trastornos de ansiedad tienen un grupo común de síntomas, sobre los cuales cada cuadro de ansiedad añade los que le son específicos. Esos síntomas generales son: inquietud e impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, sensación de tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones diversas del sueño. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG; ver Tabla 9). El paciente puede presentar varios o todos. A continuación se consideran aquellos cuadros ansiosos y de expresión somática hacia los que mayormente se puede derivar el duelo (Cobo, 1999):

a) Ansiedad somatizada

En este caso, mediante vías desconocidas, misteriosamente, la ansiedad pierde su componente de tensión psíquica y se convierte en síntomas exclusivamente físicos. La ansiedad que presenta el enfermo somatizador puro está vinculada exclusivamente al síntoma físico en sí, sin movilizar angustia en otras esferas emocionales de la personalidad. Los diversos especialistas consultados y los múltiples exámenes y pruebas complementarias no encuentran causalidad orgánica o en todo caso, ninguna de importancia que justifique el cuadro. En los duelos normales, no es raro que los deudos más allegados presenten transitoriamente somatizaciones que, a menudo, reproducen síntomas físicos de la enfermedad que padecía el muerto. Puede presentarse también la somatización crónica como duelo patológico por la muerte de un familiar con el que se tuvo una sumisión identificatoria muy intensa; por ejemplo, la hija muy dependiente afectivamente de la madre a la muerte de ésta. O el viud@ al fallecimiento del cónyuge, y, en este caso, se puede tratar de una manifestación de duelo como de autoduelo; es decir, por angustia ante la idea de la propia muerte removida por la muerte del otro miembro de la pareja.

b) Ansiedad generalizada

Esta ansiedad infiltra toda la cotidianeidad de la persona. Cualquier hecho, e incluso expectativa del mismo, aunque sea agradable, suscita una atención y preocupación excesivas. La vida se convierte en una continua situación de masoquismo moral. Todo hace sufrir angustiadamente. A partir de la muerte de un ser muy querido, el doliente puede caer en este estado de ansiedad generalizada, pero lo más corriente es que ya sea, previamente al duelo,

una personalidad ansiosa, con una predisposición endógena a la angustia, que le es prácticamente imposible controlar. En tales casos, lo que hace el duelo es intensificar y amplificar ese estado.

Tabla 9. Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: 1. Inquietud o impaciencia. 2. Fatigabilidad fácil. 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la <u>hipocondria</u>), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (Ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

c) Ansiedad de separación

Esta ansiedad es normal en los niños de 2-4 años. Se puede dar luego, como patología psíquica, a cualquier edad. En los adolescentes y jóvenes, se presenta, por lo común aisladamente, como cuadro puro; es decir, se trata exclusivamente del miedo a separarse de los padres, del ambiente familiar, de la casa. En edades más tardías, suele ser consecuencia de otras angustias; en especial, es el pánico a estar solo por si se enferma o sufre una crisis.

d) Ansiedad hipocondríaca

En la hipocondría, el enfermo ansiosamente, obstinada e injustificadamente, teme padecer una enfermedad grave, mortal. Más importancia que los síntomas físicos concretos en sí, le tiene miedo a los síntomas. Lo que predomina es la angustia de la muerte, la cual casi nunca es nombrada por el hipocondríaco, que separa y se centra en el terror a la enfermedad, interpretando fatalmente cualquier molestia que tenga, por pequeña que sea, y consumiendo toda su energía mental en la queja y en la preocupación hipocondríaca. En nuestra experiencia, los síntomas físicos del hipocondríaco suelen ser más aparatosos y llenos de angustia que los del somatizador, que es un individuo más caracterial y reivindicativo. Tiene la hipocondría dos modalidades la fija y la lábil.

En la hipocondría fija, el paciente permanece fiel en la enfermedad que teme padecer, y vive en función de ella, para ella, con ella. Ni los exámenes médicos más minuciosos, ni las explicaciones más detalladas de los profesionales consultados consiguen convencerle de que no la padece; a lo más apaciguan su ansiedad durante algún tiempo. Es como si esta tregua significara <<todavía no la tengo...pero la tendré>>.

En la hipocondría lábil, el enfermo está constantemente angustiado por padecer cualquier enfermedad, en cualquier momento, en presencia o ausencia de síntomas. Con sólo que lea, vea, oiga o se le hable de una enfermedad, ya cree que él la padece o teme alarmadamente padecerla y se pone en guardia. Este hipocondríaco es más infiel a determinadas enfermedades y su angustia cambia fácilmente de órganos y de funciones.

Esta investigación insiste en que es frecuente en los duelos normales que el doliente tema padecer la enfermedad de la que murió su ser querido, y en casos extremos se convierte en obsesión patológica.

e) Ansiedad obsesiva

El síntoma obsesivo es la imposición reiterativa, en la mente y en el comportamiento, de ideaciones y de actos que, aunque el sujeto considera como propios, no puede controlar. En casos menos graves, la persona se da cuenta de que tales ideas y actos no tienen sentido, e incluso sufre a causa de su absurdo. Pero, en los más patológicos, el paciente no se plantea la irracionalidad de esos síntomas sino que se haya acaparado por ellos, encontrándose redundantemente inmerso en sus <<manías>>, y no repara en su contenido sino en su manejo, demostrando la pérdida de la capacidad crítica y lógica. Hay un trastorno obsesivo pobre, esquemático, rígido. Son las <<manías>>; unas, inocentes (repetir una canción incansablemente); otras, molestas (lavarse las manos infinitamente); otras, absurdas (comprobar una y otra vez que se ha cerrado una puerta sabiendo racionalmente que se ha hecho); otras agotadoras (las llamadas compulsiones), consistentes en la autoimposición de repetir ciertos actos, cada vez más complicados, a menudo con un fin conjuratorio: <<si no lo hago, me ocurrirá tal o cual desgracia>>...

Hay otro nivel de obsesividad, que atañe al carácter y se manifiesta en rasgos del mismo. El orden exhaustivo, limpieza minuciosa, perfeccionismo revelan una estética fría aséptica, estéril, y una incapacidad para distinguir lo principal de lo accesorio, además de conllevar una actividad inútil y gran pérdida de tiempo. Se considera aún lo que se llama <<obsesividad transcendente>>. Consiste en ver atrapada la razón en cuestiones transcendentales complejas, de difícil formulación e imposible resolución, al menos por la vía de la lógica: el infinito, el mal, la caducidad humana, el paso del tiempo, Dios, la muerte, la eternidad, el <<más allá>>... Ninguna experiencia como el duelo reactiva este ansioso <<transcendentalismo obsesivo>>.

3.2.3.3 Duelo y depresión

Es preciso entender como concepto clínico y psicopatológico, que la depresión se debe diferenciar de la tristeza y la pena, las cuales hacen referencia a sentimientos que en sí

mismos no son patológicos y sí partes y manifestaciones inherentes a todo duelo. En los procesos de duelo no complicados, las alteraciones afectivas son menos notables; la culpa y la vergüenza, si existen, son más breves y menos persecutorias. Por otra parte los cambios acerca de la <<idea interna>> del futuro, del sí mismo y del mundo no son tan forzosamente negativos y estables e incluyen una menor desvalorización del sí mismo (menor afectación de la autoestima), así como una visión menos rígida y negativa del pasado y del futuro. En la depresión -por el contrario-, los trastornos del sueño y de la motivación, así como la anhedonia son más profundos, rígidos, duraderos, etcétera (Tizón, 2004).

Frecuentemente se da el *duelo depresivo*, a lo que Tizón (2004), prefiere llamar *duelo melancólico*, por el tipo de relaciones que lo dominan (la organización melancólica de la relación). A menudo, ya en los inicios del duelo va predominando más y más una profunda y visible pérdida de la autoestima, del <<sentido de sujeto>>, del sentido de la propia identidad o capacidades. Se podría diagnosticar tal cuadro como <<depresivo>> si no se es prudente y estricto en la utilización de los criterios diagnósticos. El DSM-IV insiste en que aunque los síntomas tras la pérdida puedan coincidir con los de la depresión mayor, este diagnóstico no debe de emitirse antes de dos meses de la pérdida.

Un episodio depresivo mayor (ver Tabla 10), tanto en su aspecto temporal como sintomatológico, podría ser fácilmente aplicado a las dos fases intermedias de numerosos duelos graves o complicados. No es difícil que una persona con un duelo importante padezca cinco de los síntomas del criterio A, y un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo del criterio C. Es importante enfatizar que en nuestra cultura, en gran parte de los duelos graves los <<síntomas depresivos>> persisten más de dos meses. Pero en general la manifestación psicopatológica más típica de las dificultades de elaborar el duelo es la depresión más o menos grave.

Tabla 10. Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)

<p>Criterio A: La presencia de cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales. Disminución o aumento del peso o del apetito. Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño). Enlentecimiento o agitación psicomotriz. Astenia (sensación de debilidad física). Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa. Disminución de la capacidad intelectual. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.</p>
<p>Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.</p>
<p>Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.</p>
<p>Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.</p>
<p>Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.</p>

Como en todas las demás elaboraciones dificultades del duelo, en el depresivo influyen para esas reacciones los factores situacionales, ambientales, de vulnerabilidad y de personalidad, pero sobre todo, influye la relación que ligaba al sujeto a lo perdido, habitualmente expresión de lo que en psicoanálisis suele llamarse la relación de objeto (Tizón, 1995; Bofill & Tizón, 1994). La tendencia hacia la identificación con lo perdido es sumamente visible en la identificación con el objeto amado que ha muerto, y se manifiesta en las ideas de suicidio y de muerte del melancólico. Con gran frecuencia se observa una identificación con las enfermedades o molestias de ese otro, en el caso de que el objeto perdido fuera una persona. En estos casos, además de la pauta de relación melancólica, intervienen elementos de la pauta de relación o estructura de relación histérica o histriónica.

En el duelo del melancólico es sumamente visible al exterior la depreciación que realiza del mundo, de los otros y de sí mismo. Por eso Tizón (2004) suele hablar del mundo interno del

melancólico, del depresivo grave, como dominado por la *visión negativa del presente y del futuro, de sí mismos, de los demás y del mundo* (Tizón, 1996).

3.3 La pérdida de un ser querido

El duelo es un proceso singular mediatizado en cada individuo por una serie de variables y reacciones basadas en el tipo de vínculo construido, en primera instancia en la infancia, y continúa a lo largo de la vida. Aunque el duelo se elabora tanto por pérdidas intrapersonales, evolutivas o materiales, en este apartado se desarrollarán aquellas pérdidas que tienen que ver con la muerte de un ser cercano con el que se ha establecido una relación profunda.

3.3.1 La pérdida de un hijo

El vínculo entre padres e hijos nace antes que el bebé. Y esos sentimientos se remontan a la infancia de cada uno de los padres y a su relación con las figuras parentales. Un hijo no es solamente una extensión biológica sino que está cargado de muchos deseos conscientes e inconscientes. Cada hijo tiene para los padres un significado particular cargado con sus propias implicaciones y sueños. *“Un bebé representa una nueva vida, y la vida nos muestra que algunos bebés mueren”* (Lieberman, 2007, p. 139).

Los padres que pierden a un hijo, debido a una muerte perinatal, bien sea porque la madre tiene un aborto natural o derivado (muerte fetal tardía); porque da a luz a un mortinato o a un bebé que muere a las pocas horas o días de nacido (muerte neonatal precoz); o debido a fallecimiento repentino de un bebé aparentemente sano (muerte súbita del lactante), pueden tener serios problemas para elaborar dicha pérdida. Es frecuente que la profundidad de la afectación y la pena se encuentren directamente relacionadas con la duración de la gestación, principalmente si el hijo había sido buscado (Davidson, 1995). En todos los casos, uno de los factores que puede complicar el proceso de duelo en este tipo de pérdidas, es tener poco claros los motivos que la causaron. Más allá de los aspectos legales [desde el punto de vista emocional] es más fácil aceptar la muerte cuando se conoce la causa que la produjo. Saber que no había nada que pudiera evitar esa pérdida despeja dudas y permite comenzar el duelo.

Sin embargo, el subsiguiente duelo es cualitativa y cuantitativamente diferente en el padre y en la madre. *“En principio porque en el cuerpo vacío de ella, en sus senos llenos de leche, en*

el recuerdo vivido de ese ser en su vientre, dejó un rastro” (Gómez Sancho, 2007, p. 185). Para el progenitor o la pareja, la muerte de un hijo constituye la pérdida de demasiados elementos constitutivamente humanos: desde la sensación de ser privados de una supervivencia biológica, hasta la pérdida de toda la esperanza y las perspectivas que el hijo pudo haber aportado. Se pierde la posibilidad de vivenciar acontecimientos imaginados sobre la infancia, muchas de esas fantasías quedarán idealizadas y grabadas ya sólo en la memoria. Se pierde así no sólo al bebé real sino también al bebé de los sueños.

Los padres sienten que cuando muere un hijo, muere una parte importante de ellos. “*Queda afectado el más importante vínculo de amor: el amor por la vida misma*” (Tizón & Sforza, 2008, p. 182). Es por ello que las reacciones que la muerte de un hijo genera en los padres van más allá de lo que se pueda experimentar en otra pérdida significativa. Esta pérdida pone en marcha un dolor devastador y sentimientos muy particulares. El estado de *shock* es especialmente notable y en ocasiones duradero. Posteriormente comienza el periodo de la turbulencia afectiva, marcado por gran sufrimiento, ansiedad, agitación, y pensamientos e interrogantes que los atormentan sin descanso: ¿habrá sufrido antes de morir?, ¿por qué le ha tenido que pasar esto a mi hijo?, ¿qué mal he hecho para merecer este castigo?, ¡Si hubiera estado más pendiente esto no estaría pasando! Aparecen igualmente sentimientos de culpa, con sus acompañantes de temor, impotencia, pasividad, rabia y profundos sentimientos de vacío. Para los creyentes su fe en Dios se ve cuestionada, o por el contrario, se consuelan ciegamente en ella.

Alguno de los padres o la pareja en sí se encuentran con dichas reacciones emotivas que pueden desencadenar reacciones caracteriales (cambios pronunciados de carácter), comportamientos antisociales, abusos de alcohol y drogas, duelos congelados que no permiten la expresión y el afrontamiento del dolor. En ocasiones aparecen fantasías y sentimientos persecutorios con un encierro de la pareja frente a un mundo sentido como hostil. A veces la ira, rabia y protesta se canaliza incorrectamente en personas o seres queridos. También las manifestaciones depresivas aparecen (pérdida del interés por la vida, ideas de suicidio, trastornos del sueño, crisis de angustia). En todos estos casos -en donde el proceso se alargue sustancialmente- prestar atención al proceso de duelo que está viviendo la pareja es de gran soporte.

3.3.1.1 Duelo y pareja

La muerte de un hijo deja profundas e imborrables cicatrices, no sólo en los padres, sino en los hermanos y demás familiares que estuvieron cerca. Para muchos de los padres, el hijo representa el producto de su amor, la manifestación de un proyecto de vida en común, el símbolo de la vida familiar. Se sienten profundamente responsables de la vida de ese nuevo ser, de su bienestar y crecimiento. Por ello mismo, su muerte se percibe como un fallo de sus objetivos comunes, la pareja puede sentir que ha fallado en la tarea más grande de la existencia humana: proteger la vida del hijo (Tizón & Sforza, 2008).

Muchas parejas luego de esta pérdida dolorosa padecen problemas de comunicación. La mujer no ve en su pareja demostraciones de tristeza e interpreta esa reacción como indiferencia. Ella siente tanta rabia que a veces la deposita en él. Por otra parte, él evita desahogarse delante de ella; supone que de ese modo le ofrece sostén y fortaleza. *“Ninguno le dice al otro cuales son sus sentimientos; crecen malos entendidos y tergiversaciones. Hay tristeza, hay enojo, hay impotencia. La pareja se aleja, muchas veces hasta la ruptura”* (Lieberman, 2007, p. 61).

Diferencias de la pareja que probablemente antes estaban disimuladas por la alegría de recibir al nuevo integrante, empeoran el rumbo de un proceso de duelo. Es importante prevenir que los contrastes que surgen generen más dolor. Puede darse la situación de que alguno de los padres responsabilice al otro por la pérdida de manera explícita o silenciosa. El dolor a veces explota intempestivamente, desfogándose contra alguno de ellos.

Es vital tomar en cuenta los siguientes factores (Lieberman, 2007): la percepción de sí mismos como pareja dentro de la relación ya que el grado de compromiso que tengan el uno con el otro los unirá o distanciará; es importante entender el significado que cada uno le da al hijo, a veces la madre pierde a su bebé antes de que el padre haya podido incluirlo en su espacio emocional; el cómo afronta cada uno esa experiencia implica comprender las diferencias del otro y evita sobre- cargar la tensión en uno de los dos, por lo regular el padre; y respetar el duelo individual, considerando las necesidades propias de la pareja sin querer imponer determinada forma de actuar del uno hacia el otro. Poner atención en estas cuestiones permitirá el re-encuentro y la construcción de un puente basado en la comunicación, escucha y acompañamiento de la pena y dará mejores resultados.

Aunque el apoyo familiar es fundamental también puede complicar el proceso de duelo. Cuando el entorno familiar minimiza la pena se agudiza el sufrimiento. Las frases ya hechas como: “ya vendrán más hijos” o “la naturaleza es sabia” pueden entorpecer la expresión abierta de los sentimientos y aunque la intención de esos comentarios sea genuinamente la de ayudar, es preciso entender que los padres lo que necesitan es atravesar y no privarse del duelo que les ha generado tan significativa pérdida. En esos momentos dentro de ellos no debería haber futuro ya que en su presente mediato podrían encontrarse otros hijos, por lo que es importante reforzar la comunicación.

A veces las parejas no esperan e intentan remplazar al hijo perdido; en estos casos esos hijos se convierten en sustitutos designados, y en una carga psíquicamente pesada. Hay muchas posibilidades de que esa carga, esa mochila “entre generaciones”, le impida una existencia autónoma, una diferenciación y el desarrollo de su propia personalidad. A menudo también los otros hijos son objeto de atenciones particulares y de vínculos hiperprotectores debido al temor de que igualmente puedan morir. Los padres tienden a controlarlos y poner en marcha cuidados muy estrechos, con exceso de control, mal llamados “hiperprotectores”, ya que desprotegen de cara al futuro y en el presente pueden resultar sofocantes para el desarrollo de esos niños (Tizón & Sforza, 2008).

Para los integrantes menores de la familia, la muerte perinatal suele ser una pérdida invisible pero pesada. El no ver al hermano muerto hace la pérdida menos real, más *fantasmática*, a veces terrorífica y culposa. Los niños de mayor edad suelen pasar momentos de incertidumbre e intensos sentimientos (culpa, pena, ambivalencia) intentando aclarar qué deben decir a los hermanos y qué deben hacer cuando la madre, el padre u otros familiares rompen a llorar, se entristecen, manifiestan ira o impotencia. Sentimientos que originan necesidad de búsqueda, atención, afecto y seguridad, que, para los padres derrumbados por el dolor supone una manda difícil de satisfacer.

La muerte de un hijo afecta a toda la estructura del sistema familiar y altera todos los elementos básicos de la dinámica. Inclusive los hermanos de los niños que han perecido o están agonizantes poseen cerca del doble de riesgo de padecer trastornos psicológicos, aunque el sistema familiar reacciona diferente según sus características demográficas, su nivel previo de funcionalidad, adaptabilidad y las particulares de la pérdida (Tizón, 2004). Además de cambiar las relaciones dentro de la familia cambian también las relaciones de la familia con el

medio externo. Algunos parientes y amigos no sabrán comportarse y mucho menos cómo ayudar a esta familia en dificultades.

La elaboración del duelo por la muerte de un hijo es tarea difícil, pero afortunadamente no siempre es así; las familias dotadas de recursos internos pueden afrontar estos procesos de duelo difíciles tras la pérdida de un hijo poniendo en acción estrategias eficaces que les lleven a una reestructuración. Por otro lado, la tendencia a las repeticiones, y el no poder salir de la lamentación y autoacusación también pueden ser fuertes y desencadenar en patología (Tizón & Sforza, 2008). Por ello es importante minimizar los efectos negativos y crear espacios propicios para que la pareja viva su duelo.

Tras la muerte de un hijo en la primera infancia, los padres necesitan contención, consuelo, compañía y, bastante asistencia. En la actualidad existen estudios controlados que muestran el apoyo o *counseling*, que aun breve reduce significativamente la morbilidad de los padres en este tipo de pérdidas (Forrest, Standish, & Baum, 1982). La limitación de expresar las emociones puede desencadenar una complicación en el duelo de la pareja o de la familia. Lo más saludable es abrir espacios para hablar del dolor, permitirse expresar la culpa, poder compartir los miedos y temores, canalizar y elaborar la ira y el enfado. Este proceso lo logra el sistema familiar o la pareja por sí solos, sin embargo, cuando no se puede es importante buscar ayuda profesional.

El brindar apoyo desde la institución, dándole a la pareja la posibilidad de sentir que en medio de un momento difícil aún se puede tener control de la situación o, *“el intervenir de manera activa en plena crisis tiene enorme valor preventivo de posibles patologías en la elaboración del duelo”* (Lieberman, 2007, p. 141). Además, el equipo de atención primaria usualmente es el mejor colocado para proporcionar la atención y asistencia adecuadas (Black, 1998; Parkes, 1997). Dicha labor permitirá iniciar el proceso con clara conciencia de la pérdida y será de suma ayuda poner en palabras lo que genera tanto dolor, sobre todo porque éste es un tipo de pérdida donde la naturaleza ha roto las reglas.

3.3.2 La pérdida de un nieto

El dolor de la pérdida parental es tan fuerte que se podría considerar uno de los duelos más penosos a los que se tiene que enfrentar la humanidad, pero cuando esto sucede ya sea por

enfermedad, accidente o muerte súbita en el lactante, el sistema familiar también se afecta. La familia se estructura de acuerdo a diversos factores, pero ya sea en familia de tipo nuclear o extensa, los padres de los hijos que se enfrentan a una pérdida, sufren una doble carga, es decir: el propio dolor por el nieto que han perdido y el sufrimiento de sus propios hijos. En la cultura latina siempre se ha tenido muy arraigado el cuidado de los pequeños dentro del entorno familiar; se cree que es una continuidad de los deberes familiares. En este marco de estructura familiar no son excepcionales los roces entre padres y abuelos en torno a decisiones sobre los nietos. Este tipo de dinámicas en ocasiones desdibuja el verdadero vínculo que debe darse entre abuelos y nietos, en donde debería existir una relación menos presionada por los límites que impone la crianza de un niño y donde los roles deberían de estar claramente definidos.

Los abuelos son un soporte invaluable, su rol es el de acompañar a los padres con la crianza de los niños [siempre desde una postura secundaria] apoyando las decisiones de los padres, o prestando su experiencia cuando un consejo es solicitado. En la actualidad los abuelos no siempre juegan un papel secundario, se ve que el cuidado de los hijos ha cambiado en los últimos 30 años, fundamentalmente por la incorporación de la mujer al mundo laboral. En países como España, los abuelos son los que más tiempo dedican al cuidado de sus nietos, en comparación a la media europea (Badenes Plá & López López, 2011). Ocurre lo mismo en países latinoamericanos. El abuel@ suele estar investido por niños y padres como la línea genealógica, el transmisor del legado, el líder emocional o social del grupo, o núcleo familiar. Su desaparición, si bien posee repercusiones sociales y económicas, también conlleva importantes cambios emocionales; sin embargo, aunque por orden natural debería ser un abuelo el que pereciera primero que un nieto, la vida a veces demuestra lo contrario.

Muchas veces en situaciones extremas (muerte de los padres, violencia familiar, enfermedades crónicas, etc.) son los abuelos quienes se hacen cargo de los nietos en forma permanente. Esta situación exige esfuerzos que ya no están en condiciones de soportar pero que llevarán a cabo por el propio amor que les tiene a sus hijos. Por lo mencionado, la muerte de un nieto se vive como la muerte de un hijo propio. En ocasiones todavía no se ha dado una convivencia estrecha con el nieto, pero los futuros abuelos, por lo general, esperan tener una relación especial con ese nieto que está por llegar. *“Al morir el bebé se pierde el vínculo tan esperado”* (Lieberman, 2007, p. 161). La muerte de un nieto puede revivir viejas pérdidas y muchas veces la pena del abuelo pasa a segundo término puesto que la atención se centra en

los padres del bebé. Hay pocos libros o grupos de ayuda que se dirigen al daño que sufren los abuelos después de la pérdida de un nieto; se olvida que ellos también están atravesando un proceso de duelo.

Es posible que los abuelos experimenten muchos sentimientos que pueden parecerles erróneos, aunque sean normales dadas las circunstancias. La muerte de un nieto intensifica la angustia de los abuelos ya que quisieran evitarle a sus propios hijos la tragedia por la que están atravesando, y al mismo tiempo es difícil enfrentar ese dolor; al igual que los padres se niegan a aceptar la pérdida; sienten profundo dolor, ira y frustración tanto interna como externa; puede que se sientan culpables por sentir que el bebé haya heredado algún problema o porque surgieron reacciones o malos pensamientos hacia el embarazo o por seguir vivos mientras la muerte se lleva una vida que recién comienza. La depresión puede formar parte del proceso de duelo.

Nadie mejor que los abuelos para entender con su experiencia que la vida es compleja. El hablar de su pérdida y expresar sus emociones abiertamente, ya sea con la familia, con otros abuelos o en algún espacio terapéutico, es provechoso. Con frecuencia los abuelos se han criado en hogares donde la tradición es que luego de la muerte de un ser amado, los hombres no lloran. La abuela, matriarca de la familia, tratará de suprimir su propio dolor, también para apoyar a otros dolientes. Lo recomendable es intentar encontrar espacios adecuados para manifestar el dolor en vez de suprimirlo. Aunque guarden cicatrices, al final de lo que se trata es que los abuelos recuerden los gratos tiempos que compartieron con el nieto@.

3.3.3 La pérdida de la pareja

La pérdida de la pareja representa un duelo en el que se incluyen muchas pérdidas; un cónyuge o un compañero estable no es sólo un marido o una mujer legal ante la sociedad, sino un confidente, un amigo, un apoyo emocional y económico. En las relaciones de pareja, el otro es una figura fundamental que contribuye a la construcción del propio sentido de identidad y al bienestar personal. Por lo tanto, con la muerte del cónyuge, muere parte de un sistema de vida, no sólo externo sino también interno.

Toda pérdida exige reorganización porque la vida no es la misma después de un despojo significativo. En el caso de la viudez, este nuevo orden implica un cambio de status social, y

en muchos casos, también económico. Con la muerte de la pareja una parte del mundo interno de la persona que sobrevive al duelo muere también. El duelo golpea no sólo la vida afectiva de la persona sino también su mundo de relaciones. *“Antes se podía pensar en términos de nosotros; ahora la persona que se ha quedado sola debe comenzar a pensar en términos de yo”* (Tizón & Sforza, 2008, p. 193). La soledad del que se queda sin pareja se convierte en una experiencia interna que da lugar a la vivencia de haberlo perdido todo.

Las observaciones sobre la forma en que los individuos responden a la pérdida de un familiar cercano muestran que, en el curso de semanas y meses sus respuestas pasan por una sucesión de fases. Así pues, la reacción inmediata a la muerte de la pareja varía en alto grado de una persona a otra y también de un momento a otro, pero la mayoría de las viudas se sienten aturdidas y en grados variables, incapaces de aceptar la realidad, algunas describen abrumadores ataques de pánico que las obligan a buscar ayuda entre sus amistades y otras tienen estallidos de enojo. Al cabo de una hora o quizá días se produce un cambio y comienzan a percibir de manera episódica la realidad de la pérdida, lo cual les produce una sensación de intenso anhelo, espasmos de congojo, accesos de llanto y en ocasiones cólera; al mismo tiempo pueden surgir pensamientos obsesivos con el marido, insomnio e inquietud. Para que el duelo tenga un resultado favorable parece necesario tolerar el anhelo, la búsqueda más o menos consciente, el análisis incansable de cómo y por qué se produjo la pérdida y el enojo contra todo aquel, que pudo haber sido responsable, sin excluir siquiera al fallecido, llega en forma gradual a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente y que debe dar nueva forma a su vida (Bowlby, 1980/1993).

En las personas jóvenes los sentimientos de soledad, de vacío suelen ser intensos y desbordantes, pero pueden ser compensados por la energía vital que ayuda a encontrar la fuerza de recomenzar. Un estudio realizado mostró que los viudos y viudas más jóvenes eran más proclives a cambiar de domicilio después de la pérdida, mientras que los más ancianos era probable que permanecieran en la casa donde vivieron en el momento de la muerte de la pareja (Lopatta, 1996). Otros datos sugieren que la edad se correlaciona con el grado en el que se experimenta que la pérdida ha sido prematura, mientras más joven es el viudo, más joven es el cónyuge muerto, y más probabilidad hay de que la muerte se experimente como injustamente temprana (Bowlby, 1980/1993).

Con la vejez resultan más evidentes las manifestaciones del duelo, ya que un duelo complicado puede evolucionar hacia un duelo patológico. Son frecuentes entre las personas mayores que sufren un duelo la aparición de trastornos depresivos y enfermedades cardíacas o circulatorias (Tizón & Sforza, 2008). Varios estudios han mostrado tasa alta de mortalidad y morbilidad durante el proceso de duelo por viudez, sobre todo en los ancianos (Parkes, 1998). La muerte de la pareja ocupa los primeros lugares en la lista de los provocadores de estrés, y los trastornos depresivos son cuatro veces más frecuentes en las personas que enviudan con respecto a las personas que tienen una pareja (Turvey, Carney, Arndt, Wallace, & Herzog, 1999). Todo esto implica la necesidad preventiva de estimular el contacto social y profesional en este tipo de situaciones. *“La edad y el número de hijos parece ser uno de los mediadores fundamentales en las alteraciones familiares y personales del cónyuge vivo”* (Tizón, 2004, p. 328).

En una familia con hijos, la pérdida del cónyuge representa también la pérdida del soporte físico. Una serie de necesidades y tareas quedan al descubierto, que nadie hace. La pérdida asume diferentes caras, distintos aspectos. Cubrir esas facetas, aprender esos roles es tarea difícil. La pérdida del progenitor representa un duelo complejo para niños y adolescentes. En estas situaciones suelen darse profundas desestabilizaciones del sistema familiar. Los hijos pueden sentirse más solos, incluso abandonados, ellos también se enfrentan a difíciles emociones vinculadas a la pérdida del padre o de la madre, y en ocasiones reaccionan con comportamientos turbulentos.

Por un lado, cuando es el padre quien fallece, este tipo de comportamiento en los hijos puede generar en la madre nuevas dificultades y sentimientos de culpa que pueden hundir sus capacidades de elaboración y autoestima. Por otro lado, cuando es la madre quien falta, las dificultades para el marido y los hijos suelen ser mayores, aunque adquieren características diferentes en la forma de manifestar la emoción y en la forma de llevar adelante una vida social y laboral (Tizón & Sforza, 2008). Sin embargo, ambas pérdidas imponen la adaptación permanente a los cambios y esta adaptación involucra el aprendizaje de nuevos roles. El progenitor superviviente tendrá que mantener roles múltiples como sostén afectivo y económico; lo que antes era tarea compartida en la crianza de los hijos, se vuelve tarea individual.

Adaptarse al nuevo medio que establece la pérdida adquiere distintas características y dependen en gran medida del vínculo que se haya tenido con la persona que murió y de los roles que esa persona desempeñaba. Aun cuando el vínculo entre la pareja diste de ser bueno, los lazos de unión son muy importantes y están basados en las expectativas de la variedad de roles requeridos dentro de la estructura del matrimonio. Las parejas con muchos años de casados tienen un vínculo muy fuerte de apego. Si en cualquier matrimonio hay interdependencia, quienes llevan decenios viviendo juntos tienen más posibilidades de haberla desarrollado y [al llegar el tiempo de enviudar] el ajuste de roles resultará más complicado (Worden, 2004). Con la edad el número de pérdidas de miembros de la familia u amigos aumenta, y al mismo tiempo se realiza el duelo por las propias pérdidas personales y así aumenta la conciencia personal sobre la propia muerte, lo cual puede llevar a una ansiedad existencial (Worden, 1976). Por último, la soledad intensifica emociones, algunas personas mayores no pueden seguir viviendo solas después de la muerte de la pareja y existen indicios de que los que han llevado un matrimonio más armonioso experimentan mayor soledad (Grimby, 1993).

La viudez implica una serie de pérdidas vivenciadas de distinta manera entre hombres y mujeres. A veces la viudez puede ser una oportunidad para cuidarse de sí misma. Después de la pérdida, la construcción de nuevos roles ofrece una oportunidad de crecimiento, es uno de los desafíos del duelo. Asumir las tareas que antes realizaba el que ya no está es una posibilidad para crecer en un ámbito, hasta ese momento desconocido. Los supervivientes deben aceptar la realidad con el fin de afrontar el impacto emocional de la pérdida. Muchas viudas o viudos requieren meses o más tiempo para empezar a creer o entender que su pareja ha muerto y no volverá ¿Cómo ayudar a alguien a hacer real su pérdida? Una de las mejores maneras es ayudarlo a hablar y el profesional puede fomentar esto. El duelo es un proceso largo cuya duración es muy variable y su final no lleva a un estado igual al que se tenía antes de la pérdida. La recuperación del duelo se consolida cuando es posible continuar la vida -con todas sus implicaciones- de manera plena, creativa y saludable.

3.3.4 La pérdida del progenitor

A lo largo de los años ha habido considerable controversia procedente de las escuelas psicoanalíticas, sobre si los niños son capaces o no de elaborar un duelo de forma satisfactoria y, en ese caso, a qué edad se vuelven capaces de responder. A raíz de las primeras

observaciones de Freud y su hija Anna Freud, los investigadores interesados en el campo de estudio tendieron a diferenciarse en dos grupos. Por un lado se encontraba gente como, Wolfenstein y otros, que dicen que los niños no pueden elaborar un duelo hasta que no tienen formada la identidad por completo, y esto se produce al final de la adolescencia, cuando la persona está plenamente diferenciada (Mahler, 1984; Nagera, 1970; Wolfenstein, 1966). Por otra parte Erna Furman, entre otros, tomaron la posición opuesta diciendo que los niños pueden elaborar un duelo a los 3 años, cuando se adquiere la constancia de objeto (Becker & Margolin, 1967; Furman, 1974; Kliman, 1965); Bowlby baja la edad a los 6 meses (Bowlby, 1980/1993). Otras posturas, como la que asume William Worden, mencionan que los niños elaboran el duelo y que lo que se necesita es encontrar un modelo de duelo que encaje con ellos, en vez de imponerles el modelo de duelo que sigue el adulto (Worden, 2004).

En definitiva y con respecto a la polémica mencionada, los datos clínicos, observacionales y experimentales que actualmente se tienen hablan a favor de que los niños pueden experimentar procesos de duelo, aunque con características diferenciales a la de los adultos y [adecuadamente contenidos y ayudados] pueden elaborar duelos complejos y pérdidas importantes. Matizando las afirmaciones desde el punto de vista psicoanalítico, Tizón (2004), refiere, por un lado, que los duelos afectan más a los niños y crean vulnerabilidades posteriores porque inciden en un ser cuyas defensas y cuyo Yo, no están completamente desarrollados e integrados. Por otro lado, esas pérdidas si son adecuadamente contenidas y ayudadas a largo plazo afectarán menos: tanto las defensas yoicas, como ese mundo interno son más flexibles en los niños y eso los dota de mayor resiliencia y capacidad de adaptación ante las pérdidas que a los adultos. Está claro que, si el niño necesita a lo largo de su desarrollo de figuras de apego, es imprescindible que el niño sea acompañado y contenido por seres que le proporcionen el plus de contención y defensas externas.

La pérdida de un padre o de la persona que funja el rol de progenitor, representa un duelo complejo, sobre todo en la infancia y adolescencia. Cuando esto se produce, el niño u adolescente fracasa a la hora de elaborar el duelo satisfactoriamente, y se presentan síntomas de depresión o de incapacidad para establecer relaciones íntimas durante la vida adulta. Existen estudios que exponen la gran variedad de formas que puede adquirir el duelo cuando las condiciones son desfavorables. Como ya se ha mencionado, este punto de vista estuvo durante mucho tiempo inmerso en los trabajos psicoanalíticos, pero los estudios más rigurosos de años recientes mostraron que algunos de los supuestos originales eran válidos porque

revelan que individuos a quienes se les murió un padre cuando eran niños suelen, más que otros, sufrir periodos de extremada pesadumbre emocional durante la primera etapa de la vida adulta. Además, se comprobó que la pérdida durante la niñez influye en la sintomatología de cualquier trastorno psiquiátrico que padezca ulteriormente una persona *“Una de las conclusiones más verosímiles y que señalan los testimonios presentados hasta ahora es de que la mayoría de los giros patológicos son el producto de la interacción de condiciones adversas posteriores a la pérdida con los procesos de duelo puestos en marcha por ella”* (Bowlby, 1980/1993, p. 307).

En la opinión de Bowlby (1980/1993) existen variables que influyen en el giro que tome el duelo durante la niñez y la adolescencia, las cuales son análogas a las variables que influyen en el duelo durante la vida adulta. De algunas de estas variables dependerá que las condiciones de elaborar un duelo sean favorables o desfavorables. Dichas variables pueden agruparse en tres clases: a) causas y circunstancias de la pérdida, tales como el momento en el que se le comunica al niño y cómo se le comunica; b) relaciones de la familia después de la pérdida, la manera en que responde el propio padre sobreviviente, y si el niño permanece viviendo con el padre de qué manera cambian los patrones de relación con motivo de la pérdida y; c) los patrones de relación en el seno de la familia antes de la pérdida, con especial inferencia a lo que imperaba entre los padres mismos y entre cada uno de ellos y el hijo.

Los niños, por lo regular, no suelen estar presentes en la muerte de los padres; y no pocas veces el informe sobre el deceso de los padres les llega después; cuanto más pequeño es el hijo, tanto más probable que el progenitor sobreviviente demore la explicación y la forma de comunicarle dicha noticia al hijo suele ser equívoca. *“Es importante saber que los niños pequeños no entienden de metáforas y es inevitable que las entienda literalmente, pero las dos informaciones decisivas que un niño tarde o temprano necesita saber son, primero que el padre muerto no regresará, y segundo, que su cuerpo está sepultado en la tierra o reducido en cenizas después de la cremación; sin embargo, para el padre sobreviviente esto resulta en extremo difícil ya que le importa sobremanera proteger al hijo de la impresión de la muerte y del dolor del duelo que todo padre siente en esa situación, y también, sin duda, porque hablar sobre tales cosas renueva en el mismo con demasiada crudeza la realidad de los hechos. De manera que lejos de ayudar a los hijos a expresar sus sentimientos, muchos padres hacen casi lo imposible para que aquellos no los expresen”* (Bowlby, 1980/1993, p. 281-282).

Lo hasta ahora expuesto sugiere que, independientemente de cuál pueda ser la capacidad de los niños, no pocas veces los adultos mismos son incapaces de soportar el dolor del duelo, y que tal vez son capaces de soportar el dolor de su propio duelo, pero ciertamente no el de sus hijos y menos aún compartir el dolor de su duelo con ellos (Bowlby, 1980/1993, p. 281-282). Cuando las condiciones (*per se*, difíciles de reunir) son propicias, hasta un niño pequeño es capaz de llorar a un padre desaparecido de manera estrechamente paralela a la que realiza un adulto con un duelo favorable (Furman, 1974). En el caso de un niño las condiciones más significativas son: primero, que haya mantenido una relación razonablemente segura y afectuosa con sus padres antes de sufrir la pérdida; segundo, que se le dé pronto la información sobre lo que ha pasado, que se le permita hacer toda clase de preguntas, que se le conteste del modo más honesto posible, y que participe en la aflicción de la familia y en los rituales funerarios y, tercero, que cuente con la consoladora presencia del padre sobreviviente o de un sustituto de confianza que tenga la seguridad de que esa relación con el niño habrá de continuar (Bowlby, 1980/1993).

Las pruebas indican que después de la muerte de uno de los padres, el niño o el adolescente generalmente anhelan su presencia con tanta persistencia como un adulto y suelen expresar ese anhelo con franqueza a un oyente que les muestre su simpatía. A veces siguen teniendo la esperanza de que el padre desaparecido vuelva; otras veces reconocen de mala gana que eso no ocurrirá y se ponen tristes. En ocasiones se les observa buscando al padre perdido (aunque esto no está bien consignado por la bibliografía) o se experimentará una viva sensación de la presencia de la persona muerta. En algunas circunstancias tendrán estallidos de cólera por la pérdida sufrida y en otras experimentarán sentimientos de culpabilidad. No pocas veces temerán perder también al padre sobreviviente o que la muerte también los reclame a ellos. Como resultado de la pérdida y del temor de sufrir otras pérdidas a menudo se encontrará en estado de ansiedad y a veces se empeñará obstinadamente en modelos de conducta difíciles de comprender si no se conocen sus motivos. Y muchos ciertamente se identifican con el padre muerto (Bowlby, 1980/1993).

Con respecto a la identificación, Bowlby (1980/1993) refiere que los ejemplos muestran cuán viva e importante continúa siendo la relación con el padre aun después de la muerte de éste, pero no suministran prueba sustancial de que después de una pérdida la identificación desempeñe un papel más importante o más profundo en la vida de un niño que el que desempeñaba cuando el padre estaba vivo. Concluye que en lo que se refiere a los procesos

identificatorios, así como en muchos otros aspectos, lo que ocurre durante el duelo en la niñez no es en principio diferente de lo que ocurre durante el duelo en los adultos, además, la parte que desempeña la identificación en el duelo patológico de los niños, en un principio no parece ser diferente de la que desempeña en el duelo patológico de los adultos.

Existen también diferencias entre el duelo de los niños y el de los adultos. Aquí como en todas las otras cosas, lo que es de importancia para el adulto es de mayor relevancia en un niño. *“En efecto, mientras la mayor parte de los adultos aprendió que puede sobrevivir sin la presencia más o menos continua de una figura de apego, los niños no tienen esa experiencia”* (Bowlby, 1980/1993, p. 299). Por este motivo es mucho más inquietante para un niño que para un adulto encontrarse solo en un mundo extraño. Algunas de las diferencias provienen de las circunstancias de que un niño es menos dueño de su vida que un adulto, en este sentido se encuentra en desventaja de saber a detalle sobre la muerte, elaborar preguntas sobre el suceso, o de recibir simpatía en su pena y ansiedad por parte de sus allegados. Otros problemas proceden porque los niños tienen menos comprensión y conocimiento sobre aspectos de la vida y la muerte y por tal motivo suelen formarse falsas inferencias e interpretar erróneamente el significado de los hechos que observan y las observaciones que oyen.

No todas las diferencias se deben a las circunstancias y algunas derivan de la tendencia que tienen los niños a vivir el presente más que los adultos, y de la relativa dificultad que tienen los niños más pequeños de recordar los eventos pasados. Un adulto cuyo duelo se desarrolla satisfactoriamente olvida por momentos su dolor cuando algún interés más inmediato captura su atención. En un niño esas ocasiones suelen ser más frecuentes que en un adulto, y los periodos durante los cuales sus pensamientos están conscientemente ocupados con su pérdida son más pasajeros. Como resultado sus estados de ánimo son más mudables y fácilmente mal interpretados. *“Si este análisis en las diferencias en las circunstancias y en la psicología de un niño y de un adulto en duelo está bien basado, no es difícil comprender por qué se ha desarrollado la idea de que el yo de un niño es demasiado débil para soportar el dolor del duelo”* (Bowlby, 1980/1993, p. 299).

A nuestro parecer, cuando la pérdida de padres ocurre en una edad muy temprana, el duelo es elaborado de manera satisfactoria si las condiciones son propicias para ello. Esta pérdida dejará una huella de vacío que perdura hasta la edad adulta. Sin importar la etapa del desarrollo en el que un individuo se encuentre, la pérdida de estas figuras parentales

confrontará con sentimientos de angustia, soledad y sentimientos similares que representan la orfandad, los cuales serán mejor o peor enfrentados por cada individuo con ayuda de la gente cercana como la familia y amigos. *“A menudo, el vacío dejado por la desaparición de un progenitor pone en marcha la búsqueda fuera o dentro de la familia, de sustitutos en quienes confiar el papel que desempeñaba la persona pérdida”* (Tizón & Sforza, 2008, p. 196). En los hijos mayores independientes y con familia, la pérdida del padre o de la madre tiene repercusiones no sólo mentales y emocionales, sino sobre su propio sistema familiar.

Cuando los círculos son cerrados y no se permite la expresión abierta de las emociones, el proceso de duelo puede complicarse y, como diría Liberman (2007), un duelo mal resuelto es tierra fértil para disfunciones familiares y, a veces, esas complicaciones devienen en un umbral de relaciones difíciles que atraviesa generaciones. La incapacidad de enfrentar el duelo trae consecuencias, por ejemplo, la identificación con la persona que murió; si éstas se hacen patológicas, a través del tiempo surgen diferentes problemas como enfermedades, adicciones, hábitos dañinos, etc. Para las familias que cuentan con una comunicación abierta, el proceso de recuperación es más fluido, esto no quiere decir que sufran menos por la pérdida, sino que cuentan con recursos internos y herramientas más funcionales que les ayudan a superar la situación.

Al final, lo que importa es contar con un sistema y las herramientas necesarias para poder elaborar satisfactoriamente el duelo ya que la desaparición de uno de los padres significa la puesta en marcha del proceso de duelo, pero también la puesta en marcha de complejos mecanismos de sustitución por parte de esas tareas, funciones y posición en el sistema.

3.4 Tipos de duelo

Existe una gran variedad de duelos: se sabe de duelo complicado, patológico, crónico, congelado, reprimido, enmascarado, anticipado, a distancia, retenido, actuado, retardado, reactivado, en cadena, imposible, maligno, etcétera (ver Cobo, 1999); sin embargo, en este apartado se desarrollarán algunos términos de importancia para esta investigación:

3.4.1 Duelo anticipado

El duelo anticipatorio no comienza en el momento del fallecimiento, sino bastante antes, generalmente en el instante en el que se da un diagnóstico y pronóstico irreversible de las expectativas de vida del paciente, lo cual culmina en la sentencia a una muerte próxima. Este término lo utilizó por primera vez Lindemann (1944), para indicar aquellas fases anticipatorias del duelo que facilitan el desapego emotivo antes de que ocurra la pérdida, dicho proceso ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

En este tipo de duelo se encuentra implicado el saber y el poder prepararse para ello y comenzar a sentir lo que deparará la falta del ser amado. El tiempo que se pase con el ser querido ayudará a aceptar con el dolor del alma la realidad de que el enfermo morirá; sin embargo, la elaboración del duelo se desarrollará mejor o peor, dependiendo de los eventos sucedidos durante la última fase de la enfermedad del paciente. “*Los cuidados y la atención que se suministre al enfermo y a sus familiares va a tener una importancia decisiva en el devenir de los acontecimientos*” (Gómez Sancho, 2007, p. 211). Es un periodo emotivamente agudo y rico de significaciones que permite a los familiares rescatar el ligamento afectivo que tal vez se había enfriado y encontrar el ánimo para rehacer las relaciones o intentar resolver los conflictos precedentes.

La comunicación de un evento tan doloroso al que se tendrá que enfrentar el familiar del que se encuentra sentenciado a muerte genera dos situaciones inmediatas en quien recibe la noticia: por un lado la invasión de la *tristeza infinita* por la noticia escuchada y por otro el surgimiento de una *adaptación* más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear (Gómez Sancho, 2007). Para Tizón y Sforza (2008), los *avisos anticipatorios* son de suma importancia ya que lo ideal sería que fueran realizados prudentemente a cargo de allegados, conocidos, asesores o, en último término, profesionales. En muchas circunstancias, es de gran valía avisar que el duelo es un proceso con una evolución a largo plazo en donde al final no se será el mismo que cuando se inició ese viaje lleno de dolores y recuerdos. Cada persona, cada cónyuge, cada hijo, cada allegado, reaccionará de forma diferente ante la pérdida y gran parte de esas reacciones serán normales.

Cuando los allegados reciben la comunicación de un diagnóstico fatal, la reacción de *shock* emocional suele ser similar a la que ocurre cuando la muerte ya ha sobrevenido y a la de cualquier otro duelo. El hecho de que la muerte o la pérdida no hayan ocurrido aún permite una evolución más contrastada con la realidad, con más posibilidad de conexión con la misma que en un duelo sin este período previo. De forma que la turbulencia afectiva suele ser menor en el duelo anticipatorio, debido a que el familiar todavía no ha fallecido, y también menor luego, cuando el deceso ya ha tenido lugar, porque se ha ido preparando. El sufrimiento, la ansiedad y el cansancio dan la posibilidad de amortiguar el impacto de la pérdida y esto constituye una primera respuesta de adaptación.

En los ejemplos que se presentarán se ve: En el caso de Rosario, la noticia generó un estado de *shock* como ocurriría en cualquier otro duelo. En este caso el breve tiempo de convalecencia del marido no permitió que la turbulencia afectiva fuera menor y hubiera una preparación anticipada por parte de la familia con respecto al deceso, generándose así sentimientos de culpa e indignación que no permitieron que se atenuara el impacto. En el caso de Trinidad, se ve que hubo tiempo de preparación anticipado, pero se generaron sentimientos encontrados, la fortaleza del momento de alguna manera permitió amortiguar el impacto de la pérdida, pero las decisiones precipitadas debido al sufrimiento y cansancio generaron sentimientos de culpa.

En el siguiente caso, el marido en poco tiempo se va debilitando y le pronostican como máximo un mes de vida. La paciente se encargó de darle todos los cuidados en la propia casa y admitió que descuidó la relación con su hija menor por prestarle la mayor atención al marido.

Rosario:

<<...El médico, me dice: “no soy Dios hija, yo le doy un mes no más a tu esposo”. “¡Un mes! entonces se queda uno bloqueada, se queda uno...Él no sabía que tenía un tumor, y yo me lo repito y me digo: “¿por qué no me di cuenta?”. Veo las últimas fotos y se le ve la mirada de un enfermo...”por qué no me fijé”. Quizá me sienta culpable, pero luego digo: “estuve con él hasta el final”. Mis hijos me decían: “mamá alquilamos una cama de hospital”, “¡no! bajen mi cama, quiero sentirlo, quiero abrazarlo, quiero hacer algo si se pone mal en la madrugada”... Yo lo cargaba y lo pasaba al sillón para cambiarle el pañal, lo bañaba, pero siento que...que me faltó algo.... algo que decirle, algo que hacer...De repente se acabó en un mes, se acabó muy rápido... Cuando mi esposo fallece, yo lo veo que las manos se le van poniendo moradas y me quedo helada... Entonces subí rápido a la recámara y me arrodillé: “Señor recíbelo en tus brazos, que no sufra, si te lo vas a llevar que se vaya así como se está yendo”, y ahí me quedé. Sube mi hija la mayor y me dice: “mamá, mi papá ya falleció... Yo me perdí de todos esos momentos, hay cosas que no las recuerdo... Llegué y

todavía estaba en la cama...llegué del Banco y le empecé a cantar, lo empecé a besar, y sus tías, sus primas, haga de cuenta de esas películas donde las alquilan para aullar, yo quería que se fueran, que desaparecieran, quería acostarme con él, quería abrazarlo, quería decirle que me perdonara por haberlo dejado ahí por ir por dinero. Pero yo dije: “¿Qué hago?” No tiene uno previsto esto, y sí porque a mí ya me habían dicho que iba a durar un mes, entonces lo que no tenía era la cabeza como para estar ordenando cosas>>.

En el caso que a continuación se presenta, los padres estuvieron convalecientes más de cuatro años. Los hermanos le delegaron la responsabilidad de cuidar a los padres por ser la que vivía con ellos y no trabajar. Los hermanos la apoyaban y el mayor con profesión de médico, se encargaba de dar indicaciones de los medicamentos. Se presentará el caso del padre, por ser el que falleció primero, pero también por ser con el que mantenía un vínculo más estrecho la paciente.

Trinidad:

<<Gracias a Dios no tenía que trabajar porque mi papá me mantuvo siempre; entonces yo tuve que cuidarlos y a la vez estuve... cómo le diré, tuve la dicha de estar ahí, porque no sé, no creo que hubiera podido estar en ningún otro sitio...Entonces pues había muchísimo...cómo decirlo, como que yo sostenía mucho la situación emocional; no digo que todo porque...como que cooperación sí había, pero como que todos decían: “Ahí esta Trinidad, ahí esta ella, que ella los cuide”. Esto me hacía sentir bien y a la vez mal. Bien, porque decía: “pues son mis papás y yo los quiero”, pero mal también porque de repente era muy pesado, era muy pesado verlos como se fueron acabando poco a poco y pues no poder hacer nada. Como que había impotencia, como que de repente quería traer un doctor de no sé donde, para que me dijera que todo iba a estar bien, pero pues no. Un día le pregunté a mi hermano que qué pensaba, que cuánto tiempo le quedaba a mi mamá y me dijo: “Pues, yo calculo como 2 años, más o menos”>>.

Cuando el padre fallece en su propia casa, Trinidad es la que toma las decisiones de lo que se hará con respecto al funeral:

<< Al momento que él murió, el amigo de mi hermano, que es médico, se me quedó viendo. Yo me recargué en una pared, y me hizo así... que ya no había nada que hacer; y yo le dije: “Que sí, que estaba bien, que estaba bien, que lo dejara”. Entonces me salí del cuarto y dije: “Voy a hacer lo que tengo que hacer, voy a hacer lo que tengo que hacer”, y me subí a la recámara, tomé el teléfono y hablé a la funeraria; y después me dolió mucho porque dije: “¿Por qué lo saqué tan rápido de la casa?, lo hubiera dejado otro rato”. Todos estaban como confundidos, como que nadie hacía nada. Y él siempre me había dicho que tenía que hacer cosas que eran difíciles, como él, que hizo lo mismo con su mamá. Luego mi hermano me dijo: “Te acompaño para que escojamos la caja y la urna” y nos fuimos. Pero es como si yo quisiera rápido que se lo llevaran; pero era como que... Yo, lo besé como, como 5 minutos después de que murió o menos porque no quería tocarlo que estuviera frío. Yo no quería sentir la muerte. Yo quería sentirlo así, no quería sentir ese frío que se siente. Y lo besé y le pedí perdón, ya lo había hecho cuando todavía no moría y él me perdonó, porque todavía podía hablar... Yo le dije: “Papacito, perdóname por todo lo que te hice, si te hice algo; en realidad si te hice sufrir, quizá por tener una hija sin casarme, quizá por ser malcriada, por...”. A veces por no haberle tenido paciencia cuando estuvo enfermo, porque tuvo también esas épocas en que mi hermana y yo fuimos las que estuvimos con ellos batallando. A veces nos desesperaba porque era cambiarlo en la madrugada, era estarse levantando... Había momentos en que me desesperaba>>.

Como se ha visto, son muchos los factores que intervienen sobre las vivencias y las reacciones emocionales de la familia en estas situaciones. Un factor de importancia es el lugar en donde el que convalece pasa los últimos momentos de la enfermedad. Puede ser en casa, y entonces el contacto directo con el cuidado del enfermo y con sus necesidades constituye para los familiares un motivo de intensas reacciones emotivas que, al mismo tiempo, les permiten habituarse a la situación y aceptar la realidad de la muerte inminente. Un fin que puede ser vivido como una liberación del sufrimiento, tanto por parte del enfermo como por parte de otros familiares. Por un lado proporciona un cierto consuelo y una cierta resignación, aunque por otro lado, genera sentimientos de culpa y de indignidad. Una excelente cura para los familiares es la experiencia de haber cuidado lo mejor posible al enfermo en sus últimos días (Tizón & Sforza, 2008).

Uno de los factores que puede influir gravemente en el proceso de duelo, es el hecho de establecer un pronóstico de supervivencia (costumbre habitual en nuestra época), esto puede ocasionar problemas en la familia produciendo el denominado *síndrome de Lázaro*, el cual se origina cuando los familiares se encuentran a la espera de la muerte del ser querido en un plazo más o menos determinado y esto no acontece así. Los miembros de la familia pueden ser incapaces de restablecer vínculos emocionales con el enfermo y sentir frustración, angustia y un cierto resentimiento porque la muerte esperada no se ha suscitado (Stevens, 1993). Con frecuencia llega un punto en el que el familiar siente que “ya no puede más” y sin embargo el paciente ha empezado a mejorar. Entonces se generarán sentimientos encontrados ya que por un lado se desea que todo termine y a la vez se sienten pesadas culpas por sentir esos deseos. Aunque el duelo anticipado también puede resultar atenuado por la esperanza de que no vaya a producirse la pérdida, un largo periodo de anticipación aumenta la ambivalencia de la persona hacia la pérdida anticipada, haciendo más compleja la relación y el curso ulterior del duelo.

No sólo los allegados padecen dicho proceso, al paciente se le impone su propio auto duelo a medida que la enfermedad avanza. Quien sabe que va a morir tiene real conciencia de que pierde a la gente que quiere, sus pasiones y la vida misma. Esta anticipación se manifiesta de diferentes maneras: hay quienes se desbordan al punto del aislamiento y quienes -por el contrario- han conseguido una aceptación serena. El carácter y estilo de vida de la persona que perecerá dibujará su propio duelo y también esbozará el rumbo que tomará el duelo de sus propios familiares.

En este sentido Alizade (1996), distingue lo que ella llama *muertes eróticas* y *muertes tanáticas*. En las primeras prevalece el erotismo no sólo de la muerte sino también de la vida de la persona que murió. Ese *ser erótico* deja una impronta de vida y una orden de persistir en la alegría de vivir a sus supervivientes amados. El muerto erótico ayuda a los supervivientes a *duelarlo*, y así recuperarse posteriormente para los placeres de la vida. El ser *tanático*, en cambio, deja una huella mórbida, enfermiza, de culpas y reproches, y una orden de persistir en la amargura y en el dominio de la vida mortífera. En este caso, el muerto actúa en el súper yo exclusivo de los sobrevivientes, limitando sus placeres e imponiendo una suerte de obediencia de persistir *duelando* y de no disfrutar demasiado de la vida. En el caso de una muerte erótica, el muerto señala a sus seres queridos la responsabilidad de ser dichosos sin él, de recordarlo sin melancolía en la alegría de vivir que les ha enseñado o procurado.

Finalmente la fase que precede a la muerte marca profundo a toda la familia y al enfermo mismo. Por lo tanto, hay que prestarle gran atención, por las consecuencias en el futuro y sobre el bienestar de los miembros.

3.4.2 Duelo súbito, o de urgencia

En las antípodas del duelo anticipado se encontraría el duelo por muerte súbita (Cobo, 1999). Las muertes súbitas son aquellas que se producen sin aviso y requieren intervención y comprensión especial (Worden, 2004). Existen estudios que han evaluado la resolución del duelo tras una pérdida de este tipo y la mayoría concluyen que las pérdidas por muerte súbita son más difíciles de elaborar que las pérdidas en donde hay algún aviso anticipado de inminente muerte (Parkes, 1975).

Se da frecuentemente este tipo de duelo debido a la rapidez con que experimentamos el curso de la vida. Durante la última década surge el aumento en las muertes de carácter violento: pérdidas causadas por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o enfermedades agudas, y también este tipo de duelo se experimenta frente a la muerte repentina del lactante. Los familiares, allegados o amigos no disponen en lo absoluto de la posibilidad de prepararse para dicho duelo generado a partir de alguna situación inesperada, “*ve acentuarse las reacciones defensivas de negación o el alargamiento o cronificación tórpida del proceso*” (Cobo, 1999,

p.81). Este tipo de muerte deja al sobreviviente con la sensación de que la pérdida no es real y dicha sensación puede durar un largo tiempo.

La muerte inesperada deja inerme, es un ataque directo al poder y a la capacidad de control del que aún sigue vivo. Las consecuencias psicológicas son las mismas que en cualquier otro duelo, y conlleva complicaciones debido a la imprevisibilidad del evento. La calidad repentina, fulminante, rápida, de esta pérdida suma estupor, *shock*, incompreensión. La vulnerabilidad se vuelve intensa. Las pesadillas forman parte de esta etapa, y la aparición de imágenes de la muerte, aunque no se hubiese estado presente. Entre los muchos pesares que deja una muerte inesperada, los remordimientos suelen tener lugar especial. La culpa, fiel compañera después de una pérdida significativa, ataca con preguntas y supuestos acerca de acciones u omisiones. Invade la sensación de impotencia, la cual se encuentra ligada a una increíble sensación de rabia, la cual es desahogada con alguien, ya sea personal hospitalario, policial, familiar o amigo. Personas devotas en su necesidad de comprensión se enojan también con [Dios]. La furia es el escudo que aparece más asequible, vano intento de defensa y protección ante tanto dolor, tanta tristeza, tanta impotencia.

La expresión de la rabia y el enojo ayudan a contrarrestar los sentimientos de impotencia que se experimentan. Surge la preocupación por los asuntos no resueltos, la muerte deja muchos remordimientos por cosas que no se dijeron o que faltaron de hacer con el fallecido. Si quedan aspectos legales inconclusos es más difícil comenzar el duelo, especialmente en casos de accidentes u homicidios: al fuerte sentimiento de víctima que padecen los que sobreviven se le suma la falta de conclusión del caso, que puede complicar el duelo. Las heridas continúan abiertas durante años (Lieberman, 2007). Los retrasos en los juicios e investigaciones conllevan acciones siguientes: “pueden retrasar el proceso de duelo; es decir, las personas que elaboran el duelo pueden estar tan distraídas por los detalles del juicio que evitan afrontar su propio duelo directamente. Hay veces que estas interrupciones legales tienen papel positivo. Si hay alguna sentencia y se cierra, ayuda a la gente a poner fin al duelo” (Worden, 1994, p. 160).

Aunque una característica fundamental de todo proceso de duelo es la necesidad de entender lo que ha sucedido, en el caso de la muerte súbita ocurre especial interés de encontrar un significado a este tipo de pérdida, lo cual se relaciona con la necesidad de dominio cuando una muerte ha sido de calidad traumática. Quien se enfrente en esta situación sentirá que su

presente ha sido alterado y su futuro es incierto y peligroso. También en estos casos la vida sigue, la vida supera a la muerte y, aunque al principio parezca imposible, tarde o temprano se podrán recuperar las capacidades elaborativas y realizar las fases normales del duelo (Tizón & Sforza, 2008). El tiempo sin saber cuánto ni cuándo dará la pauta de saber que esta experiencia tan dura no será definitiva.

Se ilustra una situación de duelo caracterizado por la imprevisibilidad y brusquedad de la pérdida, con algunas viñetas.

Aída:

Mujer joven con una profesión prometedora, la cual atravesaba una situación complicada de pareja. Fueron bastantes las traiciones, humillaciones y peleas que enfrentó con su marido. Después de una larga separación, decidió volver a vivir con él. Un fin de semana el esposo decidió irse de paseo con los amigos y murió en un accidente. La despedida entre la pareja no fue buena, habían dejado cosas inconclusas por hablar y otras tantas que dejaron sin perdonarse. La culpa estuvo presente, al igual que las preguntas y supuestos sobre algunas de las acciones. La impotencia y el enojo fueron descargadas con la familia del esposo por asuntos legales no resueltos, pero sobre todo el enojo fue dirigido hacia la figura del marido.

<<Se murió mi esposo, lo extraño mucho y estoy muy enojada con él, pero porque quedaron muchas cosas inconclusas, de hecho teníamos problemas pero ya nos estábamos llevando bien y ahorita estoy muy enojada con él porque se fue y porque quedaron muchas cosas pendientes...entre ellas perdonarnos porque nos faltamos muchísimo al respeto...pero yo sí le pedí perdón, y eso si me dijo: “Eso no voy a hacer: perdonarte”...>>.

*<<Yo lo que quiero es hablar con él, quiero saber porqué se fue...siempre lo he admirado...Si usted me pregunta de cien personas quién crees que se va a morir, él es el que menos...Todo mundo decía de él cosas bonitas, “él me ayudó a conseguir trabajo, él me invitaba”, y yo me pongo a pensar: “Y, a mí, por qué no”. Tengo muchos sentimientos encontrados, hay veces en que estoy muy enojada, o a veces estoy contenta. Quisiera saber por qué no sabía convivir con él mucho tiempo. Me he enterado ahora con los trámites que hay que realizar en su trabajo, que ante todos sus amigos no les había dicho que se había casado conmigo y en su trabajo firmó su contrato siendo soltero... Si lo tuviera en la cara le reclamaría, que me diera una explicación de todo...Ahora sí, ahora yo creo que lo voy a enterrar mas fácilmente, porque había...había sacado las cosas más **padres** y estaba creando un ídolo...Yo lo quise y él no me quiso, me lastimó, me ofendió... durante mucho tiempo>>.*

Surgió especial interés de Aída de encontrar un significado a la pérdida, lo cual se relaciona con la necesidad de poder controlar cuando una muerte ha sido traumática. Habitualmente,

quien enfrenta este tipo de pérdidas sentirá que el presente ha sido perturbado y el futuro es fortuito.

<<Todavía hay otras cosas que me afligen mucho. Tengo mucho miedo. Antes andaba en la calle, ahora tengo mucho miedo hasta de salir, porque ahora sí es muy incierto mi futuro... He vivido cosas, muy... bueno, siento que son cosas feas para mí, pero ahora ¿qué sigue?... No le tengo miedo a la muerte, sino a lo que en el transcurso de la vida me vaya pasando... que le pase algo a mi familia, eso, me da mucho miedo, eso me da más miedo que la muerte >>.

Las pesadillas son recurrentes en este tipo de duelos. He aquí dos relatos sobre sueños angustiantes que las pacientes enfrentaron después de la pérdida repentina del ser querido debido a accidente y muerte de cuna.

Aída se encontraba con insomnio o repentinamente despertaba en las madrugadas; el médico familiar le había recetado medicamento, que ella suponía para dormir, pero no quiso ingerirlo por miedo que le generara adicción. En la segunda entrevista relata el siguiente sueño, al cual no le encuentra interpretación:

<<Esta es una persona que mataba gente y yo lo veía, pero... yo no podía hacer nada, así como si estuviera viendo una película, que hasta que mataba, y extinguía a la última persona se acababa. Pero toda la pesadilla, sí la película duró dos horas, dos horas estuve soñando la misma tontería. No recuerdo muy bien ahorita, ya no recuerdo, porque al siguiente día siempre me acuerdo de mis sueños... Se me hace raro soñar eso, porque casi no sueño ese tipo de pesadillas, que alguien mata gente, este... que tenía que exterminar a un cierto número de personas. Era muy desgarrador, no sé, pero cosas así feas, no sé, es muy raro >>.

Eva:

La paciente no podía dormir porque se encontraba enfrentando la terrible pérdida de su hijo, el cual había fallecido por muerte de cuna. Sentía que no podía recuperarse del dolor y una mezcla de sentimientos la invadían. Lo extrañaba demasiado y cuando el sueño la vencía se despertaba repentinamente porque sentía que lo podía dañar al estar dormida o por los sueños que la despertaban angustiada y envuelta en llanto.

<< Lo soñé que lo tenía conmigo, pero que una maestra estaba enferma, yo ceo había tenido a su bebé o no sé porque tenía un bebé al lado; y que yo le decía a una amiga: “Mira, mi bebé regresó conmigo!”, “míralo, está aquí conmigo!”, y éste, estaba vivo y me decía: “Ay, qué bueno!”, y que yo le decía: “No te vayas, ya no me dejes, me dejaste sola, vente, quédate aquí conmigo”, pero que él así chiquito me decía que “no”. Yo agarraba y le decía a mi amiga: “Mira, mira mi bebé”, y como ella lo quería mucho le dice: “Mira, por qué te fuiste... quédate aquí, tu mamá y yo lloramos mucho por ti, no te vayas”, y que él agarraba y que nos decía que “no”. O sea lo que le decíamos era que se quedara, que no se volviera a ir, y que él nos decía que “no”. Después yo le decía a la maestra, como la maestra estaba muy grave según, yo le decía a la maestra: “Levántese”, porque ella tenía dos niños aparte del que tenía en sus brazos, y que yo le decía: “Levántese maestra, es, es feo que un bebé deje

a su mamá, pero es más feo que una mamá deje a sus hijos, ¿quién los va a cuidar?”, que ya hablaba así con la maestra, estaba inconsciente y que ya de repente se despertaba la maestra y que me decía: “Ya doña, ya estoy bien, no se preocupe por mí, no voy a dejar a mis hijos solos”, y que se despertaba, pero al momento que ella despertaba mi bebé fallecía otra vez y que pues si no me ponía yo otra vez mal y decía: “No, si ya habías regresado conmigo ¿por qué te fuiste?”, entonces fue lo único que creo sí yo lloré, o sea me quedé... este, ‘¿cómo se llama?...’, sí que me quedé llorando por él >>.

El duelo es una experiencia difícil para el hombre, y es fundamental tomar en cuenta la modalidad de la pérdida o el contexto en el cual se suscitó, ya que son elementos decisivos de cara a la intensidad y durabilidad de las reacciones afectivas y a la forma en cómo afectará a la personalidad del deudo, tanto en los primeros momentos como en el conjunto de los procesos del duelo. Estos tipos de pérdida se dan en situaciones específicas, por ejemplo, en los homicidios, que resultan más difíciles de elaborar que los que se dan por muertes accidentales.

Respecto a la complicación de los procesos psicológicos del duelo, autores anglosajones propusieron una regla mnemotécnica. Se trata del acrónimo *NASH* (*Natural, Accidental, Suicide, Homicide*). El cual significa que, cuanto más a la derecha de ese orden se encuentre el desencadenante del duelo concreto, más difícil será elaborar psicológicamente esa pérdida afectiva (Tizón & Sforza, 2008).

3.4.3 Duelo Complicado

Este tipo de duelo se manifiesta de varias formas y se le han puesto diversas etiquetas. A veces se le llama patológico, no resuelto complicado, etcétera. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, se hace referencia a las condiciones anormales del duelo como “duelo complicado” (Worden, 2004). Existen analistas que distinguen, en gradación, entre el duelo simple o normal, la depresión post-duelo y el duelo complicado. Autores americanos hablan del síndrome de duelo complicado, como duelo patológico en sí (sin que se asimile estrictamente a la clínica de la depresión), la cual consiste en una intensa fijación al ser querido muerto, que lleva a tener constantemente pensamientos, preocupaciones e indagaciones sobre él, continua añoranza y llanto por su muerte, sintiéndose atónito ante ella, y no creyendo que se haya producido. Aceptados estos criterios, está claro que otras variedades de duelo que serán reseñados son también duelos complicados como el duelo crónico, el duelo negado, el duelo reprimido, y el duelo reactivado, entre otros.

Para Cobo (1999) lo que denomina síndrome de duelo complicado no es sino la exacerbación de un duelo normal; refiere que es evidente que los americanos tienen una concepción del duelo normal menos dramática que los europeos, y, sobre todo, que los latinos. Considera que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad y características no cuadran con la personalidad previa del deudo; cuando impide o dificulta amar a otras personas o interesarse por ella y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades, y vive retraído, sin más interés que el de recordar al muerto. Y afirma estar frente a un evidente duelo complicado, cuando ya no hay duelo en sí sino que éste ha desembocado en un cuadro depresivo claro: apatía, intensa tristeza, baja autoestima, sentimientos globales de culpa, pensamientos sobre suicidio; u otro cuadro psiquiátrico (neurótico o incluso psicótico) que se desencadena a raíz del duelo. Para Tizón esto sería más bien ya un duelo patológico (ver capítulo 2 de la tesis).

3.4.3.1 Duelo crónico, o cronificado

Este tipo de duelo es aquel que tiene duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria...este tipo de duelo es fácil de diagnosticar porque la persona que lo sufre está consciente de que no consigue acabarlo; existe la intención -más o menos confesada- de mantenerlo. En tales casos es un *duelo cultivado*, en donde el sujeto se opone voluntariamente a liquidarlo. Cobo (1999) llega a decir que existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en el que éste determina el núcleo constructivo de su existencia, de su ser y de su hacer, de su vida cotidiana y de su vida creativa.

En el duelo de tales personas, es difícil distinguir lo que es destino de lo que es la forma de vivirlo, lo que es casual de lo que es provocado, es también lo que llama él la “vida en duelo”. No se atreve a juzgar tales casos como una patología *a priori* “*Se trata de una opción que posee su economía psíquica, su libertad y que debe ser respetada sin arrojar sobre ella una sombra de patología, o un diagnóstico psiquiátrico de rechazo, de anormalidad*” (Cobo, 1999, p.86).

En este tipo de duelo se observa que existen personas que conservan un mechón de cabello del muerto, objetos personales o característicos del fallecido. Antiguamente se acostumbraba

dejar intacta la habitación o el despacho del que había perecido. Actualmente algo de esto existe en la conservación en casa de la urna fúnebre con las cenizas del fallecido.

Trinidad:

La paciente ha mantenido durante más de siete años a los padres en un lugar preferencial de la casa, no los ha puesto en un nicho, debido a que el hermano mayor y ella se han rehusado a hacerlo. Cada vez que entraba a la habitación donde se encuentran las urnas, mantenía una comunicación estrecha con los objetos que representan a los padres. Sintió la necesidad de guardar algunos objetos con el deseo de conservar, por ejemplo, el olor de la sábana en donde falleció el padre o el cepillo que todavía tiene el cabello de la madre. Y de manera más sublime decide escribir para las futuras generaciones de la familia, quiénes eran sus padres.

Sobre la conservación de las cenizas refiere:

<<...Me acuerdo que yo lo que sentí como que era muy diferente de sepultarlo; porque yo sabía que al momento que terminara la cremación, me lo iban a dar. Cuando ya sucedieron los hechos pues de alguna manera volví a decir: “No se va a ir, se va a quedar conmigo”. Me acuerdo que pues estaban obviamente calientes las cenizas y yo las traía aquí en mis brazos y lo acariciaba como si fuera mi papá, acariciaba la caja, la urna. Y de ahí decidimos que cuando murió mi mamá iban a estar juntos. Yo sentía en ese momento que iban a seguir conmigo, que no se iban a ir... >>.

3.4.3.2 Duelo negado o negación del duelo

Este duelo debió producirse pero no fue así. Llama la atención la ausencia del duelo en el doliente. Dicho de otra manera, el conocimiento de la persona marca la pauta para observar que no se encuentra una breve o mínima reacción de aflicción en el sujeto. *“Ante esa falta, hay que determinar si se trata simplemente de ausencia del mismo, o si la expresión de una defensa psicológica llamada negación, que se desarrolla inconscientemente en la persona para evitar sentirse ahogada, paralizada, por intensos sentimientos de dolor que no sabría encajar, al menos por el momento, pues la descompensarían peligrosamente. Esta negación sería entonces una estrategia casi instintiva de equilibrio psíquico, que es normal siempre que sea temporal, oportuna y no invalide el funcionamiento general del individuo. En algunos duelos esta negación opera durante un cierto tiempo, normalmente corto, y actúa como emergencia coyuntural”* (Cobo, 1999, p. 87).

3.4.3.3 Duelo retenido o diferido

En el duelo retenido, el sujeto es consciente de hallarse dominado por la pena de la pérdida, pero realiza voluntariamente un esfuerzo por no demostrarlo, ya sea para evitar entristecer a sus allegados o bien porque se da cuenta de que la gente de su alrededor no comprendería e incluso descalificaría su aflicción. Gómez Sancho (2007), las denomina como “reacciones diferidas”, ya que se muestran en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo parecen mantener el control de la situación sin dar signos de sufrimiento. En algunos casos es la preocupación de ayudar a los familiares y de atender las diversas diligencias exigidas por las circunstancias, que no les dejan tiempo para ocuparse de sí mismas.

Amalia:

La paciente se encontraba enfrentando la pérdida abrupta de su nieta debido a un homicidio. Las situaciones legales podían involucrar a su hija en el incidente. Amalia sentía que la persona que fuera responsable tenía que enfrentar las consecuencias del suceso sin importar que esto involucrara a su propia hija. De inmediato, empezaron las amenazas por parte de la familia del padre de la nieta y las diligencias legales. La paciente sentía que tenía que ser fuerte aunque el dolor la estuviera consumiendo.

<<Yo sentí que era un dolor mío y que era un dolor que les iba a causar a ellos, no quería que sufrieran ningún dolor, el dolor que ahora yo siento. Yo quería estar sola, no quise decirle a mi hija, porque sabía que también lo necesitaba, también necesitaba conformidad. Yo me sentía muy mal...trataba que no me viera llorando, trataba de que no me viera triste y me llené de cosas, traté de llenarme de cosas para no sentir dolor y siempre, siempre lo fui guardando, lo fui guardando>>

En otras circunstancias, el duelo diferido es experimentado volcándose en actividades frenéticas para no tener que pensar en lo que ha sucedido, pero al pasar del tiempo basta con un recuerdo o imagen de la pérdida del ser querido, para desencadenar el duelo irresuelto.

Por lo general, como señala Cobo (1999), existe una normal retención de las manifestaciones de duelo, en muchos casos, tras las primeras semanas después de producirse la muerte, en que tuvo lugar la fase aguda de expresión emocional; dicha retención termina por disolverse. Afirma que también se han hallado clínicamente retenciones sin solución, que se alargan mucho en el tiempo y se puede denominar un duelo crónico retenido.

3.5 Momentos del duelo

Aunque los individuos reaccionan de distintas maneras ante los diversos duelos, desde los primeros estudios de Bowlby (1951), sabemos que hay unos ciertos momentos o fases que pueden rastrearse en cada uno de los duelos del ser humano. *“Eso no significa que los mismos momentos, con las mismas características y secuencia, se den en cada proceso del duelo”* (Tizón, 2004, p. 140). Existen diversas posturas para abordar las fases o momentos por los que el proceso del duelo atraviesa. A continuación, algunas de estas maneras de entender tema tan complejo como lo es el duelo; se desarrollará la postura para el desarrollo de esta investigación.

Una manera de abordar el proceso de duelo es contemplarlo en función de etapas, lo cual dificulta el uso de este enfoque, ya que la persona no atraviesa etapas en serie. Un ejemplo es la manera en la que la gente respondía a las etapas de una pionera sobre el estudio de la propia muerte, la doctora Elizabeth Kübler-Ross (1969). Muchas personas esperaban que los pacientes moribundos atravesaran literalmente las etapas que ella había enumerado con riguroso orden. La tendencia en los principiantes de la profesión era tomar las etapas al pie de la letra. Un enfoque alternativo al de las etapas es el concepto de fases, utilizado por Parkes, Bowlby, Sanders y otros. Bowlby (1980/1993), reforzó la idea de las fases y postuló que la persona en duelo atravesará una serie de fases antes de resolver exitosamente el duelo, y, al igual que en las etapas existen solapamientos entre las distintas fases, difieren muy poco entre sí.

Otras aproximaciones teóricas como las de Worden consideran más oportuno hablar de tareas en el proceso de duelo. Esto implica que la persona sea activa y pueda hacer algo al respecto, mientras que las fases generan una cierta pasividad; es decir, algo que la persona en duelo atraviesa. Worden (2004) refiere que las tareas son más acordes con el concepto de Freud del trabajo del duelo e incluye cuatro tareas: a) aceptar la realidad de la pérdida, b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y, d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Una vez atendidos los aspectos teóricos básicos sobre el duelo desde diferentes ópticas y autores, es momento de abordar el tema desde una perspectiva más actual como la de Tizón (2004) y Tizón y Sforza (2008) que se desarrollará, los cuales prefieren hablar de momentos

en vez de fases en el duelo, debido a que no se trata de una secuencia universal sin dejar el verdadero modelo para los procesos de duelo utilizados por los principales estudiosos sobre el tema (Bowlby, Parkes, Rando, Horowitz, Tizón, etc.). Es decir: el del duelo de la infancia propuesto por Bowlby (1980/1993), el cual después de realizar múltiples estudios con diversas fuentes y a partir de amplias revisiones de observaciones y estudios sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, viudos y voluntarios, postuló el esquema de la tríada de la pérdida afectiva: 1) *protesta*, 2) *desesperanza* y 3) *desapego*, o de una manera más completa, 1) *aflicción y protesta*, 2) *desesperanza*, y 3) *desapego o depresión*. Es su modelo de las cuatro fases del duelo por un familiar o allegado:

- Fase de incredulidad y embotamiento de la sensibilidad, que puede durar entre algunas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por momentos de cólera y pena intensas.
- Fase de añoranza y anhelo y búsqueda de la figura pérdida, que suele durar desde meses a años (por la pérdida de un progenitor, un hermano, un cónyuge, etc.).
- Fase de desorganización y desesperanza.
- Fase de mayor o menor reorganización.

Tizón (2004), refiere que se siguen encontrando estas cuatro fases o momentos en la asistencia a los duelos por un familiar o allegado, razón por la cual él ha mantenido ese mismo esquema en su propuesta de los momentos del duelo (ver Tabla 11 y 12).

Tabla 11. Las fases típicas del duelo por el cónyuge (duración típica en nuestra cultura: 2 a 5 años)

1.- Impacto, crisis, embotamiento afectivo.
2.- Añoranza, anhelo y búsqueda (con posibles momentos de protesta, ira y resentimiento).
3.- Desorganización y desesperanza.
4.- Aceptación y reorganización o desapego y depresión.

Tabla 12. Los momentos emocionales típicos del duelo, según Bowlby (1980/1993)

1.- Impacto, crisis, protesta.
2.- Desesperanza.
3.- Reorganización / o desapego y depresión.

Explica Tizón (2004), que en la reacción inicial, y en especial si la pérdida es brusca o inesperada, tanto en el esquema clásico como en el suyo propio, suele consistir en manifestaciones de incredulidad, embotamiento afectivo o intelectual y en ocasiones casi obnubilación, entre otras. El deudo se siente aturdido, incapaz de pensar, organizarse, aceptar la pérdida, entender cómo ha pasado, afrontar el futuro, organizar su vida, su pensamiento, sus conductas, incluso las más elementales.

La negación verbal del <<no>>, se antepone a todas las frases que manifiesta la persona que se encuentra frente a una pérdida importante, por ejemplo: <<no puedo creerlo>>, <<no es verdad>>, <<no puede ser>>. Pronto, a estas reacciones iniciales le siguen las protestas contra el destino y especiales manifestaciones y sentimientos de rebeldía surgen, ya sea en contra de la naturaleza o en contra de los dioses y se escuchan lamentaciones como: <<¿por qué a él? >> o <<¿por qué ahora?>>. En otras pérdidas, esos aspectos, consustanciales a todo duelo importante, toman la forma de acusaciones contra los familiares, amigos, allegados, médicos, etcétera. Es el periodo de la protesta, casi siempre unido a una cierta pena, tristeza y nostalgia por la pérdida. “Es frecuente que se tiña con elementos persecutorios, de ahí que sean tan fáciles ante la muerte humana, tan <<profesionalizada>> en nuestro mundo, las protestas contra los médicos, la medicina, las instituciones sanitarias, etc.” (Tizón, 2004, p. 143).

Considerables viudas y viudos expresan claramente la añoranza, el anhelo y la búsqueda propios de esta segunda fase durante meses o años; aun participan en sesiones de espiritismo u otras ceremonias religiosas con el fin de encontrar al muerto. A menudo piensan en el suicidio y en grados extremos lo llevan a cabo, incitados por ese deseo de búsqueda y reunión. En el caso de los desaparecidos o de aquellos que han sufrido una muerte brusca e inesperada, esos sentimientos son aún más intensos.

En cuanto a los momentos de cólera, ya Parkes (1975-1998) en sus entrevistas con viudas, encontró esos sentimientos en casi todas, siendo muy acentuados en un tercio del total. En

unos casos, la ira y la protesta adoptan formas generales, no centradas en una persona, situación u objeto. En otros casos los sufrimientos persecutorios y de confusión puestos en marcha por la pérdida pueden organizarse de esa forma y buscar un destinatario privilegiado. Por lo tanto y siguiendo a Bowlby, la búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud, son rasgos de la segunda fase del duelo y deben entenderse como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida (Bowlby, 1980/1993).

A veces se da el caso de quien prohíbe a los allegados que hablen de la pérdida o de la situación en la que transcurrió el evento; para Tizón (2004), esto es indicador de mal pronóstico porque significa apoyar la evolución del duelo en defensas psicóticas como son la negación-denegación y la escisión. Por el contrario, muchos rituales por la pérdida tienen que ver con la sedimentación cultural de costumbres o acciones que tienden a que se contacte con el dolor.

Ya Freud (1914) en *Recordar, repetir y reelaborar* había hecho hincapié en la importancia de que a nivel mental, social y biológico es necesario tolerar la acometida de esas profundas y alteradoras emociones para que el duelo evolucione de una forma favorable. Solamente si la persona en duelo puede tolerar la pena, la rabia, la añoranza y anhelo, la búsqueda consciente e inconsciente, el análisis y el reanálisis mental y en relación de cómo y porqué se produjo la pérdida y otras emociones similares, se puede llegar a una reorganización tanto interna como externa y a una readaptación al mundo. Lo contrario puede llevar a una depresión y apatía.

Si la reorganización y la reorientación en el mundo interno primero y en el mundo externo después no son lo suficientemente profundas, la desorganización y/o la desesperanza se instalan en la vida de la persona en duelo y se hacen más y más visibles. En el peor de los casos, en vez de una progresiva aceptación y reorganización, conseguida a través de las vías descritas y que Tizón (2004), resume con el aforismo de <<olvidar recordando>>, se va instalando un desapego más profundo y, tarde o temprano un cuadro psicopatológico clínico, predominantemente depresivo. Desde la perspectiva de Bowlby, se trata de la tercera fase o momento del duelo por la separación y la pérdida no adecuadamente asistidas ni contenidas o sustituidas. Este es un momento en el cual la asistencia es indispensable si no se ha podido organizar antes y ha de hacerse teniendo en cuenta dos elementos: por un lado el cuadro psicopatológico que presenta el paciente (depresión, somatizaciones crónicas, delirio crónico,

trastornos de conducta, etc.); por otro lado la realidad del proceso de duelo no elaborado que subyace, que puede complicar el tratamiento del cuadro (aunque por otro lado, ayudar a la elaboración de ese duelo puede facilitar el tratamiento del cuadro psicopatológico, que en otras ocasiones podría parecer más crónico o difícil).

En términos generales, existe cierta homogeneidad en las reacciones psicológicas ante la pérdida afectiva de la especie humana, y eso, a pesar de las importantes diferencias que vienen marcadas por las variables que intervienen en el duelo (ver capítulo de variables del duelo) y por las características socioculturales de la situación en la que acaece la pérdida y el duelo. Por otra parte, el tipo de duelo o duelos, hace que esas fases y momentos adquieran características y hasta secuencias diferentes.

Una propuesta actual es la de Tizón y Sforza (2008), que prefieren usar el término de momentos más que de fases en el duelo, con el fin de no dar la impresión de que se trata de una especie de secuencia universal y obligatoria que han de tener que vivir todos los humanos en duelo y en diversos tipos de duelo. Estos momentos pueden entremezclarse, adelantarse, atrasarse, inhibirse, según la personalidad del deudo, las costumbres sociales, etc. Señalan cuatro momentos (Ver Tabla 13). Finalmente, aunque todos en cierto momento de la vida atravesaremos la pérdida de una persona importante para emprender el arduo trabajo del duelo, concordamos con las propuestas recientes de que no se puede generalizar el proceso de duelo y que cada persona tiene que vivir un proceso individual.

Tabla 13. Momentos del duelo en un proceso normal

Momentos	Características
1.- Impacto y crisis	<ul style="list-style-type: none"> - Se da tras recibir la noticia de la pérdida. - Se puede entrar en un auténtico estado de <i>shock</i> (agitación, embotamiento afectivo, incredulidad, búsqueda y añoranza, angustia, somatizaciones diversas). - Aturdimiento y no aceptación de la realidad (el uso del <<no>>, se dan en estos momentos). - La duración y profundidad del impacto, suelen depender de lo inesperado y complicado de la pérdida.
2.- Turbulencia afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Se da tras horas o días de la pérdida. - Se dan sentimientos complejos y alternantes (culpa, ira, tristeza, desesperanza, temores diversos, ansiedades persecutorias, resentimiento). - Se interpreta y re-interpretan voces, ruidos, sensaciones o recuerdos intensos del fallecido. - Se dan momentos de ilusión y esperanzas negadoras y momentos de

	<p>desesperación y desesperanza profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llorar y gritar son los dos modos fundamentales de comunicación del dolor principalmente en niños, adolescentes y mujeres. Llorar con otro es lo que da significado a las lágrimas. - La culpa y las autoacusaciones son comunes durante los duelos importantes. - Se darán avances y retrocesos (tristeza en varias ocasiones, anhelo y añoranza en otras, impotencia y soledad, ira y cólera, culpa, alivio y liberación).
3.- Desesperanza más o menos reversible	<ul style="list-style-type: none"> - Este periodo es más largo que los anteriores. - Van predominando los sentimientos de tristeza e incluso de desesperanza. - Temor al futuro, al presente, a las situaciones difíciles, a situaciones similares a las que se dieron en la pérdida. - Predomina la pena con acompañamientos somáticos, corporales, unidos a una forma de desesperanza, de sensación de que hay cosas que no tienen arreglo y son irreparables. - En la mayoría de casos estos afectos y las ideas que los acompañarán irán haciéndose menos dominantes e invasivas. - El trabajo consciente o inconsciente que hace predominar la pena, la tristeza y la añoranza sobre la culpa, el temor y tal vez la desesperanza, es una de las tareas emocionales más difíciles de este momento. - Se oscila entre atesorar los recuerdos u olvidarse de ellos, un conflicto fundamental que puede solucionarse con lo que llaman: <i>Olvidar recordando</i>, siempre y cuando la culpa y las autoacusaciones no rompan ese desarrollo.
4.- Reorganización y revinculación	<ul style="list-style-type: none"> - Supone dos posibles alternativas. Por un lado la <i>recuperación</i>, en donde predomina la esperanza, la confianza, la solidaridad, el amor, etc. Y esto se da con la ayuda de cualidades personales, al buen recuerdo de lo perdido y la ayuda de allegados. Por otro lado, se instala el <i>desapego</i>, la desesperanza, la desconfianza, el temor, el odio y el desequilibrio. Se da el retraimiento patológico, la tendencia a la <i>desvinculación</i>, a la ruptura de las relaciones sociales; es decir, se está en una <i>evolución patológica</i>. - El momento de <i>recuperación</i>, es más bien un largo periodo, menos doloroso que los anteriores. - El duelo se elabora progresivamente ya que las emociones y recuerdos pueden tolerarse en la mente con conversaciones sin disociaciones o rigidez excesiva, y también pueden emprenderse actividades en el mundo externo, contando con la ausencia del fallecido o lo perdido.

Tizón y Sforza (2008)

3.6 Variables que afectan en la elaboración del duelo

Una clasificación de variables que afecte a la elaboración del duelo puede ser difícil de conjuntar debido a que son fenómenos universales y están sujetos a la idiosincrasia tanto de los individuos como de grupos sociales a nivel micro y macro, así como también a una amplia gama de circunstancias externas. Desde Freud (1917) y pasando por Bowlby (1968, 1969,

1980/1993), Worden (2004), y Parkes (1998), entre otros, se han considerado diversos grupos de variables que afectan a dicha elaboración. Recientemente Tizón (2004), basado en su práctica clínica, investigación y docencia, ha sedimentado la clasificación que en esta tesis se incluye y en la cual se integra. Para este autor, la finalidad y valor de variables es heurístico y docente debido a dos razones fundamentales: Por un lado, en cada duelo las circunstancias se observan desde el punto de vista del objeto, del sujeto, de la relación o de las circunstancias de la propia pérdida, y simplemente son vértices de exploración. Por otro lado, usualmente todo duelo importante implica un conjunto de duelos: (uno) primario y (varios) secundarios.

El duelo y los procesos son el conjunto de reacciones biopsicosociales ante el dolor o la pérdida (Tizón, 2004). Esta tesis se centra en los duelos realizados por la muerte de un ser querido, el cual es emocionalmente significativo, ya sea: amado, odiado o amado y odiado. Autores como Bowlby (1968, 1969, 1980/1993) o Parkes (1998) son imprescindibles para el desarrollo y entendimiento del tema. Tizón (2004), basándose en los especialistas de la materia, propone factores generales que afectan el curso de los procesos del duelo (ver Tabla 14), pero para enfocarlos hay que destacar dos elementos básicos:

Desde el punto de vista de la psicología basada en la relación o psicología interpersonal o intersubjetiva (Tizón, 1988, 1996), todas las variables son medidas por la personalidad y las experiencias anteriores del sujeto en duelo. Siempre se debe considerar, no solamente a los factores adversos que dificultan la elaboración del duelo, sino también a los factores protectores como la contención y resiliencia.

Tabla 14. Factores generales que afectan el curso de los procesos de duelo

	Pueden ser	
1. Características del objeto (el otro, lo otro) perdido.	Factores adversos.	Factores protectores (De contención o resiliencia).
2. Características del sujeto.		
3. Características de la relación sujeto-objeto.		
4. Circunstancias de la pérdida.		
5. Otras circunstancias.		

Tabla extraída de Tizón (2004), p.182.

A continuación cada uno de los factores presentados en la Tabla 15, basados en el capítulo 5 del libro *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*, de Tizón (2004):

3.6.1 Variables vinculadas fundamentalmente al objeto

Existen pérdidas que desencadenan en la mayoría de los miembros de la sociedad, procesos de duelos complicados y extremadamente dolorosos como la pérdida de la madre, del padre o de familiares íntimos. El proceso de adaptación que el duelo supone puede ser de gran agudeza y complejidad; incluso del tipo clínico que el DSM-IV llama: Trastorno por estrés postraumático de tipo agudo o crónico. Pero más graves suelen ser los duelos en su elaboración cuando las pérdidas se producen en contra de la secuencia natural de la vida misma, esto por la muerte de un hijo antes que los padres o de seres jóvenes, entre otros. El deudo queda enfrentado a un duelo de difícil elaboración en donde la creatividad y la reparación simbólicas y sublimadas ayudarán a soportarlo.

Como menciona Parkes (1998), la pérdida que frecuentemente da más dificultades psicológicas es la de la pareja; este tipo de duelo principalmente conlleva a requerir ayuda profana o profesional, y es la situación más frecuente entre pacientes psiquiátricos de edad media. Sin embargo, la muerte o separación de los hijos es la que da puntuaciones más altas en escalas de evaluación como el Texas Inventory of Grief (Neidig & Dalgas, 1991). La pérdida de un hijo es uno de los procesos de duelo más perturbadores y duraderos.

En la actualidad -por un lado- en países del primer mundo (por ejemplo, Suecia), la pérdida de un hijo se ha convertido en un suceso raro en comparación con países menos desarrollados (por ejemplo, Somalia), en donde los padres esperan la muerte de un hijo. Por otro lado, en la medida en que se tienen menos hijos, los lazos de la madre con cada uno es mayor y más estrecha que en el pasado. Por lo tanto, un factor importante son las expectativas de pérdida, ya que en la actualidad mueren menos niños y es mucho más difícil estar preparado y tolerar la muerte de uno de ellos. Parkes (1998), refiere que no es lo mismo perder la décima parte de la progenie que perder la mitad (el caso de las familias con dos hijos, en donde uno fallece).

Con respecto a la muerte de un progenitor, se afirma que este suceso en la vida adulta causa menos problemas, pero sigue siendo uno de los duelos fundamentales que genera

repercusiones transformadoras sobre el deudo, y se encuentra como la segunda causa que lleva a las personas a buscar ayuda. La muerte de los padres es un hallazgo retrospectivo hallado en los pacientes deprimidos y alcohólicos de ambos sexos con una frecuencia significativamente mayor que en la población general. Poseer una pareja estable significa un factor protector, en especial si es una relación sólida y buena (Parkes, 1998).

En referencia a la muerte de un hermano, si se da en la edad media de la vida, posee considerable impacto, pero mayores son las consecuencias si se da durante la vejez y más aun si el hermano era mellizo o gemelo monocigótico. Segal y Bouchard (1993), estudiaron la gravedad de la aflicción en 49 adultos tras la muerte de su hermano mellizo y encontraron una intensidad de síntomas del proceso de duelo, que superaba a la de los duelos de las madres, padres, abuelas y abuelos que habían perdido un niño, argumento importante para defender la hipótesis de que la pena y el duelo son mecanismos adaptativos Darwinianos, evolutivos.

En cuanto al género, está claro como en el resto de consultas psicológicas y psiquiátricas, que consultan más las mujeres que los hombres con respecto al duelo. Además, las mujeres tienden a llorar más y por mayor tiempo, y a consumir más tranquilizantes que los hombres. Está bien establecido que los hombres mueren más a menudo por crisis cardíacas que sus esposas tras la pérdida de su pareja (Parkes, 1998). Cuando se pierde un hijo, el miembro de la pareja que tiende a consultar es la mujer: a menudo las madres penan sobre todo por su hijo (muerto), mientras que el marido lo hace por su mujer (Tizón, 2004).

3.6.2 Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto

Estas variables tienen que ver en un principio con la edad y el género. En cuanto a la edad, la infancia y la primera infancia así como la tercera y cuarta edad, hacen más compleja la elaboración de los duelos, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención. Los sistemas o niveles para la contención intrapersonales (Tizón et al., 1997, Tizón, San José, & Nadal, 2000), se hallan menos desarrollados e integrados en la infancia, en especial el mundo interno y las capacidades yoicas. En la senescencia, se afectan las capacidades yoicas, pero también la contención a través del cuerpo, la familia y las redes no profesionalizadas o redes sociales. En definitiva, todo duelo por muerte de un ser querido en la tercera edad o en la senectud implica un conjunto de duelos difíciles de elaborar.

Frecuentemente los datos muestran cómo existe un aumento en la mortalidad, morbilidad e importantes alteraciones en la ingesta de drogas en los viudos en duelo (Rosenbloom, 1993).

Con respecto al género, la expresión del duelo es diferente en los niños y niñas de nuestra cultura. Los chicos -más que las chicas- suelen expresar la pérdida agresivamente, mientras que las féminas tienden a hacerse cuidadoras compulsivas. Otra tendencia delicada en los duelos a esta edad es que se tiende a idealizar al padre perdido y devaluar al sobreviviente. Parkes (1998), refiere que a menudo lo mismo ocurre con el progenitor que sobrevive, el cual denigra al niño vivo e idealiza al muerto. Los niños mayores tienden a proteger a los pequeños o incluso a los adultos de la familia, adoptando una actitud de inversión de rol, que ya Erikson (1963), insistía en las consecuencias limitadoras de la evolución psicológica y creadoras de psicopatología.

Otra variable es el vínculo, los vínculos inseguros, ansiosos o ambivalentes están en la base de la psicopatología. Bowlby, en sus primeras obras (1951), insistió en que una relación de amor bien establecida es la que permite y tolera la separación. Debido a que la buena relación es fuente de funciones emocionales como la esperanza (de la re-uniión con lo perdido) y la confianza (de que el otro no *nos* abandonará). Es el apego o vínculo seguro, de ahí que es preciso no confundir aquellas manifestaciones que generan dificultad de separación o ansiedad excesiva ante la separación, con un vínculo seguro, que es uno de los factores fundamentales para una adecuada elaboración del duelo.

La clínica cotidiana muestra que algunos de los trastornos de personalidad señalados en las clasificaciones habituales tienden a dificultar la elaboración de los duelos, con especiales tendencias a la cronificación y a la expresión somatomorfa en los casos de: personalidad por dependencia, por evitación, pasivo-agresivos. Los cuadros aparatosos se presentan en los trastornos histriónicos y narcisistas. Y resulta difícil e impredecible en casos de personalidades esquizoides, esquizotípicas, paranoides, etcétera.

La ambivalencia como rasgo de personalidad es una de las características más estudiadas en relación con la elaboración del duelo. La clínica muestra que a menudo reacciones de intensa ambivalencia o de conflicto abierto con una pareja que muere pueden dar lugar inicialmente a duelos aparentemente normales o aparentemente alterados. Pero con frecuencia a las pocas

semanas darán paso a cuadros crónicos de ansiedad, duelo crónico, depresión, dependencia de sustancias, dependencia social, etcétera (Parkes, 1998).

Por último, algo similar ocurre con la autoestima. Lund y otros (1985), encontraron que la autoestima baja era la única variable que a las tres semanas de la pérdida predecía dificultades de elaboración significativas, dos años después. Esto es fácilmente comprensible debido a que la esencia de la autoestima es la confianza en las propias capacidades para controlar el mundo. Difícilmente pueden soportarse las turbulencias internas y adaptaciones tanto internas como externas, necesarias en un duelo importante, si la persona siente poca confianza en sus propias capacidades de organización a un nivel interno y externo.

Aída:

En el caso de esta paciente, la baja autoestima ha sido una constante en su vida. En la infancia se describe como una persona muy susceptible a los comentarios de la familia al grado de reaccionar siempre con llanto cuando le hacían alguna crítica. En la actualidad se describió como una persona mediocre porque no quiso tomar las oportunidades que se le brindaron para luchar y superarse, por ejemplo, académicamente. Se sintió siempre insignificante con la pareja y por ello fue muy permisiva con él. La pareja siempre la criticó tanto en su aspecto interior como exterior y le generó a Aída más inseguridades.

<<Le permití muchas cosas pues todo mi mundo era él. Me compraba ropa o me arreglaba para él, no tenía amigos, siempre estaba “Aída”, y ahí iba corriendo, siempre por el miedo a eso exactamente. De todos modos todo lo que me hizo, que he llegado a la conclusión que realmente no me quería, o bien, yo era la que no me quería porque no hubiera permitido todas esas cosas>>.

3.6.3 Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida

La muerte inesperada y la duración breve de la enfermedad terminal predice al año de la pérdida complicaciones por mala evolución, hecho mostrado por el Harvard *study* con los viudos y viudas de Boston; también dichas muertes súbitas y de improviso, incrementan la reacciones de obnubilación, incredulidad, confusión iniciales, que tienden a asociarse a retraimiento y a sensaciones de ilusiones y alucinaciones en las cuales el deudo sigue viendo, oyendo, sintiendo y notando al fallecido. Reviviscencias frecuentes y continuas que favorecen la manifestación de un cuadro por estrés postraumático. Lo rápido e inesperado de la muerte es un factor de riesgo para la elaboración del duelo (Parkes, 1998), lo cual se vuelve más

evidente en el caso de las muertes perinatales y en el caso de los padres de aquellos niños que han muerto en accidentes de tránsito.

Eva:

Ha perdido a su tercer hijo debido a muerte de cuna. No soporta estar en la casa y sale temprano y regresa por las noches, pero cuando está en casa, todo le recuerda a su hijo e incluso lo escucha o lo ve. Lo único que por el momento cree que le puede ayudar es mudarse de esa casa porque todo le recuerda el evento del suceso.

<< Hay veces que según yo lo escucho llorar, porque luego le digo (al esposo): “Está llorando un bebé”, dice: “No, es que no es nadie...a lo mejor el de la vecinita”, le digo: “Pues yo creo que sí”, y me quedo así (pensando) o, o, o es mi bebé... Yo sí escucho que es el llanto de mi bebé, o de un bebé... De hecho, como los tres primeros días, e incluso ese día, sabiendo que ya había fallecido, le digo: “Fíjate del niño, es que está llorando” y agarra y me dice: “¿Cuál niño?”, le digo: Rui, y me dice: “Cálmate y tranquilízate porque él no está con nosotros ...Hay que acostumbrarnos y le digo: “Pues sí, pero, no sé, yo escucho ruidos, no sé, si, si, si, soy yo que me quiero quedar con eso, o yo me quedé con eso, o es en realidad un bebé que está llorando... donde quiera que entro...lo veo, o cuando no lo veo son los recuerdos que se me vienen>>.

Otra de las variables importantes son las heridas físicas y las pérdidas de miembros que pueden favorecer un desplazamiento de la angustia sobre zonas corporales mutiladas. En ocasiones el familiar puede quedar más fijado a esa pérdida que quien la está viviendo, más aún, si se trata de un niño que a temprana edad se le enseñó a hacer uso de una prótesis, ya que esto suele convertirse en un estorbo para la elaboración del duelo. Se presentan actitudes de sobreprotección que impiden atender de forma normal, teniendo en cuenta las capacidades que han persistido, o bien, a través de relaciones evitativas, que impiden atender a las limitaciones, aun con momentos de negación maniaca en los cuales se intenta actuar como si la pérdida no hubiese ocurrido.

Existen pérdidas que crean problemas especiales: penas indeclarables o inconfesables. Este tipo de pérdidas han sido estudiadas por Doka (1989), y son aquellas que no son reconocidas abiertamente a nivel social y no pueden ser validadas y veladas por la misma. Una de las situaciones que sentó bases para la elaboración de este tema fueron las primeras muertes por sida, pero no es el único tipo de pérdida; existen otras situaciones que dificultan la expresión abierta del duelo como son las muertes de compañeros extramaritales, homosexuales, de militancia política o clandestina, etcétera.

Los duelos anteriores y repetidos fragilizan la capacidad del individuo para hacer frente tanto a la turbulencia afectiva como a las readaptaciones internas y externas que se dan posteriormente, y que son de carácter necesario. Parece como si cada individuo poseyera lo que Hanus (2000), llama: Una limitada aptitud para el duelo o capacidad de duelo, determinada para toda la vida y adquirida a lo largo de ella, pero sobre todo en la primera infancia; es decir, la acumulación de pérdidas parece que agota el capital para afrontarlas.

La forma en cómo se comunica la pérdida y en cómo se recibe la información es de relevancia sobre la elaboración del duelo, incluso más de lo que suele pensarse. La información proporcionada bruscamente por parte de extraños o seres vividos como persecutorios, por seres o en lugares ante los que no se pueden expresar las emociones no tiene un buen efecto, motivo que debe ser tomado en cuenta por parte del personal de asistencia. Igualmente es relevante la repercusión que posee sobre los procesos de duelo el hecho de haber sido cuidador del fallecido o haber mantenido con él lazos de dependencia (social o psicológica) y más aún lazos simbióticos.

Trinidad:

Se dedicó al cuidado de los padres, no tuvo un trabajo estable así que tenía roles de ama de casa, debido a la enfermedad de su madre. Se encargaba de administrar el dinero que el padre le daba para los gastos de la casa y la relación con el padre se fortaleció. Dependía de él emocional y económicamente.

<<Pero pues la vida no es nada, es estar sola, es ver la tele. Yo no tengo amigos, ni mi hermana. O sea, es como si nos hubieran exiliado, que al irse mi papá, se hubiera ido todo. La alegría de tener muchas cosas, de la seguridad que sentía cuando estaba con mi papá. Yo siento que mi papá era mi amigo, él siempre fue el papá de Susana (hija), pero más que papá, era mi amigo. Era mi amigo, y yo sentí que cuando se fue, no nada más se fue mi papá >>.

En otro ámbito, es de común conocimiento que las condiciones de vida precaria dificultan la elaboración de los duelos y son una de las causas más frecuentes de la salida somatizada, psicossomática, y/o paranoides de estos. Tizón (2004) estudió esto en el caso de duelo migratorio. Si las circunstancias económicas o de alojamiento hacen la vida más difícil, o si no existen oportunidades para la reorganización de la vida social y económica tras la pérdida, el duelo puede quedar enormemente dificultado.

La muerte por suicidio tiene una fuerte repercusión sobre los familiares y allegados del fallecido. De tal forma que se ha estudiado la incidencia de suicidio en el futuro (hay siete veces más ocurrencia si el muerto era un familiar directo). Emociones como la culpa, el narcisismo herido, la vergüenza, los sentimientos de persecución, juegan aquí un papel fundamental. Las familias de los que se han suicidado a menudo se avergüenzan de sí mismas y, en muchas culturas son estigmatizadas por la sociedad. Las depresiones pos-pérdida más severas, según el estudio de Cleiren (1992), se dan en el siguiente orden: en los duelos por muerte súbitas en accidentes de tránsito, en deudos que lloran un suicidio, y en los allegados de un difunto que ha padecido una enfermedad terminal de larga evolución. Además, como refiere Bowlby (1980/1993), los hijos suelen ser mal informados, marginados, reducidos al silencio y a la escisión. En ellos se ven rasgos o estigmas del desequilibrio mental del progenitor suicida, y en muchas sociedades se afirma que serán candidatos a realizar el mismo acto (lo cual, además coincide con estudios empíricos mencionados).

Otras situaciones que tienden a complicar el duelo se dan cuando no se llega a ver al muerto (variables cuya inferencia difiere en la infancia), o cuando se le ve y el aspecto del cadáver denota traumatismos o mutilaciones, y desde luego, cuando no se llega a poseer seguridad de la muerte como en las desapariciones en donde no se sabe el final que ha tenido el familiar y en donde se anida la esperanza de su retorno. En consecuencia, parece que se facilita la eclosión de los cuadros psicotraumáticos del DSM-IV, en gran parte de esos casos, la ira, la culpa y la sospecha aumentadas complican los procesos de duelo puestos en marcha por pérdidas inesperadas, bruscas y generalmente con finales terroríficos. Los procedimientos legales a los que se enfrentan los familiares suelen acabar complicando el escenario, que ya de por sí es doloroso, y por lo regular inducen al síndrome psicotraumático. Los episodios de ira y descontrol de impulsos, típicos de este tipo de casos, alienan al sujeto de la relación familiar, de allegados y asociaciones sociales.

Cuando la muerte ocurre por algún tipo de catástrofe o accidente, existe un sentimiento que causa dolor en el sobreviviente y este es el sentimiento de aleatoriedad de la muerte. La pérdida de identidad y la culpa, aún inconsciente, juegan un importante papel en este tipo de sufrimiento moral. Sobrevivir por la razón que sea, puede constituirse en una culpabilidad suplementaria de difícil elaboración. Es por ello que en las situaciones de catástrofe cualquier tipo de rito (religioso, militar o civil), son fundamentales para limitar las complicaciones del duelo colectivo. Y es que el medio, a la vez que puede ser un facilitador también puede

complicar el trabajo del duelo, impidiendo la expresión emocional y transfiriendo al deudo la ira o la culpa de la comunidad. El medio puede ayudar a facilitar con delicadeza el recuerdo y sobre todo a tolerar las alternantes expresiones, en especial las turbulencias afectivas y las primeras e inciertas adaptaciones. De ahí la importancia de los grupos de apoyo sobre el tema, sobre todo si la familia o los seres cercanos no atienden las exigencias para realizar ese trabajo.

3.6.4 Otras variables que influyen en el desarrollo de la pérdida

Las concepciones acerca del duelo y de la propia participación en la pérdida son asimismo elementos fundamentales y predictores de la elaboración psicopatológica de la misma. Se debe de pensar en este ámbito en la vivencia de la culpa persecutoria y sostenida (Freud, 1917; Tizón, 1995, 1996); el sentimiento de haber sido causante de la pérdida o de haber contribuido a ella, con o sin culpa; la rigidez de las concepciones acerca de cómo deberían de ayudarnos o ayudar al sujeto en duelo, la rigidez de personalidad o creencias del sujeto.

Existen varios estudios que insisten en resultados similares; es decir, que los deudos que sufrían un deterioro mayor en su salud global eran aquellos que habían sentido que no podían hablar de la pérdida y del duelo ante sus familiares y allegados. El resultado es que los procesos del duelo y el duelo en sí se dan en una situación de soledad, aislamientos, dudas y, a veces, sentimientos de miseria y autodesprecio que logran deteriorar más la autoestima y facilitar el derrumbe emocional. Otros estudios muestran que una clara ayuda para la elaboración del duelo son las redes sociales, como los grupos sociales de amigos, vecinos, grupos recreativos de cualquier tipo, etcétera (Tizón, 2004).

Cuando en las familias los factores económicos son precarios, el duelo igual puede complicarse fácilmente, hecho fundamental en las comunidades de bajos recursos. Por otro lado, las circunstancias de que aún haya niños pequeños en el hogar suele asociarse con un aumento de las tensiones de los duelos. Igualmente las tareas domésticas, al igual que las familiares, pueden convertirse en una carga excesiva e inútil en una situación de pérdida.

Cada cultura, desarrolla formas de duelo diferenciadas, normalmente integradas en ella. Esto no podría ser de otra forma, ya que los ritos de duelo y los ritos ante las transiciones psicosociales son elementos clave en la construcción de una determinada cultura humana. En

general, una cultura o sociedad integradas, [no en momentos de des-integración] poseerá creencias sobre el duelo, las separaciones y las transiciones adaptadas a las necesidades, tanto afectivas como sociales, de sus miembros y grupos; creencias que están asentadas en su historia (la historia de sus ancestros) y en sus condiciones de vida (y de supervivencia).

Aunque morir es una cualidad inevitable de la naturaleza, las culturas difieren en su visión frente a la misma. La muerte, aunque pertenece a todos, se cuenta de manera diferente en cada continente y esto tiene que ver con el bagaje cultural que cada país trae consigo. La historia da un sentido de lo que la muerte representa para el hombre y del cómo enfrenta esa pérdida. México, por ejemplo, es heredero de dos ideas importantes sobre la muerte. La primera es la que se hereda del México precolombino, en la cual el rito y culto a la muerte se hacen como parte de la deuda que los humanos tienen con la *madre tierra* y ese alimento que se le da a la tierra es la muerte de un humano entregado en sacrificio. La segunda idea es la que se recibe de la religión traída por los españoles, la Biblia y ancestrales libros que hablan de vida eterna.

México es país de fiestas y quebrantos, de devociones y aficiones. Es una nación que vive, lucha y sueña, es un lugar en donde los vivos conviven con los muertos y los muertos nunca son olvidados, y son festejados como se celebraría un cumpleaños. Paz (1950), menciona que el mexicano ama las fiestas, todo es un buen pretexto para interrumpir el tiempo y celebrar. En las fiestas desaparece la noción del orden, a través de las fiestas la sociedad se libera de sus propias normas, se burla de sus dioses, de sus principios y sus leyes, se niega a sí misma. La muerte es el espejo de la vida para los mexicanos, nuestra muerte ilumina nuestra vida, si nuestra muerte carece de sentido, tampoco lo tuvo nuestra vida...

Guillermo Velázquez escribe:

“La fiesta es sentirnos juntos disfrutando del mitote y adentro sin que se note llorar por nuestros difuntos”

3.6.5 Evaluación del riesgo

Este apartado describirá el propósito del acompañamiento o asistencia de los duelos, en este sentido, un momento crucial es el que permite la diferenciación entre un duelo que probablemente evolucionará como un duelo normal y un duelo que probablemente evolucionará como un duelo complicado o patológico. Para este proyecto se han diseñado

escalas de evaluación y entrevistas semiestructuradas para facilitar esa discriminación; por ejemplo: el Texas Inventory of Grief (Faschingbauer et al., 1977; Neidig & Dalgas, 1991); otras posibilidades son las mediciones dimensionales tipo Jacobs (1993), o la escala de duelo traumático de Prigerson et al. (1997), etcétera.

El uso de estas escalas se convierte en práctica ocasional en la clínica cotidiana, y se deja su aplicación con vistas a investigaciones o tareas de clínica concretas. Además, su capacidad predictiva del curso del duelo no es nada discriminatoria, ya que existen demasiadas circunstancias y hechos impredecibles, de tal forma que el valor clínico de tales intentos es aproximado. Pero lo que estas escalas sí muestran es que las personas que más necesitarían asistencia en el duelo son algunas de las que no lo solicitan. Sin embargo, Parkes y Weiss (1983), realizaron una revisión de tales sistemas de predicción. A continuación un estereotipo de lo que ellos consideran una situación de alto riesgo en un duelo complicado o patológico:

- Una familia con una viuda y niños pequeños que viven en el hogar.
- Sin familiares próximos.
- La viuda es una persona tímida, dependiente, que ha reaccionado mal a la separación en el pasado y tiene una historia de trastornos depresivos previos.
- Se hallaba estrechamente ligada con su marido en una relación de sobre-dependencia o ambivalente.
- No se ha preparado para su muerte inesperada y súbita.
- La tradición cultural y familiar la previenen de expresar sus sentimientos que, sin embargo, amenazan con emerger.
- Hay otro estrés o duelos antes o después de la pérdida.
- Reaccionará a la pérdida con una aflicción intensa, junto con auto-reproches y/o rabia.
- Esos sentimientos tienden a persistir a lo largo de meses y años.
- A los niños se les dijo muy poco acerca de la gravedad de la enfermedad de su padre y se les excluyó de la participación en el duelo familiar.
- Se sienten heridos por estas barreras a la comunicación acerca de esta importante pérdida y reaccionarán con temores y rabia.
- Su trabajo y comportamiento en la escuela y en casa se deteriorará.
- La madre y la familia reaccionarán con respuestas sobre-protectoras y/o punitivas.
- La relación madre e hijo puede involucrar hacia la <<inversión de rol>>.

- Se crean espirales viciosas de aumento de la inseguridad y tensión, que tienden a auto-perpetuarse.
- <<Ruptura>> de la función de contención normal de la familia y en la salud mental de uno o más de sus miembros
- Con un alto riesgo de que esos problemas pasen a futuras generaciones.

Existen circunstancias que las investigaciones empíricas apoyan y las cuales suponen factores de riesgo significativos para el duelo y los procesos del duelo más típicos: los que siguen a la muerte de un ser querido. Se mencionarán de manera cronológica (ver Tabla 15).

Tizón (2004), apunta la importancia de hacer un examen particularizado de cada consultante, de cada duelo, de sus circunstancias. Entre otras razones, porque este apartado se basa en las variables que él señala, pero es importante reafirmar que se ha hablado en términos de probabilidades, no de seguridades, y falta saber si el sujeto o la familia que buscan consulta forman parte del porcentaje en el cual el factor de riesgo es determinante, o del porcentaje en el cual no lo es. Por eso, en este campo como en muchos otros de la asistencia, se ha de hacer hincapié en el valor del método clínico, de la <<aproximación centrada en el consultante (en tanto que miembro de la comunidad)>>, (Tizón, 1988, 1995, 2001). Y todo ello, dentro de cada relación asistencial profesional y tomando en cuenta al consultante particular con su propia historia y características.

Tabla 15. Variables generales que suponen factor de riesgo para el duelo por muerte de un allegado

Factores predisponentes. Relación ambivalente o dependiente del sujeto con el muerto. Múltiples duelos previos. ** Trastorno mental previo, especialmente si es depresión. Baja autoestima del sujeto en duelo. Falta de relación y/o confianza en los demás. Ideación o intento suicida previos. Familia ausente o poco capaz de contener y ayudar. Vinculación insegura o dependiente de los padres en la infancia. ** Indefensión aprendida. Fobias por identificación con los progenitores. ** Hijos pequeños en el hogar
Alrededor del momento de la muerte. Muertes A, S, H (<i>accidental, suicide, homicide</i>). Muertes súbitas e inesperadas aunque sea N (natural). ** Muertes múltiples (particularmente en catástrofe). **

Muerte de una persona joven. **

Preparación para la muerte muy inadecuada.

Muerte estigmatizadora (suicidio, sida, etcétera).

Muertes culpables.

Género de la persona en duelo (sobre todo, el viudo anciano).

Haber cuidado a la persona muerta más de seis veces.

Incapacidad de realizar los rituales religiosos.

Después de la muerte.

Soporte social percibido.

Falta de oportunidades para desarrollar nuevos intereses.

Estrés de otras crisis vitales.

* Modificada de Sheldon, 1998; Woof y Carter 1997; Parker, 1998; Bacqué y Hanus, 2000.

** Posibilidad de facilitar un cuadro de trastorno por <<estrés postraumático>>.

CAPÍTULO 4. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA BREVE Y FOCAL DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

La psicoterapia breve, hija de la amarga necesidad práctica
Fenichel (1954)

4.1 Del Psicoanálisis a la Psicoterapia de tiempo limitado

Al remontarse a la historia del psicoanálisis, es preciso nombrar a un venerable antecesor del método: Joseph Breuer. Él era un médico psiquiatra interesado en la clínica, tratando a sus pacientes descubrió de manera natural la importancia de la cura por la palabra y los efectos de la implicación emocional y vivencial en la recuperación de los mismos. A diferencia de Breuer, el padre del psicoanálisis Sigmund Freud, se encontraba más interesado en la investigación que en la clínica. Sus preocupaciones estaban en la generación de teorías que permitieran una nueva visión del mundo psíquico del paciente mental. *“Centró sus intereses en el campo de la explicación de las neurosis, de la psicogénesis del trastorno mental y su preocupación tardó en ocuparse de la técnica, si es que podemos decir que Freud se ocupó por la técnica psicoterapéutica y no sólo por la esencia del método psicoanalítico”* (Ávila, 2011, p.7). Breuer y Freud colaboraron juntos en la clínica y fue en esa época que escribieron, *Sobre la psicoterapia de la histeria* (1895), en donde probaron diferentes métodos (hipnosis, electroterapia, sugestión, asociación de ideas, etc.). En esos primeros años y en contraste con Breuer, Freud probó y abandonó todo aquello que no podía explicar y salía del campo de su comprensión, conocimiento y estrategia.

Aunque para Freud el fin analítico siempre fue prioritario sobre el fin clínico, no por ello dejó de atender demandas clínicas de ocasión y es sabido que en los inicios del psicoanálisis o en la etapa conocida como preanalítica, Freud utilizó curas rápidas, porque no podía prever las elaboraciones que prolongarían el proceso terapéutico psicoanalítico. Pensaba que encontrar a la brevedad posible el origen de la neurosis lo llevaría a la pronta solución del conflicto por medio de la interpretación activa, la cual daría como resultado la anulación de la afección. Algunos autores coinciden en que Freud, en un primer momento del psicoanálisis, aplicó verdaderas psicoterapias breves, en donde los tratamientos eran rápidos, efectivos y él contaba

con una postura activa durante las sesiones (principios, entre otros, que caracterizan la psicoterapia breve psicoanalítica).

Algunos ejemplos de los análisis que Freud realizó con éxito en este período, fueron el caso Catalina o Katharina, una muchacha con trastorno histérico. El tratamiento duró un día mientras Freud se encontraba de vacaciones en la montaña; éste es el primer microtratamiento realizado por Freud, en donde Balint, Ornstein y Balint (1985), encuentran en el analista, los orígenes de este modelo y sostienen que esta fue la primera psicoterapia focal de orientación analítica (Chamorro, 1994). Posteriormente Freud aceptó otras demandas que requerían una intervención puntual e inmediata, como las del director Bruno Walters, el cual sufría una parálisis histérica del brazo derecho y el tratamiento duró seis sesiones; el caso del músico Gustav Mahler, el cual resolvió su impotencia sexual antes de casarse en una sesión única de cuatro horas; el caso Lucy, diagnosticada con histeria de conversión, en donde se trabajaron nueve semanas; el análisis de Dora, que padecía de histeria y estuvo por tres meses en tratamiento; el caso del pequeño Hans, que sufría de una neurosis fóbica, tratada por el padre con las indicaciones de Freud y que perduró dos meses.

En aquella época en donde el psicoanálisis estaba en pleno desarrollo, la duración en el tratamiento no era interrogante que se tomara muy en cuenta; sin embargo, fue en el caso del hombre de los lobos que Freud toma una decisión relacionada con las estrategias focales y de tiempo limitado y por primera vez utiliza una fecha de terminación con el único fin de provocar un efecto positivo para el tratamiento que ayudará a salir del *impasse* terapéutico en el que se encontraba el caso. Más tarde reconsideraría su postura en *Análisis terminable e interminable*, señalando que si bien puede ser eficaz cuando se utiliza oportunamente, esto no garantiza que el tratamiento sea concluyente (Poch & Maestre, 1994).

Al pasar el tiempo, y conforme el psicoanálisis se extendía y se comprendía mejor en el mundo, algunos psicoanalistas expertos enfrentaron en forma relativamente aislada y esporádica, la búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos, aunque derivados de los conceptos psicoanalíticos de formación y desarrollo de la personalidad que produjeron cambios terapéuticos en menor tiempo (Small, 1971/1997). Durante la primera guerra mundial y al término, surgió la necesidad de contar con terapias psicoanalíticas más breves. Esta necesidad tuvo un origen interno y otro externo. El principio interno relacionado con la terapia psicoanalítica prolongada y compleja también llevaba al reconocimiento de nuevos

problemas y obstáculos para la cura analítica; esta prolongación se debía a la “pasividad” del analista; la solución lógica parecía ser acortar el análisis y contrarrestar la “pasividad”. Sandor Ferenczi (1919, 1920, 1925), aceptó el desafío y fue uno de los primeros terapeutas, aparte de Freud, en experimentar con nuevos enfoques para solucionar dichos problemas técnicos y fue así como surgió la llamada “técnica activa” de Ferenczi. El segundo origen estaba relacionado con que había una exigencia social de nuevas formas terapéuticas al alcance de un sector más amplio de la población, y es así como Freud (1919) hizo una revisión del estado de la técnica analítica y se refirió a la “técnica activa” de Ferenczi como un camino posible para la evolución ulterior del psicoanálisis.

Fue en el *Quinto Congreso Psicoanalítico Internacional*, celebrado en Budapest, que Freud previó la posibilidad de que las técnicas psicoanalíticas no pudieran satisfacer la exigencia en materia de salud mental de la población. En el trabajo presentado, *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, expuso lo siguiente: “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, 1919).

En 1925, el analista Ferenczi, y sin darse por vencido para desarrollar una terapia psicoanalítica, breve y sistematizada, publicaba con Otto Rank, otro analista interesado en las técnicas activas y breves: *Desarrollo del psicoanálisis*. En dicha obra propusieron establecer límites de tiempo, focalizar el tratamiento y una postura más activa por parte del terapeuta, para contrarrestar la pasividad del paciente. Ferenczi, subrayó la importancia de la franqueza, la empatía y la colaboración en la relación entre paciente y terapeuta; y Rank señaló la activación de la separación proponiendo una fecha de terminación como una forma de trabajo

habitual; cabe puntualizar que la aportación que hizo Rank (1960/1929) a partir de su *Teoría del trauma del nacimiento* fue muy significativa en la psicoterapia breve psicoanalítica, debido a que resaltó la importancia de trabajar la separación entre el paciente y el terapeuta, sobre todo al final del tratamiento. Dicha aportación se convirtió en uno de los focos importantes de trabajo, junto con los componentes mencionados, del límite del tiempo, el papel activo del terapeuta y la focalización.

Tanto Ferenczi como Rank, presentaron ideas de importancia para lo que posteriormente resultaría ser la terapia breve y focal. La terapia como re-experiencia de los conflictos en la relación terapéutica. Pensaban que una vez que los conflictos pasados se repetían en la transferencia y se les comprendía de forma completa, e incluso sin relacionarlos con los hechos genéticos, era posible que el analista fijara una fecha de terminación para el tratamiento. “*Por una serie de motivos, los experimentos de Ferenczi encontraron gran oposición; pronto reconoció su ineficacia (1925). El fracaso de estos experimentos, sumado a la fuerte reacción negativa de Freud después de haberlo apoyado al comienzo, impidió algún tiempo que otros psicoanalistas desarrollaran modalidades de psicoterapia breve*” (Balint, Ornstein & Balint, 1985, p. 18). Hasta que en 1932, en la obra *Diario clínico*, Ferenczi recoge sus puntos de vista sobre cómo entendía los fines y métodos de la psicoterapia psicoanalítica. En dicha obra despliega la idea de la importancia de reconocer la mutualidad de experiencia que tiene lugar en el tratamiento y del compromiso recíproco entre el paciente y el terapeuta. No se trata del análisis mutuo que Ferenczi ensayó y posteriormente descartó.

También existieron otras figuras que trabajaron con modalidades breves, en especial al término de la segunda guerra mundial. Por un lado, se encuentran los trabajos realizados por Kardiner (1941), que entre otros investigadores realizó intervenciones rápidas a los soldados que presentaban neurosis de guerra o traumáticas. Por otro lado, se encuentran las investigaciones de Lindemann (1944), las cuales tuvieron origen con el incendio de la discoteca *Coconut Grove*, en Boston, donde murieron 492 personas. Fue la primera vez que se realizó intervención en una catástrofe y los sobrevivientes y las familias de las víctimas fueron atendidos con técnicas incisivas y focales, dando como resultado el cuerpo teórico de la terapia breve intensiva y de urgencia; el informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtió en piedra angular para las subsecuentes teorías sobre el proceso del duelo. Leopoldo Bellak (1989), hizo las primeras formulaciones de la psicoterapia breve y de emergencia (BEP), las cuales se ponen en práctica en las sala de urgencias de conocido

hospital en Nueva York. A Bellak se le nombra el padre formal de los procedimientos de psicoterapia breve y focal, sus conceptos siguen vigentes y remiten al núcleo de la psicoterapia focal moderna.

Sin embargo, el renovado y retomado interés de contar con modalidades de terapia breve y focal dio origen a nuevos esfuerzos por seguir desarrollando técnicas breves de orientación analítica y surgieron dos líneas de trabajo inspiradas en los trabajos de Ferenczi y Rank; por un lado la derivación americana y por otro la derivación europea, las cuales serán desarrolladas:

En América, Alexander y French, del Chicago Institute for Psychoanalysis, distinguieron cinco periodos en la evolución de la técnica psicoanalítica: la hipnosis catártica, la sugestión en estado de vigilia, la asociación libre, la neurosis transferencial, y la reeducación emocional. Con este último concepto volvieron a hacer hincapié en la importancia fundamental de la experiencia emocional en el análisis y en la necesidad de una integración intelectual; es decir, de la elaboración, que según ellos, Ferenczi y Rank habían descuidado. En 1946, escribieron la obra, *Terapia psicoanalítica: Modificaciones técnicas*, en donde colocaron la “experiencia emocional correctiva” en el eje terapéutico de toda clase de psicoterapia, entendiéndola como el resultado de la diferencia entre la respuesta original de los padres y la del analista durante el tratamiento.

Según Alexander (1956), éste era el factor terapéutico clave en el procedimiento estándar, implícito en las formulaciones de Freud pero él solamente lo desarrolló y le puso un nombre. Fue así como se salieron del psicoanálisis para entrar en la psicoterapia psicoanalítica, introduciendo dos principios que modificaron la técnica psicoanalítica: la flexibilidad, y la experiencia emocional correctiva. Este último concepto criticado por favorecer la manipulación de la transferencia sugiriendo que los terapeutas proporcionarán una respuesta diametralmente opuesta a la que el paciente espera; por ejemplo, si el paciente había sido criado por una madre intrusiva, entonces el terapeuta debería mantener cierta distancia (Levenson, 1997). Por tanto, de esta psicoterapia psicoanalítica derivará luego la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, impuesta por la necesidad de una realidad socio-política-económica (Braier, 1981). French (1958, 1970), en un esfuerzo por desarrollar un método sistemático y sencillo, introdujo el concepto de “conflicto nuclear o conflicto focal” entendiendo que los impulsos se condensan en un único conflicto y luego se descargan en las

verbalizaciones y producciones del paciente (Whitman & Stock, 1958). Para French el conflicto focal es preconscious, el más cercano a la “superficie” en un momento dado y explica la mayor parte del material clínico de una sesión terapéutica determinada; es posible que estos conflictos nucleares se originen durante periodos cruciales del desarrollo al comienzo de la vida, permanecen en su mayoría resueltos, latentes o reprimidos; uno se activa (o ha permanecido activo) y constantemente parece estar subyacente a la conducta con el aspecto de conflictos focales, que se pueden identificar como variaciones de un mismo tema (Ornstein & Kalthoff, 1967). De este modo la técnica terapéutica de French involucra un constante esfuerzo por interpretar los conflictos focales, al tiempo que permite el surgimiento de otros derivados patógenos a medida que la terapia progresa. Si bien existe similitud entre el término “focal” de French y Balint, es preciso señalar que tanto el nombre como la teoría y la técnica son hallazgos independientes, y que se desarrollaran.

En Europa, el matrimonio Balint, M. Balint, discípulo de Ferenczi, y E. Balint transmitieron las ideas en la Clínica de Tavistock de Londres. En 1955 crearon el Taller de Psicoterapia Focal, en el seno del cual se desarrolló la idea y la metodología de lo que se denominó, terapia focal. Balint (1985), sabía que con esta modalidad de psicoterapia, tanto el paciente como el analista habrían de correr riesgos a considerar por la brevedad del tratamiento; sin embargo, había ciertas cuestiones no negociables dentro de estos riesgos, como el hecho de que los resultados de esta terapia debían ser similares a los de un tratamiento psicoanalítico y tenían que tener un grado de estabilidad. Con todo ello, Balint estaba dispuesto a correr los peligros de que hubiera menos gente indicada para esta terapia, que existieran mayores posibilidades de fracaso y estaba dispuesto a modificar hasta cierto punto algunas de las técnicas tradicionales del psicoanálisis.

Durante varios años trabajaron con un equipo integrado por profesionales con formación analítica, pero fue en 1961 que el taller se dio por terminado por diversos y complejos motivos, entre ellos, tener que convencer a aquellos analistas que se encontraban apegados al pensamiento psicoanalítico tradicional. *“Sin lugar a dudas, era muy difícil darse cuenta de que las nuevas técnicas y esta nueva manera de pensar no ponía en peligro ni la teoría ni la práctica psicoanalítica básica, sino que en realidad, se complementaban y no se oponían”* (Balint, Ornstein, & Balint, 1985, p. 24).

El taller creado por M. Balint, reconoció de manera paulatina, que no todo paciente era apto para la terapia focal y que los criterios de selección que habían planteado en un principio a partir de ideas preconcebidas parecía idealista (Balint, Ornstein, & Balint, 1985). Es por ello, que las contribuciones que realizó Malan (1963) sobre los preceptos de selección, fueron relevantes. Malan encontró criterios más confiables y luego examinó estadísticamente la validez de los mismos, los cuales fueron publicados en una de sus tantas obras *Psicoterapia Breve*. El énfasis en la selección de los pacientes adecuados y la delimitación del concepto de foco convertido en un elemento común a todas las modalidades de psicoterapia breve psicoanalítica, fueron aportaciones fundamentales que Malan realizó para el desarrollo de esta modalidad de terapia y conjuntamente con el matrimonio Balint las promovieron.

Se mencionó ya la posibilidad de considerar que las psicoterapias que Freud practicaba en la primera mitad de la década de 1890 eran no sólo terapias breves y de objetivos limitados sino también focalizadas, en el sentido de la técnica misma. Es por ello que el modelo terapéutico propuesto por Breuer y Freud (1895), constituyó un precedente insoslayable en la actual terapia focal psicoanalítica. Existe un estudio comparativo de ambos procedimientos (Braier, 1981), en donde se sostiene que el modelo freudiano de 1895, es la matriz de la actual técnica focal psicoanalítica y se deduce que las semejanzas son numerosas e innegables. Braier, resalta la posibilidad de pensar que a partir del conocimiento del modelo freudiano y con éste como telón de fondo, Balint y Malan crearan bajo aquella tácita influencia, la moderna técnica focal. Aunque demostraría una vez más que no hay nada nuevo bajo el sol, no le restaría tampoco mérito a las contribuciones tanto de uno como de otro (Braier, 1981). Malan ahondó mayormente en los detalles de una técnica posible (1963, 1976, 1983), por lo que, como señala Knobel (1987), es a este investigador al que se le puede considerar el padre de la psicoterapia focal. Después de él, múltiples autores han señalado la conveniencia de focalizar (Braier, 1981).

Posteriormente de que Freud (1910a, 1919) subrayara la necesidad de que la terapia psicoanalítica desarrollara nuevas formas de aplicación y auguraba el carácter de servicio social que adoptarían las mismas, Fenichel (1954), cuatro décadas más tarde, afirmaría con contundencia que “la psicoterapia breve era hija de la amarga necesidad práctica”, es decir, del aumento de la demanda de psicoterapia por estratos más amplios de la población. A partir de esos momentos y hasta ahora, a consecuencia de las condiciones sociales y de la

manifestación de los servicios de salud, la presión de la demanda se ha convertido en urgencia para desarrollar nuevos sistemas de tratamiento cada vez más breves (Poch & Maestre, 1994).

En la época de los 60's, y los 70's, se da la crítica antipsiquiátrica con David Cooper quien escribió *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, en 1967. Bajo ese nombre se agrupó un movimiento muy heterogéneo de autores, los cuales cuestionaban las prácticas psiquiátricas tradicionales y querían terminar con la noción de enfermedad mental, la cual pensaban que era un producto del sistema social. El análisis que realizó Foucault (1961/1976), de la evolución del concepto de locura a lo largo de la historia y de las relaciones entre este concepto y el pensamiento de cada época, ayudó a la construcción de las teorías antipsiquiátricas. Igualmente la sensación mundial de que la sociedad capitalista se desmoronaba por sí misma era el fundamento para esta revolución en la psiquiatría.

Es en esta época que surgen varios movimientos que intentan cuestionar el compromiso social del psicoanálisis y se cuestionaba que su uso servía solamente para ciertas élites económicas. Dichos cuestionamientos hacen que muchos profesionales abandonen los paradigmas clásicos y busquen otras opciones. A la par se promovió el desarrollo de las políticas de salud mental comunitaria, que a partir de los años 60 promovió que se desarrollaran técnicas aplicables para los nuevos centros de atención pública y comunitaria que se estaban creando. En 1978, se lleva a cabo la conferencia de atención primaria de salud, en donde se expresa la necesidad de acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. Se destinó mucho dinero público a los programas sociales, e igualmente converge con esta tendencia y ya desde los 70, la sensibilización de incorporar a la psicoterapia los resultados de la investigación, revisando los planteamientos psicoterapéuticos en función de los hallazgos que las investigaciones aportan (Ávila, 2011). Por último, en la década de los 80, existe un aumento en el rigor metodológico tanto a la evaluación de la efectividad de los tratamientos como respecto a la concreción de la variable tratamiento a partir de la estandarización en manuales de tratamiento, en donde surgen autores como Lester Luborsky (1984), de la Universidad de Pensilvania, con la “psicoterapia expresiva de apoyo” o Jeffrey Binder y Hans Strupp (1984), de la Universidad Vanderbilt con su “psicoterapia psicodinámica breve” (PDTL; Strupp & Binder, 1984).

4.2 Psicoterapia Focal

En este apartado de esta investigación se usa un método psicoterapéutico de orientación psicoanalítica: La psicoterapia focal. Inicialmente se menciona el origen de esta psicoterapia y a continuación se profundizará en la metodología. Como se ha mencionado, el Taller de Psicoterapia Focal estuvo integrado por varios profesionales (psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos) que se reunían periódicamente. A partir de allí se fueron elaborando formularios de la entrevista inicial y un esquema para informe sobre cada sesión. Se interesaban menos por la psicopatología específica del paciente y más por el aspecto de interacción con el terapeuta y las relaciones objetales en la fantasía y la reconstrucción del pasado. Incluyeron datos para poder estudiar las intervenciones verbales y las no verbales en función “del objetivo focal”. En el formulario de la entrevista inicial se contenían los datos para que los integrantes del equipo pudieran discutirlos y ver por un lado, si se podía ayudar al paciente con una terapia breve, y por el otro, qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Posteriormente y durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un “informe de sesión”. Luego del alta, los informes de seguimiento tenían el mismo encabezamiento que los informes de sesión (Balint, Ornstein, & Balint, 1985).

Los fines de la terapia focal consisten generalmente en lograr una mejoría en lo que atañe a determinados síntomas del paciente, sobre todo mediante el abordaje de conflictos subyacentes a los mismos. No se suele contemplar, como por el contrario sucede con el tratamiento psicoanalítico, la posibilidad de curación de la enfermedad «de base», en cambio sí [además de la mejoría sintomática] modificaciones conductuales y la recuperación en el paciente de su capacidad de desenvolvimiento. Es una psicoterapia de objetivos limitados (Braier, 1981).

4.2.1.1 Criterios de selección

Los criterios de selección, son quizá el tema más controvertido en psicoterapia dinámica breve, y Levenson (2007) apunta que el origen de este debate se le puede atribuir a Freud cuando sugirió que el tratamiento podía acortarse con los pacientes más sanos (1904) y es a partir de esta idea que los primeros terapeutas que hicieron uso de la terapia breve (Davanloo, Malan, Mann, Sifneos) desarrollaran criterios de selección contundentes para identificar a

aquellos pacientes que dispusieran del supuesto potencial para beneficiarse de los tratamientos más breves, que son aquellos con:

- 1.- Los más altos niveles de fuerza del ego.
- 2.- Motivación.
- 3.- Relación objetal.

Con respecto a la psicoterapia focal, fue Malan (1963) quien describió criterios más confiables y examinó estadísticamente la validez de los mismos. Concluyendo que sólo dos tenían una correlación aceptable con el éxito del desenlace y eran: a) una fuerte motivación para acudir a la terapia y para el *insight*, y b) aumento de motivación después de una interpretación. Teniendo en cuenta los criterios cuya validez, no podían examinarse estadísticamente, debido a que estaban presentes en todos los pacientes estudiados, describió los siguientes cuatro criterios (Malan, 1963):

- 1.- La buena disposición y capacidad del paciente para analizar sentimientos.
- 2.- La capacidad del paciente para trabajar en una relación terapéutica basada en la interpretación.
- 3.- La capacidad del terapeuta para ver que entiende el problema del paciente de modo dinámico.
- 4.- La capacidad del terapeuta para formular algún tipo limitado de plan terapéutico.

Balint igualmente describe los factores importantes en la selección del paciente para terapia focal, sin pruebas estadísticas para su validez, los cuales se superponen en gran medida con las ideas de Malan pero no son idénticas (M. Balint, 1985):

- 1.- El paciente debe dar la impresión de tener capacidad para desarrollar en su debido momento una colaboración terapéutica viable con ese terapeuta en particular; es decir, se debe estar en condiciones de predecir una buena alianza terapéutica.

2.- Este factor puede llamarse motivación. El terapeuta debe tener la señal clara de que todavía existe un conflicto suficiente en el paciente entre su enfermedad y el resto de su personalidad; es decir, que la enfermedad es aún egodistónica: no ha sido aceptada ni incorporada por el yo.

3.- El paciente parece capaz de aceptar interpretaciones “de prueba”, con las cuales hacer alguna elaboración constructiva. Este trabajo no alcanza a aceptar necesariamente las interpretaciones como válidas y el paciente puede rechazarlas después de probarlas en alguna forma constructiva. Con el fin de verificar la capacidad del paciente, el terapeuta, durante el periodo de diagnóstico, elige interpretaciones que causan algún aumento significativo de la tensión.

4.- Los informes del psiquiatra (terapeuta) y del psicólogo deben confirmarse el uno al otro, o si no, entenderse conjuntamente; si esto no sucede es un signo negativo, ya que este factor checa la capacidad del paciente para entablar relaciones significativas con dos personas diferentes en dos encuadres distintos.

5.- Debe encontrarse un foco no más allá de la tercera o cuarta sesión. La razón de esta exigencia es similar a la anterior; es decir, que el paciente pueda ser comprendido de manera suficientemente profunda y confiable por parte del terapeuta.

4.2.1.2 El foco a encontrar

La terapia focal mantiene la línea de continuidad con el psicoanálisis debido a que todas las actividades del terapeuta están restringidas a intervenciones interpretativas. La actividad del terapeuta consiste en: a) *encontrar el foco apropiado de entre los que ofrece el paciente*; y b) *aproximarse de modo constante y coherente al problema focal con la sola actividad interpretativa*. El foco elegido ayuda al terapeuta para su actitud de “atención selectiva” y “olvido selectivo”. Lo que no se relaciona concisamente con este foco queda sin interpretar (Balint, Ornstein, & Balint, 1985). Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente).

Ya Balint (1985) hace hincapié en la concepción diádica de este proceso al agregar al concepto de foco la dimensión técnica. Concibe que si bien éste tiene una existencia independiente, ya que es el paciente el que ha configurado en sí y por sí mismo su propia sintomatología, la configuración del foco “cristalización” (Malan, 1963), es consecuencia de la interacción de paciente y terapeuta, producto de dicha actividad. Y destaca, como ya se ha mencionado, como instrumento técnico principal en su resolución a la interpretación. El foco así construido, tiene en su estructuración la conformación de una interpretación. La configuración del foco, en su expresión concreta, formulación, debe ser específico, nada ambiguo y partir del terapeuta. Lo que se acota es la temática, no el tipo de intervenciones técnicas. Se lo define como el área particular de los problemas del paciente que mejor expresa sus dificultades actuales, su habitual organización defensiva, sus síntomas. Contiene algunos de los aspectos esenciales del racimo de conflictos del paciente. Así identificado, está localizado centralmente, conlleva un sentido de convicción que ayuda al paciente a reconocer cómo sus dificultades actuales se relacionan con el resto de la personalidad y es egodistónico.

Una vez delimitado el foco, se abren dos caminos: Ayudar al paciente a reconstruir su anterior modalidad de comportamiento. Utilizar el foco para reexaminar sus habituales maneras de comportarse, ya que son las responsables de su patología actual. La indicación de psicoterapia focal requiere:

a) Del paciente:

- Que el foco elegido sea egodistónico, para posibilitar el interés en el trabajo.
- Capacidad de frustración, para dejar de lado otros focos temáticos.
- Capacidad de *insight*, para poder comprender las interpretaciones.
- Ausencia de alteraciones del juicio de realidad.

b) Del terapeuta:

- Capacidad de observación sensible, ya que en muchos ámbitos de nuestro medio los psicoanalistas han dejado de tener como meta al ser humano que sufre y su éxito y su fracaso se estiman, sobre todo, por los instrumentos que emplean.
- Buen conocimiento de la teoría psicoanalítica.
- No forzar explicaciones psicopatológicas. En relación con la patología del paciente, a mayor especificidad del trastorno, menor cantidad de conflictos nucleares.

4.2.1.3 Aspectos técnicos

Como se sabe, en la técnica focal la comunicación entre paciente y terapeuta se orienta, desde una atención y descarte selectivos del material por parte de este último, hacia todo lo concerniente a las perturbaciones que corresponden al foco terapéutico. En la terapia focal las intervenciones verbales del terapeuta (interpretaciones, preguntas, señalamientos, etc.), son focalizadas (Malan, 1963). Se procura alcanzar las metas a través del *insight* del paciente, conseguido sobre todo por medio de las interpretaciones del terapeuta.

La terapia focal suele ser de las llamadas breves, con una duración de semanas o meses, los necesarios para el logro de las metas terapéuticas. Y existe una diferencia en cuanto a la posición del paciente, ya que pasa de estar acostado como en el método catártico a estar sentado frente al terapeuta.

4.2.1.4 La teoría del seguimiento

En la etapa del seguimiento el objetivo de la terapia era limitado. No hubo un criterio de curación sino sólo una evaluación respecto de si la terapia había logrado lo que se proponía y en qué medida.

4.2.1.5 Áreas a desarrollar en la psicoterapia focal

Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco. Dado que el foco elegido (con toda la flexibilidad que se desee para cambiarlo cuando sea necesario) determina de modo significativo el curso del tratamiento, el proceso de esta elección junto con la selección de pacientes para este tipo de tratamiento necesita ser comprendida mejor. Los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, esto es importante porque la “atmósfera” creada en el marco del tratamiento (con contribuciones de ambos participantes) permitirá y perfeccionará, o bloqueará el trabajo en el área elegida. Las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia necesitan un cuidadoso estudio bien documentado y articulado para que los actuales complejos estudios de desenlace y seguimiento, puedan aplicarse a los tratamientos con técnicas más rigurosas. El estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso

de formularios y sus posibles modificaciones, y aun utilizar grabaciones y formularios de manera independiente pero simultánea con el fin de estar disponibles para la investigación y enseñanza (Balint, Ornstein, & Balint, 1985).

Por último, se sabe que la técnica focal es una de las terapias de base psicoanalítica que mayor interés ha despertado, dadas sus posibilidades de aplicación, en especial ante perturbaciones que requieren acotación estratégica para su abordaje terapéutico, es por esto y lo antes mencionado, que la psicoterapia focal es adecuada para hacer frente no solo a los retos sociales, sino también a las exigencias de la investigación.

4.3 Modalidades en psicoterapia dinámica breve: Técnicas

En el apartado anterior se ha hecho un recorrido histórico sobre la evolución de la psicoterapia breve psicoanalítica, en donde indiscutiblemente el psicoanálisis es la base del surgimiento de nuevas técnicas de psicoterapia. Como ya se sabe, *“el psicoanálisis se distingue de otras formas de psicoterapia por sus características definitorias: larga duración, elevado número de sesiones semanales, rol del terapeuta, elevados recursos económicos que exige el tratamiento al paciente, el método de la asociación libre, etcétera”* (Poch & Ávila, 1998, p. 20). Es por ello que emana la necesidad de acortar la duración del psicoanálisis y así llegar a una población más extensa, dando como resultado el surgimiento de la psicoterapia breve, caracterizada por el límite temporal, el papel activo del terapeuta y la focalización (Ferenczi & Rank, 1923).

La siguiente ola de interés en las psicoterapias breves activas aparece a través de modelos específicos como los de: Sifneos, Malan, Davanloo y Mann. Investigadores que, al ser de los pocos que muestran sus métodos y resultados a través de *videotapes* y experimentos, han conseguido abundante número de seguidores y han estimulado proyectos de investigación adecuados (Trujillo, 1998) y tienen el mérito de que la psicoterapia breve psicoanalítica sea considerada como una verdadera opción de tratamiento (Poch & Maestre, 1994).

Aunque como ya se ha mencionado existen diferentes escuelas sobre psicoterapia breve y psicoterapia focal, todas comparten características en común y puntos de inflexión que en este apartado serán señalados. Antes de continuar es preciso aclarar algunos conceptos sobre este tipo de psicoterapia, ya que el uso de los términos breve y focal muchas veces se presta a

confusión. Ávila (2011) refiere que psicoterapia breve y psicoterapia focal son definiciones que remiten a problemáticas y cuestiones que son esencialmente diferentes. No propone una taxonomía exclusivista pero intenta desgranar lo esencial de los conceptos, recuperando la esencia de este ámbito estratégico en torno a “breve”, tiempos y objetivos limitados y “focal”, “técnicas activas”. Es así como se puede hablar de una psicoterapia breve, de tiempo y objetivo limitado y en consecuencia focal.

A continuación se desarrollarán los cuatro ejes de lo que compete a la psicoterapia breve y focal y en el apartado siguiente se retomarán algunos ampliamente. Inicia con lo que se entiende por límite temporal; aquí se modifica el tiempo; es decir, la brevedad o limitación en el tiempo está incluida entre los mismos ejes de método, y forma parte de los objetivos. Será una terapia breve porque lo exige el contexto pero también se usará el tiempo como un operador (Ávila, 2011).

Como consecuencia de la brevedad temporal, la focalización será elegida como estrategia, y será necesario enfocar determinados aspectos de la problemática del paciente. En este sentido, se considera que la focalización es una operación consistente en reducir teórica y técnicamente los problemas planteados para hacerlos asequibles al tratamiento. Esto no es exclusivo de la psicoterapia breve psicoanalítica, sino que será igualmente necesario en la psicoterapia sin límite de tiempo y, en último extremo en un análisis, en donde el trabajo, por momentos, deberá centrarse en determinados aspectos o temas del paciente. Si bien se acepta unánimemente que la utilidad del foco estriba en establecer sin ambigüedad el objetivo de la psicoterapia, las definiciones que se han elaborado son diversas; una de ellas es la de Malan (1963), quien considera que el foco es el objetivo del tratamiento y debería formularse en términos de que interpretación se consideraría fundamental para promover cambio. Para otras definiciones, revisar a Poch y Maestre (1994).

Un foco importante es el foco del final de la terapia, el cual despierta ansiedad en el paciente. Algunos autores lo plantean como un foco universal ya que se presenta tanto en la terapia breve y focal, como en la psicoterapia psicoanalítica y aun en el psicoanálisis. Es importante trabajar el duelo por la pérdida de la relación terapéutica y, como señala Pérez-Sánchez (1996), es fundamental en el tratamiento planificar una serie de seguimientos que desde un punto de vista clínico facilite el final, ayudando a elaborar algún aspecto no resuelto y que aconsejen otra indicación en el tratamiento.

En cuanto al papel activo del terapeuta, es importante destacar el concepto de actividad, ya que tanto paciente como terapeuta serán activos en trabajar con experiencias que incluyan un fuerte impacto. Es de importancia trabajar de forma más incisiva y activa que la habitual, ya sea por la urgencia de la demanda pero también por las limitaciones del tiempo y los recursos. Es por ello que este tipo de estrategia no podrá ser utilizado con cualquier paciente y en cualquier situación clínica o estructural, por lo que es de importancia la selección de los pacientes (Ávila, 2011).

Existen autores que remarcan la necesidad de evaluar cuidadosamente las indicaciones y contraindicaciones, antes de embarcarse en una psicoterapia breve; sin embargo, existe poca investigación persistente, pero cada modalidad tiene sus especificaciones con respecto a los criterios de selección (Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001). Una investigación realizada con 52 pacientes con pérdidas, encontró que los pacientes que se favorecían con la psicoterapia breve eran los que contaban con una gran fortaleza del ego (Horowitz et al., 1984). Sin embargo, en torno al tema de las indicaciones se pueden identificar dos posturas (Braier, 1981; Crits-Christoph & Barber, 1991): a) sólo es aplicable a un grupo reducido de pacientes; b) es aplicable a un rango amplio de patologías y todo paciente puede beneficiarse de esta modalidad.

Aunque existe gran diversidad de criterios de indicación, a continuación serán señalados en función de dos tipos de criterios propuestos por Malan (1963), con respecto a la selección de pacientes:

1) Criterios estáticos: se refieren a las características del paciente que formarían parte de su estructura de personalidad (la patología, la evidencia de al menos una buena relación en el pasado, el nivel de desarrollo de las funciones yoicas, la fuerza del yo).

2) Criterios dinámicos: se refieren a las características personales del paciente que se ponen de manifiesto en la relación con el terapeuta (la alta motivación para el cambio, la alianza terapéutica, la capacidad para delimitar un foco, la capacidad para establecer una comunicación inconsciente y la capacidad de *insight*).

En función a las contraindicaciones, se puede decir que un paciente está contraindicado cuanto menos se ajusta a la mayoría de los criterios antes referidos. En cuanto a las contraindicaciones para la psicoterapia breve, Malan (1963,1976), indicó lo siguiente:

- a) adicciones crónicas,
- b) serios intentos de suicidio,
- c) fobia incapacitante o síntomas obsesivos, y
- d) evidencia de autodestrucción y comportamientos actuadores.

Davanloo (1979, 1992), por su parte, ha ampliado las indicaciones de la psicoterapia dinámica breve, señalando que ello no depende del tipo de trastorno que el sujeto arrastre, sino de la forma de desenvolverse en la entrevista de evaluación inicial, donde han de llevarse a cabo fuertes confrontaciones de las resistencias en situaciones conflictivas. Aunque se han mencionado algunas de las contraindicaciones es preciso señalar lo que Budman y Gurman (1988), apuntaron: *“muchos pacientes que superficialmente parecen ser candidatos poco aptos para la terapia breve, pueden obtener muchos beneficios de un tratamiento breve con una combinación apropiada paciente-terapeuta o con la correcta modalidad breve”* (p. 24-25). Para más información sobre criterios de selección y exclusión, se puede consultar a Crits-Christoph y Barber (1991).

Otro de los conceptos fundamentales a desarrollar es el de la transferencia, para el que no existe un consenso sobre los límites de dicho fenómeno clínico. Los fenómenos transferenciales ocupan un punto de referencia indiscutible en las psicoterapias breves psicoanalíticas, por lo que será preciso captar y comprender lo más ampliamente posible lo que de transferencial exista entre terapeuta y paciente. Aunque la transferencia ocupa un lugar muy influyente en la dinámica de cambio, esto no significa que debe ser interpretada sistemáticamente. Poch, Notó y Trepát (1992), consideran que sería un error tomar como objetivo de tratamiento de una psicoterapia breve psicoanalítica, la interpretación sistemática de la transferencia y señalan que es posible hacer interpretaciones basadas en la comprensión del fenómeno transferencial que no haga referencia directa a la misma (Malan, 1963). Esta perspectiva no es compartida por todos los autores, ya que Davanloo (1980) resalta la importancia de la interpretación temprana e intensiva de la transferencia y la extensión del vínculo transferencial a otras relaciones significativas del paciente.

En cuanto a las técnicas, existen modificaciones. Aunque se basa en conceptos psicoanalíticas fundamentales (experiencias de la niñez y el desarrollo, determinantes inconscientes de la conducta, la transferencia, las resistencias, la repetición, etc.), es fundamental evitar la regresión y la dependencia del paciente. En su lugar el terapeuta que aplica terapias breves, subraya los puntos fuertes del paciente y mantiene el proceso terapéutico más cercano a la realidad. Otra modificación es la relativa falta de interés en recopilar el material genético con la única finalidad de elaborar un historial completo y más bien, el terapeuta se concentra más en la relación del *aquí y ahora* que está sucediendo entre ellos y se muestra más disposición por efectuar intervenciones basadas en información incompleta (Levenson, 1997). Con respecto a las técnicas propuestas por estos investigadores (Sifneos, Malan & Davanloo), para tratar problemas neuróticos se pueden representar espacialmente en forma de espectro, (ver Tabla 16). A un lado del espectro se sitúa a Sifneos (1987), con su psicoterapia breve provocadora de ansiedad; en la zona media se ubica a Malan (1976), y en la zona más intensa está Davanloo, con su psicoterapia breve dinámica intensiva (1980). La representación conceptual de este espectro facilita la clasificación de pacientes susceptibles de ser tratados con estas técnicas, en términos de menor a mayor dificultad, y hace posible también la gradación, en términos de relativa intensidad y complejidad, de las técnicas que deben aplicarse.

Tabla 16. Espectro en las psicoterapias dinámicas de tiempo limitado

Autores	Sifneos	Malan	Davanloo
Psicoterapias	Terapia breve con provocación de angustia (STAPP)	Terapia breve dinámica (BDP)	Terapia breve dinámica intensiva (BFSTDP)
Sesiones	6-20	20-30	30-40
Diagnósticos	-Trastornos de ansiedad. -Distimia.	-Trastornos de ansiedad. -Distimia. -Depresión mayor.	-Trastornos de ansiedad. -Depresión mayor. -Duelo patológico. -Caracteriopatías.
Patología nuclear	-Foco edípico. -Foco de pérdida.	-Foco edípico. -Foco de pérdida.	Focos múltiples: - Edípico. - De pérdidas. - Duelo patológico crónico.
Ingredientes técnicos	-Aumento de actividad.	-Aumento de actividad.	-Aumento de actividad.

-Diseño del foco terapéutico. -Clarificación/ Interpretación de impulsos/ sentimientos.	-Diseño del foco terapéutico. -Clarificación/ Interpretación de impulsos/ sentimientos. -Interpretación de transferencia.	-Focos terapéuticos. -Confrontación/reto de defensa. -Interpretación precoz de transferencia. -Interpretación de impulsos/ sentimientos.
--	---	--

Basada en Trujillo (1998)

A continuación se desarrollarán cada una de las posturas señaladas en la Tabla 16:

a) Peter Sifneos (1972), del Massachusets General Hospital, en Boston, E.U.A., constituyó una forma de psicoterapia breve; en sus primeros momentos intentaba en psicoterapia reducir el nivel de ansiedad en los pacientes y lo nombró psicoterapia de superación de ansiedad, pero posteriormente propuso un modelo opuesto, convirtiendo la ansiedad en el motor del tratamiento y estructuró una forma de psicoterapia breve que denominó psicoterapia breve con provocación de angustia (S. T. A. P. P., por siglas en inglés).

El número de sesiones oscila entre 6 y 20, que se determinan en las primeras entrevistas, la longitud en las sesiones varía según el grado de capacidad del paciente para resolver con ayuda del terapeuta los conflictos emocionales que están en la base de un foco o problema especificado, y en función de la capacidad de completar su desarrollo edípico con base en la presión ejercida por la mayor actividad del terapeuta y por el mantenimiento del foco terapéutico, evitando regresiones que no son necesarias para el éxito terapéutico. Estos pacientes suelen sufrir trastornos de ansiedad y/o distimia moderada, y no suelen tener grandes dificultades interpersonales o caracterológicas. Según Sifneos, la patología de base consiste en trastornos edípicos relativamente no complicados. Sus problemas existenciales derivan de la no resolución de la situación edípica, con persistencia de rivalidad competitiva con el objeto parental del mismo sexo y/o dificultades en la separación del objeto parental del sexo opuesto. Este foco patógeno suele no estar excesivamente complicado por problemas pregenitales ni caracteriales.

El papel del terapeuta se ha descrito como el de un maestro que puede ver a través de las resistencias del paciente. Utilizando criterios de selección muy estrictos que permiten determinar si el paciente es apto para esta modalidad de psicoterapia, en donde el terapeuta se

mantiene dentro del foco designado y convenido, lo cual intensifica la angustia del paciente y provoca su resistencia. Los focos más adecuados para este tipo de terapia son los casos de pérdida y separación, las reacciones de pena y los problemas edípicos no resueltos. El terapeuta confía en la motivación del paciente para cambiar, pese a las emociones desagradables que experimentará, pues éste comprenderá que le es preciso afrontar su angustia en beneficio de su recuperación. (Sifneos, 1992).

b) David Malan (1963/1976), discípulo de M. Balint, y su taller de psicoterapia focal, de la clínica Tavistock, en Inglaterra, es el exponente principal de una línea de trabajo conocida como el modelo Tavistock, el cual recoge la tradición de la escuela Húngara de Ferenczi. En esta época se le da mucha importancia a respetar la teoría y la técnica clásica, la cual estaba influida por las ideas de M. Klein, lo cual conlleva a que este modelo sea una psicoterapia psicoanalítica focal y breve, con el uso de algunas modificaciones teóricas y pocas técnicas (Ávila, 2011).

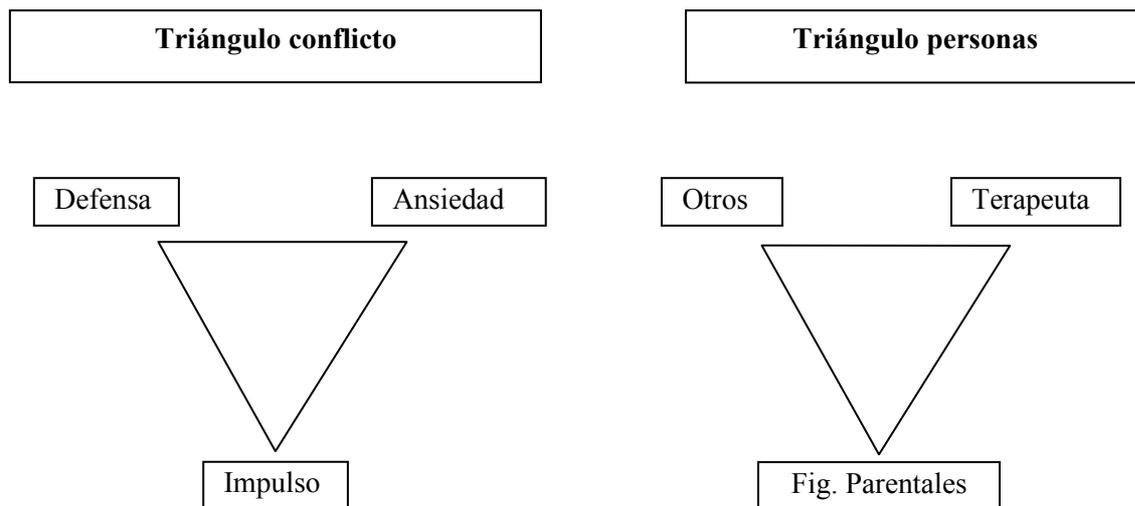
En esta psicoterapia se trabaja con dos o tres entrevistas diagnósticas, cuya finalidad es como su nombre lo indica, diagnosticar y poner a “prueba” al paciente para ver si es capaz de trabajar en un contexto de intervención focal y limitado en el tiempo. El número de las sesiones no está prefijado, pero sí está fijada la finalización mediante una fecha o límite, y el máximo de sesiones es de 30. El foco será específico, lo escogerá el terapeuta en la terapia de prueba y junto a ese foco específico habrá uno latente, que es el de la finalización a través del trabajo elaborativo de la ansiedad de separación. Malan propone trabajar con dos focos: el foco del conflicto y el foco de la terminación, los cuales están articulados a través de la interpretación que el terapeuta usa como herramienta principal de su estrategia. En cuanto a los criterios de selección, estos han sido bastante estrictos, excluyendo patologías graves de carácter y exceptuando así todos los trastornos graves de la personalidad; por el contrario, los pacientes que se benefician de esta terapia han respondido con trabajo y elaboración a la interpretación de prueba lo que permite la movilización emocional para logros en la acción y en el *insight* (Ávila, 2011).

Los pacientes tratados y descritos por él también sufren de un problema edípico, pero sufren, además, de uno o varios focos de pérdida objetal, con secuelas no resueltas o elaboradas. Muchos de estos enfermos sufren de trastornos de ansiedad, incluidos ataques de pánico. Estos focos de duelo no elaborado son fuente, posteriormente en la vida del enfermo, de trastornos caracterológicos y de dificultades interpersonales, en la medida que dificultan al

enfermo la participación, emocionalmente fluida, en relaciones de intimidad y cercanía afectiva. Igualmente son fuente de inhibición de la productividad del paciente, en la medida en que generan dinámicas de culpabilidad y autocastigo. El tratamiento propuesto por Malan para estos enfermos requiere, además de los ingredientes básicos de aumento de la actividad del terapeuta y mantenimiento del foco terapéutico, que se preste atención activa [a través de la transferencia] a las dificultades que presentarán los focos de duelo patológico no resueltos. El manejo de estos focos requiere la interpretación de su impacto en la transferencia, en la que aparece en forma de excesiva dependencia o de distanciamiento afectivo del terapeuta. Estos pacientes requieren del terapeuta una sensibilidad especial a la aparición de estos fenómenos en la transferencia y requieren un aumento de la actividad interpretativa en relación con los temores a la "pérdida" del terapeuta y su conexión con el duelo, no elaborado, del objeto original. Si esta transferencia no se interpreta, se desarrolla una dependencia iatrogénicamente inducida, que impide al paciente la resolución rápida de sus problemas y exige el uso de una técnica clásica para la resolución de la subsiguiente neurosis de transferencia de tipo dependiente.

Desarrolla un esquema que es particularmente útil para entender los conflictos psicodinámicos, llamado los dos triángulos (ver Figura 1), que incluyen al triángulo del conflicto (*triangle of conflict*) y al triángulo de la persona (*triangle of person*). El triángulo del conflicto es algo cercano a lo que Menninger (1966) llamó triángulo del *insight*. Los dos triángulos juntos representan lo que Malan (1979), llama "el principio universal de la psicoterapia psicodinámica", que significa que las defensas (D) y ansiedades (A) pueden bloquear la expresión del verdadero sentimiento (F). Estos patrones empiezan con personas pasadas (P), se mantienen con personas actuales (C), y son frecuentemente actuadas con el terapeuta (T). En síntesis, el triángulo del conflicto está constituido por las emociones, las defensas y la angustia y se relaciona con el triángulo de la persona, el cual se constituye por relaciones actuales con los otros significativos, relaciones transferenciales con el terapeuta y con personas significativas del pasado, progenitores normalmente (Malan, 1983).

Figura 1. Los dos triángulos



c) Habib Davanloo (1978), del Hospital General de Montreal, Canadá. Discípulo de Sifneos, desarrolló la psicoterapia intensiva breve de orientación dinámica, que oscila entre 30 y 40 sesiones, siempre videograbadas, debido a que las técnicas que se usan son tan incisivas que requieren la posibilidad de visionar juntos el terapeuta y paciente lo sucedido. Los videos facilitan la capacidad de aprender y descubrir, con un complemento cotidiano de la terapia, a la par de un testigo “objetivo” de lo sucedido en sesión (Ávila, 2012c).

Propuso una serie de técnicas que permite penetrar la barrera defensiva a través de una combinación de confrontación e interpretación constante provocando así en el paciente una reacción de cólera; es decir, poner en contacto y disparar la cólera arcaica que reside en el paciente y que está bloqueada por los síntomas neuróticos. La única técnica eficaz para el tratamiento efectivo de estos pacientes ha sido descrita por Davanloo (1980) con el nombre de técnica del "desbloqueo del inconsciente" y consiste en una secuencia terapéutica que incluye una atención especial a la estructura defensiva desde los primeros momentos de la entrevista inicial, con una clarificación sistemática de las defensas y una confrontación progresiva de las mismas que, inevitablemente, genera sentimientos transferenciales intensos. Sólo la afloración de los mismos hace posible la rotura momentánea de la barrera defensiva, con la irrupción, a veces dramática, de sentimientos largamente reprimidos. La eclosión de tales sentimientos, de dolor, rabia o duelo y frecuentemente mixtos, proporciona al paciente un alivio instantáneo de su dolor, con la consiguiente intensificación de la alianza terapéutica consciente e inconsciente. El papel del terapeuta es el de “un sanador implacable”.

Igualmente que con Sifneos y Malan, es necesario aumentar la actividad del terapeuta, elaborar los distintos focos de patología, asegurándonos que todos los focos importantes entran en el campo de observación del terapeuta en la fase inicial de la terapia. Diagnóticamente estos pacientes sufren de trastornos de ansiedad severos, ataques de pánico, con o sin agorafobia, distimia grave y persistentes y serias dificultades a la autorrealización y relación interpersonal. Sus historias clínicas frecuentemente incluyen tratamientos previos con poco o ningún éxito, incluyendo múltiples ensayos psicofarmacológicos y a menudo se sienten personas existencialmente fracasadas y destinadas a continuar fracasando. A diferencia de otras formas de terapia breve, ésta permite el abordaje de distintos conflictos y el manejo de pacientes con psicopatología crónica y grave, excluyendo a los psicóticos y adictos (Davanloo, 1980).

d) Por último, se describe el modelo de Mann, que pertenece a un corte existencial-evolutivo, en donde lo más importante es la toma de conciencia del ciclo vital. La idea central de este autor, es confrontar a las personas con el paso del tiempo y la pérdida para afrontar así su posición como sujetos de su experiencia. Esto lo logra en psicoterapia fijando un número exacto de sesiones, el cual podría ser un número arbitrario, pero de acuerdo a su experiencia comprobó empíricamente que 12 sesiones son suficientes para trabajar e igualmente es un tiempo lo bastante corto para hacer presente la presión del tiempo. La aceptación del paciente en terapia incluye el acuerdo de que es un tiempo exacto, son 12 sesiones prefijadas y no hay negociación de esto, el operador tiempo está presente de una manera rígida. El problema no es acercarlo sino asumirlo, mantenerlo y aceptarlo. El aparato técnico y conceptual del terapeuta está al servicio de que el paciente lo comprenda y tanto el paciente como el terapeuta han de confrontarse con su resistencia frente a la evidencia del paso del tiempo. La “preocupación” relacionada con el motivo de consulta es central pero se le da bastante importancia a la terminación. A la terminación Mann la llama estado afectivo, un particular estado afectivo que se alcanza en el momento de la terminación. Terminación es separación, se conecta inevitablemente con las ansiedades de separación y abandono y la misma ansiedad de muerte. En este modelo, el terapeuta es una especie de ayudador empático, que está con el paciente a través de la elaboración de todas las separaciones vitales. Los recursos técnicos de Mann no son específicos, sino compartidos con las estrategias, técnicas y tácticas de la psicoterapia dinámica. El tratamiento es una especie de reproducción micro-cósmica de la vida de la persona, tanto de ese momento como de proyección al futuro, deteniéndose especialmente en

las fases evolutivas que sean de particular impacto. En cuanto a los criterios de selección, son amplios, excluyendo solamente a los cuadros límites graves y dificultad para trabajar con drogodependientes y pacientes que tienen dificultad para aceptar el paso del tiempo como en las adolescencias retardadas (Ávila, 2012c).

A manera de conclusión, con los planteamientos de Ferenczi décadas atrás, se abren nuevos caminos y serán Balint y Malan quienes avancen a partir de esos retos técnicos para dar respuesta a la demanda clínica de muchos pacientes que no pueden ser atendidos con el psicoanálisis clásico. Posteriormente Sifneos y Davanloo dieron paso a conciliar los conceptos y teorías clásicas con métodos más incisivos. Todos estos planteamientos se ciñen a los criterios y procedimientos más típicamente interpretativos del marco psicoanalítico convencional (Ávila, 2012b) y representan el soporte sobre el que asentar nuevos desarrollos. (Ávila, 2012a).

4.4 Aportaciones recientes en psicoterapia dinámica de tiempo limitado

En los apartados anteriores se han revisado propuestas que tienen su origen en los planteamientos teóricos y técnicos del psicoanálisis convencional para acercarse a la integración y desarrollo de una estrategia de trabajo modificada, la cual se ha denominado psicoterapia psicoanalítica focal y breve. En este apartado se revisarán las aportaciones de autores que llevan los planteamientos psicoanalíticos a un nuevo modelo de trabajo, “*en la que la metáfora del conflicto pulsional pasa a ser reformulada como conflicto relacional*” (Ávila, 2012a, p.15).

A partir de la década de los 80 aparecieron formas de psicoterapia breve basadas en un modelo interpersonal, ya no intrapsíquico, y sus autores utilizan en muchos casos por primera vez, manuales que guían su intervención terapéutica. La justificación de este enfoque parte del hecho de que sin importar la gravedad de la psicopatología, las relaciones interpersonales constituyen el marco en que se interpreta el conflicto intrapsíquico; manuales que describen con mayor o menor especificidad los métodos de tratamiento que guían los trabajos de los terapeutas, por ejemplo Luborsky (1984), de la Universidad de Pensilvania, o Binder y Strupp (1984), de la Universidad Vanderbilt, los cuales serán desarrollados.

a) El método de Lester Luborsky: En 1984 contribuyó con el primer *Manual técnico de psicoterapia expresiva y de apoyo*. La terapia propuesta no contaba con límite de tiempo pero sí era una terapia focalizada constante y definió al foco como el Tema Central de Conflicto Relacional, el cual *operativizó* con un método de investigación (el CCRT). Su marco conceptual era el de la escuela de Chicago, otorgando bastante peso a la interpretación de la transferencia, a la cual accedía creando una alianza de trabajo suficiente, y el manual era buena guía para desarrollar estrategias terapéuticas (Ávila, 2012c).

b) El modelo de Jeffrey Binder, Hans Strupp y Hanna Levenson: El Grupo de Investigación en Psicoterapia de Vanderbilt, elaboró un manual que publicó en 1984 con el título de *Psychotherapy in a new key: a guide to timed-limited dynamic psychotherapy*, que, además de establecer los lineamientos de la psicoterapia, es la de facilitar el aprendizaje de la técnica e incluye novedosos instrumentos de evaluación y predicción como la *Escala Vanderbilt de Estrategias Terapéuticas* (VTSS) o la *Escala Vanderbilt de indicadores negativos* (VNIS). Estos desarrollos surgen en torno a un servicio de asesoramiento en intervención psicoterapéutica perteneciente a la Universidad de Vanderbilt, el cual se ofrece a estudiantes, profesores y la comunidad en general y da origen al Proyecto Vanderbilt. Este proyecto de investigación en psicoterapia es altamente significativo en la historia de la investigación (véase un resumen del mismo en Poch y Ávila, 1998).

Su terapia es conocida como psicoterapia dinámica de tiempo limitado (PDTL) y está basada en una perspectiva interpersonal y en la teoría de las relaciones objetales. Tiene como características singulares: a) su basamento en la teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, poniendo el foco en la relación terapéutica y en los conflictos de relación interpersonal; b) el énfasis en contrastar sus procedimientos y resultados a través de la investigación sistemática.

Por un lado, la marca distintiva de este enfoque será que considera crucial la relación terapéutica, lo cual tiene como principal consecuencia que el terapeuta asume que despliega sus propias características y que se ponen en juego sus propias relaciones como ser humano en el espacio terapéutico (Ávila, 2012b). Y, por otro lado, el punto de arranque singular para este enfoque es la constatación empírica en la clínica de que se desarrollan terapias breves lo quiera o no el terapeuta. La mayoría de pacientes deciden acudir durante breve espacio temporal a terapia (Levenson, 1997). En varios estudios, con diferentes pacientes, entornos y distintos programas, se ha comprobado que independientemente del tipo de tratamiento

externo, la mayoría de los pacientes acuden a psicoterapia entre 6 y 12 sesiones en promedio (Garfield, 1989; Phillips, 1987; Reder & Tayson, 1980; Straker, 1968). Se puede concluir que la mayoría de profesionales de la salud mental dirigen terapias bastante abreviadas, aunque sea sin intención.

Antes de continuar desarrollando los lineamientos de la PDDL, es de relevancia mencionar lo que se piensa del uso de los manuales en estas modalidades. Para Strupp, los manuales existentes no son ni suficientemente específicos, ni detallados, ni comprensivos y refiere que la gran mayoría de los terapeutas que iniciaron la práctica en psicoterapia de tiempo limitado o plazo breve, no recibieron ninguna formación específica en estas modalidades. Es por ello de gran relevancia la existencia de enfoques novedosos como el de Levenson, el cual es claro, conciso y ajustado a la realidad, pero al mismo tiempo razonable y sofisticado, ya que presenta un modelo bien establecido de psicoterapia psicodinámica breve. Levenson (1997) en su *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*, empieza reconociendo que esta psicoterapia no es una forma abreviada de la terapia de final abierto, sino que dispone de sus propios requisitos y exige un considerable aprendizaje de quien desee ponerla en práctica (Strupp, 1997).

Esta autora descubrió que este enfoque era particularmente útil en pacientes difíciles; y además “fácil de usar”, accesible para los terapeutas, porque confía en datos observables de relevancia clínica y suficientemente flexible para que puedan adaptarlo a su propio estilo terapéutico. Aunque el marco de la PDDL es psicodinámico, incorpora hallazgos recientes de teorías interpersonales, de relaciones de objeto, etc., así como los enfoques de sistemas o cognitivo conductuales y Levenson (1997) define a la PDDL: “*Como una psicoterapia interpersonal breve. Su objetivo principal es ayudar al paciente a superar la réplica de patrones interpersonales disfuncionales facilitándole para ello nuevas experiencias y formas de entender dentro del contexto de la relación terapéutica. Se trata de modificar la forma en la que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. Así pues no se centra en la reducción de síntomas (aunque se espera que se produzcan tales mejorías) sino en el cambio de patrones de relación interpersonal a lo que más tradicionalmente ha venido llamándose estructura de carácter*” (p. 48).

Ahora bien, el número de sesiones propuesto en la PDDL es de unas 25 a 30, que se establecen desde el principio del tratamiento. Se establece un foco limitado y en consecuencia

las metas y el tiempo también lo son. El foco de la terapia son aquellos temas de las relaciones objetales que producen dificultad recurrente y que nuevamente se activan en la relación con el terapeuta; en otras palabras, es el estilo interaccional maladaptativo del paciente (Levenson, 1997). La relación terapeuta-paciente es un sistema en que la conducta de uno y otro se analiza y va modificándose en el aquí y ahora. El papel del terapeuta es el de ayudar al paciente a identificar y comprender los patrones de comportamiento que interfieren habitualmente y se deben a supuestos erróneos que provienen de fases anteriores (Strupp & Binder, 1984).

El modelo de la PDDL establece siete presupuestos básicos (véase una descripción detallada en Levenson, 1997):

1. El paciente necesita una terapia interpersonal para los problemas que se derivan de sus relaciones interpersonales disfuncionales.
2. Los estilos disfuncionales fueron aprendidos en el pasado.
3. Los estilos disfuncionales se mantienen en el presente.
4. El paciente reproduce las dificultades interpersonales con el terapeuta.
5. El terapeuta es un observador participante.
6. El terapeuta acaba vinculado a la reproducción de las dificultades por parte del paciente.
7. Existe un patrón relacional problemático identificable.

En cuanto a las premisas y metas terapéuticas de la PDDL, consisten en lo siguiente:

Antes de empezar a describir el foco es de importancia resaltar que las terapias obtienen mejores resultados cuando éste ha sido definido sistemáticamente por los terapeutas y que la mejor forma de organizar y tener cierta referencia para el contraste y la investigación, es utilizando algún criterio de carácter empírico, para definir el foco, al menos el foco estructural. De esta forma es posible evaluar los cambios en el patrón que se asocia con la actividad del tratamiento (Ávila, 2012b).

Los terapeutas que trabajan con modelos breves deben aprender a emplear la atención selectiva (Malan, 1963), para evitar sobrecargarse con la rica vida intrapsíquica e interpersonal del paciente. Levenson (1997), refiere que: *En la PDDL el foco de trabajo*

terapéutico está constituido por los patrones interpersonales que crean y mantienen las relaciones disfuncionales en la vida del paciente; los cuales a su vez, se cree que conducen a los síntomas y a los problemas de la vida (p.65).

Al darse un foco tan amplio, cómo se identifica este estilo. Para delimitar el foco se han utilizado diferentes constructos, como por ejemplo el CCRT de Luborsky, los modelos de rol relación de Horowitz (véase una reseña en Poch y Ávila, 1998), los conflictos edípicos no resueltos de Sifneos, el método de la formulación del plan de Weiss, y el modelo de individuación-separación de Mann; sin embargo, la PDTL ha llegado a su propio modelo, denominándolo como el patrón desadaptativo cíclico (PMC).

El PMC es una reformulación del CCRT y describe el idiosincrásico “círculo vicioso” en el que un paciente cae al relacionarse con otras personas. Estos ciclos o patrones lo que implican son conductas inflexibles que se auto-perpetúan, expectativas auto-destructivas y auto-valoraciones negativas, que conducen a interacciones maladaptativas y disfuncionales con los otros (Butler & Binder, 1987; Butler, Strupp, & Binder, 1993). Aunque las personas puedan tener múltiples patrones relacionales, el PMC se centra en el principal patrón interpersonal omnipresente. Como señala Levenson (1997), este patrón describe el estilo disfuncional predominante, el origen de las dificultades y/o de sus sentimientos de ansiedad, depresión o insatisfacción.

El PMC consiste en las siguientes cuatro variantes usadas para organizar la información interpersonal del paciente:

- 1) Actos de sí mismo: Aquí se incluyen pensamientos, sentimientos, deseos y conductas del paciente de naturaleza interpersonal. Estos actos pueden presentarse de manera consciente o inconsciente.
- 2) Expectativas de las reacciones de los otros: esta categoría corresponde a todas las afirmaciones relacionadas con el modo en que el paciente imagina que reaccionaran los otros, en respuesta a alguna conducta interpersonal; es decir, a los actos de sí mismo.
- 3) Actos de otros hacia uno mismo: Acá se incluyen las conductas reales de las otras personas, tal y como son observadas e interpretadas por el propio paciente.

- 4) Actos de sí mismo hacia uno mismo (introyección): En este grupo corresponden todas las actitudes o conductas del paciente hacia sí mismo, cuando el sí mismo es el objeto de la dinámica interpersonal.

El PMC, a diferencia del CCRT, da importancia a dos aspectos relevantes como señala Ávila (2012b): por un lado las expectativas de las reacciones de los otros, que se podría decir que opera como una especie de esquema filtro que determina nuestra conducta y la diferencia de los actos de los otros hacia uno. Y por otro lado, los actos de uno hacia uno mismo, entendiendo en esa dinámica interpersonal que el *self* puede ser el objeto del propio *self*.

Estas categorías cumplen dos propósitos. En primer lugar, proporcionan un marco organizativo para hacer comprensible una gran masa de datos, y en segundo lugar proporcionan un sistema heurístico que conduce a hipótesis fructíferas y a otros modelos útiles. Un PMC no debería ser considerado como una versión encapsulada de la verdad, sino como una síntesis plausible que incorpora los principales componentes del mundo interaccional de la persona. Por último, Levenson (1997), a las cuatro categorías del PMC mencionadas, añade una quinta: la contratransferencia del terapeuta. Estas reacciones del terapeuta son importante fuente de información para comprender el patrón disfuncional del paciente. La reacción del terapeuta ante el paciente debería seguir la lógica del foco dinámico del paciente, ya que el terapeuta es ahora parte del mundo interpersonal de esa persona.

En cuanto a la transferencia, es vista como la respuesta a la relación actual que se tiene con el terapeuta y no tan sólo como la repetición del pasado. La perspectiva relacional se centra en los patrones transaccionales, en los cuales el terapeuta está contemplado en la relación terapéutica como un observador participante; la transferencia no es motivo de distorsión, las plausibles percepciones del paciente sobre la conducta e intenciones del terapeuta y la contratransferencia no indican un error por parte del terapeuta sino su capacidad de respuesta al rol; es decir, de responder desde el rol que el paciente deposita (Sandler, 1976) o empatía interpersonal (Strupp & Binder, 1984) ante las presiones y empujes de la interacción con el paciente.

Con respecto a la contratransferencia, el punto de vista del psicoanálisis clásico defiende que ésta es una manifestación de los propios conflictos neuróticos, no resueltos del terapeuta, los cuales son estimulados por el paciente pero que no nacen de la relación de trabajo. Así, esta

manifestación se considera como un impedimento para la objetividad del terapeuta y deben ser elaborados en terapia o comentados en supervisión. Sin embargo, en la PDTL el terapeuta no puede evitar reaccionar contratransferencialmente ante el paciente; es decir, el terapeuta se verá empujado y tirado por el estilo disfuncional del paciente y responderá en consecuencia (Levenson, 1997). La contratransferencia es un elemento activo y de importancia para el conocimiento del terapeuta, lo cual no indica que se le pueda dar libre expresión... *“El terapeuta tiene siempre dos trabajos: intentar conocer al otro y estar conociéndose a sí mismo constantemente”* (Ávila, 2012b, p.6).

En esta dinámica de transferencia/contratransferencia, el paciente revive sus dificultades interpersonales para que a través de la experiencia de las mismas pueda observarlas, analizarlas y con el tiempo controlarlas; de manera inevitable el terapeuta responde contratransferencialmente, pues se implica activamente en el proceso y utiliza la influencia del paciente y se utiliza a sí mismo con el objetivo de conocer.

En cuanto a los criterios de selección para los pacientes son flexibles, pero se basan en la capacidad para desplegar la alianza terapéutica (esto requiere una evaluación rápida en las tres primeras sesiones), admitiendo así a pacientes que otros modelos descartan, como por ejemplo, los trastornos de personalidad, siempre y cuando tengan una cierta apertura psicológica a sus problemas y cierta capacidad de autoobservación (Ávila, 2012c). Es de importancia hacer una buena selección de los pacientes pero se le da menos relevancia a los criterios clínicos estructurales que a la observación precoz de indicadores negativos que en la propia relación terapéutica han podido establecerse o puedan mejorarse (Ávila, 2012b). Esta es una decisión a tomar con base en un conjunto de indicadores de relación, principalmente no verbales, sobre si se ve abordable o no el trabajo con un paciente.

Por último, la PDTL cuenta con dos metas principales: por un lado proporcionar una nueva experiencia al paciente y por otro, dotarlo de una nueva forma de entendimiento.

La principal meta es proporcionar al paciente una nueva experiencia, la cual se pretende sea más funcional que el patrón relacional desadaptativo. Esta experiencia debe ser distinta a la que tuvo el paciente con sus otros significativos en el pasado; sin embargo esto no significa desempeñar activa y deliberadamente roles correctivos sino más bien hacer el uso terapéutico de la genuinidad y espontaneidad en la relación y no de la actuación. En esta experiencia el

paciente vive una nueva experiencia que consiste en que es posible relacionarse de una manera diferente y este hecho repercute en la experiencia de sí mismo, lo cual modifica la representación de sí mismo y de los otros. Levenson (1997) señala que el concepto de la nueva experiencia no implica una manipulación directa de la transferencia tal y como sugerían Alexander y French, y tampoco se logra solamente ofreciendo una buena relación terapéutica.

Concretamente, un terapeuta puede favorecer una nueva experiencia escogiendo selectivamente de todas las formas útiles, maduras y respetables que se producen en la sesión aquellos aspectos que mejor minarían un estilo disfuncional específico del paciente. El énfasis de crear nuevas experiencias como la principal meta de la PDTL presenta grandes aplicaciones y apertura para los criterios de selección.

En cuanto a la nueva forma de entendimiento, implica en el paciente la identificación y comprensión de su patrón disfuncional. Para lograrlo el terapeuta emplea técnicas psicodinámicas usuales como la interpretación, la clarificación y la confrontación. En la PDTL la intervención más potente y capaz de proporcionar una nueva forma de entendimiento es el examen de las interacciones del aquí y ahora entre el terapeuta y el paciente. Básicamente los pacientes empiezan a adquirir esa nueva forma de entender sus conductas *in vivo*; es decir, durante las sesiones a través de las observaciones del terapeuta sobre la recreación del patrón maladaptativo cíclico. Finalmente, es evidente que el grado en que un paciente puede comprender, generalizar y ampliar su nueva forma de entendimiento está limitado por factores como la capacidad de introspección y la mentalidad psicológica.

c) El modelo de Jeremy Safran y Christopher Muran: Se desarrolló a partir del modelo psicoanalítico interpersonal y tras propuestas de cognición y meta-cognición. La terapia relacional breve (BRT), evolucionó a partir del modelo Vanderbilt, basado en una epistemología constructivista, que rompe más claramente con el modelo clásico de una psicología bipersonal y que incorpora a los desarrollos teóricos del inconsciente bipersonal el trabajo en el aquí y el ahora en profundidad de la relación terapéutica. El énfasis está expuesto en una exploración continua de las contribuciones del paciente y del terapeuta, en la exploración profunda de los matices de la experiencia del paciente en la interacción terapéutica, a través de estrategias de meta comunicación y conciencia plena (Ávila, 2012b).

La *terapia relacional breve*, es una estrategia de tiempo limitado que va de 20 a 30 sesiones. En este modelo la estrategia de la interpretación es utilizada más como un complemento para reordenar e integrar el conocimiento, que como una forma de producir el cambio. En cuanto al uso de la estrategia de las auto-revelaciones contratransferenciales, existe una gran diferencia entre la historia personal que el terapeuta cuenta de sí al paciente (poniéndose sutilmente él mismo de modelo o contraste) y cuando el terapeuta comparte con el paciente (en beneficio del paciente) lo que está sintiendo en la relación con éste. Estas últimas auto-revelaciones son las que son más útiles a la meta-comunicación. El foco dinámico de la terapia consiste en identificar la matriz relacional que se presenta, que se activa entre terapeuta/paciente, su clarificación de manera que se pueda utilizar como foco lo que está sucediendo en la propia relación terapéutica (Safran, 2003), pero no en términos de la comprensión que logra el terapeuta sobre el paciente sino de la conciencia sobre la naturaleza de su participación en la escena relacional que construye con él y la actuación compartida de esta experiencia.

El concepto de *enactment*, es importante en esta modalidad. Dicho concepto se define como la puesta en escena intersubjetiva a través de la acción sin conciencia reflexiva de ello. Primero lo sentimos, luego lo actuamos y posteriormente podemos pararnos a reflexionar e intentar entender lo que ha sucedido. En este sentido la psicoterapia consiste en una serie clínica de *enactments*, su desenredo, clarificación de lo actuado y comprensión y elaboración (Safran & Muran, 2005).

Se pone énfasis en incrementar la conciencia sobre lo presente y maximizar la atención sobre lo que está pasando en el aquí y ahora de la relación, por eso el foco es puesto en una conciencia continua y plena en el proceso de descubrimiento, sobre nuestra propia capacidad de mentalizar lo que está sucediendo en el aquí y ahora e induciendo a la vez esa capacidad de mentalización en el paciente. La estrategia fundamental no es comprender como meta sino más bien maximizar la capacidad de conocer y usar la experiencia. Se pondrá atención en conocer desde la mente del principiante; es decir, plena atención a las propias percepciones y deseos para disponer de un plano de escucha total que incluye a ambos partícipes de la comunicación, que permite conectar con las cosas tal y como son y con la mutualidad de la experiencia presente. El terapeuta no es el objeto depositario de las proyecciones del otro sino que es un sujeto de la experiencia compartida. A la terminación se le dará toda una estructura de negociación constructiva, equilibrando las diferentes necesidades, dando importancia a la gestión de sentimientos de cólera, ira que surge en el paciente por la anticipación del

abandono y a los sentimientos de decepción y resentimiento que tendrán los pacientes que cargaron fuertemente de expectativas el tratamiento. Es un proceso para equilibrar, neutralizar las fantasías de omnipotencia y de logros narcisistas tanto por parte del terapeuta como del paciente.

Aunque existen más representantes de la psicoterapia dinámica breve, termina este recorrido de las vastas aportaciones hechas con un grupo de investigadores de la Universidad de Ulm que ha estudiado el proceso terapéutico a la luz de las teorías focales, Thomä y Kächele (1985). Para el grupo Ulm, la clave en el proceso terapéutico reside en la capacidad del analista para ir eligiendo en cada momento la estrategia terapéutica más adecuada. Dicho de otra manera, el proceso terapéutico consiste en ir definiendo los focos adecuados para cada situación en concreto y definen al psicoanálisis como una psicoterapia focal de duración no definida y foco cambiante.

CAPÍTULO 5. EL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT)

5.1 Fundamentos y Desarrollos

Fue desarrollado por Lester Luborsky y Paul Crits-Cristoph (1976, 1990, 1998) en la Universidad de Pennsylvania (EUA), con el objetivo de investigar en el material de las sesiones psicoterapéuticas de sus pacientes los patrones centrales de relación que establecían. El método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT), *“es el patrón, guión o esquema que cada persona sigue al relacionarse con los demás y se deriva a través de la consistencia que se encuentra en las narraciones que las personas cuentan sobre sus relaciones”* (Luborsky, 1998d, p.3).

Al principio no se sabía a ciencia cierta en qué se convertiría esta nueva medida de personalidad, la cual se encontraba como una rama íntimamente ligada de la alianza terapéutica (Luborsky, 1976). Después de varios años de investigación y analizando varios *sets* de transcripciones psicoterapéuticas, Luborsky se dio cuenta que estaba prestando especial interés a las narrativas en donde el paciente interactuaba con el terapeuta o con otras personas significativas. *“Así mismo, descubrió que se presentaban en las narraciones de los pacientes, las siguientes tres facetas recurrentes de interacción: qué quiere el paciente de los demás, cómo reaccionan las otras personas frente a la demanda y cómo reacciona el paciente a las respuestas de los otros”* (Luborsky, 1998d, p.4). Fue así, con la identificación de las categorías mencionadas que se pudo inferir un patrón general de relación y dar vida independiente al método del Tema Central de Conflicto Relacional.

A partir de ver la gestación y el desarrollo del método CCRT, Luborsky se interesó por encontrar conceptos que tuvieran linaje con el nuevo método. Profundizó en el pasado de algunas nociones descubriendo que existía parentesco genérico con otras ramas. Por el lado del psicoanálisis se encontraban las representaciones mentales “placa de estereotipos”, los cuales estaban en la raíz de la transferencia (Freud, 1912, 1958) que parecía ser en cada estudio un buen candidato para corresponderse con el término de patrón central de relación (Luborsky, 1998c). Otro concepto afín fue el postulado por Blos (1941), quien utilizó el

terminó de *trauma residual* (*residual trauma*). French y Wheeler (1963) sugirieron la idea de que cada paciente cuenta con un *conflicto nuclear* (*nuclear conflict*). Y Arlow (1961) observó la recurrencia de un tema único y repetitivo. En cuanto a los investigadores del desarrollo y la relación de objeto, se encuentra especial afinidad con aquellos que han trabajado con la teoría del apego como Bowlby (1973).

Por el lado de los investigadores de la personalidad, está Henry Murray (1938) con la propuesta del Test de Apercepción Temática (TAT), marcando un principio que refleja el redescubrimiento de una versión del concepto de transferencia de Freud (1912). Murray explicó que evidentemente se encontraba el concepto de patrón central de relación en lo que él llamó *unidad-temática*; es decir, un patrón de necesidades emparentadas y acciones que se repiten durante toda la vida y las cuales se originaron en la infancia cuando el individuo estuvo expuesto a situaciones gratificantes o traumáticas.

En general, las teorías psicológicas y sus académicos han abandonado el desarrollo de medidas operacionales del patrón central de relación y esto se debe a la falta de creencia en un método fiable y al poco interés en el concepto. Sin embargo, Luborsky ha concluido que existen algunas excepciones, como el método del Repertorio de Constructos Personales de Kelly's (1955) o el concepto de *guión nuclear* teóricamente basado en las *escenas nucleares* de Tomkin's (1979), en las cuales reaparecen y se condensan recuerdos significativos de la vida de la persona, como lo ejemplifica Carlson (1981) en su estudio a un sujeto en donde la *escena nuclear* se repitió después de 30 años. Y, por supuesto, la teoría del apego y su investigación (George, Kaplan, & Main, 1985).

La necesidad de una transición a una medida más operacional del concepto de transferencia fue una preocupación recurrente de Luborsky (1998d). Aunque el CCRT tiene similitudes con el concepto Freudiano de transferencia (1912), pronto el método se transformó en un concepto clínicamente útil y con un sistema de medición cuantitativo.

El método del Tema Central de Conflicto Relaciona, se encuentra dotado de un sistema fiable que guía las inferencias recurrentes de los patrones centrales de relación de cada una de las personas (Luborsky, 1998d). Es un sistema que analiza juiciosamente el contenido clínico del patrón central de relación en las sesiones de psicoterapia (Luborsky, 1977). Es un método que ha avanzado en esta rama, y por ello puede ser utilizado con la absoluta confianza de que

cuenta con la capacidad de medir y de operativizar los conflictos relacionales (Luborsky, 1998d).

Aunque en las últimas décadas se han desarrollado espectacularmente medidas alternativas de gran relevancia teórica y clínica que evalúan el patrón central de relación en las sesiones psicoterapéuticas, como el método de la Formulación Diagnóstica (PD) desarrollada por Weiss, Sampson, Caston y Silberschatz; Caston (1977,1986), el análisis estructural del comportamiento social (SASB), presentado por Benjamin (1979), el método de Análisis Configuracional (CA), de Horowitz (1987), el sumario del conflicto ideográfico (ICS), de Perry, Augusto y Copper (1989) entre otros (para una revisión, ver Luborsky, 1998b), el CCRT fue el primer método fiable en hacerlo y ha probado su validez con diferentes investigaciones.

Existe amplia variedad de trabajos realizados con el CCRT (véase Luborsky et al., 1999), hasta ahora hay pocos trabajos que utilicen este método para describir procesos terapéuticos. Se conocen estudios que hacen referencia a terapias breves (Albani, Pokorny, Dahlbender, & Kächele, 1994; Anstadt, Merten, Ulrich, & Krause, 1996; Grahbotrtn, Overbeck, Kernhof, Jordan, & Muller, 1994; Luborsky, Crits-Cristoph, Friedman, Mark, & Schaffler, 1991). Pero son mínimos los estudios que describen el proceso terapéutico de un tratamiento psicoanalítico prolongado (Albani et al., 2002). Esta investigación pretende aportar resultados de proceso en un encuadre de psicoterapia breve de corte psicoanalítico, utilizando la variación alemana del “Método del Tema Central de Conflicto Relacional” (CCRT) denominado (CCRT-LU).

5.2 Guía del método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)

El CCRT se deriva de los episodios de relación encontrados en las transcripciones literales de las narraciones que los pacientes cuentan o actúan durante las sesiones psicoterapéuticas (Luborsky, 1998a, p. 15). Mediante el método CCRT se trata de identificar el tema central de conflicto. Si se determinan los conflictos principales se puede establecer el patrón concreto y específico para cada individuo. El CCRT es una representación del repertorio de relaciones de un paciente. De este modo, cuantos más episodios de relación se obtengan del material clínico, más precisa será dicha representación. El patrón es una constante en la historia de

cada sujeto, en este sentido, no interesa cómo se comporta la persona en un momento determinado sino lo que se mantiene estable; es decir, las propiedades estructurales.

El patrón central de relación se obtiene de las repeticiones de experiencias interpersonales significativas, dicho patrón se obtiene de los episodios de relación extraídos de las sesiones psicoterapéuticas. A estas narraciones se les aplica dos fases de evaluación con el método CCRT: La Fase A, consiste en localizar e identificar los episodios de relación y la Fase B, consiste en extraer el CCRT de un set de narraciones. A continuación se explican ambas fases (para más detalle consultar: *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998).

5.2.1 Fase A. Localizando los Episodios de Relación

Los episodios de relación (ER), son una parte relativamente discreta de la sesión, en donde hay una interacción explícita con otra persona o consigo mismo (Luborsky, 1998a). Aunque toda la sesión cuenta con características de una narración (Schafer, 1983), el foco se encuentra limitado en las narraciones más explícitas sobre relaciones.

Estos ER, son fáciles de identificar en las narraciones, ya que la estructura del relato cuenta con una parte inicial, un cuerpo medio y un final. La intención de comenzar un episodio de relación puede estar señalada por marcadores convencionales como un relato sobre alguna persona, una pausa relativamente larga, signos de transición que indiquen un cambio de tema o alguna frase introductoria. Usualmente el episodio se narra para explicar una observación del sujeto hacia sí mismo o una observación hecha hacia otra persona con la cual se está interactuando.

Estos episodios de relación pueden ser obtenidos de cualquier material clínico, que ha sido grabado o transcrito literalmente, como por ejemplo: sesiones de psicoterapia, entrevistas RAP, sueños y fantasías. Por un lado las transcripciones son más fáciles de evaluar que las grabaciones, ya que le da al juez la ventaja de poder releer de manera más fácil los episodios relacionales y así recordar algún detalle. Por otro lado, las grabaciones transmiten información adicional a través de la voz. En este sentido lo ideal sería combinar la transcripción y la grabación de las sesiones con el objetivo de extraer el CCRT, pero es preferible y suficiente utilizar solamente las transcripciones (Luborsky, 1998a).

En la transcripción de la sesión de psicoterapia, se delimitará la longitud de cada episodio relacional mediante una línea continua en el margen de lado izquierdo, que abarcará desde el inicio (incluyendo los comentarios preliminares), hasta el final del episodio. Se anotará el número de episodio de relación, el objeto con el que el sujeto está interactuando. Los ER, se mantienen en su orden original dentro de la transcripción de la sesión, de esta forma el juez puede leer la sesión entera y conocer el contexto en el que el paciente relató el episodio de relación.

En conclusión, en cada episodio de relación se debe marcar el objeto; es decir, la persona con que el paciente está interactuando; el tiempo en el que sucedió la interacción y la puntuación o valoración con respecto a la información que contiene el episodio relacional.

- **El tipo de objeto**

En cada episodio de relación (ER) se identifica una persona significativa con la que el paciente está interactuando. Usualmente esta otra persona es fácil de identificar. Algunas veces el paciente habla sobre otras personas en el mismo episodio de relación, pero esto no debe ser un problema si se sigue identificando a una persona como la principal, sin embargo, si se habla significativamente de otra persona en un mismo episodio, se pueden marcar y calificar de manera independiente como un nuevo episodio.

Estos episodios de relación son la interacción clara del paciente consigo mismo o con otras personas, incluyendo la figura del terapeuta. Los objetos más usuales que aparece en los episodios de relación (ER: objeto) son los padres, la pareja, un amigo y el jefe. Cuando aparecen como objeto un grupo de personas, se les demarca como familia, compañeros de clase o amigos. Los objetos inanimados raramente suelen aparecer en un episodio y son excluidos.

En cuanto a los episodios relacionales del propio sujeto (ER: sujeto), los cuales son escasos, no son calificados en donde el sujeto se autodescribe sino que estas narraciones tienen que incluir sentimientos o pensamientos del sujeto hacia su propio ser que estén confrontándole.

Aunque la sesión completa puede ser considerada como una interacción con el terapeuta (ER: terapeuta), éste es un tipo de objeto que debe ser catalogado de manera diferente. Algunas

partes de la sesión pueden ser visiblemente clasificadas en dos diferentes tipos de episodio relacional:

ER: Terapeuta (narrativa). El paciente cuenta un episodio sobre interacciones pasadas o presentes con el terapeuta. Porque este subtipo de episodio relacional es una narrativa, se analiza igual que un ER normal.

ER: Terapeuta (acción). El paciente entabla durante la sesión un episodio conductual delimitado por la interacción conflictiva con el terapeuta. Estos episodios relativamente infrecuentes constituyen una clase especial de ER porque son auténticas interacciones (como fue descrito por McLaughlin, 1987), más que narrativas sobre interacciones.

- **Tiempo**

En los episodios de relación también encontramos un tiempo, el cual puede ser muy amplio e ir desde los recuerdos más tempranos en la infancia hasta la vida presente, como sistemáticamente lo ejemplificó Thorne (1995a).

El juez estimará de manera aproximada la edad del paciente en el evento narrado y de ser posible la fecha en que ocurrió. El tiempo “actual” se define como lo que ha transcurrido en la sesión o unos pocos días antes; el tiempo “presente” es lo ocurrido en los últimos tres años; y todo lo demás es tiempo “pasado”.

La delimitación del tiempo de los eventos en los episodios relacionales puede generar diferencias significativas a la hora de formular el CCRT, ya que los acontecimientos tempranos podrían producir un patrón más profundo. Sin embargo, Torres (1993), señala que en la obra de Luborsky no existen especificaciones concretas para clasificar los episodios de relación. Así pues se puede delimitar el tiempo como:

Pasado: lo ocurrido después de tres años.

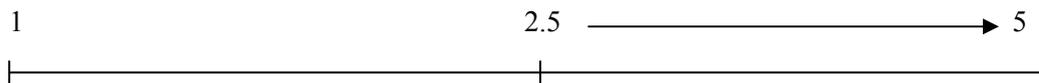
Presente: lo ocurrido antes de tres años.

Futuro: lo que todavía no ha ocurrido pero se prevé que pasará.

- **La puntuación**

El relato que el paciente suele hacer sobre su vida en psicoterapia está basado en la premisa de decir “cualquier cosa que se le venga a la mente”. Entonces lo que proporciona en las narrativas, es lo que el paciente ha elegido contar y de la manera que ha elegido contarlo. Por tanto y generalmente, los episodios de relación variarán en la puntuación.

Los evaluadores tienen la tarea de decidir qué episodios de relación cuentan con la información suficiente y cuáles se encuentran incompletos para posteriormente formular el CCRT. Los jueces suelen calificar esta escala de puntaje del 1 al 5, yendo de menor a mayor detalle. La línea de corte para incluir un episodio de relación, es la media de la puntuación de los jueces, es decir, de 2.5 a mayor.



Existen los siguientes cinco principios que pueden ser de utilidad a la hora de evaluar los episodios de relación:

1.- Un aspecto importante de la narración es el detalle de la interacción con la otra persona. Un episodio de relación relativamente completo, debe contener una interacción en la cual el narrador incluye el intercambio entre el paciente y el terapeuta, los hechos que suceden, los deseos, las respuestas de la otra persona, las de él mismo y los resultados de lo que ha sucedido. Las narraciones de situaciones específicas son probablemente más informativas que las narraciones generales combinadas con algunos ejemplos, aunque estos pueden ser considerados como episodios relacionales.

2.- Los episodios de relación muy incompletos (menores de 2.5 en la escala del 1 al 5) deberían ser excluidos ya que los componentes del CCRT son difíciles de identificar. Esta exclusión está justificada por la decisión de usar un episodio de relación que se base primero en su grado de detalle. Además, no hay indicación de que esa exclusión altere el CCRT, y de

cualquier forma los episodios acumulados son adecuados. El porcentaje de episodios excluidos tiende a ser pequeño, (no más del 20 al 30%) e incluso mucho menor.

3.- La demarcación del principio y el final de un episodio puede ser poco clara. Pero esto no debe de ser una seria deficiencia, y dichos episodios pueden ser utilizados.

4.- A veces la continuación de un episodio ocurre más adelante en la sesión. Si la parte adicional suele ser claramente parte del episodio, se debe usar y etiquetar de la siguiente manera: “continuación “ER núm. _ en Pág. _”. Tanto el episodio relacional como su continuación deben ser evaluados como unidad.

5.- Algunos episodios pueden ser comprendidos como subepisodios de otros mayores, pero al menos que sean discretos, no deben considerarse episodios independientes.

Luborsky y colaboradores (1998), investigaron el proceso de identificar y localizar episodios de relación y juzgar si contienen suficiente información en una muestra de sesiones. Encontraron que el grado de acuerdo fue bueno para la selección de episodios de relación, así como para su demarcación, como ya se había demostrado previamente (Crits-Christoph, Luborsky, et al., 1988). Así mismo, para localizar el objeto principal con el que se entabla la interacción en el episodio de relación.

5.2.2 Fase B. Evaluando el CCRT

Esta fase se compone de dos pasos: el primero consiste en que el juez identificará los tipos de componentes que serán evaluados en cada uno de los episodios de relación y el segundo requiere que el juez sume el total de estos componentes.

Paso 1.- Identificando los tipos de componente del CCRT

- **Localizando las partes del episodio de relación que serán evaluadas**

Después de que se ha seleccionado y marcado la longitud de los episodios de relación, el juez que evaluará el CCRT lee y relee el episodio de relación en la transcripción de la sesión para evaluarlo. Mientras lo está leyendo subraya (o marca con guiones) las partes del texto de cada

episodio de relación que conformaran la base para inferir los componentes del CCRT. Para Benjamin (1986), cada parte subrayada es una unidad de pensamiento singular. Usualmente cada unidad de pensamiento recibe la evaluación de un componente; ocasionalmente suele darse la evaluación de dos componentes para cada unidad de pensamiento.

- **Identificando los tipos de componentes**

Este método cuenta con tres componentes: a) los deseos, necesidades o intenciones expresadas por el sujeto (D); b) las respuestas esperadas o actuales de los otros (RO), y c) las propias respuestas emocionales, conductuales o sintomáticas del sujeto hacia los demás (RS). Las categorías dadas a cada tipo de componente deben ser escritas también al lado de cada unidad de pensamiento a lo largo de la transcripción (para más detalle se puede consultar Luborsky y Friedman, 1998).

- **Preparando la transcripción para la evaluación**

Una variante posterior simplifica la evaluación de los jueces (Luborsky, 1998). El primer juez CCRT (a) marca la unidad de pensamiento y (b) y añade al principio de cada unidad de pensamiento el tipo de componente que será evaluado; el subsecuente juez del CCRT utiliza la misma unidad de pensamiento y los componentes que ya han sido evaluados. Este tipo de preparación de las transcripciones facilita el trabajo de los jueces CCRT y, lo más importante, simplifica el cálculo de la fiabilidad, ya que los jueces CCRT evalúan las mismas unidades de pensamiento en término de los mismos componentes.

Otro método el cual consume un mayor tiempo es arreglar que otro juez preevalúe el transcrito para los jueces CCRT de la siguiente manera: (a) identificando las primeras unidades de pensamiento y (b) anotando al principio de cada unidad de pensamiento el tipo de componente a evaluar.

- **Niveles de inferencia: de lo literal a lo moderadamente abstracto**

Los niveles de inferencia, utilizados por el juez tanto en los deseos como en las respuestas, abarcan dos rangos: el nivel de apearse a la expresión literal que el paciente utilizó en el texto, y el nivel moderado de inferencia sobre lo que el paciente dice.

Este nivel de inferencia se aplica comúnmente más al componente del deseo (D) que al de la respuesta debido al nivel de información que da. Los deseos se presentan más de manera inconsciente y por ello la inferencia resulta necesaria. Luborsky (1990,1998) recomienda utilizar un nivel de inferencia moderado ya que un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable y resultaría difícil conseguir un acuerdo entre jueces.

Paso 2.- Contando los tipos de componente para formular el CCRT

El juez contabiliza en los episodios de relación los componentes que tienen la frecuencia más alta y la cual constituirá la formulación final del CCRT. Usualmente la formulación del deseo requiere de más trabajo que las respuestas más concretas del otro o del sujeto. El proceso requiere de paciencia, revisión y re-revisión de los deseos a lo largo de los episodios de relación hasta que se reconozca un nivel de inferencia adecuado para la formulación general. La clave para encontrar un tema consistente a lo largo de los episodios es releendo los episodios, y especialmente examinando los tipos de componente que surgen a lo largo de los episodios. Episodios tempranos se vuelven más entendibles después de estudiar episodios tardíos.

No es de importancia si algunos episodios aparecen opacos o que no encajan con los otros, ya que el objetivo principal del método CCRT es localizar el tema que se repite a sí mismo con más frecuencia. Los componentes más recurrentes apuntan hacia donde se posiciona el conflicto principal; la inclusión de la palabra *conflicto* en el CCRT descansa en esta asunción.

Si el mismo tipo de componente ocurre más de una vez dentro de un mismo episodio de relación, la frecuencia de ese componente se limita a marcarlo una sola vez dentro de ese episodio relacional. La explicación de esto descansa en que el CCRT mide la fuerza que cada componente tiene a través de las narrativas no dentro de las narrativas. Así pues el CCRT se compone de la suma del Deseo, seguido de la respuesta del otro y de la respuesta del sujeto, más frecuentes.

Algunos detalles para la evaluación de los componentes:

a) Los Deseos

Usualmente dos tipos de inferencia necesitan ser distinguidos y en particular para los deseos, pero también para las respuestas de los otros y del sujeto: 1) aquellas que son explícitas o casi explícitas: D, y 2) aquellas que no son explícitas pero moderadamente inferibles: (D).

Actualmente se conserva esta distinción de Luborsky, pero se le considera explícito (a lo expresado directamente) e implícito (a lo deducido de las respuestas) (Albani et al., 2002). La forma de señalar esta distinción entre los deseos es marcando dentro de un paréntesis al deseo (D) que suele ser implícito o moderadamente inferible.

El juez debe listar tantos deseos como crea conveniente; es de utilidad considerar ambos niveles de evaluación (explícita y moderada) para cada unidad de pensamiento que será calificada. No es de preocupación si se están obteniendo muchas puntuaciones; ya que sólo las evaluaciones más frecuentes conforman el CCRT. También, como con cualquier componente, si el deseo no está claramente inferible dentro del episodio de relacional, no se da una puntuación al deseo.

b) Las respuestas de los otros

La respuesta del otro debe de ser evaluada solo con respecto a la persona principal. También existe las respuesta esperada del otro, es decir la que no se ha llevado acabo, sino que el paciente espera o fantasea en que el otro responderá de esa manera en particular. Este tipo de respuesta se evalúa y se hace mención de que es una respuesta esperada (RO-esperada).

c) La respuesta del sujeto

Las respuestas del sujeto también deben incluir los síntomas del paciente cuantos estos son evidentes en el episodio de relación. La inclusión consistente de los síntomas como respuestas del sujeto, que aparecen en las narrativas, permite entender en el contexto del CCRT los síntomas (como fue discutido por Luborsky, 1996).

- **Positivo versus Negativo**

Una distinción tradicional en los patrones de transferencia es entre la transferencia positiva y la transferencia negativa. Freud (1901-1905/ 1953a; 1912/1958a) realizó esa diferenciación, casi desde el principio del uso del concepto de transferencia. A lo largo de los años el uso diario por parte de los clínicos sobre el concepto de transferencia positiva *versus* transferencia negativa, sugiere que esta distinción es de ayuda y que probablemente puede ser confiable (Grenyer & Luborsky, 1998, p.55).

Desde los inicios del método CCRT (Luborsky, 1977) realizó una diferenciación entre CCRT positivos (P) y CCRT negativos (N), denominándolo originalmente como el sistema de dos-categorías. Cada respuesta del otro (RO) y de sí mismo (RS), es evaluada principalmente como positiva (P) o como negativa (N). *Positivo* se refiere a que el paciente en su narrativa no describe interferencia o la expectación de una interferencia con el cumplimiento de su deseo o con la sensación de ser capaces de dominar el deseo. *Negativo* significa que el paciente describe interferencia con la satisfacción del deseo que ha ocurrido o que se espera que ocurra.

Por razones teóricas y empíricas, no fue utilizada una categoría neutral o intermedia entre las dimensiones de positivo y negativo (Grenyer & Luborsky, 1998, p. 56). Una posición teórica fijada por Freud (1912/1958a) es que las respuestas transferenciales pueden ser tanto positivas como negativas; para los deseos sólo la gratificación o la frustración son posibles.

Una posterior subdivisión de cuatro categorías en la escala de positivo y negativo fue realizada, marcando los extremos. En donde NN = es fuertemente negativo, N = moderadamente negativo, P = moderadamente positivo, y PP = fuertemente positivo. Aunque la evaluación de positivo y negativo sólo corresponde a las respuestas tanto del sujeto como del objeto, es importante que a la hora de evaluar estén directamente relacionadas con el cumplimiento o la insatisfacción del deseo.

Diversas investigaciones se han hecho para medir la validez y fiabilidad de la expansión de las dimensiones de positivo y negativo en el método CCRT (Grenyer, Luborsky, 1998). Se ha encontrado que el acuerdo entre jueces ha sido bastante alto para evaluar las dimensiones y esto parece que tiene que ver con la simplicidad y claridad básica de evaluar con el método CCRT estas dimensiones; sin embargo, los investigadores sugieren que se necesita re aplicar el método con muestras de mayor magnitud.

- **Asignando los jueces que evaluarán**

Lo mejor es tener dos grupos independientes de jueces, un *set* para localizar los episodios de relación y otro para calificar el CCRT, aunque esta separación no es esencial. Los episodios relacionales tienen que ser señalados y puntuados por su detalle en la escala del 1 al 5 antes de que los jueces empiecen a evaluarlos para obtener el CCRT.

- **Acuerdo entre jueces**

Para la Fase A. del método del Tema Central del Conflicto Relacional, el acuerdo entre jueces consiste en que ambos jueces se encargarán de localizar los episodios de relación que comúnmente los pacientes cuentan durante psicoterapia e identificar a la persona principal con la que están interactuando. Estos jueces también evalúan el detalle de cada episodio de relación en la escala del 1 al 5. Solamente aquellos episodios puntuados por arriba de 2.5 son considerados.

Usualmente son diez episodios la base para obtener el CCRT de cada paciente, y estos diez episodios son prácticamente los obtenidos en dos sesiones iniciales, que pueden ser la sesión 3 y 5. Si no son encontrados como mínimo diez episodios de relación en estas dos sesiones iniciales, una tercera sesión debe ser considerada; usualmente es la sesión 4 ó 6. Existen tres tipos de acuerdo para medir la fiabilidad de cada episodio de relación narrado en una sesión: a) qué tan completo está el episodio de relación en la escala del 1 al 5; b) la elección de la persona principal de cada episodio, y c) localizar el principio y final de cada episodio relacional (Luborsky & Diger, 1998).

Los resultados de estos tres aspectos son reportados a detalle por Crits-Christoph, Luborsky, Dahl, Popp, Mellon y Mark, (1988) y Crits-Christoph, Luborsky, Popp, Mellon y Mark (1990), basándose en la muestra de 111 episodios de relación evaluados por dos jueces y en donde los resultados fueron altamente significativos.

Para la Fase B, se calculará el acuerdo entre jueces de la evaluación que hagan los jueces de manera independiente de los componentes del CCRT. Existe el estudio realizado por

Luborsky y Diguier (1998), a ocho muestras, en donde el acuerdo encontrado utilizando el coeficiente Kappa fue bueno.

Paso 3.- Elegir y clasificar las categorías estándar para el CCRT

Como se ha mencionado, el método CCRT fue presentado por primera vez por Luborsky en 1977, y desde su creación se han desarrollado diversos sistemas de categorías que han pretendido superar los inconvenientes de sus antecesores.

El primer sistema son las categorías *tailor-made* o en español denominadas “a medida”, en donde el principal objetivo es capturar la individualidad de cada paciente, utilizando el lenguaje de este mismo para describir el patrón central de relación. Aunque este sistema es bastante funcional, cuenta con dos limitaciones de importancia a la hora de hacer investigación: 1) la necesidad de tener categorías equivalentes para cada sujeto y entre sujetos que pertenecen a muestras grandes y 2) la necesidad de calcular de manera fiable y válida coeficientes estándar (Luborsky, 1998a).

Por las limitaciones anteriores surgió la creación de las categorías estándar. Este sistema CCRT de evaluación usa *sets* de categorías bien construidas. Estas categorías estándar describen al tipo de componente del CCRT y son utilizadas tanto en escenarios de psicoterapia como de investigación. El sistema *tailor-made* tiende a ser más apropiado para el trabajo clínico o estudios de caso, ya que permite al terapeuta obtener una formulación psicodinámica que se ajusta de manera más cercana a cada paciente. El sistema de categorías estándar es más apropiado para investigación ya que permite comparar de manera más fácil la fiabilidad de diferentes jueces a la hora de seleccionar las categorías y evita ambigüedades (Barber, Crits-Christoph, & Luborsky, 1998). Sin embargo, lo ideal sería la utilización de ambos sistemas por la riqueza de información con la que se puede contar tanto para propósitos de investigación como clínicos.

Existen varios procedimientos recomendados para guiar a los que utilicen la lista de categorías estándar (Luborsky, 1998a). Las categorías estándar son aplicadas a una sesión en cualquiera de estas dos versiones: (a) utilizando categorías *tailor-made* las cuales se traducirán a categorías estándar o (b) utilizando las categorías estándar directamente en el episodio sin tomar en cuenta las categorías *tailor-made* o hechas “a medida”. Es el primer

método y con la utilización de la edición 2 de las categorías estándar el más versátil y altamente recomendado.

Aunque como demuestran en su estudio Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1998), en la práctica diaria las categorías estándar y las categorías hechas “a medida”, muchas veces se solapan, la investigación realizada con 33 pacientes y utilizando la 3 edición del sistema de categorías encontró que muchas de las categorías *tailor-made* aparecían de nuevo en las categorías estándar.

El esfuerzo realizado para crear las categorías estándar se debió a las dificultades que se experimentaban realizando evaluaciones con el sistema *tailor-made* y tratando de comparar las mismas. Por ello se crearon las categorías estándar que daría a los jueces un lenguaje común y la facilidad de comparar cuantitativamente los CCRT de cada paciente y las valoraciones que diferentes jueces realizaban a un mismo sujeto. Existen tres ediciones del Sistema de Categorías Estándar que a continuación se describen (para mayor información, Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1998).

Edición 1: Categorías Estándar: Este grupo de categorías estándar (Luborsky, 1986) fue abstraída de las evaluaciones de los CCRT que cada juez realizó a 16 participantes que se encontraban disponibles. Estos pacientes estaban mayormente diagnosticados con depresión y trastornos de ansiedad y eran una muestra representativa de los pacientes remitidos a psicoterapia. Esta lista fue utilizada en numerosos estudios incluyendo los de Luborsky, Mellon y Crits-Christoph (1985); Luborsky, Crits-Christoph y Alexander (1990); y Crits-Christoph, Cooper y Luborsky (1988), algunos investigadores la siguen utilizando aunque de menor manera.

Edición 2: Expansión de Categorías Estándar: Esta lista de categorías estándar (Crits-Christoph & Demorest, 1988) representa una larga expansión de las categorías reportadas por Luborsky (1986b). Fue creada para proveer a los jueces con una colección de categorías más representativa que la encontrada en la Edición 1. El vigente grupo de categorías de esta edición cuenta con: 35 deseos, 30 respuestas del otro y 30 respuestas del sujeto e incluye de 3 a 5 subcategorías dentro de cada una de las categorías principales. La edición 2 ha sido utilizada en diversos estudios incluyendo los de Crits-Christoph y Demorest (1991); Eckert, Luborsky, Barber y Crits-Christoph (1990); Luborsky, Luborsky, et al., (1995).

Edición 3: Reducción de las categorías: Naturalmente la lista larga de categorías de la Edición 2, tiene mayor redundancia; el objetivo de la edición 3 es reducir las categorías a un tamaño más práctico. Esta 3ra. edición se realizó a través de un estudio en donde se emparejó cada una de las categorías con las demás y se analizó la fiabilidad entre jueces mediante pares de comparaciones, obteniendo una confiabilidad aceptable. Esta lista de categorías agrupadas, está compuesta por 8 *clusters* para cada tipo de componente. Estas categorías agrupadas han sido muy utilizadas en investigación debido a su practicidad.

Existen sistemas alternativos de categorías, como los planteados en Alemania por Korner, Albani, Villmann, Pokorny y Geyer (2002), los cuales probaron su versión de *cluster* manteniendo las categorías estándar ya existentes en una muestra de 114 pacientes mostrando alta fiabilidad en la consistencia de los tres componentes. También se encuentran las categorías CCRT-LU, las cuales son una reformulación de las categorías CCRT (Albani et al., 2002) y han sido aplicadas a una muestra de entrevistas clínicas de primera vez a 32 pacientes del sexo femenino. La traducción de estas categorías al español, son el método que ha sido empleado en esa investigación y las cuales se denominan CCRT-LU-S.

5.3 Categorías CCRT-LU

Variaciones del “Método del Tema Central de Conflicto Relacional” (CCRT) han crecido desde su primera aparición (Luborsky, 1976,1977) las bases del método han permanecido (Luborsky, 1977). El CCRT se ha consolidado internacionalmente como un método de investigación que extrae patrones del conflicto relacional. Aunque numerosos estudios han demostrado pruebas sobre la validez del método CCRT, (Luborsky y Crits-Christoph, 1990, 1998; Luborsky et al., 1999) con frecuencia otras discusiones han incluido críticas sobre la estructura de categorías (Albani et al., 2002; Strauss et al., 1995). Esto permitió la reformulación alemana del método en donde se conservaron los fundamentos principales del CCRT tradicional de Luborsky, pero se incorporó una lógica unificada.

A continuación, algunas de las críticas basadas en el artículo de López del Hoyo, Ávila-Espada, Pokorny y Albani (2004), que se le hacen al método tradicional del CCRT:

- 1.- Varias de las categorías “hechas a medida” obtenidas de los episodios de relación no se adecuan a ninguna de las categorías estándar. Ejemplo: Estar defraudado, ser insultado, envidiado, amenazado...
- 2.- Un gran número de categorías son muy parecidas entre sí. Ejemplo: El Deseo 1, ser entendido, ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente y el Deseo 2, ser aceptado, ser aprobado por otros, no ser juzgado, recibir afirmación.
- 3.- Algunas categorías contienen muchos significados diferentes y ello satura de información. Ejemplo: RO27, estar enfadado, frustrado, irritable, resentido.
- 4.- El que exista tanta diversidad de categorías fomenta un problema para la evaluación ya que los jueces pueden desarrollar preferencias personales con el fin de simplificar la utilización del método y así generar un sesgo.
- 5.- Existe solamente una correspondencia parcial entre los diferentes componentes D, RS, RO. Ejemplo: El enunciado respetar es encontrado en todos los componentes. Deseo: ser respetado; El otro: me respeta; Yo: me siento respetado. Sin embargo otros componentes como: enfadar o rechazar no tienen correspondencia en todos los componentes.

Es por lo mencionado que surge el desarrollo del sistema de categorías CCRT- LU, el cual hace referencia a los lugares en donde se desarrolló, (Leipzig/Ulm) y a su “lógica unificada”. El equipo estuvo integrado por: C. Albani, D. Pokorny, G. Blazer y S. Grueninger, los cuales aplicaron una serie de principios para la construcción de dicho sistema; un acercamiento más profundo está en Albani et al. (2002).

El desarrollo de las nuevas categorías se respaldó en diversas fuentes de datos. Por un lado, la investigación empírica en donde se realizaron más de 16 estudios, 400 tests de personalidad y 800 sesiones psicoterapéuticas, y por otro lado, la investigación teórica con relevantes enfoques de psicoterapia en donde se reflejaron más de 17 acercamientos (López del Hoyo, Ávila-Espada, Pokorny y Albani, 2004). Es así como se fusionan los preceptos teóricos y empíricos dando como resultado esta versión reformulada en la cual se conservan los fundamentos principales del CCRT de Luborsky pero con una lógica unificada.

Esta versión final del CCRT-LU cuenta con 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel; 30 categorías de nivel medio, 119 subcategorías y las dos clases de armonioso y no armonioso. La subdivisión de si la función recae en el sujeto o en el objeto también es

diferente a la del método tradicional; es decir que los deseos y las respuestas se dividen en ocho componentes en vez de cuatro [véase Tabla 17, (Albani et al., 2002)].

Tabla 17. Componentes del CCRT-LU

DESEOS				RESPUESTAS			
Deseo del otro (DO)		Deseo del sujeto (DS)		Respuesta del otro (RO)		Respuesta del sujeto (RS)	
DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
El otro debería hacerse a sí mismo o a otro	El otro debería hacerme a mí	Yo quiero hacer al otro	Yo quiero hacerme a mí mismo	El otro hace a sí mismo o a otro	El otro me hace a mí	Yo hago al otro	Yo me hago a mí mismo

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

Cada uno de los componentes es codificado a partir de una misma lista de predicados de estructura lógica organizada jerárquicamente. Tanto los Deseos como las Respuestas se ajustan a la misma lista de categorías. La evaluación de las categorías “hechas a medida” se realiza comenzando por las categorías de alto nivel o *cluster*, después se asigna una categoría de nivel medio y por último se ajusta a una categoría de nivel inferior o subcategorías; este tipo de evaluación es denominado de arriba-abajo.

Las principales ventajas que presenta este sistema de categorías son su base empírica y teórica; la estructura lógica y simétrica; y la facilidad de aplicación y de aprendizaje. Esto justificó la conveniencia de elaborar la traducción al castellano (ver anexo 2) y la validación de la lista de predicados y del procedimiento (López del Hoyo, Ávila-Espada, Pokorny y Albani, 2004); agregando la “S” a las iniciales “LU” para hacer referencia tanto a la Universidad donde se desarrolló (Salamanca) como al idioma. Consecuentemente se eligió esta versión para aplicarlo en esta investigación, la cual aspira a contribuir en la última etapa del proceso de validación del CCRT-LU-S (López del Hoyo & Ávila- Espada, 2004).

5.3.1 Evaluando el CCRT LU. Guía Breve

- 1.- Transcribe la sesión (O convence a alguien para que lo haga por ti).
- 2.- Identifica en el material clínico los episodios de relación (ER). Un episodio de relación, se definen como una interacción breve entre el sujeto (paciente) y el objeto (el otro en relación), en un contexto de tiempo y espacio determinado.

3.- Identifica los componentes, el Deseo puede ser explícito o implícito (D) y las Respuestas (R). Existen 8 componentes, 4 para el Deseo (DOO, DOS, DSO, DSS) y 4 para las Respuestas (ROO, ROS, RSO, RSS). Las dimensiones que son más importantes son la que incluye al sujeto.

4.- Define las categorías *tailor-made* o “hechas a medida”. Las cuales corresponden a una sola categoría, y son las descripciones que se obtienen del texto original.

5.- Determina las categorías estándar correspondientes, siguiendo el procedimiento de arriba – abajo: 13 *Clusters* – 30 categorías – 119 subcategorías.

6.- Determina la valencia de la reacción en positiva (reacción que el sujeto desea) o negativa (reacción que el sujeto no desea).

7.- Elabora la formulación final del CCRT-LU. Son los deseos y Respuestas más frecuentes.

8.- Analizan cualitativa y estadísticamente los datos.

5.4 Procedimiento e ilustraciones del CCRT-LU-S

En este apartado se ejemplificará el procedimiento del método CCRT-LU-S, a uno de los cinco casos de esta investigación. Para dicho fin se eligió el caso de Trinidad y los episodios de relación presentados fueron seleccionados de manera aleatoria de las 2 primeras entrevistas. En primer lugar se analizarán los 10 ER, posteriormente se vaciarán los datos a la hoja de evaluación del CCRT y finalmente se hará el recuento de las frecuencias para obtener el CCRT de esta paciente.

PASO 1. Identificación de los episodios de relación

En este primer paso se analizan conforme al método expuesto (ver guía breve de este capítulo), los episodios narrados por el paciente.

Caso: 01

Clave: Trinidad

Sesión: Entrevista 1

Fecha: 3-11-05

Observaciones: transcripción literal de la grabación

Juez 1

Episodio de relación: 1

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Padres

Tiempo: pasado

Valoración: 3.5

2. Determinar los Componentes del ER

P: Porque, pues ya tiene 28 años que murió, o sea, de alguna manera también pues ya son muchos ¿no? pero... Yo es una cosa, yo no sé qué, en dónde está eso que me preocupa o me ocupa: la muerte. Siempre me ha preocupado y me llama mucho la atención, por ejemplo, cuando hay algún programa que tiene que ver con la Tanatología, a mí me gusta mucho escucharlo, como si quisiera en realidad saber ¿dónde está mi papá? o ¿dónde está mi mamá? o ¿cómo es el proceso? Para mí en mi fe se va con Dios; por ejemplo, como al mes que murió papá, él no quería que lo cremaran; y yo no le miento, como 5 años antes de que se murieran, [lo hice que firmara un papel, donde me decía: que sí, que lo cremaran (**P-RSO-B11**)]; porque [mi mamá me decía que quería que los dos estuvieran juntos (**P-ROS-B11**)]. [Y le digo: Papá pero cómo te vas a sepultar tú y de mi mamá se van a quedar sus cenizas en una caja, van a estar separados (**P-RSO-B11**)], y [yo quiero que estén juntos (**DSO-C11**)] y [ustedes también quieren estar juntos (**DOO-C11**)], entonces ¿me firmas un papel?>>>, en un plan un tanto como jugando ¿no?

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

DOO-C11/ DSO-C11/ P-ROS-B11/ P-RSO-B11
--

Episodio de relación: 5, sueño

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Padre

Tiempo: Pasado

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

Y cuando él muere, como a los 15 días o 3 semanas, estaba recién, este, lo soñé; pero recuerdo perfectamente el sueño: Él estaba acostado como en una especie de lugar así plano completamente, sin almohada sin nada; pero no me daba la cara, sino que estaba en una posición como de perfil hacia donde yo estaba; entonces le decía, me decía él, [le decía yo: <<¿Cómo estás?>> (P-RSO- A11)], y [me decía él: <<Bien>> (P-ROS-C33)]; y [le preguntaba yo: <<¿Ya viste a Dios?>> [(DSO)-C11)]; y [me decía:<<Ya>]; y [le decía:<<¿Te dolió que te quemaran?>> (P-RSO- A23)]; y [me decía: <<No sentí nada, no me dolió>> (P-ROS- C33)]; [y luego de repente de él salía: <<Aquí la luz es más luminosa que una mañana de enero>> (P-ROS-B12)], y yo me quedaba así ¿no? oyéndolo, y desperté. Y por esos días me iba a Pachuca a traer plata y yo nunca, nunca, había visto una mañana de enero, le soy sincera; porque no me había fijado, porque era muy temprano cuando me iba a Pachuca; de hecho estaba a las 6 de la mañana, 6:30 en la central y esa mañana era enero y... vi la luz del sol saliendo, y me quedé pensando: si él me dijo que era más luminoso que esto, ha de ser bellissimo; porque yo ¿de dónde saqué eso?, por mucho que hubiera querido estar inventando, pues dicen que Dios es una luz maravillosa, de dónde saqué que coincidiera con una mañana de enero. Y lo escribí, lo tengo escrito en un libro donde tengo ese sueño porque siento que es como muy importante, como que [él me dijo que estaba bien, se vino a despedir de mí y a la vez me dijo que no le dolió que lo hubieran (quema...)], cremado perdón, no sé, para mí fue algo como que me devolvió un poquito, pues tanta tristeza que tenía, de que me hubiera dejado, [(DOS)-C12].

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

(DOS)-C12/ (DSO)-C11/ P-ROS-C33/ P-RSO- A11, P-RSO- A23

Episodio de relación: 6

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Padre

Tiempo: Pasado

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

P: Estaban todos pero...no sé. Al momento que él murió, el amigo de mi hermano que es médico, se me quedó viendo. Yo me recargué en una pared, y se me quedó viendo y me hizo así... que ya no había nada que hacer; y yo le dije: <<Que sí, que estaba bien, que estaba bien, que lo dejara>>, porque seguían dándole masaje pero ya se había parado su corazón porque yo le había tomado la presión hacía 5 minutos y no se le oía. [Entonces me salí del cuarto y dije: <<Voy a hacer lo que tengo que hacer, voy a hacer lo que tengo que hacer>>, y me subí a la recámara, tomé el teléfono y hablé a la funeraria (**P-RSS-D21**); y [después me dolió mucho porque dije:<<¿Por qué lo saqué tan rápido de la casa? (**N-RSO-F11**)], [lo hubiera dejado otro rato>> [(**DSO-C11**)]. [Todos estaban como confundidos, como que nadie hacía nada (**N-ROO- F22**)]. [Y él siempre me había dicho que tenía que hacer cosas que eran difíciles, como él, que hizo lo mismo con su mamá (**P-ROS- B11**)]. Luego mi hermano me dijo: <<Te acompaño para que escojamos la caja y la urna>> y cosas así y ya nos fuimos.

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

(DSO)-C11/ N-ROO- F22/ P-ROS- B11/ N-RSO-F11/ P-RSS-D21

Episodio de relación: 8

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Madre

Tiempo: Pasado

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

P: Bien, bien y a la vez mal. Bien porque decía: <<Pues son mis papás y yo los quiero>>, pero mal también porque de repente era muy pesado, era muy pesado, este, verlos como se fueron acabando poco a poco y pues no poder hacer nada. Como que había impotencia, como que de repente [quería traer un doctor de no sé dónde, para que me dijera que todo iba a estar bien (**DSO-C11**)], pero pues no. Un día le pregunté a mi hermano que, qué pensaba, que, ¿cuánto tiempo le quedaba a mi mamá?, y me dijo: <<Pues, yo calculo como 2 años, más o menos>>. También con ella tuve momentos feos ¿no?, al principio cuando yo no sabía que, que este, que estaba ella como mal ya. Le empezaban a dar como una especie de... como si tuviera letargo, se quedaba como medio dormida, como confundida, y le llevé su desayuno y no se lo comió; entonces cuando regresé, tenía yo en ese tiempo un *Kinder* en la casa, cuando regresé [le pregunté: <<Por qué no te lo comiste>> (**P-RSO-A23**)] y [se me quedó viendo con cara como diciendo: <<¿Qué?>> (**N-ROS-M32**)], [entonces le dije: <<Tú desayuno mamá, por qué no te lo comiste>>, entonces aventé el plato con todas mis fuerzas, lo aventé por allá ¿no?, se tiró toda la comida, ¡ay no sé! Era como que tuviera coraje de que estuviera enferma (**N-RSO-H16**)], pero en ese momento, no sé [sentí muy feo lo que hice (**N-RSS-F11**)]

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

DSO-C11/ N-ROS-M32/ P-RSO-A23, N-RSO-H16/ N-RSS-F11

Episodio de relación: 9

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Padre

Tiempo: pasado

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

P: Yo siento que mi papá era mi amigo. Cuando me embaracé y les dije a mis papás, mi mamá me dijo que era una ¡maldita! que ¿por qué les había hecho eso?, que a mi papá le iba a subir la presión y me dijo que me fuera; y me fui con mi hermana a su casa. Y como a los 15 días [me habló mi papá y me dijo: <<Vieja, ven para acá>> (**P-ROS- B11**)], porque nos decía vieja, en lugar de hija, [<<vieja ven para acá porque te voy a dar dinero para que te compres ropa, la vas a necesitar (**P-ROS- B23**)]. Ya vente para acá, para tu casa>>. Y cuando llegué, [me puso una mano aquí (la cabeza), ese era un cariño, que él era lo único que hacía (**P-ROS- C11**)], y [me dijo: <<Yo no soy nadie para juzgarte>> (**P-ROS-B12**)] Y desde ahí él siempre fue el papá de Susana, pero más que papá, era mi amigo.

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

P-ROS- B11,B12,B23,C11

Episodio de Relación: 10

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Amigo Miguel

Tiempo: Pasado

Valoración: 4.5

2. Determinar los Componentes del ER

P: Yo conocí a esta persona, se llama Miguel, este, en el 72. Yo decía, bueno, pues me gusta, es guapo y me ilusioné yo solita, yo me creé mis fantasías, entonces empecé a tratar como de buscarlo y pues obviamente entre los amigos, porque éramos un grupo de amigos en la colonia, pues alguien le dijo: Le gustas a Trinidad. Y un día, me acuerdo, un 6 de diciembre, [me dijo que si quería ser su novia (**P-ROS-C23**)], y me subí a un carro con otros dos amigos que iban adelante, y [yo le dije que sí (**P-RSO-C11**)]. [Yo toda ilusionada ¿no? (**P-RSS-C34**)] y [me dio mi primer beso, me acuerdo (**P-ROS- C43**)], [y yo estaba como flotando entre nubecitas [(**DSO**)-**C21**]], [pero me dice: <<Bájate del carro porque nada más te dije que si querías ser mi novia, porque me dijeron que te gustaba, pero tú a mí no me interesas, bájate del carro y lárgate>> (**N-ROS-L11**)]. [Y me acuerdo que me fui (**N-RSS- M12**)]. Y de ahí empezó una especie de juego para él, y algo que yo acepté, que era que me buscaba y le decía que sí, pero después me decía lo mismo de siempre ¿no? Eso duró a través de 6 años, 6 años duró una cosa que nunca fue relación, que nunca fue nada. Y un día sin que hubiera lo que yo pensaba, o lo que yo sabía que era tener relaciones sexuales, porque no hubo penetración, me embaracé la primera vez que tuvimos ese contacto, y ya.

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

(DSO)-C21/ P-ROS-C23, P-ROS-C43, N-ROS-L11/ P-RSO-C11/ P-RSS-C34, N-RSS- M12
--

Episodio de Relación: 1

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Terapeuta

Tiempo: Presente

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

P: Como que [ayer me sentí un poquito nerviosa, no sé si de todo lo que platicamos se remueven muchas cosas ¿no? (N-RSS-F23)].

T: Se sintió nerviosa cuando se fue.

P: En la noche, como desde las 7:00 de la noche. [Ahora me ha dado que somatizo me da como...cómo le llama el Cardiólogo, arritmia y me dice que es por la cuestión emocional y por la cuestión hormonal que porque no tengo nada en el corazón, pero pues de alguna manera me doy cuenta de eso; y también en el estómago me ha dado gastritis, ya tengo como un mes que estoy mal del estómago, y me están dando medicina (N-RSS-M33)] pero pues dice mi hermano: <<Mientras no controles los nervios no sirve que te esté dando nada>>

T: Se sintió nerviosa como a las 7:00 y dice que fue por todo lo que platicamos...

P: [Yo siento que de alguna manera sí, porque no hay otra razón (P-RSO-A21)]. Por ejemplo, hay veces que me pasa esto de que me pongo muy nerviosa cuando me va a bajar la regla, entonces, unos días previos, unos 5 días y pues me siento mal, pero ya sé que es por eso; pero ahorita no hay ninguna causa que yo pueda decir. [Hasta en la noche me quedé pensando, fue por eso por lo que platicamos. [De alguna manera hay cosas que se van quedando ahí y ya no las saca uno porque sabe que toda la familia lo sabe (N-RSS-M14)].

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

P-RSO-A21 /N-RSS-F23, NRSS-M33, NRSS-M14
--

Episodio de Relación: 5

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Hermano

Tiempo: Pasado

Valoración: 4.5

2. Determinar los Componentes del ER

P: Es que lo que sucede cuando mi papá murió, me imagino yo, yo me imagino, no nunca lo ha dicho él abiertamente. [Él le dijo algo a mi papá, en el momento que él acababa de fallecer (**P-ROO-B11**)]. [Yo lo volteé a ver a él, a Everardo, [y yo siento que como una niña así chiquita le agarré el cuello y le dije: <<Ahora tú eres mi papá (**P-RSO-B11**), ya no está mi papá, ahora tú eres mi papá porque eres el mayor>>]. Pero [yo quería decírselo como a nivel emocional ¿no?, nada más que me cuidara (**DOS-C11**) ¿no?] [y él lo tomó también como a nivel de que tengo que ver por ellas (**P-RSO-B11**).] Entonces como estábamos solas sin habernos casado, [pues entonces dijo: <<Se van a venir para acá para Tecamachalco>> y de alguna manera desde ahí siempre manipulando, ha estado manipulando todo (**N-RSO-K11**)]. [Pero yo como que me he liberado de él un poco], [no digo que totalmente pero ya no me dejo que me diga lo que voy a hacer o si voy acá o si no voy (**P-RSO-M11**)]. Por eso ahorita como que confundí las palabras porque digo mi papá mi...

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

DOS-C11/ P-ROS-B23, N-ROS-K22/ P-RSO-B11, P-RSO-M11

Episodio de Relación: 6

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Sujeto

Tiempo: Presente

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

Me acuerdo que en ese tiempo era mucho, eran ocho mil pesos lo que ganaba mi papá y nos alcanzaba para todo. Y ahora no sé me espera, por eso digo que he llegado a un límite ¿no? porque no puede seguir así, [no puedo seguir sintiendo lástima de mi misma [(DSS)- C33)], si todavía puedo hacer cosas, no sé; hay gentes que no tienen piernas y andan luchando en el metro en un montón de partes ¿no? [Y digo: <<Por qué si yo puedo no lo hago (N-RSS-F22)], [por qué tengo miedo, o es flojera, o es pereza o no sé qué es>> (N-RSS-F21)]. Le digo a mi hermana como que si de repente [siento que, que las pilas no tengo, simplemente no me quiero levantar (N-RSS-E22)] y... y le pido a Dios perdón porque no me levanto, porque no hago lo que debo de hacer (N-RSS-F11). [Pero pues no sé, no sé si como digo, si yo misma, como que yo misma me... como se dice la palabra; como que yo misma me corto las alas, como que yo misma me hago daño como que yo misma me bloqueo, bloqueo todos los caminos, todas las salidas, no lo sé (N-RSS-E11)].

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

(DSS)- C33/ N-RSS-F22, F21, E22, F11, E11

Episodio de Relación: 7

1. Identificando los episodios de relación

Características del ER:

Objeto: Pareja

Tiempo: Pasado

Valoración: 4.0

2. Determinar los Componentes del ER

T: El papá de Susana ¿no? pero ¿cómo fue ese tipo de relación, hubo más o sólo fue la única que usted tuvo?

P: No, o sea, con él terminó ahí la historia ¿no? nunca más tuve nada que ver ni nada. Y luego a los 6 años conocí a... ¿a los 6 años? no es cierto, Susana tenía 8 meses, conocí a un muchacho que se llamaba Luis y al año que lo conocí empezamos a tener relaciones, pero siempre fueron como haga de cuenta, hacerlo por querer complacer a la otra persona, no por mí; y siempre...bueno ese caso [esa otra persona era muy egocentrista pero nada más se importaba él y me decía, fijate que me pasó esto, me pasó esto, me pasó esto, me pasó esto, o sea, siempre era él, él, él, él (N-ROS-123)] y [cuando yo quería decir pero fijate que yo (DSO-C33)]; [no, no me pelaba (N-ROS-J11)]. Duramos así como 4 o 5 años y después empezó a desgastarse la situación porque él tenía otras personas y yo sabía y [me empezó a desilusionar y dije: <<Ya no>> y se acabó (N-RSO-H15)].

3. Formulación del Tema Central de Conflicto (CCRT):

DSO-C33/ N-ROS-123, N-ROS-J11/ N-RSO-H15
--

PASO 2. Hoja de resumen de los episodios de relación

Es importante capturar de manera adecuada los datos que se obtengan, ya que esto servirá a la hora de analizar los datos estadísticamente (véase Tabla 18).

Tabla 18. Hoja de Evaluación del CCRT (Resumen de todos los episodios)

Sesión	# ER	Comp.	Objeto	Tiempo	Categoría	Val.	Imp.	Tailor made
E1	4	1	Padres	Pasado	P-RSO-B11	P		Convencerlo para que aceptara cremarse
		2			P-ROS-B11	P		La mamá le expresaba su deseo
		3			P-RSO-B11	P		Convencerlo de que se cremara
		4			DSO-C11			Deseo que mis padres estén juntos
		5			DOO-C11			Los padres desean estar juntos
E1	5	1	Padre	Pasado	P-RSO- A11	P		Me interesaba saber cómo se encontraba
		2			P-ROS-C33	P		Se sentía bien
		3			(DSO)-C11		I	Deseo saber si esta bien
		4			P-RSO- A23	P		Me interesaba saber si había sufrido
		5			P-ROS- C33	P		Me decía que estaba bien
		6			P-ROS-B12	P		Me alentaba con sus palabras
		7			(DOS)-C12		I	Me consoló soñar con él
E1	6	1	Padre	Pasado	P-RSS-D21	P		Tuve que ser fuerte
		2			N-RSO-F11	N		Me arrepentí de velarlo tan rápido
		3			(DSO)-C11		I	Me hubiera gustado estar más tiempo con él
		4			N-ROO- F22	N		Mis hermanos estaban confundidos
		5			P-ROS- B11	P		Me alentó a ser fuerte
E1	8	1	Madre	Pasado	DSO-C11			Cuidar a su madre
		2			P-RSO-A23	P		Estaba interesada en saber qué le pasaba
		3			N-ROS-M32	N		Ella tenía síntomas de la enfermedad
		4			N-RSO-H16	N		Me enfadé con ella
		5			N-RSS-F11	N		Me sentí mal por lo que le hice a mi mamá
		1	Padre	Pasado	P-ROS- B11	P		Me convenció de regresar a la casa
E1	9	2			P-ROS- B23	P		Me ayudó a comprar cosas que necesitaba
		3			P-ROS- C11	P		Me demostró su cariño
		4			P-ROS-B12	P		Me apoyó
E1	10	1	Amigo	Pasado	P-ROS-C23	P		Me propuso tener una

							relación de noviazgo
		2			P-RSO-C11	P	Acepté porque me gustaba
		3			P-RSS-C34	P	Me ilusioné
		4			P-ROS- C43	P	Él me besó
		5			(DSO)-C21		Deseaba enamorarme
		6			N-ROS-L11	N	Me trató mal, me humilló
		7			N-RSS-M12	N	Me retiré y me fui
E2	1	1	Terapeuta	Presente	N-RSS-F23	N	Me sentí nerviosa
		2			N-RSS-M33	N	Tengo varios síntomas de enfermedades
		3			P-RSO-A21	P	Toma en serio la plática con la terapeuta
		4			N-RSS-M14	N	Le es difícil hablar sobre la muerte de sus padres
E2	5	1	Hermano	Pasado	P-ROO-B11	P	Mi hermano le dijo a mi padre
		2			P-RSO-B11	P	Yo le dije a mi hermano que él era mi papá
		3			DOS-C11		Deseo que mi hermano me cuide
		4			P-RSO-B11	P	Me apoyó emocionalmente
		5			N-RSO-K11	N	Me ha manipulado y controlado
		6			P-RSO-M11	P	He intentado poner mis límites con él
E2	6	1	Sujeto	Presente	(DSS)- C33		I Deseo sentirme bien
		2			N-RSS-F22	N	Me siento confundida por mi forma de actuar
		3			N-RSS-F21	N	Tengo miedo
		4			N-RSS-E22	N	Me siento con pereza, apática
		5			N-RSS-F11	N	Me siento culpable
		6			N-RSS-E11	N	Yo misma me siento infeliz
E2	7	1	Pareja	Pasado	N-ROS-123	N	Mi pareja era egoísta
		2			DSO-C33		Yo deseaba sentirme bien con la relación
		3			N-ROS-J11	N	Él me ignoraba
		4			N-RSO-H15	N	Me ofendió su actitud

PASO 3. Recuento de las frecuencias

Los datos se analizan de manera descriptiva o inferencial. Se presenta una matriz donde se han puesto las frecuencias de cada componente para obtener el CCRT final de la paciente (véase Tabla 19).

Tabla 19. Matriz del CCRT en la Fase Inicial (frecuencias)

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
A							4	
B					1	6	4	
C	1	2	6	1		5	1	1
D								1
E								2
F					1		1	5
G								
H							2	
I						1		
J						1		
K							1	
L						1		
M						1	1	3

PASO 4. Obtención del Tema Central del Conflicto Relacional

El Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT), se obtendrá al reunir el deseo, la reacción del objeto y la reacción del sujeto que aparecen con más frecuencia (véase Tabla 20).

Tabla 20. Formulación del CCRT en la Fase Inicial

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	C	C	B y F	B	A y B	F
Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Apoyar / Estar insatisfecho, Estar asustado	Apoyar	Atender a / Apoyar	Estar insatisfecho, Estar asustado

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y amarme a mí misma; el otro me apoya, yo lo atiendo y le apoyo y me siento insatisfecha y asustada.*

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN CLÍNICA Y SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS UTILIZANDO EL MÉTODO CCRT-LU-S

*La muerte es una vida vivida.
La vida es una muerte que viene.
Jorge Luis Borges
(1899-1986)*

En este capítulo se presentarán los cinco casos de psicoterapia focal y de tiempo limitado, que asumió los objetivos clínicos de trabajar con la elaboración del duelo. A continuación se presentará tanto el material clínico, así como la investigación que se desarrolló de manera independiente a la psicoterapia, en donde se aceptó que el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) se mostraría sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejarían en cambios estructurales en el patrón central de conflicto relacional.

A) Algunos antecedentes culturales y antropológicos de México

En este apartado se empezarán señalando las diferencias culturales y antropológicas de la población con la que se trabajó, ya que existen contrastes sobre la forma en que los mexicanos enfrentan la aflicción del duelo con los ritos y tributos a la muerte. Antes de entrar en materia sobre la identidad del mexicano se hará referencia a los perfiles de Octavio Paz (1950), que en *El laberinto de la soledad*, señala que la identidad del mexicano se encuentra en pugna. Menciona dos figuras importantes para la formación de dicha identidad: Por un lado se encuentra la imagen de la Virgen de Guadalupe, que sirvió como ícono de la mezcla entre las creencias indígenas y la religión católica y es importante en México. Por otro lado existió *Malinche*, nativa que ayudó a Hernán Cortés a conquistar México. Desempeñó papel importante en la Conquista de México-Tenochtitlan porque trabajó de intérprete; además, unió relación con Cortés y tuvo un hijo con él. Octavio Paz describe cómo estas representaciones femeninas, la virgen en imagen y la indígena manipulada, demuestran las contradicciones de la «mexicanidad.»

México es un país rico en cultura y tradiciones y uno de los principales aspectos que conforman su identidad es la concepción que se tiene sobre la muerte y creencias que giran en torno a ella. La muerte es símbolo y realidad que ha causado admiración, temor e incertidumbre al ser humano a través de la historia. En diversas culturas se han generado creencias en torno a la muerte ya sea para venerarla, honrarla, espantarla o para burlarse de ella. Así, el significado de la muerte se define socialmente, y la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto reflejan la influencia del contexto social en donde ocurren. Diferentes culturas manejan el problema de manera distinta y las diferencias son impuestas por el muy personal concepto de muerte de cada quien.

Tizón (1988, 1995) refiere que según el punto de vista de la psicología y el psicoanálisis basados en la relación, los procesos de duelo, básicamente mentales, pueden dar lugar o no a conductas expresivas de tal situación intrapersonal. “Así, ante la pérdida de, por ejemplo un ser querido, hay quien la exterioriza en el *luto* y los rituales sociales correspondientes. Pero también hay personas (y culturas) que tienden más bien a no exteriorizar en comportamientos el sufrimiento interno por la pérdida: el sujeto doliente, afligido, se encierra más o menos en sí mismo y elabora casi sin ayuda aparente toda esa serie de sentimientos y emociones que acompaña a la pérdida”(Tizón, 2004, p. 22- 23).

En la sociedad occidental el luto ha dejado de ser una costumbre donde se especificaba indumentaria, comportamiento y límites de interacción y tiempo. Muchas de las dificultades actuales para recuperarse de la pérdida de un ser amado se debe, en parte, a la ausencia de rituales establecidos y patrones estructurados de duelo. La interacción social es un elemento central que permite que el deudo comience a reconstruir su realidad con un significado e identidad en la vida. Sin embargo, existen culturas en donde los procesos externos y sociales, son de gran influencia cultural para la acomodación social y psicosocial del duelo y un gran ejemplo es la cultura mexicana, en donde siguen existiendo rituales funerarios, y tienen que ver con la preparación del cuerpo del difunto, la ceremonia y el duelo.

La relación del mexicano con la muerte es especial, y por eso año tras año se celebra la festividad del “Día de Muertos”. Los orígenes son anteriores a la llegada de los españoles y existen registros de celebraciones en las etnias mexica, maya, purépecha y totonaca. Los rituales que celebran la muerte de los ancestros se realizan en estas civilizaciones desde hace tres mil años. Esta celebración mexicana de origen prehispánico coincide con las

celebraciones católicas del Día de los Fieles Difuntos y todos los Santos, y como dato importante, la Unesco ha declarado la festividad mexicana como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.

En la tradición mexicana se cree que la muerte, específicamente la memoria de los fieles difuntos, da un sentido de identidad, ayudando a arraigar la cultura y la comunidad. Esta conspicua y perenne compañera, a la cual se le conoce como “la Catrina”, asocia paradójicamente, el placer de vivir ante la inminencia de la muerte. La doble identidad de “la Catrina” recuerda que la vida es aquí, ahora y eternamente, como la música y las artes. Hay que destacar que esta celebración no es de todos los mexicanos y pese a ser un símbolo nacional y que como tal es enseñada (con fines educativos) en las escuelas del país, existen muchas familias que celebran el “Día de todos los Santos” como en otros países católicos.

La fuerte influencia de los Estados Unidos de América en zonas fronterizas, se evidencia con la fiesta conocida como *Halloween*, la cual se celebra cada año con más frecuencia. De ahí también que exista inquietud entre los mexicanos de querer preservar el Día de Muertos como parte de la cultura mexicana sobre otras celebraciones parecidas. Todos estos ritos se realizan en compañía de la familia, ya que ésta es un gran soporte cuando se enfrenta la pérdida de un ser querido. Estas tradiciones siguen vivas en las familias mexicanas.

B) Contexto de las intervenciones

Los casos presentados fueron trabajados en un centro de atención psicopedagógico perteneciente a una Universidad privada. Los servicios que se prestan en dicho centro son tanto para el alumnado y personal de dicha institución, así como para la población externa que requiera del servicio.

Los casos de investigación se realizaron después de un diplomado de psicoterapia breve, que constó de 100 horas en total entre teoría y supervisión. La selección de los pacientes se hizo conforme a los criterios del protocolo de investigación de dicho diplomado. El coordinador de la clínica realizó la primera entrevista a l@s pacientes que solicitaban el servicio de atención psicológica para detectar si eran candidatos a esta modalidad de intervención y canalizó estos cinco casos en los que detectó duelo a trabajar con un mismo psicoterapeuta.

El terapeuta trabajó con un modelo focal y un modelo breve, combinando aspectos de Balint, Malan y Levenson. En esta intervención combinada, el encuadre propuesto fue delimitado a 15 sesiones, en donde las dos primeras sesiones se dedicaron a la entrevista y se planificó un seguimiento al mes. La frecuencia de sesiones fue de una vez por semana con duración promedio de 50 minutos cada una. La estrategia de tiempo limitado se hizo presente desde el principio de la intervención, subrayando que la terapia finalizaría en la sesión 14, induciendo mediante la puntuación del tiempo el foco en la terminación, operador especialmente relevante en una intervención sobre duelo. Las sesiones fueron videograbadas, con consentimiento expreso de los pacientes y con las garantías de confidencialidad necesarias.

6.1 El caso Trinidad: Pérdida de los padres

6.1.1 Ficha de identificación

Nombre: Trinidad

Edad: 48 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Lugar de Origen: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Ocupación: Maestra

Tratamiento: Del 14 de noviembre del 2005 al 13 de enero del 2006

6.1.2 Plan de tratamiento

Foco de trabajo

La elaboración del duelo no resuelto por la muerte de los padres siete años atrás, a partir de trabajar las emociones ambivalentes (amor-odio), de vacío, dependencia y culpa, y teniendo en cuenta como foco complementario el trabajo de la ansiedad de separación.

Metas

Que la paciente con agudos sentimientos de soledad, indefensión y miedo, deje de comportarse como una víctima, anhelando siempre el apoyo de los demás (dependencia) y pueda reafirmar las herramientas con las que cuenta para resolver sus asuntos como una mujer adulta y de esa forma enfrentarse a la pérdida de los padres.

Que la experiencia en la terapia le permita darse cuenta que si se presenta como una niña necesitada y frustrada obliga a los demás a comportarse como unos padres castrantes.

6.1.3 Evaluación clínica

Inicial

Trinidad es una mujer de 48 años que refiere haber sido diagnosticada con “neurosis depresiva” en su juventud y desde ese momento no ha dejado de estar bajo supervisión psiquiátrica. Acudió de urgencia al Servicio de Atención Psicológica de la Comunidad refiriendo que los síntomas de miedo, tristeza, decaimiento e impotencia experimentados anteriormente se habían agudizado a partir de la muerte de ambos padres siete años atrás, <<Desde que se murieron mis papás se ha agudizado todo, desde que nos quedamos solas. Yo no me casé, yo no tuve una pareja como para vivir con ella, entonces lo que hice fue estar siempre al cuidado de ellos>>.

Antes de experimentar la pérdida de los padres se sentía emocionalmente estable por lapsos que oscilaban entre uno y dos meses y los sentimientos de tristeza y desgana se manifestaban esporádicamente con una duración no mayor a tres días; sin embargo, ahora la intensidad de los síntomas es más frecuente y aguda.

Un segundo motivo de consulta influyó también para solicitar terapia: mencionó que desde que los padres empezaron a enfermar y necesitar cuidados intensivos, ella se dedicó a beber y fumar los fines de semana, con el fin de relajarse. Ahora esto se ha convertido en un hábito que realiza desde hace 12 años y del cual se encuentra ya cansada, lo define como un ritual necesario de realizar antes de ir a dormir. <<Es la agarradera de mi soledad, de mí por qué no hice nada, si tengo piernas, brazos, pienso, por qué no puedo ser feliz. Yo me acuerdo que soñaba con ser alguien que tuviera unos compañeros en una oficina, que fuera exitosa, que tuviera cosas así; ¡qué yo podía hacerlo! sin embargo a todo le tengo miedo>>.

En la historia de la paciente se encuentran otras pérdidas significativas y que anteceden a la muerte de los padres. Ella es la penúltima de ocho hermanos, tres mujeres y cinco varones, de los cuales fallecieron dos a la hora del nacimiento y otro a la edad de veinticuatro años debido a una deficiencia cardíaca; éste era el que la antecedió en la línea fraterna a T. La paciente recuerda que estas pérdidas influyeron en el estado anímico de la madre y en el tipo de relación afectiva que T. fue construyendo con ella. Refirió haberse sentido doblemente desplazada con el nacimiento de la hermana menor y con los cuidados excesivos que le

prestaban al hermano que tenía deficiencias en su salud. Recuerda haber sido una niña temerosa, la cual se aferraba fuertemente al vestido de la madre en aquellas situaciones que le resultaban angustiantes y señaló que sólo conseguía la atención de los padres si presentaba algún síntoma de enfermedad.

En la adolescencia hubo desequilibrio escolar y emocional. La primera relación amorosa la describió como inestable y humillante para ella; sin embargo mantuvo la relación durante seis años quedando embarazada al experimentar su primer acercamiento sexual. La pareja con el cual procreó el hijo no quiso hacerse responsable, alegando que tal vez ese niño no era de él. T. fue madre soltera y quedó al cuidado de sus padres, viviendo dentro del seno familiar.

La etapa de embarazo la vivió encerrada en casa y con una mezcla de sentimientos que iban desde el miedo a ser madre hasta el sentirse una mala persona por lo que había hecho. Fue objeto de varias críticas por parte de los miembros de la familia, en específico del hermano. Se acrecentó el distanciamiento con la madre y se estrechó la relación con el padre, el cual fungió como figura paterna para el hijo de T., *<<Yo siento que mi papá era mi amigo. Cuando me embaracé y les dije a mis papás, mi mamá me dijo que era una ¡maldita! y me corrió de la casa. Me habló mi papá y me dijo: “Vieja, ven para acá -- porque nos decía vieja en lugar de hija -, yo no soy nadie para juzgarte”. Y desde ahí él siempre fue el papá de mi hijo; pero más que papá, era mi amigo, y yo sentí que cuando se fue, no nada más se fue mi papá sino todo lo que él representaba>>*.

Aunque tiene recuerdos de la infancia de haber sido una niña temerosa, este sentimiento sigue siendo una constante en su vida. Afirma que muchos de sus síntomas se agravaron después del nacimiento de su bebé. Siendo ya una adulta, acudió al psiquiatra, por recomendación del hermano mayor, el cual se dedica al área de la salud. Fue medicada con ansiolíticos y antidepresivos (Tribal, Ribotril) los cuales hasta la fecha sigue tomando (Efexor) en combinación con el alcohol y por ese motivo han aparecido otras afecciones físicas, como temblor de una de las manos. No terminó su tratamiento de psicoterapia con el psiquiatra y posteriormente acudió a otras instituciones para recibir tratamiento, sin concluir ninguno.

La paciente siempre vivió en casa de los padres y fueron ellos los que solventaron todos sus gastos. Trinidad ejerció varios roles en la casa, cuando los padres enfermaron y por acuerdo de todos los hermanos, ella fue la que se encargó de cuidarlos hasta el día en que fallecieron.

Describió tener una familia muy unida, aunque resaltó que los padres eran distantes afectivamente ya que no recuerda haber recibido caricias por parte de ellos.

Después del deceso de los padres, la paciente experimentó varias pérdidas en poco tiempo. Las afectivas le resultaron sumamente dolorosas y las materiales eran la representación de toda una vida construida junto a los padres. La columna y sostén de su vida se habían esfumado y se describía como una niña desvalida, asustada y confundida. Fue por ello que decidía pedir ayuda psicológica.

Final

La paciente ahora se enfrenta al término de su terapia y le asalta la angustia de saber si podrá enfrentarse al día a día sin este espacio, dice que le ha funcionado como una muleta y que puede ser difícil soltarla y empezar a dar sus propios pasos sin ayuda. En esta parte final del proceso trabajamos a la par el duelo como foco principal, y la ansiedad que se despierta por el término de la terapia como foco complementario.

Aunque el miedo sigue siendo una constante en el día a día de Trinidad, desea enfrentarse a la vida de manera más autosuficiente y está en la lucha de encontrar un trabajo que le permitirá liberarse de los sentimientos de inutilidad. La familia ha visto cambios favorables en ella, la notan mucho más feliz y ha encontrado una manera más saludable de vincularse con ellos.

La paciente reabrió capítulos de su vida que se encontraban clausurados :<<*Han sido unos días muy importantes ¿no? Como de muchos encuentros con el pasado, pero a la misma vez como ya dejándolo en paz, como ya diciendo: “Ahora quiero caminar de aquí para allá”, ¿no? Ya no estar volteando a ver todo lo que se quedó atrás*>>.

El sentimiento de perdón matizó esta última parte del proceso psicoterapéutico: el perdón hacia la madre por el distanciamiento afectivo del que fue víctima desde su infancia; el perdón que le pidió a su hija por la manera en que le controla la vida; el perdón hacia al padre de su hija por abandonarlas y el perdón hacia ella misma por desperdiciar su vida construyendo *tristezas prefabricadas*, como las llama ella.

La manera que encuentra de que este perdón sea genuino es demostrándose a sí misma que puede ser una mejor persona. Con respecto al duelo se liberó de la culpa que le generaba no ponerles excesiva importancia a los objetos que representaban los padres muertos. Los sentimientos ambivalentes hacia la figura de la madre se tornaron conscientes y comprensibles lo cual le permitió resignificar la relación enfermiza que había entablado con ella; de esta manera conectó sus pensamientos y emociones para poder elaborar el duelo no resuelto y dejar de lastimarse y lastimar de esa forma a la madre introyectada.

Encontró una nueva manera de vincularse con las personas perdidas a lo largo de su vida, no diciéndoles adiós sino reacomodándolas de tal manera que le permitan interesarse de nuevo por el mundo y así poder recuperar el tiempo perdido.

Seguimiento al mes

Sigue en la lucha por enfrentar la vida y no evadirla. Algunos síntomas físicos ya existentes, como la arritmia, la hipertensión, problemas gástricos y hormonales se han acrecentado en la paciente a un mes del término de la terapia. La presión arterial le ha subido y refiere que su cuerpo le esta diciendo que se encuentra preocupada por no saber donde encontrará un trabajo, con respecto a lo emocional, dice sentirse estable, aunque de vez en cuando aparecen sentimientos de tristeza los cuales relaciona ya a eventos particulares, sin embargo está consciente de ese sentimiento y se enfrenta a ella misma para cambiar ese estado de ánimo. Se encuentra buscando alternativas de trabajo, ya sea como asistente educativo en algún kinder, un trabajo de medio tiempo en algún establecimiento o establecer un negocio propio.

En cuanto al foco de trabajo, menciona que las culpas están superadas. Que aprendió a liberarse y liberarlos de la carga excesiva que les había puesto como padres después de muertos: <<*Pues aprendí que si estaba dándole a mis papás un poco una imagen de súper hombre y súper mujer, a pesar de que también criticaba sus faltas de cariño, de caricias... pienso que no fui la mejor hija pero como ellos no fueron los mejores padres... Ya no me hace preocuparme, o sobre preocuparme, u ocuparme; creo que ya en ese sentido tanto los liberé a ellos como me liberé yo*>>. T. quiere continuar en psicoterapia para poder trabajar con otras áreas de su vida. Este espacio psicoterapéutico fue muy gratificante para ella y mencionó que lo extrañaría; sin embargo, sabe que es importante enfrentar su vida de manera autónoma.

6.1.4 Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, sin recuperación interepisódica total, con patrón estacional [296.32]

Dependencia del alcohol, moderado, con dependencia fisiológica [303.90]

Eje II: No hay diagnóstico [V71.09], características de personalidad con tendencia a la dependencia

Eje III: Hipertensa, enfermedad cardiaca, enfermedad del sistema digestivo

Temblor postural de la mano inducido por medicamento [333.1]

Eje IV: Duelo por muerte de los padres [10]

Eje V: EEAG= 51 (en el ingreso)

EEAG= 61 (actual)

6.1.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales

Al principio de las sesiones la paciente presentaba resistencias y se cuestionaba la posibilidad de poder comprometerse en el tratamiento. La transferencia negativa; es decir, los sentimientos hostiles se presentaban en las primeras entrevistas. Mencionó que siempre dejaba las terapias ya fuera por miedo o por cuestión económica. De alguna manera estaba diciéndome que también podría dejar el proceso terapéutico que estábamos iniciando si se presentaba alguna manifestación de mi parte que le produjese la necesidad de querer huir. En este sentido tratamos de hacerle ver que no estaba en el afuera lo que le producía temor sino en ella misma y que juntas podíamos descubrir qué era. La alianza terapéutica se construyó sobre la comprensión de que había algo que le asustaba y que yéndose de las sesiones no lograría enfrentarlo.

Cuestionaba si era posible que pudiera desaprender todo lo que le habían enseñado en casa y le hacía daño, y que si en verdad podría dejar de tener miedo y dejar de ser la niña que siempre había sido. Aquí notamos que ya se estaba relacionando desde la adhesión y la

dependencia. Ponía en la figura del terapeuta la responsabilidad de responder acertadamente las incógnitas de su vida, así como en algún momento puso algunas decisiones importantes de su vida en manos de los padres. Mostraba una actitud pasiva frente a la vida. Al ver que el terapeuta no reaccionaba de manera condescendiente a dichas demandas surgió la transferencia de tipo ambivalente, igual que la que se originó en la infancia cuando los padres la frustraban en la demanda de sus deseos y en ella se manifestaba una agresión pasiva.

Podíamos sentir la angustia que manifestaba de querer obtener en el afuera las respuestas de lo que no podía rescatar internamente. Era importante para la paciente que le creyera su condición de víctima y en ese sentido manipular las veces que asistiría y el cobro de las sesiones.

La paciente se vinculaba con nuestro imago, al principio del tratamiento, a través de las enfermedades de su cuerpo y ello era una forma de pedir cuidado y protección, debido a que sus primeros objetos parentales le brindaron atención sólo cuando ella se encontraba indispuesta físicamente. Al involucrarme en su sintomatología, la transferencia positiva se manifestó en el sentido de que se sintió procurada y poco a poco encontró que había otras formas de relacionarse, el valor de la palabra tomaba otro tipo de importancia. Igualmente las afecciones somáticas estaban indicando que la elaboración del duelo se encontraba estancado, y ella presentaba los mismos síntomas que la madre.

Los sentimientos de ternura y hostiles se encontraban mezclados, la relación de amor y odio se encontró presente con respecto a las figuras de los padres, de los hermanos y la hija. Era una relación de cuidado y agresión que transfirió a las sesiones, en el sentido de que se preocupaba de su análisis pero saboteara los avances que había logrado. Idealizó la figura terapéutica mencionando que sabía que yo podía ayudarla. Tenía la esperanza de que en mí existiera un poder mágico y la omnipotencia para poder “curarla”. A lo que se le contestó que era un trabajo de dos el que se hacía y tenía que encontrar las herramientas para asimilar y elaborar que ese trabajo de encontrar las respuestas, en mayor medida le pertenecía a ella.

Mostraba resistencia para tomar las riendas de su vida e incluso enojo cuando no obtenía las respuestas que quería por parte del terapeuta. Parecía que no podía tomar decisiones sencillas y le resultaba vergonzoso no dejar de actuar de manera infantil. Los regalos que me otorgó fueron una demostración de afecto. Mencionó que los regalos eran una forma de agradecer el

tiempo que le estaba brindando y que sabía que los estudios que yo cursaba eran costosos, así que con una de las pulseras que ella misma realizaba podía demostrarme su gratitud por la atención que le prestaba. Era una forma de hacerme ver que la tenía que ayudar porque ella sabía que yo estaba estudiando para lograrlo. Es decir, que me colocaba en el sujeto de supuesto saber, del cual me tuve que mover inmediatamente ya que era una forma de consolidar su dependencia. Posteriormente refirió que en mi imago se veía reflejada y que sentía angustia de dejar de ver ese reflejo, la paciente podía transmitirme la dependencia que generaba en las figuras importantes de su vida y la cual tenía que generar conmigo también.

Contratransferencialmente despertó el interés de trabajar y de ir construyendo a la par la historia de su vida, despertó empatía, pero también llegué a sentir la responsabilidad de ayudarle a tomar decisiones importantes en su vida que le permitirían dejar la actitud infantil; en este sentido era una actitud de protección como la que su padre le brindó en vida.

La paciente me estaba demandando soluciones y yo accedía a darle algunas, lo que me produjo un especial cuidado de no caer en la postura de dirigirla. También me produjo la sensación de que estaba dejando el rol terapéutico deseado para convertirme en una figura de apoyo y cuidado, en un sentido más maternal.

En algunas ocasiones me desesperaba que no se diera cuenta de que las respuestas de sus problemas las tenía que buscar en su *self*; quería transmitirle que debía de reconstruir aquellos objetos internos con los cuales se relacionaba ambivalentemente. Que los padres que la protegían del mundo ya no estaban más y que tenía que reorganizar su vida sin ellos para poder ser una mujer independiente.

También hubo sentimientos de incertidumbre cuando la paciente canceló una cita o cuando no accedía a encuadrar el horario. Era como si Trinidad quisiera salir adelante pero a la vez estaba alejando las posibilidades de hacerlo. Me daba cuenta que la paciente estaba saboteando el tratamiento así como lo hacía con otras partes de su vida. A pesar de los sentimientos señalados, perseveró la necesidad de que la paciente se sintiera escuchada y de que pudiera compartir sin temor a ser criticada sus grandes temores. Creo que se logró de mi parte una comprensión empática.

6.1.6 Clinimetría

Noviembre de 2005

Pruebas aplicadas:

- Test de la Figura Humana K. Machover
- MMPI-2

Resultados:

A través del MMPI se detecta que se trata de una persona convencional, quien procura ajustarse a las reglas ya establecidas; sin embargo es evidente un pobre funcionamiento de su sistema defensivo, quien en este momento experimenta sentimientos de inadecuación constantes.

Se aprecia un cuadro depresivo-ansioso importante caracterizado por tensión interna, preocupación por el orden así como por su funcionamiento físico. Así mismo, tiende a mostrarse un tanto demandante de afecto de manera pasiva.

Recurre a la evitación a través de la fantasía y a la represión como principales mecanismos defensivos.

Por otra parte, en cuanto a los resultados derivados de la Prueba proyectiva de K. Machover, se detecta a una persona con una adecuada identificación psicosexual, asumiendo el rol femenino, identificándose de alguna manera con la imagen materna.

En este momento, experimenta ansiedad y tensión interna importantes, con dificultad para manejar sus emociones, principalmente la agresión (la cual está revirtiendo en sí misma).

Tiende a mostrar cierta suspicacia y desconfianza hacia su entorno aunque se esfuerza por proyectar una imagen convencional y positiva de sí misma.

Finalmente, como mecanismos de defensa emplea la evasión a través de la fantasía y la represión.

Es importante mencionar que existe una pérdida o duelo no resuelto por lo que es necesario conocer si el evento ha sido relativamente reciente o no a fin de identificar si se trata de un duelo en proceso de elaboración o bien un duelo crónico.

6.1.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU

A continuación, se analizarán aspectos relevantes de las narraciones de la paciente. Los episodios fueron evaluados con las dos fases del método CCRT (para más detalle consultar *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998). En la Fase A se identificaron los episodios de relación y en la Fase B, se extrajo el CCRT del *set* de narraciones.

En ambas fases del método, existen los siguientes datos: a) el análisis total de las ocho sesiones; b) la diferencia que resulta al comparar la fase inicial (cuatro primeras sesiones) con la fase final (cuatro últimas sesiones); c) la relación que tiene cada una de las variables analizadas con el resultado clínico de la psicoterapia y d) y el grado de significancia y fiabilidad.

Fase A: Localizando los Episodios de Relación.

- **Muestra**

La muestra de la investigación estuvo conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento (entrevista 1, entrevista 2, sesión 1 y 2) y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento (sesión 10, 11, 12 y el seguimiento). De las ocho sesiones se obtuvieron un total de 81 episodios de relación.

- **Episodios de relación**

Es importante tener una muestra adecuada de Episodios de Relación (ER), para así obtener un CCRT representativo del tratamiento o de las fases del tratamiento. Normalmente es suficiente tener la muestra de al menos las dos primeras y últimas sesiones del tratamiento para poder localizar 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte inicial y 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte final. Sin embargo, se necesitan realizar más

investigaciones para determinar el número adecuado de episodios de relación y de sesiones que determinen una muestra representativa para elaborar el CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

En esta investigación se comparan dos bloques (fase inicial y fase final). En la fase inicial se obtiene un subtotal de 39 ER, siendo la entrevista 1 la que cuenta con el mayor número de episodios relacionales de esta etapa. En la fase final aparecen un subtotal de 42 ER, hallando en la sesión 10 la mayor cantidad de episodios de relación (véase Tabla 21).

En cuanto a los episodios sobre duelo obtenemos de ambas fases un total de 28 ER. En la fase inicial encontramos 15, siendo la entrevista 1 y la sesión 2 las que cuentan con el número más alto de episodios sobre duelo. En la parte final obtenemos 13 ER, siendo la sesión 10 la que ocupa el primer lugar seguida de la sesión 12 (véase Tabla 21).

Con respecto a los sueños, Luborsky refiere que no se ha decidido la inclusión de estos como episodios de relación, pero si se decide incluirlos, al ser relativamente pocos en cada tratamiento, estos se perderán entre el gran número de episodios de relación que el paciente narrara de su interacción con otras personas (Luborsky, 1998a). En este estudio se contabilizaron los sueños dentro del total de ER, ya que representan una muestra pequeña. Los sueños sólo aparecen en la parte inicial del tratamiento, siendo estos 3 de los cuales 2 son sobre pérdidas (véase Tabla 21).

Tabla 21. Número de Episodios de relación por sesión

Fase	Sesiones	ER de duelo	ER sin duelo	Sueños de duelo	Sueños Otros	Total de ER
Inicial	Entrevista 1	5	6	1	0	12
	Entrevista 2	3	5	1	0	9
	Sesión 1	2	6	0	1	9
	Sesión 2	5	4	0	0	9
	Subtotal ER inicial		15	21	2	1
Final	Sesión 10	5	7	0	0	12
	Sesión 11	3	7	0	0	10
	Sesión 12	4	7	0	0	11
	Sesión 13	1	8	0	0	9
	Subtotal ER final		13	29	0	0
Total ER		28	50	2	1	81

Al observar las frecuencias de los episodios de relación de las 8 sesiones, se ve que la entrevista 1 y la sesión 10 cuenta con los números más altos. La media de los episodios de relación obtenidos en cada sesión del tratamiento fue de 10,13 ER s por sesión, un número bastante favorable si se considera que son 10 los episodios relacionales necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases (véase Figura 2).

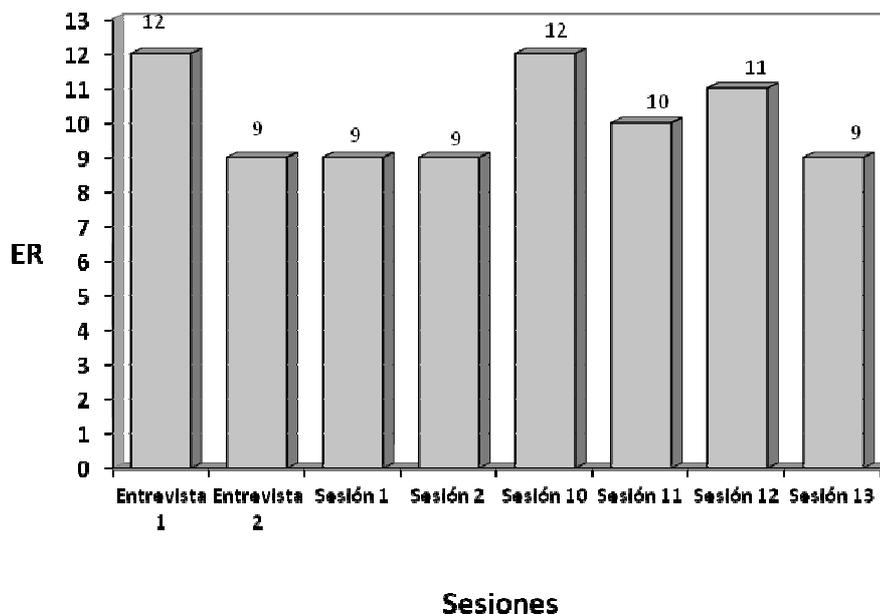


Figura 2. Frecuencia de ER para cada sesión de la terapia

Interpretando clínicamente la frecuencia de episodios de relación en cada sesión, se puede decir por un lado, que la entrevista 1 cuenta con el mayor número de ER debido a que se debe establecer la relación terapéutica y el material biográfico ocupa un espacio muy grande (Albani et al., 2002) y por otro lado que el motivo de consulta es un tópico fundamental y ello explica que 5 de un total de 12 episodios se refieran a sucesos sobre pérdidas. En la fase final se observa que la entrevista 10 predomina y esto se puede deber a que se empezó a trabajar con el foco suplementario del fin de la terapia.

- **El tipo de objeto**

En este apartado se identificarán la o las personas significativas con las que el sujeto interactuó en los episodios de relación. Ya mencionado en el capítulo sobre CCRT de esta tesis, los objetos más comunes suelen ser los padres, la pareja, un amigo, el jefe, el terapeuta y la interacción del sujeto consigo mismo.

En este caso en particular se observa que los objetos que destacan frecuentemente en los episodios de relación son los miembros de la familia, el terapeuta y la paciente consigo misma. Al contrario de lo que señala Luborsky (1998a), los episodios relacionales del propio sujeto no son escasos en esta psicoterapia.

El análisis global de los objetos muestra que en primer lugar se encuentran las interacciones del sujeto consigo mismo con un 16%, le siguen las narraciones con la hija y el terapeuta con un 9.9%, el hermano mayor y los padres con el 8.6%, el padre, la madre y la pareja con el 7.4%, la hermana menor con el 6.2%, el yerno con el 2.5% y el resto de los objetos con el 1.2%.

Tabla 22. Objetos del total de las sesiones

Objeto	Frecuencia	%
Sí misma	13	16.0
Hija	8	9.9
Terapeuta	8	9.9
Hermano	7	8.6
Padres	7	8.6
Pareja	6	7.4
Madre	6	7.4
Padre	6	7.4
Hermana	5	6.2
Yerno	2	2.5
Cantante	1	1.2
Directora	1	1.2
Doctora	1	1.2
Familia	1	1.2
Gente	1	1.2
Hermanas	1	1.2
Hermanos	1	1.2
Maestra	1	1.2
Nieta	1	1.2
Niña	1	1.2
Amiga	1	1.2
Papá de hija	1	1.2
Psiquiatra	1	1.2

Al analizar detalladamente la Tabla 22 y comparar los objetos de la fase inicial con los objetos de la fase final se observa que al inicio de la terapia predominan el padre con el 15.4%, la pareja con el 12.8% y los padres y hermano con el 10.3%; al final de la terapia destacan los episodios consigo misma con el 19%, el terapeuta con el 14.3%, la hija con el 11.9%, la madre con el 9.5%, la hermana con el 7.1% y por último el yerno con el 4.8%.

A lo anterior se resalta clínicamente que en la parte inicial se trabajó más con la figura del padre y de los padres, ya que en el motivo de consulta que la paciente refería era que los síntomas de la depresión se habían agudizado a partir de la muerte de ambos padres siendo la pérdida del padre la más dolorosa. En la parte final la paciente tiene más interacción consigo misma ya que se confronta con sus propios deseos, trabajó con la ambivalencia que sentía por la figura materna y el foco suplementario de fin de la terapia fue parte de varios episodios con el terapeuta.

A continuación se presentan algunos ejemplos del tipo de objeto que tuvo mayor frecuencia en la parte final de la psicoterapia:

En cuanto a los episodios relacionales del propio sujeto (ER: sujeto), solamente son evaluadas las narraciones que incluyen sentimientos o pensamientos del sujeto hacia su propio ser que estén confrontándole, por ejemplo:

Sesión 10
ER. Núm. 8
ER-S

<<Y llegué a la tienda y pregunté... Ya en el momento me hice la ilusión de que iba a comprarme mi teléfono y luego dije, bueno... me quedé pensando: “Como que estás soñando ¿no?, debes de caminar y no querer correr si sabes que no puedes ahorita tener dinero ni nada de nada, cómo vas pagarlo ¿no?”. Pues es un sueño, entonces tengo que primero empezar a trabajar y ya sabiendo que tengo el trabajo, entonces pensar en comprarme ese teléfono o comprarme algo que quiera... como que fui como van los niños con Santa Claus y pues no, o sea, primero hay que aterrizar en la realidad. Yo ya no quiero que me estén diciendo: “¡Ay, te doy cien pesos, te doy cincuenta, te ayudo!”. O sea, sí tratar de hacerlo yo ¿no? Aunque tenga mucho trabajo, levantarme temprano, no sé, quiero intentarlo por mí misma, que no me den las muletitas... >>.

En cuanto a la figura del terapeuta y ya habiendo mencionado que para Luborsky (1998a) la sesión psicoterapéutica puede ser considerada de manera completa como una interacción con el terapeuta, este es un tipo de objeto que debe ser catalogado de manera especial. Porque este subtipo de episodio relacional es una narrativa, se analiza igual que un ER normal.

En este caso, solamente se tomaron en cuenta las partes de la sesión que visiblemente fueren narraciones. ER: Terapeuta (narrativa). El paciente cuenta un episodio sobre interacciones pasadas o presentes con el terapeuta., por ejemplo:

Sesión 10
ER. Núm.12
ER-O Terapeuta

<<Bueno, lo que yo quería decirle, de alguna manera haga de cuenta que a lo largo de estas sesiones, o sea... usted es para mí como una muleta o cómo podría yo cómo decirlo, que si ahora que yo me despida me va a costar trabajo como decir: “¡Ay, dejo aquí la muleta, me levanto y me voy!”. Ahorita se me ocurrió decir que de pronto ha sido como alguien que me ha enseñado cosas que no quería ver, pero también me ha dicho cosas a lo mejor fuertes que necesitaba entender. Y a la misma vez me ha dicho: “¡Tú puedes!”, pero y este, o sea, al paso de los días pues igual y como que es quien me sostiene ¿no? Entonces, este al despedirnos, o sea, no sé, como para decir adiós ¿verdad? Pero si es como para cuando un niño que está caminando que le dice uno: “Veme, veme dar unos pasitos”, entonces este pues tengo que empezar a caminar pero sabiendo que lo que me queda de aquí es lo que tengo que me tiene que impulsar a llegar al otro extremo con quien me esté esperando, puede ser una mejor vida, puede ser, no sé>>.

- **Tiempo**

En las narraciones que los pacientes cuentan se encuentra el tiempo inmerso. Este abarca recuerdos infantiles, el presente y las expectativas para el futuro. En la obra de Luborsky (1998a) no se encuentra especificado de manera puntal, la clasificación del tiempo en cada episodio. Pero en esta tesis seguiremos los lineamientos más comunes, y entenderemos como pasado: lo ocurrido después de tres años, presente: lo ocurrido antes de tres años y futuro: lo que todavía no ha ocurrido pero se prevé que pasará.

Se observa que en el total del tratamiento se encuentra relativamente el mismo porcentaje de episodios pasados 49.4% y de episodios presentes 50.6%. Al comparar la fase inicial con la final, analizamos que en las 4 sesiones iniciales se trabajó más con el pasado 79.5% que con el presente 20.5% y en la 4 sesiones finales se trabajó más con episodios presentes 78.6% que pasados 21.4% (véase Tabla 23). Esto es altamente significativo ($\chi^2 = 27.27, df = 1, p < .001$).

Tabla 23. El tiempo

FASE		PASADO	PRESENTE
Inicial	Frecuencia	31	8
	%	79.5	20.5
Final	Frecuencia	9	33
	%	21.4	78.6
Total de sesiones	Frecuencia	40	41
	%	49.4	50.6

En la fase inicial los recuerdos de la infancia fueron los protagonistas, la paciente narró sobre la interacción que tuvo con los miembros de su familia y cómo estos influyeron en su personalidad y la importancia que la figura del padre tuvo en su vida después de su embarazo. En la parte final, la paciente se enfocó en su deseo de ser independiente y por ello sus narraciones tuvieron que ver con lo que haría en su presente inmediato.

- **Puntuación**

Las narrativas de los pacientes varían en su puntuación ya que la extensión o similitud depende de lo que el sujeto elija contar. Se incluyeron solamente los episodios de relación que fueron puntuados por arriba de 2.5. En total se evaluaron 81 ER.

Existen cinco principios de utilidad a la hora de evaluar los episodios de relación (para más detalle, consultar Luborsky, 1998a). Uno es el detalle de la interacción que mantiene el sujeto con el objeto. Estos detalles en específico son los hechos que suceden, los deseos, las respuestas de la otra persona, las de él mismo y los resultados de lo que ha sucedido.

Ejemplo de un episodio de relación poco detallado:

Sesión 13
ER. Núm. 2
ER-O, hermana
Val. 2.5

<<Me dice Lucía un día que nos enojamos: “Yo creo que tú vas a necesitar unas trescientas sesiones más” y le digo: “Ah, pues tú necesitas unas quinientas”. Y ahí estábamos peleándonos ¿no?, porque dice: “Como que ya estás volviendo a ser la de antes ¿no?” >>.

Ejemplo de un episodio de relación detallado:

Entrevista 1
ER. Núm. 8
ER-O, Madre
Val. 4.0

<<También con ella tuve momentos feos ¿no?, al principio cuando yo no sabía que, que este, que estaba ella como mal ya. Le empezaban a dar como una especie de...como si tuviera letargo, se quedaba como medio dormida, como confundida, y le llevé su desayuno y no se lo comió; entonces cuando regresé, tenía yo en ese tiempo un Kinder en la casa, cuando regresé le pregunté: “Por qué no te lo comiste” y se me quedó viendo con cara como diciendo: “¿Qué?”, entonces le dije: “Tú desayuno mamá, por qué no te lo comiste”; entonces aventé el plato con todas mis fuerzas, lo aventé por allá ¿no?, se tiró toda la comida, ¡ay no sé! Era como que tuviera coraje de que estuviera enferma, pero en ese momento, no sé, sentí muy feo lo que hice... >>.

Mientras más detallados son los episodios se obtiene una mejor representación del CCRT del paciente.

Fase B: Evaluando el CCRT

- **Los componentes**

Los componentes a identificar son tres: a) los deseos (D); b) las respuestas de los otros (RO), y c) las respuestas del sujeto (RS). Dado que estamos utilizando la reformulación alemana del método CCRT, los componentes se dividen en 8, en vez de 4, dependiendo de si la función

recae en el sujeto o en el objeto. Las dimensiones de deseos (DOO, DOS, DSO, DSS) y respuestas (ROO, ROS, RSO, RSS) son análogas (revisar el capítulo sobre CCRT de esta tesis).

- **Identificando los tipos de componente del CCRT**

Se encuentran un total de 555 componentes en las 8 sesiones analizadas de la psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con un total de 465 y los deseos la menor cantidad con un total de 90. En cuanto a los deseos, el que tiene el mayor porcentaje es el deseo del sujeto hacia sí mismo (DSS) con el 6.1%, le sigue el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO) con el 5.9%, posteriormente el deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) con el 3.8% y por último el deseo del objeto hacia el objeto (DOO) con el 0.4%. En cuanto a las respuestas encontramos en primer lugar, la respuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con el 30.8%, le sigue la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con el 29.5%, la respuesta del objeto hacia el sujeto (ROS) cuenta con el 18.2% y por último, la respuesta del objeto hacia el objeto (ROO) con el 5.2% (véase Tabla 24).

Tabla 24. Frecuencia de los componentes CCRT-LU del total de la psicoterapia

Componentes	Frecuencia	%
DOO	2	0.4
DOS	21	3.8
DSO	33	5.9
DSS	34	6.1
Total de Deseos	90	16.2
<hr/>		
ROO	29	5.2
ROS	101	18.2
RSO	164	29.5
RSS	171	30.8
Total de Respuestas	465	83.7
<hr/>		
Total	555	100

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

Tanto los (DSS) como las (RSS), son las que ocupan el mayor porcentaje y esto se puede deber a que la paciente tuvo varios episodios de relación en donde se confrontó a sí misma.

- **Niveles de inferencia: de lo literal a lo moderadamente abstracto**

La inferencia se utiliza de manera más frecuente en el componente del deseo (D), ya que las necesidades o intenciones expresadas por el sujeto no siempre son conscientes. Luborsky (1998a), recomienda utilizar un nivel de inferencia moderado ya que un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable y resultaría difícil conseguir un acuerdo entre jueces.

En este caso se encuentra que de los 90 deseos que han sido evaluados, 45 han sido inferidos. En estas inferencias el primer lugar lo ocupa el (DSO) con un total de 17, seguido del (DSS) con un total de 16 y, por último, el (DOS) con un total de 12. Esto habla de la dificultad que se da a la hora de hacer la confiabilidad entre jueces, ya que la mitad de los deseos no han sido exployados abiertamente.

- **Contando los tipos de componente para formular el CCRT**

Para el desarrollo de los siguientes apartados se anexa un recuadro que solamente incluye los 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel del método CCRT-LU, (para mayor detalle consultar anexo 2).

- A.** Atender a
- B.** Apoyar
- C.** Amar, sentirse bien
- D.** Tener autodeterminación
- E.** Deprimirse, resignarse
- F.** Estar insatisfecho, asustado
- G.** Estar determinado por otros
- H.** Estar enfadado, ser antipático
- I.** Ser poco fiable
- J.** Rechazar
- K.** Dominar
- L.** Molestar, atacar
- M.** Retirarse en uno mismo

A continuación se analiza la secuencia de componentes más frecuentes de cada sesión de la fase inicial (Tabla 25) y de la fase final (Tabla 26). Tal como señala Luborsky (1998a), la formulación final se compondrá de los Deseos y Respuestas que hayan aparecido con más frecuencia en los diferentes episodios de relación de cada sesión. Marcamos con una “N”, los componentes de signo negativo y los de signo positivo aparecen sin índice, el número entre paréntesis es la frecuencia con la que aparece en esa sesión.

Tabla 25. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase inicial

Componentes	Entrevista 1	Entrevista 2	Sesión 1	Sesión 2	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	C11 (1)		C11 (1)		C11	C1. Ser cercano
DOS	A26 (1) A27 (1)	C11 (2)	C11 (2)	C11 (4)	C11	C1. Ser cercano
DSO	C11 (4)	B11 (1) C33 (1) C34 (1) C11 (1)	C11 (2)	C11 (1) J21 (1) A23 (1)	C11	C1. Ser cercano
DSS	C31 (1)	C33 (1) D28(1)	D21 (1) E12 (1) M12 (1)	C33 (3)	C33	C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer
ROO	M33 (3)	B11 (1) I23 (1)	M33 (1) M32 (1) M34 (1)	C42 (1) I21 (1)	M33	N M3. Estar enfermo
ROS	B11 (5)	B11 (2)	B11 (6)		B11	B1. Explicar, confirmar
RSO	C11 (5)	B11 (4)	B11 (3)	A27 (3)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	F21 (2) E12 (2) C34 (2)	F13 (5) F21 (2)	E12 (3) M32 (3) F21 (2) F13 (2)	F21 (4)	F21	N F2. Estar asustado, ansioso

Tabla 26. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase final

Componentes	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	Sesión 13	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	-	-	-	-	-	-
DOS	B11(1) B23 (1)	B23 (2)	-	B23 (1) C34	B23	B2. Ayudar dar independencia
DSO	C11 (2) A27 (2)	C11 (2)	C11 (3)	C11 (1)	C11	C1. Ser cercano
DSS	D28 (2) D25 (2) C33 (2)	D14 (1) D25 (1) A12 (1)	D15 (2) D21 (2) D28 (2)	D25 (2)	D25	D2. Estar orgulloso, ser autónomo
ROO	L11 (1) C31 (1)	F21 (1) M31 (1)	E11 (2)	M33 (1)	E11	N E1. Estar desilusionado
ROS	B12 (4)	B11(2) L11 (2)	B11 (3)	A23 (3) H16 (3)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSO	B11 (3) B12 (3)	B11 (4)	B11 (6)	B11 (3)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	D28 (2) A11 (2)	D15 (5) D21 (3)	D15 (8)	D15 (5)	D15	D1. Ser interiormente fuerte

Después de haber analizado la frecuencia de los componentes tanto para la fase inicial como para la fase final, se puede realizar un CCRT para cada fase respectivamente. Se observan algunos cambios significativos al comparar el inicio con el final, por un lado en los Deseos (DOS), (DSS) y por otro lado en las respuestas (ROO), (RSS), (véase Tabla 27 y 28). Analizaremos esto más detalladamente cuando veamos la evolución de cada uno de los componentes en cada fase.

Tabla 27. Formulación del CCRT en la Fase Inicial

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	C	C	M	B	B	F
Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Retirarse en uno mismo	Apoyar	Apoyar	Estar insatisfecho, Estar asustado

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y amarme a mí misma; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento insatisfecha y asustada.*

Tabla 28. Formulación del CCRT en la Fase Final

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
---	B Apoyar	C Amar, Sentirse bien	D Tener auto- determinación	E Deprimirse, Resignarse	B Apoyar	B Apoyar	D Tener auto- determinación

CCRT de la Fase Final: *Deseo que el otro me apoye, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me apoya, yo le apoyo y tengo autodeterminación.*

Al juntar ambas fases se puede realizar un CCRT global de la paciente. En la Tabla 29 se muestra la formulación total. Hemos anotado los componentes que aparecen con mayor frecuencia, y también los segundos y terceros más frecuentes.

Tabla 29. Formulación Total del CCRT del Tratamiento

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	C	D	M	B	B	F
Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener auto- determinación	Retirarse en uno mismo	Apoyar	Apoyar	Estar insatisfecho, Estar asustado
-	B	A	C	E	C	A	D
-	Apoyar	Atender a	Amar, sentirse bien	Deprimirse, resignarse	Amar, sentirse bien	Atender a	Tener auto- determinación
-	A	B	A	C	A	C	A
-	Atender a	Apoyar	Atender a	Amar, sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Tener autodeterm inación	Atender a

Si tomamos los primeros y segundos componentes más frecuentes, se puede señalar el siguiente patrón central de relación de Trinidad: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo y me apoye; yo quiero amarlo, sentirme bien con él y prestarle atención, deseo tener autodeterminación, amarme y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya, me ama y se*

siente bien conmigo, yo le apoyo y presto atención y me siento insatisfecha, asustada y con autodeterminación.

Se observa que la formulación final del CCRT de T., es una constante en las ocho sesiones analizadas. Es importante resaltar que tanto en el (DSS) como en la respuesta (RSS) se ve una lucha de emociones.

Por un lado el deseo del sujeto hacia sí misma (DSS), se mantiene en las categorías armoniosas; es decir, quiere amarse a sí misma pero también tener autodeterminación y es al final del tratamiento que elabora que ambos deseos están vinculados, entendiendo que una de las maneras de sentirse bien con ella misma es logrando ser independiente psicológicamente y económicamente.

Por el lado de las respuestas de ella misma hacia sí misma (RSS), se encuentra una respuesta que pertenece a las categorías de no armoniosas, que es la de sentirse insatisfecha y asustada, y por otro lado la respuesta armoniosa de tener autodeterminación. Existe una lucha constante entre estas dos respuestas, una notable ambivalencia, ya que una de sus respuestas va en contra de sus deseos y la otra a favor.

- **Intensidad de los componentes**

Ahora se analiza la aparición de los componentes más relevantes del CCRT en la totalidad del tratamiento. Se observa que el Deseo que en mayor proporción aparece tanto del objeto hacia al sujeto (DOS), como del sujeto hacia el objeto (DSO), es *C. Amar, sentirse bien* con un 52% y 58% respectivamente. Sin embargo, el deseo de la paciente hacia ella misma (DSS) más frecuente es de *D. Tener autodeterminación*, con un 62%. (Véase Figura 3 a 5)

DOS

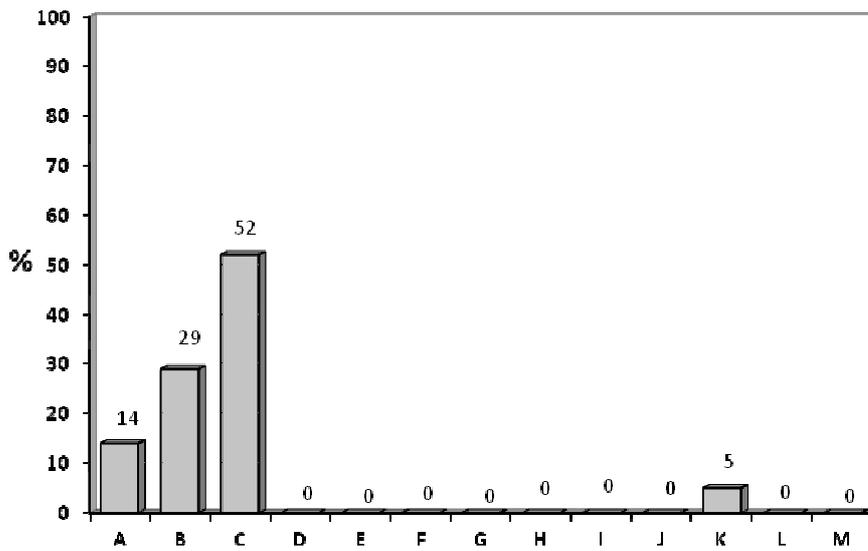


Figura 3. Porcentaje de las categorías en el componente DOS del total del tratamiento

DSO

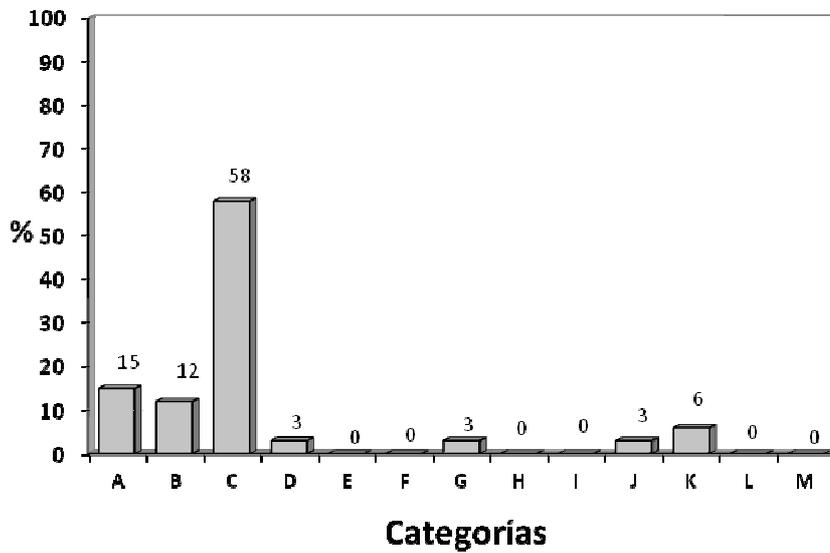


Figura 4. Porcentaje de las categorías del componente DSO del total del tratamiento

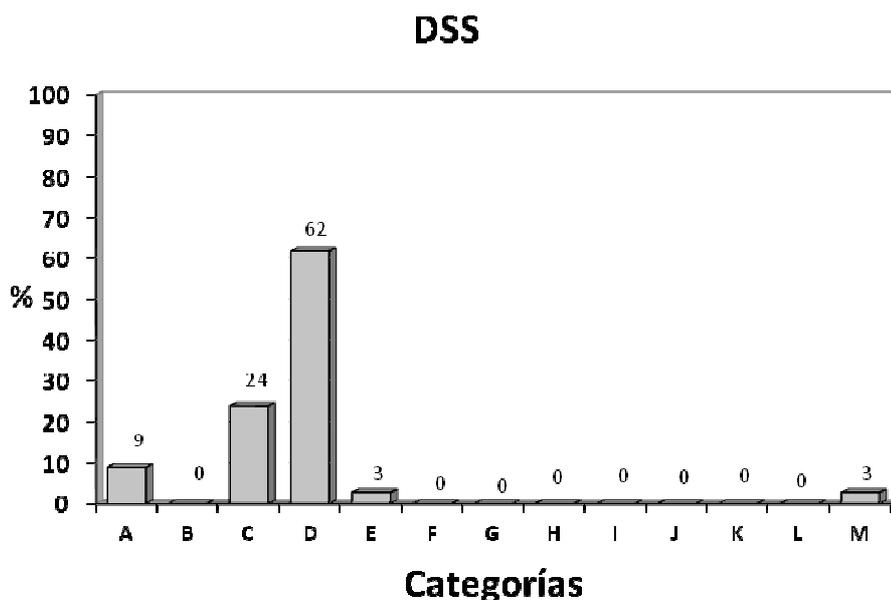


Figura 5. Porcentaje de las categorías del componente DSS del total del tratamiento

En relación a las respuestas observadas en la totalidad del tratamiento, se comprueba que la respuesta que resalta del objeto hacia otro objeto (ROO) es la variable *M. Retirarse en uno mismo* con un 34%. La respuesta más frecuente del objeto hacia la paciente (ROS), es *B. Apoyar* con un 38%. Las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) son las siguientes categorías, *B. Apoyar*, *A. Atender* y *C. Amar, sentirse bien*, con un 21%, 18% y 17 % respectivamente. Respecto a las respuestas de la paciente hacia ella misma (RSS), se observan dos que destacan, por un lado la respuesta no armoniosa, *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, con un 25% y por otro lado la respuesta armoniosa *D. Tener autodeterminación* con una aparición del 22% (Véase Figura 6 a 9).

ROO

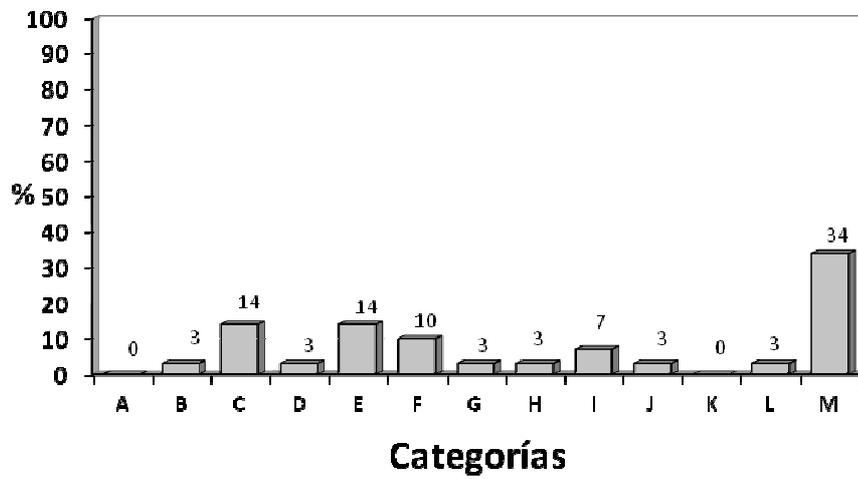


Figura 6. Porcentaje de las categorías del componente ROO del total del tratamiento

ROS

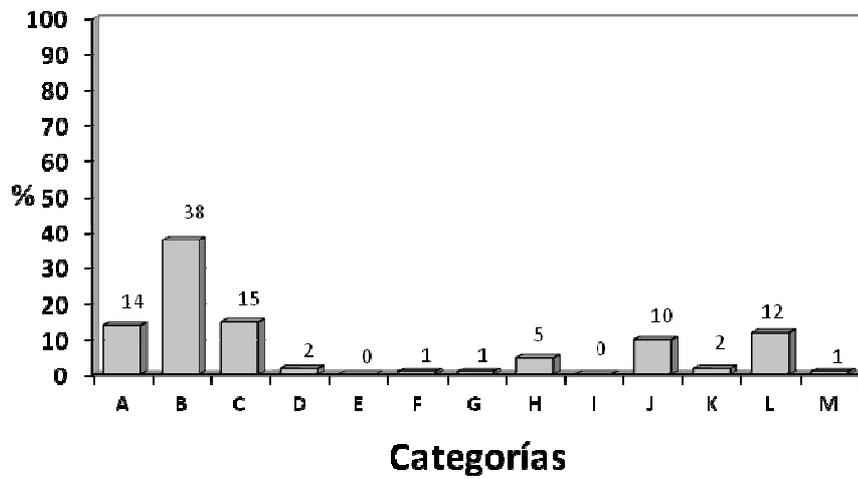


Figura 7. Porcentaje de las categorías del componente ROS del total del tratamiento

RSO

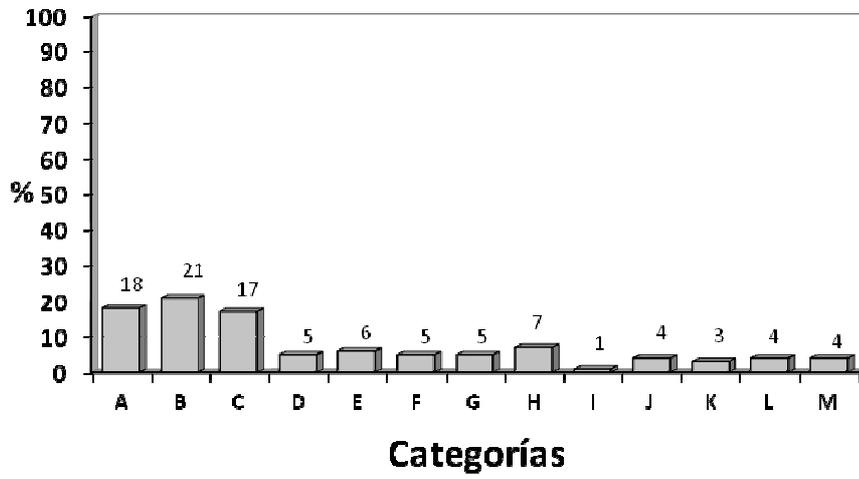


Figura 8. Porcentaje de las categorías del componente RSO del total del tratamiento

RSS

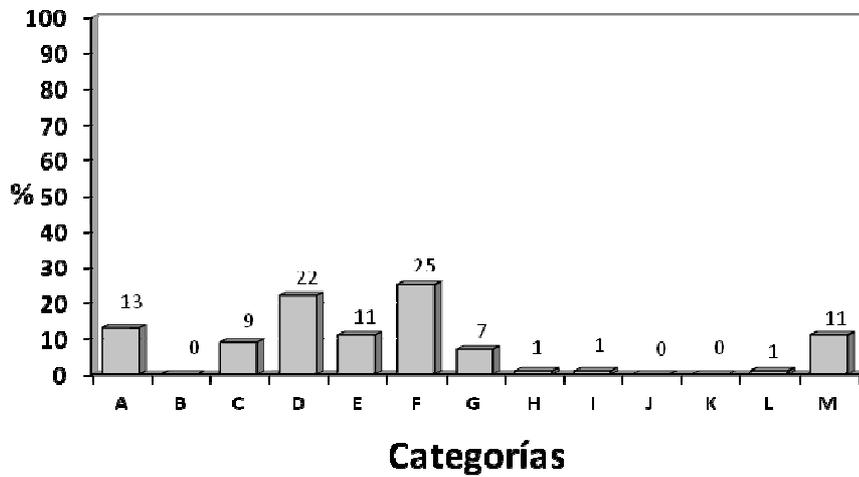


Figura 9. Porcentaje de las categorías del componente RSS del total del tratamiento

6.1.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia

Anteriormente se mencionaron los cambios que se dieron en algunas categorías al comparar el inicio el final de la terapia. Es importante para este apartado, analizar si esos cambios son significativos. Las categorías que aparecen resaltadas en cada uno de los componentes, son en las que se encontró un cambio significativo.

Por el lado de los Deseos se encuentra lo siguiente: en el Deseo del Objeto hacia el Sujeto (DOS), la categoría *A. Atender*, ha pasado del 20% al 0%, la categoría *B. Apoyar*, ha **aumentado del 7% al 83%**, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, se ha suavizado del 67% al 17% y la categoría *K. Dominar*, ha pasado del 10% al 0% (véase Figura 10).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 10.434, Sig. Monte Carlo, $p = 0.008$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, B ($p = 0.002$).

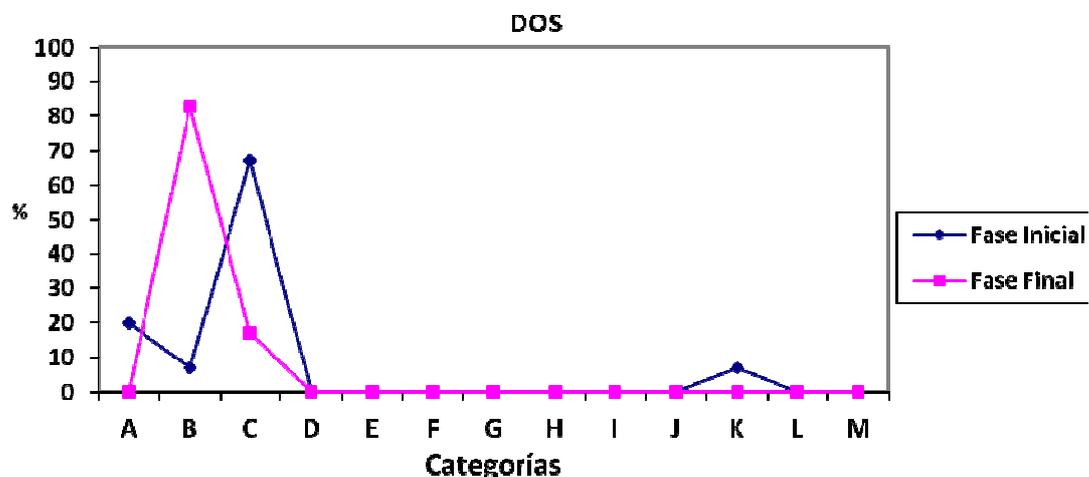


Figura 10. Diferencia en el componente DOS entre el principio y el final de la terapia

En cuanto al Deseo del Sujeto hacia el Objeto (DSO), observamos que la categoría *A. Atender*, incrementó de 13% al 17%, la categoría *B. Apoyar*, pasó del 7% al 17%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, disminuyó del 67% al 50%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 7% al 0%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, aumentó del 0% al 6%, la categoría *J. Rechazar*, incrementó del 7% al 11% (véase Figura 11).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 5.478, Sig. Monte Carlo, $p = 0.575$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

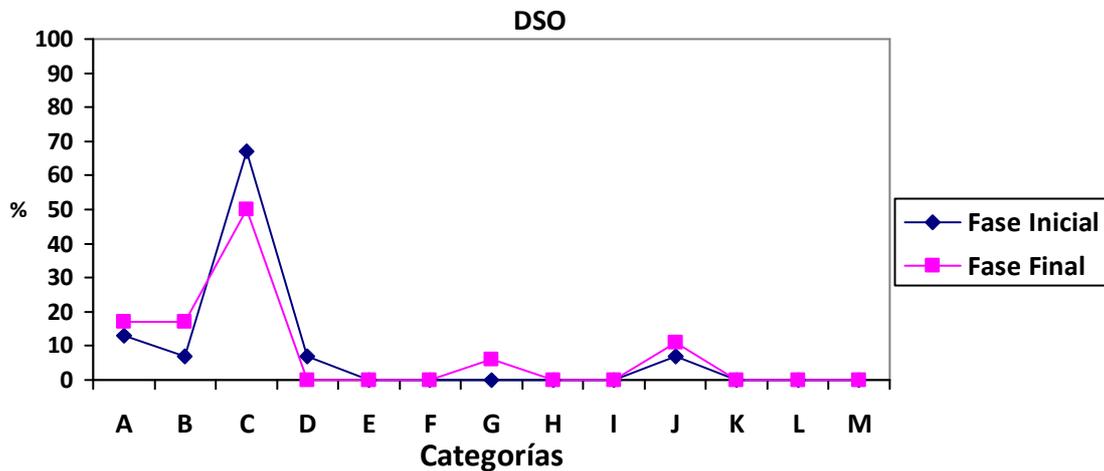


Figura 11. Diferencia en el componente DSO entre el principio y el final de la terapia

El Deseo hacia ella misma (DSS), la categoría A. *Atender a*, pasó del 0% al 13%, la categoría C. *Amar y sentirse bien, disminuyó del 50% al 13%*, la categoría D. *Tener autodeterminación, aumentó del 30% al 75%*, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, decrementó del 10% al 0% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 10% al 0% (véase Figura 12).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 14.199, Sig. Monte Carlo, $p = 0.001$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias, se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, C ($p = 0.031$) y D ($p = 0.016$).

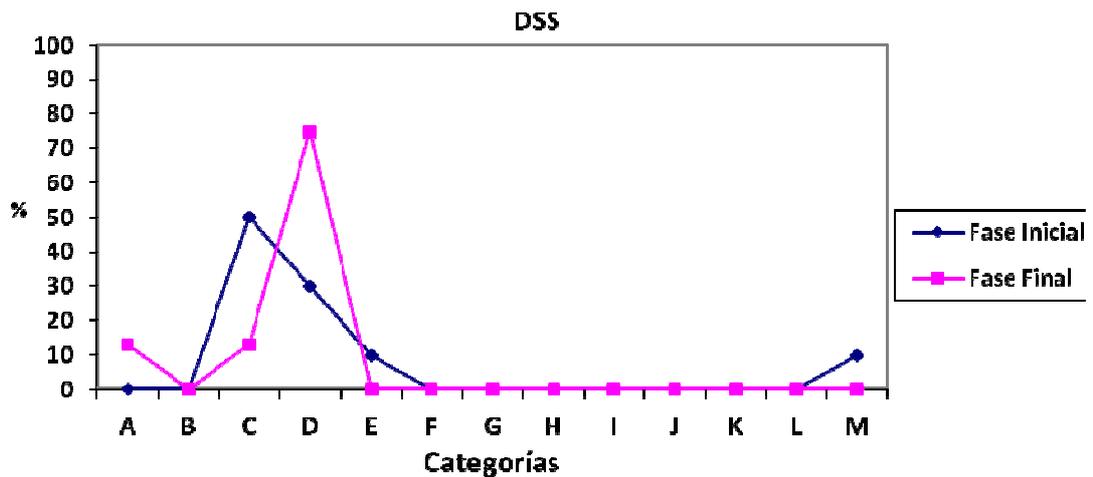


Figura 12. Diferencia en el componente DSS entre el principio y el final de la terapia

Por otro lado, en cuanto a las Respuestas, se observa lo siguiente: La Respuestas del otro hacia otro (ROO), en la categoría *B. Apoyar*, pasó del 5% al 0%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, decrementó del 16% al 10%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 5% al 0%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, incrementó del 11% al 20%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 5% al 20%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, pasó de 0% al 10%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, pasó del 0% al 10%, la categoría *I. Ser poco fiable*, disminuyó del 11% al 0%, la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 5% al 0%, la categoría *L. Molestar, atacar*, pasó del 0% al 10% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 42% al 20% (véase Figura 13).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 10.456, Sig. Monte Carlo, $p = 0.362$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

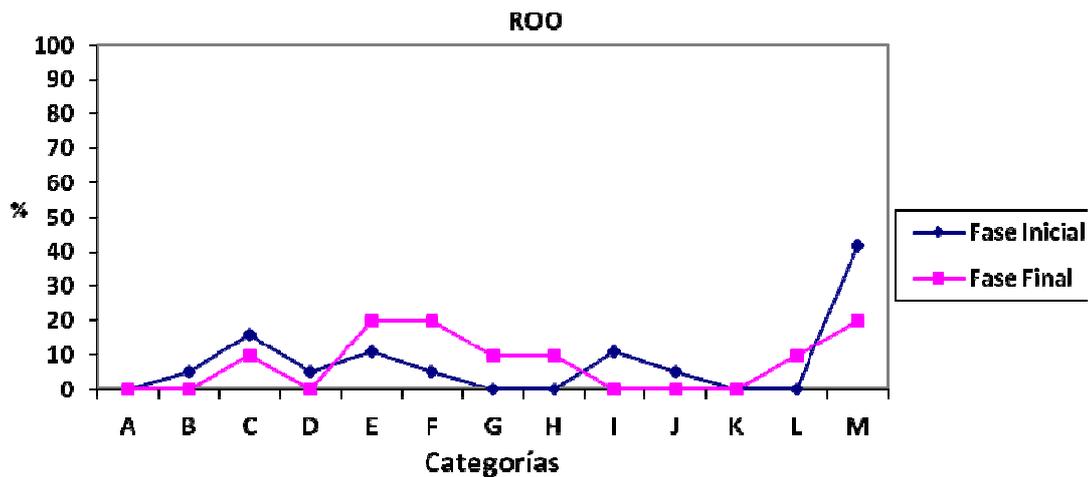


Figura 13. Diferencia en el componente ROO entre el principio y el final de la terapia

Las Respuesta del Objeto hacia el sujeto (ROS), la categoría A. *Atender a*, subió del 8% al 20%, la categoría B. *Apoyar*, pasó del 37% al 39%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, decrementó del 19% al 10%, la categoría D. *Tener autodeterminación*, se quedó igual en 2%, la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 0% al 2%, la categoría G. *Estar determinado por otros*, pasó de 0% al 2%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, pasó del 0% al 10%, la categoría J. *Rechazar*, disminuyó del 15% al 4%, la categoría L. *Molestar, atacar*, decrementó del 13% al 10% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, pasó del 2% al 0% (véase Figura 14).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 17.438, Sig. Monte Carlo, $p = 0.023$), muestra que los porcentajes anteriores, son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en la categoría, H ($p = 0.024$).

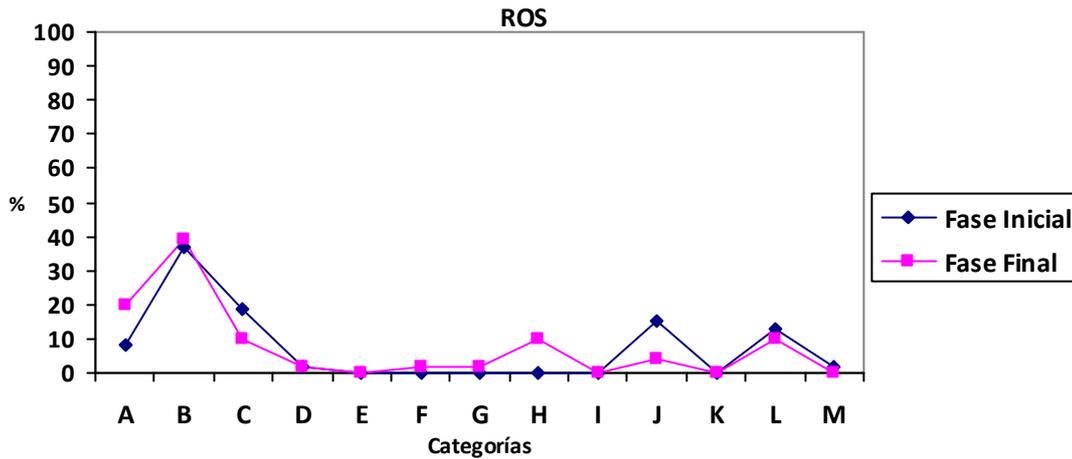


Figura 14. Diferencia en el componente ROS entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Sujeto hacia el objeto (RSO), la categoría A. *Atender a*, disminuyó del 24% al 13%, la categoría B. *Apoyar*, aumentó del 14% al 27%, la categoría C. *Amar, sentirse bien, decremento del 25% al 11%*, la categoría D. *Tener autodeterminación*, pasó del 1% al 9%, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, disminuyó de 9% al 4%, la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 4% al 5%, la categoría G. *Estar determinado por otros*, aumentó de 3% al 6%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, decremento del 10% al 5%, la categoría I. *Ser poco fiable*, pasó del 1% al 0% la categoría J. *Rechazar, aumentó del 0% al 6%*, la categoría K. *Dominar, pasó del 1% al 4%*, la categoría L. *Molestar, atacar*, incrementó del 0% al 7% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, pasó del 7% al 2% (véase Figura 15).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test= 31.391, Sig. Monte Carlo, $p = 0.001$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en que categoría hay diferencias, se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, C ($p = 0.020$), J ($p = 0.037$) y K ($p = 0.031$).

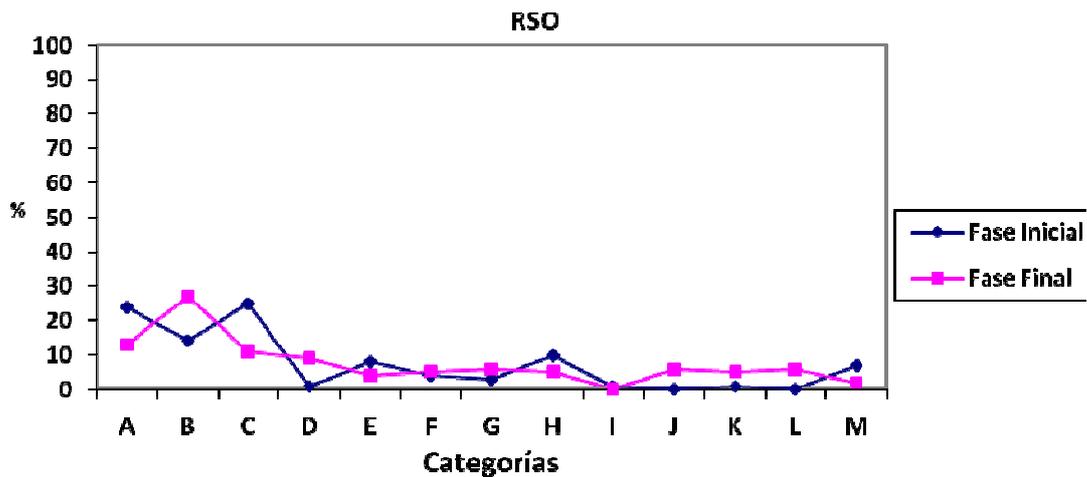


Figura 15. Diferencia en el componente RSO entre el principio y el final de la terapia

La respuesta del sujeto consigo misma (RSS) la categoría *A. Atender a*, incrementó del 10% al 16%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, quedó del 10% al 9%, la categoría *D. Tener autodeterminación, incrementó del 1% al 43%*, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, quedó en el 11%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado, disminuyó del 37% al 11%*, la categoría *G. Estar determinado por otros*, decrementó de 11% al 3%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, pasó del 1% al 0%, la categoría *I. Ser poco fiable*, quedó en el 1%, la categoría *L. Molestar, atacar*, pasó del 1% al 0% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo, disminuyó del 18% al 3%* (véase Figura 16).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 65.881, Sig. Monte Carlo, $p = 0.000$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias, se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, D ($p = 0.001$), F ($p = 0.001$) y M ($p = 0.002$).

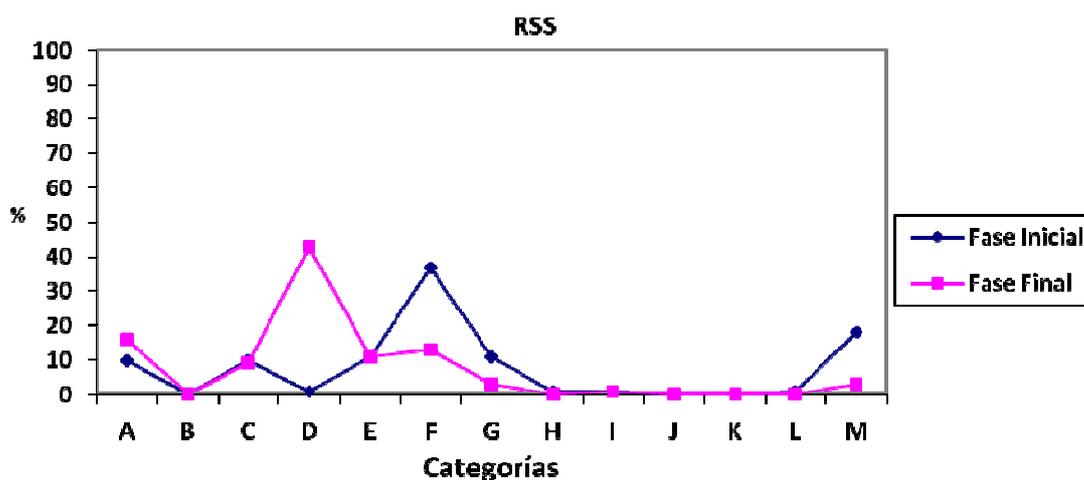


Figura 16. Diferencia en el componente RSS entre el principio y el final de la terapia

6.1.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo

En este apartado se analizaron 28 ER sobre duelo, que se extrajeron del total de episodios del tratamiento. Debido a que el foco de trabajo fue la elaboración del duelo por la muerte de ambos padres, es de interés saber si el método identificó de manera sensible categorías que expliquen dicho proceso.

El CCRT total que se extrajo de los episodios de duelo es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos, sentirme bien conmigo misma y tener autodeterminación. El otro se retira en sí mismo, los demás me apoyan, yo les presto atención y me siento con autodeterminación.*

Por un lado, el CCRT de los episodios de duelo será comparado con el CCRT global del tratamiento y por otro lado se analizarán las categorías de alto nivel (*clusters*), nivel medio y subcategorías del CCRT obtenido de dichos episodios dolosos. Al comparar el CCRT total y el CCRT sobre los episodios de duelo, se observan tres cambios significativos. El primero se da en el componente (DSS), en donde en el CCRT global aparece con mayor frecuencia el *cluster D. Tener autodeterminación* y en los episodios dolosos aparecen con la misma frecuencia los *clusters C. Amar, sentirse bien y D. Tener autodeterminación*. La segunda diferencia se da en la dimensión (RSO), en el CCRT global el *cluster B. Apoyar*, es el más significativo y en los episodios de duelo aparece el *cluster A. Atender a* con la mayor frecuencia. Por último, en el componente (RSS), en el CCRT global predomina el *cluster F*.

Estar insatisfecho, asustado y en los episodios de duelo destaca el *cluster D. Tener autodeterminación*, (véase Tabla 29 y 30).

Al analizar detalladamente las categorías de nivel medio y subcategorías de los episodios dolosos se obtienen los siguientes datos: por un lado en la dimensión (DSS), aparece la categoría de nivel medio *C.3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer* y en segundo lugar la categoría *D1. Ser interiormente fuerte*. En las subcategorías aparece *C 33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien* y *D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos*. Por otro lado en la dimensión (RSO) se observa la categoría de nivel medio *A2. Aceptar, ser comprensivo* y la subcategoría *A 27. Perdonar, reconciliar*. En el componente (RSS), la frecuencia más alta se da en la categoría de nivel medio *D1. Ser interiormente fuerte* y en la subcategoría *D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos*. El componente (ROO), detecta sensiblemente las pérdidas, la categoría de nivel medio es, *M3* y la subcategoría, *M34. Morirse, suicidarse*, (véase Tabla 30).

Tabla 30. Formulación total del CCRT sobre los ER de duelo

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	C	C / D	M	B	A	D
Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien/ Tener Autodeterminación	Retirarse en uno mismo	Apoyar	Atender a	Tener Autodeterminación

Al comparar la evaluación realizada en la fase inicial y final del tratamiento sobre los episodios de duelo, se observaron cambios en cinco de los ocho componentes (DOS, DSS, ROO, RSO, RSS).

En cuanto a las categorías de alto nivel (*cluster*), se observa tanto para los deseos como para las respuestas lo siguiente: Por el lado de los deseos, la dimensión (DOS) al inicio presenta *C. Amar, sentirse bien* y al final cuenta con *B. Apoyar*. El componente (DSS), al inicio tiene *C. Amar, sentirse bien* y al final *D. Tener autodeterminación*. En cuanto a las respuestas, el componente (ROO) al inicio destaca el *cluster M. Retirarse en uno mismo* y al final enfatiza el *cluster E. Deprimirse, resignarse; F. Estar insatisfecho, estar asustado* y *G. Estar*

determinado por otros. Por el lado de las respuestas, la dimensión (RSO) al inicio resalta *A. Atender a* y al final sobresalen *B. Apoyar* y *D. Tener autodeterminación*. El componente (RSS) al inicio cuenta con *F. estar insatisfecho, estar asustado* y al final pasa a *D. Tener autodeterminación* (véase Tabla 31).

Al hacer un análisis más profundo de las categorías de nivel medio, se encuentra lo siguiente en la fase final: por el lado de los deseos, el componente (DSO), cuenta con una alta frecuencia en *A2. Aceptar ser comprensivo* y *C1. Ser cercano*. La dimensión (DSS) cuenta con tres frecuencias significativas, *A1. Explorar, admirar, D1. Ser interiormente fuerte* y *D2. Estar orgulloso, ser autónomo*. Por el lado de las respuestas, la dimensión (RSO) cuenta con dos categorías, *B1. Explicar, confirmar* y *D1. Ser interiormente fuerte* (véase Tabla 31).

Con respecto a las subcategorías, en la fase inicial se observa cambio en una de las respuestas, la dimensión (RSS) cuenta con cuatro frecuencias relevantes, en primer lugar la categoría *G11. estar solo, echar de menos a alguien, sentirse solo*, y *E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido*, y en segundo lugar está *F21. Estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar ser cobarde* y *F22. Estar inseguro, estar confuso, estar indeciso* (véase Tabla 31).

En cuanto a las subcategorías de la fase final, se ve por el lado de los deseos en el componente (DSO), dos categorías frecuentes, *A27. Perdonar, reconciliar* y *C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso*. En cuanto a la dimensión (DSS) ésta cuenta con tres frecuencias iguales, *A12. Comprenderse, buscar, defender algo, C33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien* y *D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos* (véase Tabla 31).

Tabla 31. Comparación del CCRT entre la fase inicial y final de los episodios de duelo

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Inicial	C	C	C	C	M	B	A	F
	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Retirarse en uno mismo	Apoyar	Atender a	Estar insatisfecho, estar asustado
Final		B	C	D	E / F / G	B	B / D	D
		Apoyar	Amar, sentirse bien	Tener autodeterminación	Deprimirse, resignarse/ Estar insatisfecho, estar asustado / Estar determinado	Apoyar	Apoyar / Tener autodeterminación	Tener autodeterminación

El CCRT de la fase inicial es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos, sentirme bien conmigo misma. El otro se retira en sí mismo, los demás me apoyan, yo les presto atención y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la fase final es el siguiente: *Deseo que los otros me apoyen, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. El otro se deprime y asusta, los demás me apoyan, yo los apoyo con determinación y me siento con autonomía.*

Al hacer un análisis más fino de las subcategorías, se observa que éstas detectan de manera más sensible las emociones que la paciente atravesó en el proceso de duelo. Basándose clínicamente en el CCRT se puede concluir que aunque ella recibe el apoyo de las personas significativas de su vida, el conflicto se encuentra entre los deseos en sí mismos y las respuestas que ella obtiene para esos deseos. En la instancia de los deseos, la paciente recuerda que en la infancia quería que los padres le demostraran su cariño con besos y abrazos, deseo que sintió frustrado. Esto generó sentimientos ambivalentes, sobre todo con la figura de la madre. Quería estar cerca y cuidar cariñosamente de sus padres, pero no sabía como reconciliarse con esos momentos del pasado que le habían generado tanto dolor. Intentó pedir perdón y reconciliarse con ellos. Al morir los padres los síntomas depresivos agravaron y se sintió sola, triste, ansiosa, asustada y culpable.

Sentimientos sobre la enfermedad de la madre: *<<También con ella tuve momentos feos...Era como que tuviera coraje de que estuviera enferma...Siento como que tengo coraje con mi mamá porque nunca me abrazó, porque nunca me dijo que me quería; pero siento que*

ahora los estoy sacando en esto, en que estoy siendo de alguna manera cruel con ella y yo no quiero hacerlo porque de alguna manera ella ya está grande>>

El perdón a la madre: *<<Y recuerdo que cuando ella murió yo le dije: “yo ya te perdoné de todo mamá, ya no tengo rencor contigo”...La perdoné según yo, porque no me había dicho nunca que me quería...Yo digo que sí, que dentro de mi corazón la perdoné, porque también soy madre...>>*.

El perdón al padre: *<<Papacito, perdóname por todo lo que te hice, si te hice algo; en realidad sí te hice sufrir quizá por tener un hijo sin casarme, quizá por ser malcriada, por... A veces por no haberle tenido paciencia. Cuando estuvo enfermo...había momentos en que me desesperaba>>*.

Al final de la terapia se observó que los síntomas de la depresión se atenuaron y que deseó recibir el apoyo de los demás, reconciliarse con su entorno y así sentirse motivada para superar la pérdida de los padres y sentirse bien con ella misma.

La elaboración de la pérdida de la pareja: *<<Pero yo estoy segura que esta terapia fue también la que me abrió como esa, como esa puerta digamos a decir: “Ésta pérdida también ya la quiero superar”. O sea esto ya se acabó y sin rencores ya. Han pasado 28 años, para qué seguir regresando al porqué fue, que cómo fue, que lo que yo admití, que lo que él me hizo, o sea ya ¿no? Ya no lo puedo modificar, además me regaló algo que es la presencia de mi hijo...>>*.

Modificación con el pasado: *<<Han sido unos días muy importantes ¿no? Como de muchos encuentros con el pasado, pero a la misma vez como ya dejándolo en paz, como ya diciendo: “Ahora quiero caminar de aquí para allá”...Ya no estar volteando a ver todo lo que se quedó allá. Por ejemplo, fue el primer año que no puse la foto de mi papá e igual la de mi mamá...Pero me quedo pensando, como dijo usted, que: “Iba a ser todo en automático, que iba a ver cosas que iban a irse modificando”, y yo siento que esa es una de las cosas...>>*.

Tristeza prefabricada: *<<...Como el día que le dije que me puse triste y que me puse a pensar: “¿por qué estás triste? Ah, por esto y esto” y dije: “No, tienes que ser valiente y salir*

adelante” y se me pasó, o sea, y dije: “era mi tristeza prefabricada ¿no? Para seguir, este, sintiéndome mal porque no tengo dinero, porque esto, porque el otro”>>.

Logros sobre el duelo: *<<Entonces como que sí sé el camino ¿no? y tengo que. A partir de aquí pues...me liberé de cosas que tenía, que traía...Pues por ejemplo, de ya no pensar que en esa cajita están, el terminar con una costumbre de 7 años de estar besando una urna ¿no? Ya no me produce como eso de ¡no les di el beso, no! pues creo que también de culpas ¿no? de pensar que, porque de alguna manera me agredo o me agredía en este agredir a mi mamá. O sea, en culparla siempre porque no me quiso, porque no me dio; cómo le dije a ella anoche, le digo: “Todavía tenemos mucho que..., no le dije en la urna, estaba acostada, todavía tenemos mucho que platicar, para... que conecté esas emociones y palabras y las saqué”>>*

Frutos en el futuro: *<<... voy a tratar de seguir adelante como hasta ahora y dándole su sitio de respeto que tiene ahí pero nada más; pues creo que son muchas cosas, si me pusiera a pensar de que tanto en estos días me di cuenta o me liberé o reflexioné o entendí que no había entendido, pues son muchas. Como que yo creo que en la vida práctica del día a día, se van a ir dando ¿no? Como que van a ir saliendo “¡ay, yo no hacía esto, no!” yo sé que si van como a dar frutos en el futuro>>.*

Pedir perdón: *<<ya pedí los perdones que tenía que pedir en vida, en muerte y ahora posterior a su muerte, o sea, creo que las preguntas que me quedan ahorita, ya no es tanto de Adolfo y Martha ¿no? sino ya son otras cosas, mi forma como de querer escabullir a la vida ¿no? También mi limitación en el sexo, por qué tantas cosas ¿no?, hay muchas preguntas todavía y yo sé que tengo que tener otra terapia ¿no?, para enfrentar todo eso que yo quiero enfrentar>>.*

Las culpas están superadas: *<<Ya no las siento, pienso que no fui la mejor hija pero que dentro de eso como ellos no fueron los mejores padres porque les faltó, porque lo que yo siempre he reprochado que no me besara, fueron buenos padres y yo fui buena hija, en todo lo que es el contexto de hijo, creo que fui una buena hija y los quise, como que ya no siento eso ¿no? Ya no me hace, cómo le diré, preocuparme, o sobre preocuparme, u ocuparme; creo que ya en ese sentido tanto los liberé a ellos como me liberé yo>>.*

6.1.10 Positivo versus negativo

En este apartado se analizarán algunos aspectos relevantes de las respuestas positivas y negativas de T., utilizando el sistema de dos-categorías: (P) positivo y (N) negativo (Luborsky, 1977b).

En el total del tratamiento se observó que de las 555 categorías, 465 son respuestas; es decir el 83.8% del total de categorías y 90 son deseos con el 16.2%. El análisis de valencia sólo compete a las respuestas; así se detalla que las respuestas negativas son 219 (47.1%) del total de las respuestas y las respuestas positivas son 246 (52.9%) del total de las respuestas (véase Tabla 32).

Se analizan las respuestas positivas y negativas de cada uno de los componentes en su totalidad. Encontrando que el mayor número de respuestas negativas fueron realizadas por el sujeto hacia sí misma (RSS) con una frecuencia de 96 (43.8%), seguida de la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con una frecuencia de 65 (29.7%), y por último encontramos a las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 34 (15.5%). En cuanto a las respuestas positivas, se observa que la respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) cuenta con la mayor frecuencia 99 (40.3%), seguida de las respuestas del sujeto hacia sí mismo (RSS) con una frecuencia de 75 (30.5%) y por último, encontramos las repuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 67 (27.2%). Las respuestas del objeto hacia otro objeto (ROO) son de menor importancia y en ambas valencias ocupan el último lugar. En el total del tratamiento se puede concluir que las respuestas positivas fueron mayores a las negativas en todos los componentes, exceptuando las respuestas del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS), (véase Tabla 32).

Tabla 32. Valencia total

		ROO	ROS	RSO	RSS	Total	%
Negativo	Frecuencia	24	34	65	96	219	47.1
	%	10.9	15.5	29.7	43.8		
Positivo	Frecuencia	5	67	99	75	246	52.9
	%	2.0	27.2	40.3	30.5		

Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tienen la mayor frecuencia 130 (57.5%) y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron con una frecuencia de 150 (62.8%), (véase Tabla 33). Esto es significativo ($\chi^2 = 19.181$, $df = 1$, $p < 0.001$).

Tabla 33. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de la psicoterapia

		Negativo	Positivo
Fase Inicial	Frecuencia	130	96
	%	57.5	42.5
Fase Final	Frecuencia	89	150
	%	37.2	62.8
Total	Frecuencia	219	246
	%	47.1	52.9

Al comparar ambas fases y analizar de manera más detallada cada uno de los componentes, en las respuestas negativas el mayor cambio se encuentra en las respuestas del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS), pasando de una frecuencia de 68 (52.3%) a una frecuencia de 28 (31.5%). En las respuestas positivas observamos que el mayor cambio se dio igualmente en el componente (RSS), pasando de una frecuencia de 16 (16.7%) a una frecuencia de 59 (39.3%), (véase Tabla 34). Esto es significativo ($\chi^2 = 41.280$, $df = 1$, $p < 0.001$).

En segundo lugar se encuentran las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO), en cuanto a las respuesta negativas encontramos que al inicio cuenta con una frecuencia de 28 (21.5%) y al final cuenta con una frecuencia de 37 (41.6%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 43 (44.8%) y al final cuentan con una frecuencia de 56 (37.3%), (véase Tabla 34). En ninguna de las dos valencias el cambio es significativo, ($\chi^2 = 0.002$, $df = 1$, $p = 0.964$).

En cuanto a las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS), se encuentra que las respuestas negativas al inicio tienen una frecuencia de 19 (14.6%) y al final 15 (16.9%) y las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 33 (34.4%) y al final tiene una frecuencia de 34 (22.7%), (véase Tabla 34). En ambos casos el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.397$, $df = 1$, $p = 0.529$).

Al final encontramos las respuestas del objeto hacia el objeto (ROO), en donde al inicio la frecuencia es de 15 (11.5%) y al final de 9 (10.1%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 4 (4.2%) y al final cuentan con una frecuencia de 1 (0.7%), (véase Tabla 34). Para ambas valencias el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.561$, $df = 1$, $p = 0.454$).

Existen cambios en las dimensiones de positivo y negativo al comparar sesiones iniciales con sesiones finales, y aunque estos cambios pueden ser mínimos como señalan Grenyer y Luborsky (1998), los cambios que aparecen suelen tener unos resultados clínicos significativos.

Tabla 34. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de cada uno de los componentes

Valencia	Fase		ROO	ROS	RSO	RSS	Total
Negativo	Inicial	Frecuencia	15	19	28	68	130
		%	11.5	14.6	21.5	52.3	100
	Final	Frecuencia	9	15	37	28	89
		%	10.1	16.9	41.6	31.5	100
	Total	Frecuencia	24	34	65	96	219
		%	11.0	15.5	29.7	43.8	100
Positivo	Inicial	Frecuencia	4	33	43	16	96
		%	4.2	34.4	44.8	16.7	100
	Final	Frecuencia	1	34	56	59	150
		%	0.7	22.7	37.3	39.3	100
	Total	Frecuencia	5	67	99	75	246
		%	2.0	27.2	40.2	30.5	100

6.1.11 Análisis clínico, discusión y conclusión

En este estudio de caso, se analizó a Trinidad, una paciente diagnosticada en su juventud con depresión. El motivo que la llevó a solicitar terapia fue que los síntomas de tristeza, miedo y ansiedad se habían exacerbado a raíz de la muerte de ambos padres. Sin embargo, existen antecedentes en su historia clínica que hacen pensar que la depresión se encontraba de manera latente desde la infancia, pues en sus narraciones sobre esta etapa de la vida, se autodescribe como una niña temerosa, la cual se aferraba desesperadamente a la madre para no ser separada de ella y refiere que los padres eran poco afectivos, pero buenos proveedores. En este sentido, el tipo de apego construido con la figura materna fue de tipo ansioso ambivalente, ya que la madre respondía emocionalmente de manera inconsistente frente a las demandas de angustia intensa por la separación, originando así que la paciente no tuviera expectativas de confianza frente al acceso y respuesta de sus cuidadores.

Desde su nacimiento y en el transcurso de su desarrollo evolutivo, Trinidad se enfrentó directa o indirectamente a diversas pérdidas, algunas de ellas por muerte. Por un lado, su madre había experimentado la pérdida neonatal de dos hijos, y por otro lado, se enfrentaba a la enfermedad congénita de otro de ellos, el cual perecería en la juventud. Sin duda, la muerte de los hijos, entre otros factores originarios, marcó el psiquismo de la madre y a su vez la relación que ésta construía con la paciente. Este era sin duda, un vínculo en donde existía el rechazo materno. Existieron factores que se gestaron en la infancia, los cuales contribuyeron a que la depresión evolucionara y se desencadenara en etapas posteriores. También podemos sentar las bases de que el diagnóstico no sólo incluye al trastorno del estado de ánimo (Depresión), sino también rasgos de un trastorno de personalidad (Dependiente).

Se han mencionado algunas variables que pudieron favorecer a la creación de los trastornos anotados, y a continuación serán nombrados de manera más detallada los factores que intervinieron para la gestación de dichas afecciones: la muerte de los hermanos mayores, el sentimiento de angustia al ser separada de la madre, el distanciamiento afectivo de los padres, la enfermedad crónica del hermano mayor, el rechazo al nacimiento de la hermana menor, la baja autoestima regulada por los padres, la somatización para llamar la atención de los cuidadores, el deseo de no asistir a la escuela, la constante preocupación por la muerte y la necesidad general y excesiva de que se ocuparan de ella. Estas son sólo algunas situaciones

que implicaron un trabajo psíquico desgastante, en donde no hubo un buen procesamiento de estos eventos y el soporte familiar resultó insuficiente.

Sin duda, el paso del tiempo y la conciencia de las propias limitaciones plantearon renunciaciones sutiles, duelos que dejaron sus marcas e implicaron costos psíquicos. En conclusión, con estos datos clínicamente no es posible establecer con claridad que la paciente en su infancia estuviera ya sufriendo de depresión; sin embargo, sí es posible aseverar que estaba atravesando con dificultad las fases del desarrollo. Es posible que la cantidad de angustia manejada en la infancia fuera excesiva. Si retomamos el relato de los sentimientos de angustia que la paciente sentía sobre la posibilidad de ser separada de la madre, o sobre otros eventos, podemos apoyarnos en el concepto de angustia de separación, una de las angustias más primitivas o primarias. Ya Freud (1929), en *Inhibición, síntoma y angustia*, basándose en el juego del carrete, habló concretamente sobre la angustia de separación, explicando que el niño pequeño no puede distinguir entre una ausencia temporal y una permanente. Tan pronto el infante pierde de vista a la madre, se comporta como si no fuese a verla nunca más. Es así como surge una reflexión más clara y profunda, concluyendo que la angustia es una reacción al peligro de perder el Objeto; el sufrimiento del duelo, una reacción al alejamiento del Objeto perdido; y la defensa, un modo de afrontar la angustia y el sufrimiento.

Es posible que la madre de la paciente sufriera de depresión u otro trastorno, el cual ya existía desde la infancia o pudo haber sido originado, como ya se dijo, después de haber experimentado la muerte de sus hijos. La paciente recordó que frecuentemente encontraba a su madre llorando e incapacitada para realizar actividades fuera de la casa, lo cual la hacía pensar que su madre sufría de crisis de pánico. Como dato significativo, cabe resaltar que los padres de la paciente sufrieron el abandono de sus progenitores a edades muy tempranas y quedaron al cuidado de otros integrantes de la familia, lo cual puede indicar que venían arrastrando pérdidas no resueltas que se proyectaron en la nueva generación de integrantes. Sin embargo, los antecedentes genéticos de esta paciente indican la predisposición a la enfermedad, y esto se confirmó con la presencia de otros trastornos de ansiedad o depresión, en la línea fraterna de la paciente.

Todo lo anterior sienta bases para concluir que la psicopatología y el duelo estuvieron estrechamente vinculados en Trinidad. Los duelos insuficientemente elaborados en la infancia, entre otros factores, favorecieron el desequilibrio mental y en la etapa adulta, los

trastornos psicopatológicos existentes contribuyeron a la compleja elaboración del duelo. En este caso se habla de un duelo que pasó de ser complicado a ser patológico. Existen estudios que prueban estas afirmaciones; por un lado, en la infancia la interrelación resulta sumamente clara, ya que los duelos graves o acumulados durante esta etapa parecen correlacionar con trastornos psicopatológicos en la propia infancia y en edades posteriores, aunque sus efectos generalmente no son específicos, al menos con el actual nivel de conocimientos (Bowlby, 1980/1993; Cox, 1993; Woof & Carter, 1997). En sentido opuesto, los trastornos psicopatológicos previos, de los niños o de sus progenitores, suelen suponer inconvenientes, a menudo más específicos, para la elaboración de los duelos (Black, 1998; Cox, 1993; David, 1987; Rutter, 1980; Tronick & Field, 1986).

Para la paciente, la pérdida de ambos padres la dejó desvalida. Si bien es cierto que un adulto cuenta con más capacidad para sobrevivir sin la presencia más o menos continúa de uno de los progenitores, en este caso, Trinidad vivió la muerte de los padres de una manera tan inquietante como lo haría un niño o un adolescente. La paciente se sentía sola en un mundo extraño, y se autodescribía como una niña indefensa que se encontraba perdida sin la presencia de ellos. La pérdida de estas figuras parentales le hacía exacerbar los sentimientos de angustia, soledad y sentimientos similares que representan la orfandad. Inmediatamente buscó un sustituto en la figura del hermano mayor, pero todo su sistema familiar se encontraba afectado y la comunicación se daba sólo entre algunos de los hermanos, fomentando un círculo cerrado en donde muchas veces no se expresaban abiertamente las emociones.

Aunque el proceso de enfermedad de los padres fue largo, esto no permitió sentar las bases para elaborar el duelo anticipadamente. Los factores mencionados se entremezclaron para agravar dicho proceso, pero la pérdida que vivió de manera más ambivalente fue la de la madre. A pesar de los cuidados y atenciones y la gravedad de la enfermedad, no se suscitó de manera sincera el ánimo para resolver los conflictos anteriores con ella. Por ende, la incapacidad de elaborar el duelo, trajo con el tiempo otras consecuencias patológicas, ya que la identificación con los padres muertos le suscitó problemas con enfermedades, adicciones y hábitos dañinos, los cuales no pudieron ser trabajados profundamente en la psicoterapia.

Ahora bien, el método del Tema Central de Relación (CCRT), se mostró sensible para detectar los procesos de cambio de manera válida y fiable. Ofreció un medio para ser

operacionales los conflictos focales y centrales y detectó el foco de trabajo planteado a la paciente desde el inicio del proceso psicoterapéutico. El CCRT se obtuvo de una muestra que consistió en 8 sesiones de 15 (4 de la parte inicial y 4 de la parte final) de donde se extrajeron 81 episodios de relación. La evaluación se realizó a 555 componentes, en donde las respuestas ocuparon la mayor cantidad con un total de 465 y los deseos la menor cantidad con un total de 90. Tanto el deseo (DSS), como la respuesta (RSS) del sujeto hacia sí mismo fueron las más abundantes.

Las experiencias interpersonales narradas por la paciente en cada sesión (episodios de relación) obtuvieron patrones típicos, los cuales se reflejaron en las interacciones de la paciente consigo misma y con los objetos. Contrariamente a lo planteado por Luborsky (1998a), en esta investigación el objeto más frecuente fue el sujeto mismo. Respecto al tiempo de los episodios, el inicio de la terapia contó con mayores episodios sobre el pasado y el fin del tratamiento obtuvo mayores episodios sobre el presente.

El foco elegido a trabajar en las sesiones fue la elaboración del duelo no resuelto por la muerte de los padres siete años atrás, a partir de trabajar las emociones ambivalentes (amor-odio), de vacío, dependencia y culpa; teniendo en cuenta como foco complementario el trabajo de la ansiedad de separación. El objetivo de elaborar el proceso de duelo se cumplió a lo largo de las sesiones y permitió el reacomodo de esa área y que los síntomas propios del cuadro depresivo dejaran de ser solamente apaciguados mediante psicofármacos, reduciendo así el riesgo de sólo medicar, práctica habitual de estos tiempos (Tizón, 2000).

El CCRT de la Fase Inicial fue el siguiente: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y amarme a mí misma; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la Fase Final fue el siguiente: *Deseo que el otro me apoye, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me apoya, yo le apoyo y tengo autodeterminación.*

En relación a lo anterior, se observó que al comparar el CCRT del inicio del tratamiento con el CCRT del final del tratamiento, la paciente cambió tanto los deseos como las respuestas de sí misma, de manera significativa. Por un lado, el deseo (DSS) pasó del *cluster C. Amar,*

sentirse bien al cluster D. Tener autodeterminación, y por otro lado, la respuesta (RSS) cambió del cluster F. Estar insatisfecho, estar asustado, al cluster D. Tener autodeterminación, igualmente se dio un cambio en la categoría M. Retirarse en uno mismo. Todos estos cambios indican que la paciente tuvo un cambio intrapsíquico y los síntomas de la depresión mejoraron.

Al juntar ambas fases se realizó un CCRT global de la paciente. Tomando los primeros y segundo componentes más frecuentes, se pudo señalar el siguiente patrón central de relación de Trinidad:

Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo y me apoye; yo quiero amarlo, sentirme bien con él y prestarle atención, deseo tener autodeterminación, amarme y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya, me ama y se siente bien conmigo, yo le apoyo y presto atención y me siento insatisfecha, asustada y con autodeterminación.

Se observó lo siguiente en la formulación final del CCRT de la paciente. Por un lado, el deseo del sujeto hacia sí misma (DSS), se mantuvo en las categorías armoniosas; es decir, quiere amarse a sí misma pero también tener autodeterminación y es al final del tratamiento que elaboró que ambos deseos están vinculados, entendiendo que una de las maneras de sentirse bien con ella misma es logrando ser independiente psicológicamente y económicamente. Por otro lado, en las respuestas de ella misma hacia sí misma (RSS), se encontró una respuesta no armoniosa de sentirse insatisfecha y asustada e igualmente una respuesta armoniosa de tener autodeterminación. Esto denota una notable ambivalencia en las respuestas de la paciente, ya que una de las respuestas va en contra de sus deseos y la otra a favor. Por último, tanto la respuesta de los otros hacia ella (ROS), como la de ella hacia los otros (RSO), se mantuvo en la categoría de apoyar.

Finalmente existieron cambios en las valencias de positivo y negativo de las respuestas, lo cual, aunque sean mínimos, reflejan resultados clínicos significativos en la paciente. Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, vemos cambios substanciales, ya que en el inicio de la terapia aparecieron mayores respuestas negativas y al final de la terapia mayor cantidad de respuestas positivas para casi todos los componentes, en especial para las respuestas hacia ella misma. Los sentimientos negativos del inicio de la terapia, se pueden explicar al revisar la historia de la paciente, donde existieron

momentos significativos de temor que se iniciaron en la infancia, se repitieron en otras esferas de su vida y culminaron en un trastorno depresivo. La paciente no se había enfrentado al dolor de deshacer los lazos contraídos con las personas amadas de manera ambivalente y existía falta de interés por el mundo exterior.

Las señales de miedo, culpa, frustración, aislamiento, somatización e incapacidad para generar nuevas relaciones se agudizaron al sufrir las pérdidas de los progenitores, pero éstas son sólo una constante en la historia de sujeto; es decir que, en el proceso de duelo se repitió lo que no había sido elaborado. Sin embargo, al final de la terapia tanto en los Deseos como en las Respuestas surgió la autodeterminación y la necesidad de comprender y reconciliarse con los objetos perdidos. De manera concluyente se puede decir que aquel proceso de duelo que comenzó con el impacto afectivo de la pérdida, finalizaba con la aceptación de la nueva realidad interna y externa.

La adecuada elaboración del duelo permitió que la paciente reacomodará tanto su mundo interno como externo sin la presencia de los seres queridos y adoptará nuevos roles y actividades, ya que la energía emocional retirada de las relaciones perdidas pudo ser reinvertida en nuevas.

6.2 El caso de Aída: Pérdida de la pareja

6.2.1 Ficha de identificación

Nombre: Aída

Edad: 34 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Viuda

Lugar de Origen: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Ocupación: Maestra

Tratamiento: Del 30 de noviembre del 2008 al 20 de mayo del 2009

6.2.2 Plan de tratamiento

Foco de trabajo

Trabajar la frustración y enojo exacerbados hacia el esposo a raíz de su muerte, comprendiendo la dinámica de la relación ambivalente (amor-odio) y dependiente, para poder facilitar la expresión de sentimientos entremezclados por el impacto de la pérdida súbita, la cual imposibilitó el perdón entre ambos. Teniendo en cuenta como foco complementario el trabajo de la ansiedad de separación por el fin de la terapia.

Metas

Ser independiente y contar con una elevada autoestima (no sólo de conocimientos intelectuales), para poder interactuar en las relaciones con límites, no permitiendo así el maltrato y dejar de vivir a los demás como devaluadores.

Entender que la dinámica destructiva con el esposo también fue generada por ella, debido a que no supo cómo darse un valor importante dentro de la relación y por ende terminó aceptando los maltratos.

6.2.3 Evaluación clínica

Inicial

La paciente es una mujer de edad madura, y se dedica al magisterio. En diferentes ocasiones solicitó un espacio psicoterapéutico refiriendo que el motivo de consulta eran los constantes problemas conyugales. Su asistencia a los anteriores espacios terapéuticos fue inconsistente. En esta última ocasión acudió al Centro en un estado de crisis de angustia debido a que el marido, hacia un mes había fallecido repentinamente en un accidente. Describió que se sentía enojada, que deseaba pasar el tiempo dormida pero no podía hacerlo ya que estaba padeciendo de insomnio, que no tenía hambre y que no quería salir de casa porque era el único espacio en el que sentía cierta seguridad.

<<Se murió mi esposo, lo extraño mucho y estoy muy enojada con él. Quedaron muchas cosas inconclusas, de hecho teníamos problemas pero ya nos estábamos llevando bien. Estoy muy enojada con él porque se fue y porque quedaron muchas cosas pendientes de platicar, entre ellas perdonarnos porque nos faltamos muchísimo al respeto y nos hicimos muchas cosas feas>>.

La relación de pareja empezó desde la juventud, llevaban diez años de noviazgo y hacía cuatro años se habían casado. Al relatar sobre la relación que tenían comenzó diciendo que al principio pasaban momentos agradables, pero que desde el inicio existieron agresiones verbales por parte de él y ella permitió. Al paso del tiempo los ataques y faltas de consideración por parte de su pareja fueron acentuándose. Ella se sintió poco valorada y querida.

Comentó que siempre se sintió insignificante al lado de él. Lo admiraba por su inteligencia académica y no entendía cómo ella podía seguir viva y él no. *<<Yo siempre desde muy niña he tenido la tendencia de que no le tengo miedo a la muerte; este no sé, yo he sentido de que no valgo para nada, que más valdría que yo me muriera que él se hubiera muerto y estoy muy enojada por eso y por muchas cosas. Yo sé que he tenido muchísimos errores, el no haber sido honesta con él, de por si él era muy grosero y encajoso y ahora con esto...>>*

Mencionó que desde la infancia ha sido permisiva, le ha costado trabajo defenderse y su manera de reaccionar frente a las críticas ha sido el llanto. Aída es la segunda de cinco hijos y relata que aunque el padre le impulsó a que estudiara, ella siempre fue siguiendo los pasos del hermano mayor, no se arriesgó a estudiar diferentes cosas por miedo a fracasar y se describió como una persona conformista. De pequeña fue apegada al padre y jugó bastante con él; en la adolescencia tuvieron un distanciamiento y empezaron a discutir frecuentemente. Recordó que constantemente soñaba que el padre la vigilaba cuando estaba con algún amigo. No se permitía disfrutar de las experiencias sexuales con su pareja por miedo y culpa. Define que sus relaciones estaban determinadas por su timidez. Actualmente cree que sus problemas amorosos tienen que ver con la educación que le dio el padre, al cual describió como un hombre riguroso y represor.

Narró que en la relación de sus padres hubo maltrato, *<<yo digo que el culpable es mi papá por la educación que me dio, pero también aquí la culpable es mi mamá porque permitió que mi papá la subyugara, la menospreciara, la golpeará. En mi casa había eso también, mi papá lastimaba mucho a mi mamá... y he leído que volvemos a repetir esos mismos esquemas en nuestros futuros matrimonios>>*. Aceptó que ese era el caso de su relación y aunque ella había contribuido a ello, el mayor culpable de que la relación se tornara destructiva era la pareja, ya que éste ignoraba por completo sus emociones y ella dejó de pedirle que le prestara atención.

En el inicio de las sesiones la paciente tiene un cúmulo de sentimientos encontrados, predominan las emociones negativas como el enojo por ya no poder perdonarse el daño que les causó tanto dolor en la relación, la impotencia de saber que él ya no estará para responderle sus preguntas y el dolor al ver que los familiares cercanos de la pareja, con los que no hubo comunicación frecuente, se muestran solamente interesados en los bienes materiales y no en ella.

Final

La paciente tiene deseos de seguir estudiando y eso le produce mucha satisfacción. Desea cambiar de actitud, mejorar su autoestima y ver de manera positiva las opciones que ahora tiene. Refiere que el dolor permanece y se sigue manifestando el sentimiento de enojo. Pasa

gran parte del tiempo pensando en quién tuvo la culpa y se molesta consigo misma por no llegar a ninguna conclusión que le dé aliento a perdonar todavía.

La relación con la madre de la pareja ha incrementado los sentimientos de irritación en Aída, ella siente la necesidad de visitarla, pero en la mayoría de esos encuentros se entera de cosas que la hacen sentir más molesta. La paciente está de acuerdo en dejarle la mayoría de los bienes y para tal fin deben seguir reuniéndose hasta que se firmen los papeles legales. Ella sabe que está cayendo en las provocaciones y está intentando controlar sus manifestaciones de ira.

Con respecto al esposo, refiere que le estaba costando trabajo rescatar las cosas positivas que tuvieron en la relación, y creía que lo estaba logrando; sin embargo, ahora siente que debe de seguir molesta con él por todas las mentiras que ha descubierto y por darse cuenta que él no la quiso y solamente la lastimó.

Los sentimientos ambivalentes hacia el marido se siguen manifestando. Por un lado menciona: *<<Me sirvió el coraje (risa) porque ya no le he llorado, porque sí me la pasaba llorándole y ahora como que me resultó enojarme con él... guardé todas sus fotografías. Sí estaba de veras muy enojada...y estoy disfrutando mucho (risa) créame que lo estoy disfrutando mucho. Ir a caminar porque este antes iba a caminar diario ahora ya no voy mucho pero ahora ya lo estoy disfrutando más, ya ando en la bicicleta, en verdad estoy muy contenta...>>*

Al final del tratamiento refiere: *<<Ahora a lo que me enfoco más es que quiero seguir estudiando y sí quiero enterrarlo, aunque me enoje mucho sí quiero enterrarlo porque no fue buena la relación..., pero pues tengo que partir de cero de nuevo, que eso me sirva de apoyo, pero ya no quiero que me siga arrastrando...>>*

En las últimas sesiones, Aída trabaja sobre el miedo que ha sentido de que la muerte llegue de nuevo a su vida, refiere que nadie está preparado para ello aunque sepamos que es una constante de la vida. Aprovecha las oportunidades para decirles a sus familiares que los quiere. Ha decidido que le gustaría mostrar una imagen de fortaleza porque está cansada de recibir las ganancias secundarias de ser la víctima. Tiene ganas de luchar y de integrarse a las cosas que ahora le interesan. Sintió que el espacio terapéutico le brindó la oportunidad de

reflexionar sobre situaciones de las cuales no se había percatado y en las cuales seguirá trabajando poco a poco.

<<He aprendido muchas cosas...de por sí me gustaba la psicología, pero he entendido muchas cosas que no había podido descubrir, desde mi niñez, mi autoestima que estaba por los suelos...siempre esperando al otro a que me la levante sin saber que yo era la que me tenía que levantar a mí misma; también no tengo que demostrarle a nadie nada...lo que soy...es por mí>>.

Seguimiento al mes

La paciente siente que tanto sus pensamientos, sentimientos y conductas están más equilibradas. El recuerdo de la pareja ya no le produce ira, ahora entiende que ambos contribuyeron a que la relación fuera destructiva y esto le produce nostalgia. Está empezando a disfrutar cosas que no disfrutaba haciendo con él, poco a poco su recuerdo le ha dejado de producir llanto. *<<Me acuerdo mucho de él todavía, me genera muchos sentimientos y trato de no llorar... a pesar de que lo extraño, lo necesito y me gustaría volver a verlo, estoy disfrutando muchas cosas que no disfrutaba con él, a pesar de que él estaba conmigo>>.*

Se ha percatado de que antes evadía y no solucionaba sus problemas y ahora intenta reflexionar porqué lo hace. Ha disfrutado más de su familia, en especial de sus sobrinos los cuales la confrontan con su propia maternidad. Ha asistido a reuniones en donde se muestra más interesada por relacionarse con los demás y en donde ha tenido la oportunidad de mejorar su autoestima. Se percibe más tolerante, sobre todo en el trabajo.

La relación con su madre mejoró; ha dejado de culparla y reclamarle. Aceptó que repitió los esquemas. *<<Volví a repetir las cosas que me molestaban de mi mamá, las volví a retomar yo... no, no sabía, no, no me daba cuenta... y ahora me doy cuenta que lo que más odio lo volví a repetir>>.* Sentía que los demás eran culpables de sus fracasos personales, ahora piensa que la solución a los conflictos está dentro de ella.

Respecto al proceso, refiere que fue la primera terapia que concluyó. Al principio pensó que catorce sesiones serían muy poco para trabajar los fallos de toda su vida. Conforme fueron evolucionando las sesiones, se percató de algunos de los orígenes de sus conflictos. Aunque

sentía vergüenza de narrar sus problemas, siente que expresó la mayor parte de ellos y el foco con el que se vino trabajando fue trabajado. Al final, la paciente cuestionó la posibilidad de retomar en algún otro momento un nuevo espacio terapéutico, por lo que se dejó abierta la posibilidad de hacerlo en cualquier momento que ella lo necesitara.

6.2.4 Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Duelo [V62.82]

Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación [301.82]

Eje III: Enfermedad de la piel y del tejido celular subcutáneo

Eje IV: Duelo por muerte del esposo [10]

Eje V: EEAG= 51 (en el ingreso)

EEAG= 61 (actual)

6.2.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales

La paciente llega a terapia en un momento muy crítico por la pérdida reciente de su marido. Anteriormente había solicitado terapia por los problemas de pareja a los que se enfrentaba en ese momento, pero dejó el proceso inconcluso. Llega con sentimientos mezclados que oscilan entre la tristeza y el enojo por la muerte del esposo. En su discurso se presentan contradicciones con respecto a la relación que mantenía con su pareja, y aflora la relación ambivalente hacia el esposo y otras figuras importantes como la del padre.

Intenta negar el impacto de los aspectos dolorosos tanto internos como externos y racionaliza sus acciones evitando así la censura externa, en este caso la del terapeuta, ya que me refiere que le da pena que siendo una persona estudiada cayera en una dinámica conflictiva, esto la pone en una situación donde se reafirman los sentimientos de inferioridad que tiene y los cuales cree que se compensan con la adquisición de conocimientos académicos; sin embargo, refiere que a pesar de que tiene un posgrado se siente insignificante. Muestra su postura

ambivalente hacia la figura del terapeuta; por un lado quiere la ayuda pero por el otro duda de la capacidad y conocimientos del terapeuta.

Remarca que ha leído mucho sobre problemas de pareja y que no se explica cómo no pudo poner límites. Parece que en la lectura encuentra la perfecta forma de evadir la realidad y pide que se le sugiera algún libro relacionado con lo que se trabajará en las sesiones. Se le explica que muchas veces los conocimientos adquiridos en los libros se encuentran distantes de nuestras emociones, pero ella insiste en relacionarse de manera alejada e interponiendo ambos conocimientos académicos y me cuestiona para que le dé una respuesta de cuánto tiempo tardará en sentirse mejor.

Construirá conmigo una relación distante en donde al parecer sacará más provecho de un libro recomendado que de la dinámica generada entre nosotras, situación que me confronta con la frustración de no poder realizar un vínculo terapéutico, en donde exista la confianza necesaria para que se abra conmigo sin tener miedo a ser censurada o puesta a prueba, como lo han hecho el padre y posteriormente la pareja, si es que no se mostraba inteligente. La construcción de relaciones distantes afectivamente puede ser el vínculo establecido conmigo y no permitir un trabajo en donde se pueda realizar un *insight* de tipo intelectual o emocional; es decir, que deje de pensar y empiece a conectar con sus emociones.

Contratransferencialmente, la paciente me invita a centrarme más en lo intelectual que en lo emocional y yo insisto en llevarla al terreno de las emociones, pero se defiende, lo cual se convierte en una lucha en donde muchas veces doblego y me encuentro en una postura directiva o a veces deseo explicarle abiertamente dónde se encuentran las contradicciones en su discurso que la llevan a manejarse sólo en el terreno del intelecto. En ocasiones me sentí protectora haciéndole ver que dejaba que los demás abusaran de ella, que se encontraba en ella el poner límites y en ese sentido dejaría de buscar culpables y responsables sobre lo que acontece en su vida, actuando de manera menos pasiva, pero encontraba la resistencia de moverse del lugar que le brinda la sensación de seguridad.

6.2.6 Clinimetría

Octubre de 2008

Pruebas aplicadas:

- Test de la Figura Humana K. Machover
- MMPI-2

Resultados:

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de las pruebas de personalidad (proyectivas y estructurada), se observa que Aída es una persona que presenta inestabilidad emocional así como un bajo nivel de energía, indicador de un estado depresivo caracterizado por sentimientos de minusvalía, tristeza y cierta desesperanza .

Recurre a la negación, escisión y evasión como principales mecanismos defensivos.

Asume una postura demandante, impaciente e infantil, esperando que sus necesidades se vean gratificadas de manera inmediata.

Tiene dificultad para actuar de manera convencional, lo cual puede repercutir en sus relaciones interpersonales ya que también presenta ciertos rasgos de paranoia (ideas de referencia) que la llevan a tomar una actitud vengativa.

Dentro de sus características de personalidad encontramos que Aída tiende a ser una chica insegura, imaginativa, creativa, sensible, preocupada por su salud, pero también distante y cautelosa en sus relaciones interpersonales.

Es importante que reciba apoyo psicoterapéutico, sobre todo para contenerla, ya que aún cuando su capacidad de *insight* puede no ser suficiente en una terapia con enfoque psicodinámico; una vez que logre formarse el vínculo terapéutico, Aída se sentirá más segura y podrá responder al tratamiento.

6.2.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU

A continuación, se analizarán aspectos relevantes de las narraciones de la paciente. Los episodios fueron evaluados con las dos fases del método CCRT (para más detalle consultar *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998). En la Fase A se identificaron los episodios de relación y en la Fase B, se extrajo el CCRT del *set* de narraciones.

En ambas fases del método, obtendremos los siguientes datos: a) el análisis total de las ocho sesiones; b) la diferencia que resulta al comparar la fase inicial (cuatro primeras sesiones) con la fase final (cuatro últimas sesiones); c) la relación que tiene cada una de las variables analizadas con el resultado clínico de la psicoterapia y d) y el grado de significancia y fiabilidad.

Fase A: Localizando los Episodios de Relación.

- **Muestra**

La muestra de la investigación estuvo conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento (entrevista 1, entrevista 2, sesión 1 y 2) y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento (sesión 10, 11, 12 y el seguimiento). De las ocho sesiones se obtuvieron un total de 84 episodios de relación.

- **Episodios de relación**

Es importante tener una muestra adecuada de Episodios de Relación (ER), para así obtener un CCRT representativo del tratamiento o de las fases del tratamiento. Normalmente es suficiente tener la muestra de las dos primeras y últimas sesiones del tratamiento para poder localizar 10, o cerca de 10 episodios de relación de la parte inicial y 10, o cerca de 10 episodios de relación de la parte final. Sin embargo, se necesitan realizar más investigaciones para determinar el número adecuado de episodios de relación y de sesiones que determinen una muestra representativa para elaborar el CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

En esta investigación se están comparando dos bloques (fase inicial y fase final). En la fase inicial se obtiene un subtotal de 45 ER, siendo la sesión 2 la que cuenta con el mayor número

de episodios relacionales de esta etapa. En la fase final aparecen un subtotal de 39 ER, hallando en la sesión 11 la mayor cantidad de episodios de relación (véase Tabla 35).

En cuanto a los episodios sobre duelo obtenemos de ambas fases un total de 23 ER. En la fase inicial encontramos 9, siendo la sesión 2 la que cuentan con el número más alto de episodios sobre duelo. En la parte final obtenemos 14 ER, siendo la sesión 11 la que ocupa el primer lugar (véase Tabla 35).

Con respecto a los sueños, Luborsky refiere que no se ha decidido la inclusión de estos como episodios de relación, pero si se decide incluirlos, al ser relativamente pocos en cada tratamiento se perderán entre el gran número de episodios de relación que el paciente narrara de su interacción con otras personas (Luborsky, 1998a). En este estudio se contabilizaron los sueños dentro del total de ER, ya que representan una muestra pequeña. Los sueños son en total 4. Aparece en la fase inicial solamente 1 sueño sobre duelo y sueños de otra clase son 3, de los cuales 2 aparecen en la parte inicial y 1 en la parte final, (véase Tabla 35).

Tabla 35. Número de Episodios de relación por sesión

Fase	Sesiones	ER de duelo	ER sin duelo	Sueños de duelo	Sueños Otros	Total de ER
Inicial	Entrevista 1	1	8	0	0	9
	Entrevista 2	0	9	0	2	11
	Sesión 1	3	8	0	0	11
	Sesión 2	5	8	1	0	14
	Subtotal ER inicial	9	33	1	2	45
Final	Sesión 10	1	8	0	0	9
	Sesión 11	6	5	0	0	11
	Sesión 12	3	6	0	0	9
	Sesión 13	4	5	0	1	10
	Subtotal ER final	14	24	0	1	39
Total ER		23	57	1	3	84

Al observar las frecuencias de los episodios de relación de las 8 sesiones, se ve que en la fase inicial la sesión 2 cuenta con 14 episodios de relación, un número bastante alto. En la fase final la sesión 11 cuenta con el mayor número de episodios que son 11. La media de los episodios de relación obtenidos en cada sesión del tratamiento fue de 10,5 ER por sesión, un número favorable si consideramos que son 10 los episodios relacionales necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases (véase Figura 17).

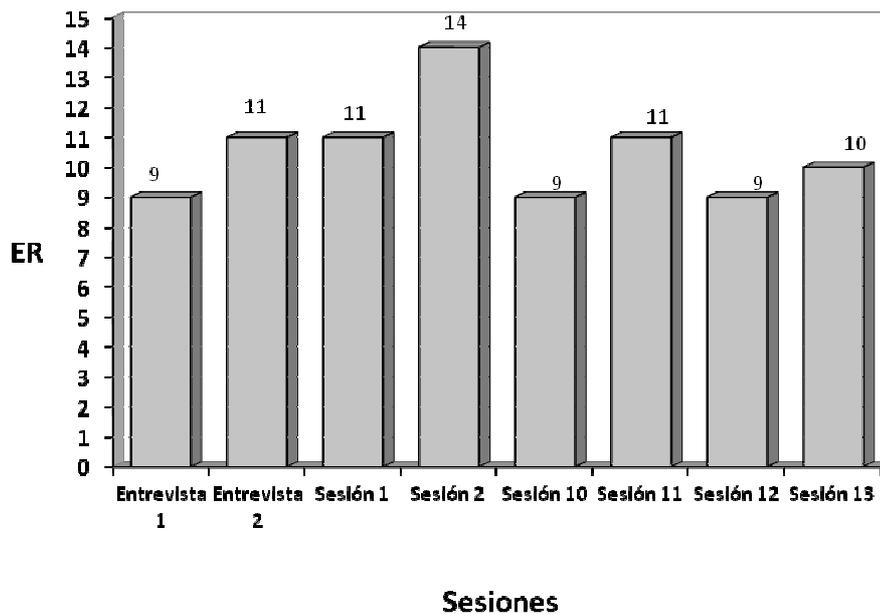


Figura 17. Frecuencia de ER para cada sesión de la terapia

Interpretando clínicamente la frecuencia de los episodios de relación en cada sesión, se concluye que en la fase inicial existen más episodios que en la fase final debido a la recopilación de la historia clínica de la paciente. En la fase inicial la sesión 2 es la que tiene la mayor cantidad de episodios de relación, pero también es la que sobresale en comparación a las otras siete sesiones. En esta sesión la paciente había regresado del periodo vacacional con muchas reflexiones; por un lado se trabajó con algunos de los factores que determinaron que la relación fuera destructiva (mentira, crítica, traición) y con el deseo de poder perdonar en vez de odiar; se elaboró un sueño recurrente en donde la paciente se sentía vigilada, ya no por el padre, sino por el esposo cuando realizaba vida social; y por último se profundizó en la dinámica que estaba construyendo con la madre del marido, en donde existía el deseo de querer estar cerca de ella pero salía lastimada de esa convivencia. En la fase final observamos que la entrevista 11 predomina y esto se debe a que se empezó a trabajar con el foco

suplementario del fin de la terapia; a que los sentimientos de enojo se han exacerbado con respecto a su marido y a que ha confrontado el miedo que le depara el futuro.

- **El tipo de objeto**

En este apartado se identificarán la o las personas significativas con las que el sujeto interactuó en los episodios de relación. Como en el capítulo sobre CCRT de esta tesis, los objetos más comunes suelen ser los padres, la pareja, un amigo, el jefe, el terapeuta y la interacción del sujeto consigo mismo.

En este caso se observa que los objetos que destacan en los episodios de relación son: el esposo, la suegra, la paciente consigo misma y escasamente otros miembros de la familia como el padre y la hermana. De su trabajo destacan los alumnos y existen pocos episodios con el terapeuta. Al contrario de lo que señala Luborsky (1998a), los episodios relacionales del propio sujeto no son escasos. El análisis global de los objetos muestra que en primer lugar se encuentran las interacciones con el esposo 42.9%, le siguen las narraciones con la suegra 16.7%, los episodios consigo misma ocupan el 14.3%, el padre con el 4.8%, los alumnos con el 6.0%, la hermana y el terapeuta con el 2.4%, y los demás objetos con el 1.2%. Se observa que el esposo tiene significativamente la mayor frecuencia de episodios y esto se debe a que la muerte repentina de él ha hecho que la paciente solicite terapia.

Al analizar detalladamente la Tabla 36 y comparar los objetos de la fase inicial con los objetos de la fase final se observa que al inicio de la terapia predominan el esposo con frecuencia de 24 (53.3%), la suegra con frecuencia de 8 (17.8%), el padre con frecuencia de 4 (8.9%) y el sujeto mismo con 3 (6.7%). Al final de la terapia destacan en primer lugar los episodios con el esposo con frecuencia de 12 (30.8%), le siguen los del sujeto mismo con frecuencia de 9 (23.1%), la suegra con 6 (15.4%) y en último lugar el terapeuta con una frecuencia de 2 (5.1%). Los demás objetos no son tan relevantes.

Tabla 36. Objetos del total de las sesiones

Objeto	Frecuencia	%
Esposo	36	42.9
Suegra	14	16.7
Sí mismo	12	14.3
Padre	4	4.8
Alumnos	3	3.6
Alumno	2	2.4
Hermana	2	2.4
Terapeuta	2	2.4
Ex –amante	1	1.2
Abogado	1	1.2
Empleada	1	1.2
Familia	1	1.2
Amante	1	1.2
Matón	1	1.2
Padres	1	1.2
Sobrinos	1	1.2
Tipos	1	1.2

Clínicamente, la mayor cantidad de episodios se dan con la figura del esposo debido a que la paciente acudió al Centro porque él había fallecido repentinamente, y en la relación de pareja existían muchos conflictos que se habían quedado sin resolver. Luego, aparecen los episodios con la suegra, relación que se desencadena a partir de la muerte del esposo y en donde existen conflictos de tipo emocional y legal. Al final se ve que la paciente tiene más episodios consigo misma y pone sus deseos y necesidades como una prioridad.

A continuación se presentan dos ejemplos del tipo de objeto que tuvo mayor frecuencia en la psicoterapia:

En cuanto a los episodios relacionales con un objeto (ER: objeto).

Por ejemplo:

Sesión 1
ER. Núm. 5
ER-O Esposo

<<Antes de que se muriera... yo sí le dije: “nunca me gané tus gracias”, “no me contestó, no me dijo nada”, pero yo digo: “aunque sea gracias Aída o algo así”. Yo con eso soy feliz, yo soy muy trabajadora y no dependía de él, todas esas cosas me dan mucha ira. Si lo tuviera en la cara le reclamaría, que me diera una explicación de todo y si llegué a reclamarle y si me dijo: “pues por lo que me hiciste” y si le dije: “yo trabajaba, yo estudiaba, yo te lavaba, te planchaba y nunca, nunca,

nunca siquiera oyes gracias por esta porquería de comida que me acabas de dar”, y a veces me dolía mucho...no me lo va a poder explicar, no voy a poder, estoy muy enojada no sé si poder decir una grosería estoy muy, muy enojada para quitarme toda esa ira, todo ese coraje, que me lo explique, que porqué, porqué tanta basura, si me porté mal era lo más sencillo que me dejara y ya, pero siguió ofendiéndome, lastimándome, golpeándome, “mira yo voy a estos lugares, tú no tienes ni para eso”... me decía; “fui a este lugar, me cobraron tanto, comí muy rico”, “me voy a comprar un traje” porque si gana muy bien. Yo cuatro meses no tuve trabajo y gasté mucho en mis tarjetas de crédito y nunca me dijo: “oye ahorita no tienes trabajo te voy a ayudar, me acuerdo que tú una vez me ayudaste”, tampoco lo hizo, por eso estoy muy enojada y no lo puedo evitar, no lo puedo evitar...>>

Sesión 1
ER. Núm. 8
ER-O Suegra

<<Hace como tres semanas fui a verla, justamente el doce de mayo. Fui a verla porque lo único que está a mi nombre es el coche... y le fui a decir: “señora mire lo único que quiero es el coche, es lo único que está a mi nombre, el departamento y el seguro a usted se los dejo”; y luego, luego cambió su cara, hasta dije: “me habrá insultado por dentro la señora” (risa). Me dijo: “¡No, pues a mí me interesa el coche”, “nosotros no hemos cobrado el seguro”, así su cara de tristeza, “no tenemos dinero, mira en qué condiciones estamos viviendo!”. Y ya cuando me iba casi me azotó la puerta>>

- **Tiempo**

En las narraciones que los pacientes cuentan se encuentra el tiempo inmerso. Abarca recuerdos infantiles el presente y las expectativas para el futuro. En la obra de Luborsky (1998a) no se encuentra especificado, de manera puntal, la clasificación del tiempo en cada episodio. En esta tesis seguiremos los lineamientos más comunes, así entenderemos como pasado: lo ocurrido después de tres años, presente: lo ocurrido antes de tres años y futuro: lo que todavía no ha ocurrido pero se prevé que pasará.

Se observa que en el total del tratamiento existen mayores episodios del presente 61.4% que del pasado 38.6%. Al comparar la fase inicial con la fase final, analizamos que en las 4 sesiones iniciales aparecen, con poca diferencia, mayores episodios del pasado 57.8% que del presente 42.2%. En la fase final se observa una gran diferencia entre episodios del pasado 15.8% y del presente 84.2% (véase Tabla 37). Esto es altamente significativo ($\chi^2 = 15.332$, $df = 1$, $p < .001$).

Tabla 37. El tiempo

FASE		PASADO	PRESENTE
Inicial	Frecuencia	26	19
	%	57.8	42.2
Final	Frecuencia	6	32
	%	15.8	84.2
Total de sesiones	Frecuencia	32	51
	%	38.6	61.4

En la fase inicial se recopiló en las entrevistas iniciales la historia de la paciente. En las narraciones sobre el pasado destacan los episodios sobre su infancia en donde los objetos que destacaron fueron los padres. En otras esferas de su vida se enfocó a los conflictos escolares y a la relación de noviazgo que empezó con su marido en la adolescencia; sin embargo, los episodios sobre el presente no distan mucho de los del pasado y esto tiene que ver con las emociones de enojo ya precedentes pero que se acentuaron después de la pérdida del marido. Al final el trabajo se centró más en el presente y en la relación con la madre del esposo y con los deseos de desarrollarse y crecer como persona.

- **Puntuación**

Las narrativas de los pacientes varían en su puntuación ya que la extensión o similitud de los mismos depende de lo que el sujeto elija contar. Se incluyeron solamente los episodios de relación que fueron puntuados por arriba de 2.5. En total se evaluaron 81 ER.

Existen 5 principios de utilidad a la hora de evaluar los episodios de relación (para más detalle consultar Luborsky, 1998a). Uno de ellos es el detalle de la interacción que mantiene el sujeto con el objeto. Estos detalles en específico son los hechos que suceden, los deseos, las respuestas de la otra persona, las de él mismo y los resultados de lo que ha sucedido.

Ejemplo de un episodio de relación poco detallado:

Sesión 1
ER. Núm. 6
ER-O,
Val. 2.5

<<Cuando regresé a la casa, él me dijo “no te metas conmigo si llego tomado, si no llego tomado”, y yo opté por no meterme aunque llegara muy tomado, no llegaba, no lo cuestionaba; de por sí yo he pensado que cuando andas con alguien es por gusto, por satisfacción no por forzarlo y nunca le decía nada, perdí el interés de decirle: “oyes, porqué” >>

Ejemplo de un episodio de relación detallado:

Sesión 12
ER. Núm. 9
ER-O,
Val. 4.5

<<Hace como 15 días me habló el tipo este que me quitó mi dinero, con el que empecé a salir y este me habló en la madrugada y me dijo: “oye es que quiero verte” y le digo: “estaba durmiendo bien rico, no me estés molestando”, “no, que vamos a salir” y sí salí pero nada más para decirle sus cosas porque tenía ahí ya...este si le había comentado que tenía ahí el coraje y fui y le dije muchas cosas, y ya agarré y me volví a meter, y volvió a sus estupideces “que te amo”, “ay no! púdrete, quédate con el dinero créeme que yo ya lo daba por perdido”, pero así como que desquité todo mi coraje que tenía contra él porque igual y no hubiera salido pero tenía la necesidad de salir a decirle sus cosas y me sirvió mucho; también me hizo mucho daño al robarme, porque yo lo apreciaba mucho, y ahora viene y me dice que me ama, hasta me da risa; pero sí tenía ganas de decirle sus cosas, por eso quise enfrentarlo>>.

Fase B: Evaluando el CCRT

- **Los componentes**

Los componentes a identificar son tres: a) los deseos (D); b) las respuestas de los otros (RO), y c) las respuestas del sujeto (RS). Dado que estamos utilizando la reformulación alemana del método CCRT, los componentes se dividen en 8, en vez de 4, dependiendo de si la función recae en el sujeto o en el objeto. Las dimensiones de deseos (DOO, DOS, DSO, DSS) y respuestas (ROO, ROS, RSO, RSS) son análogas (revisar el capítulo sobre CCRT de esta tesis).

- **Identificando los tipos de componente del CCRT**

Se encuentran un total de 596 componentes en las 8 sesiones analizadas de la psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con un total de 506 y los deseos la menor cantidad con total de 90. En cuanto a los deseos, el que tiene el mayor porcentaje es el deseo del sujeto hacia sí mismo (DSS) con el 6.5%, le sigue el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO) con el 5.9%, posteriormente el deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) con el 2.7%. En cuanto a las

respuestas, en primer lugar, la repuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con el 33.9%, le sigue la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con el 27.5%, la respuesta del objeto hacia el sujeto (ROS) cuenta con el 20.6% y por último, la respuesta del objeto hacia el objeto (ROO) con el 2.9% (véase Tabla 38).

Tabla 38. Frecuencia de los componentes CCRT-LU del total de la psicoterapia

Componentes	Frecuencia	%
DOO	0	0
DOS	16	2.7
DSO	35	5.9
DSS	39	6.5
Total de Deseos	90	15.1
ROO	17	2.9
ROS	123	20.6
RSO	164	27.5
RSS	202	33.9
Total de Respuestas	506	84.9
Total	596	100

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

Tanto los (DSS) como las (RSS) ocupan el mayor porcentaje y esto se puede deber a que la paciente tuvo varios episodios de relación, en donde expresó cómo se sentía a nivel psíquico y físico desde la pérdida de su marido.

- **Niveles de inferencia: de lo literal a lo moderadamente abstracto**

La inferencia se utiliza de manera más frecuente en el componente del deseo (D), ya que las necesidades o intenciones expresadas por el sujeto no siempre son conscientes. Luborsky (1998a) recomienda utilizar un nivel de inferencia moderado ya que un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable y resultaría difícil conseguir un acuerdo entre jueces.

En este caso se encuentra que de los 90 deseos evaluados, 60 han sido inferidos. En estas inferencias el primer lugar lo ocupa el (DSS) con un total de 25, seguido del (DSO) con un total de 22 y, por último, el (DOS) con un total de 13. Esto habla de la dificultad que se puede

dar a la hora de hacer la confiabilidad entre jueces ya que 2/3 partes de los deseos no han sido explayados abiertamente.

- **Contando los tipos de componente para formular el CCRT**

Para el desarrollo de los siguientes apartados se anexa un recuadro que solamente incluye los 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel del método CCRT-LU, (para mayor detalle consultar anexo 2).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Atender aB. ApoyarC. Amar, sentirse bienD. Tener autodeterminaciónE. Deprimirse, resignarseF. Estar insatisfecho, asustadoG. Estar determinado por otrosH. Estar enfadado, ser antipáticoI. Ser poco fiableJ. RechazarK. DominarL. Molestar, atacarM. Retirarse en uno mismo |
|--|

A continuación se analiza la secuencia de componentes de cada sesión de la fase inicial (Tabla 39) y de la fase final (Tabla 40). Como señala Luborsky (1998a), la formulación final se compondrá de los Deseos y Respuestas que hayan aparecido con más frecuencia en los diferentes episodios de relación de cada sesión. Marcamos con una “N”, los componentes de signo negativo y los de signo positivo aparecen sin índice, el número entre paréntesis es la frecuencia con la que aparece en esa sesión.

Tabla 39. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase inicial

Componentes	Entrevista 1	Entrevista 2	Sesión 1	Sesión 2	CCRT	CCRT-LU-S
DOS	A27 (1) B23 (1) D16 (1)	C13 (1)	C11 (4)		C11	C1. Ser cercano
DSO	A27 (1) D21 (1)	K22 (1)	A22 (1) A27 (1) D21 (1) L11 (1) M14 (1)	C11 (2)	A27 C11 D21	A2. Aceptar, ser comprensivo C1. Ser cercano D2. Estar orgulloso, ser autónomo
DSS		G24(1) D14(1)	F11 (1)	C33 (1) D15 (1) D28 (1)	D14 D15 D28	D1. Ser interiormente fuerte D2. Estar orgulloso, ser autónomo
ROO	M34 (1)	L23 (3) L11 (3)	H16 (1) C33 (1)	H16 (1) J22 (1) L11 (1)	L11	N L1. Molestar
ROS	L11 (5)	L11 (4)	L11 (6) J22 (5)	L11 (8)	L11	N L1. Molestar
RSO	H16 (3)	J12 (3)	B11 (4) H16 (4) M14 (4)	F21 (7)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	H14 (3)	F22 (4)	H16 (7)	A24 (4) F23 (4)	H16	N H1. Sentir repulsa, estar enfadado

Tabla 40. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase final

Componentes	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	Sesión 13	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	-	-	-	-	-	-
DOS	C12(1)	B11(1) B12 (1) C11 (1)	B12 (1)	-	B12	B1. Explicar, confirmar
DSO	C11 (2)	A27 (2) H16 (2)	C11 (2) L11 (2)	C11 (4)	C11	C1. Ser cercano
DSS	A11 (3) D28 (3)	D15 (3) D26 (2) D27 (2)	D15 (2) D28 (2)	C44 (2)	D15 D28	D1. Ser interiormente fuerte D2. Estar orgulloso, ser autónomo
ROO	--	A11 (1) E21 (1)	H16 (1)	H15 (1)	H15 H16	N H1. Sentir repulsa, estar enfadado
ROS	B12 (4)	L11(5)	L11(1)	H16 (2)	L11	N L1. Molestar
RSO	A23 (3)	H16 (5) B23 (4)	H16 (6)	B11 (3) J22 (3)	H16	N H1. Sentir repulsa, estar enfadado
RSS	C34 (6) D28 (5) E12 (4)	H16 (5) F21 (3)	D28 (6) C33 (5)	F11 (5) E12 (4)	C33 D28 E12	C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer D2. Estar orgulloso, ser autónomo N E1. Estar desilusionado

Después de haber analizado la frecuencia de los componentes tanto para la fase inicial como para la fase final, se puede realizar un CCRT para cada fase respectivamente. Se observan algunos cambios significativos al comparar el inicio con el final, por un lado en los Deseos (DOS), (DSO) y por otro lado en las respuestas (ROO), (RSO) y (RSS) (véase Tabla 41 y 42). Analizar más detalladamente en la evolución de cada uno de los componentes en cada fase.

Tabla 41. Formulación del CCRT en la Fase Inicial

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
---	C	A	D	L	L	A	F
---	Amar, Sentirse bien	Atender a	Tener autodetermi nación	Molestar, atacar	Molestar, atacar	Atender a	insatisfecho, Estar asustado

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo deseo atenderlo y tener autodeterminación; el otro me molesta y ataca, yo lo atiando y me siento insatisfecha y asustada.*

Tabla 42. Formulación del CCRT en la Fase Final

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
---	B	C	D	H	L	B / H	D
---	Apoyar	Amar, Sentirse bien	Tener auto- determinaci ón	Estar enfadado, ser antipático	Molestar, Atacar	Apoyar / Estar enfadado, ser antipático	Tener auto- determina ción

CCRT de la Fase Final: *Deseo que el otro me apoye, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me molesta y ataca, yo le apoyo y me enfado con él pero tengo autodeterminación.*

Al juntar ambas fases se puede realizar un CCRT global de la paciente. En la Tabla 43 se muestra la formulación total. Hemos anotado los componentes que aparecen con mayor frecuencia, y también los segundos y terceros más frecuentes.

Si tomamos los primeros componentes más frecuentes, se puede señalar el siguiente patrón central de relación de Aída: *Deseo que el otro me apoye, me ame y se sienta bien conmigo; yo quiero amarlo y sentirme bien con él y deseo tener autodeterminación. El otro me ataca, yo le apoyo y estoy enfadada con él y me siento insatisfecha y asustada.*

Tabla 43. Formulación Total del CCRT del Tratamiento

DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
B / C	C	D	L	L	B / H	F
Apoyar / Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener auto- determinación	Molestar , atacar	Molestar , atacar	Apoyar / Estar enfadado, ser antipático	Estar insatisfecho, estar asustado
A / D	A	C	H	J	A	D
Atender a / Tener auto- determinación	Atender a	Amar, sentirse bien	Estar enfadado , ser antipático	Rechazar	Atender a	Tener auto- determinación
-	D / H	A / B	A	B	M	H
-	Tener autodeterminación /Estar enfadado, ser antipático	Atender a / Apoyar	Atender a	Apoyar	Retirarse en uno mismo	Estar enfadado, ser antipático

Al analizar la formulación final del CCRT de Aída, se puede decir que el conflicto existe entre lo que desea recibir del otro (DOS) y las respuestas que recibe (ROS); es decir, ella quiere que los demás la apoyen y la quieran pero las acciones de los demás son de ataque y rechazo. Frente a situaciones de conflicto ella reacciona de manera ambivalente (RSO); por un lado atiende y apoya pero por el otro se enoja. En el transcurso de las sesiones su deseo hacia sí misma (DSS) ha sido constante, tener autodeterminación; sin embargo se responde a sí misma (RSS) de manera ambigua, por un lado estando insatisfecha y asustada y por el otro siendo fuerte.

- **Intensidad de los componentes**

Ahora se analiza la aparición de los componentes más relevantes del CCRT en la totalidad del tratamiento. El deseo del objeto hacia el sujeto (DOS), cuenta con dos categorías con la misma frecuencia, *B. Apoyar* y *C. Amar, sentirse bien* con el 44%. El deseo del sujeto hacia el objeto (DSO), tiene en la categoría *C. Amar, sentirse bien* su mayor frecuencia con el 29%. Y por último, el deseo de la paciente hacia ella misma (DSS) más frecuente es de *D. Tener autodeterminación*, con el 59%. (Véase Figura 18 a 20)

DOS

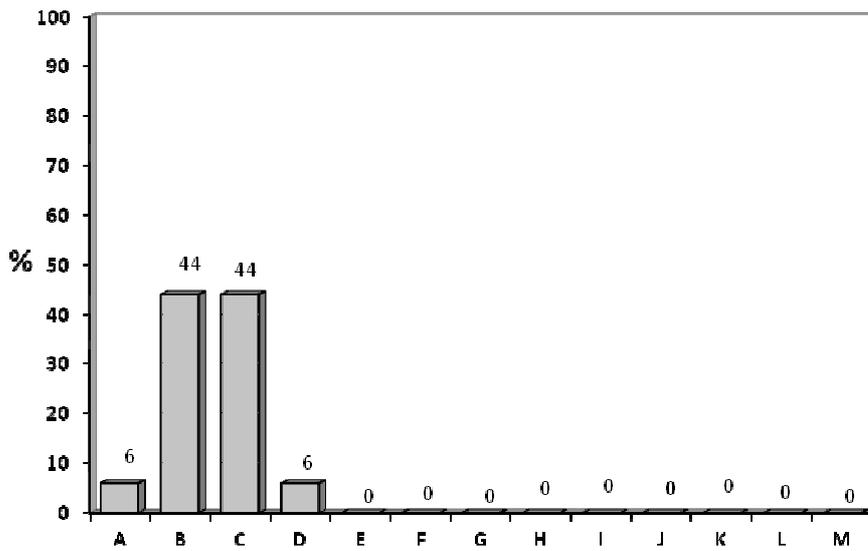


Figura 18. Porcentaje de las categorías en el componente DOS del total del tratamiento

DSO

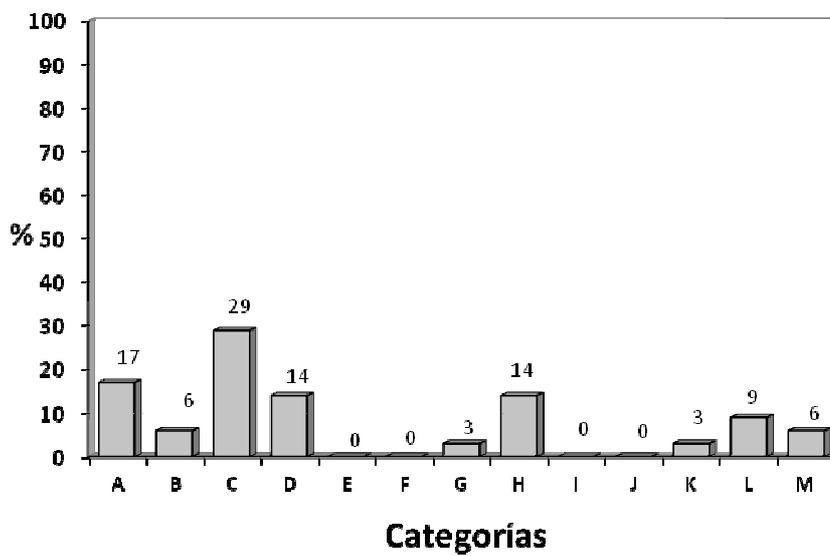


Figura 19. Porcentaje de las categorías del componente DSO del total del tratamiento

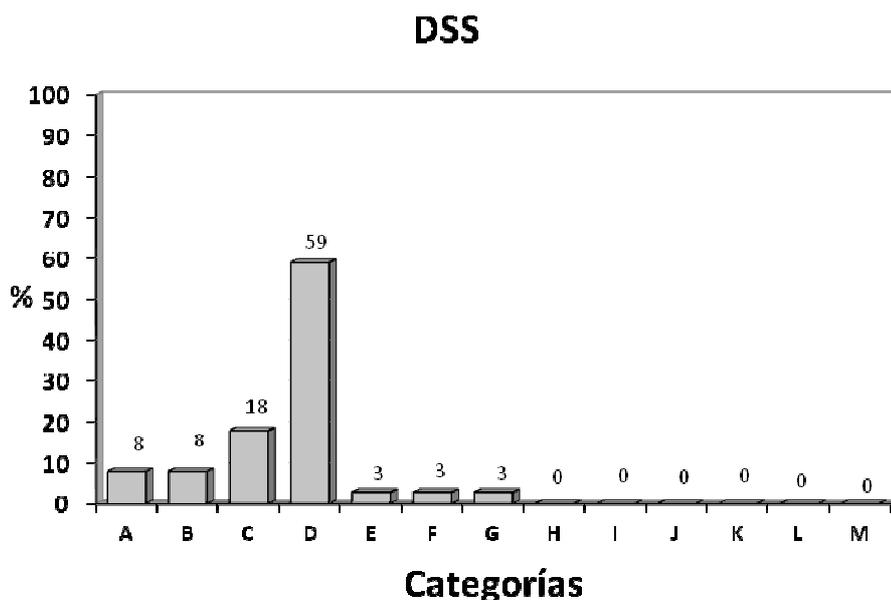


Figura 20. Porcentaje de las categorías del componente DSS del total del tratamiento

En relación a las respuestas observadas en la totalidad del tratamiento, se comprueba que la respuesta que resalta del objeto hacia otro objeto (ROO) es la variable *L. Molestar, atacar* con el 41%. La respuesta más frecuente del objeto hacia la paciente (ROS), es la categoría *L. Molestar, atacar* con el 41%. Las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) son las siguientes categorías, *B. Apoyar*, *H. Estar enfadado, ser antipático* y *A. Atender* con un 16%, 16% y 15 % respectivamente. Respecto a las respuestas de la paciente hacia ella misma (RSS), se observan dos que destacan, por un lado la respuesta no armoniosa, *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, con un 23% y por otro lado la respuesta armoniosa *D. Tener autodeterminación* con una aparición del 15% (Véase Figura 21 a 24).

ROO

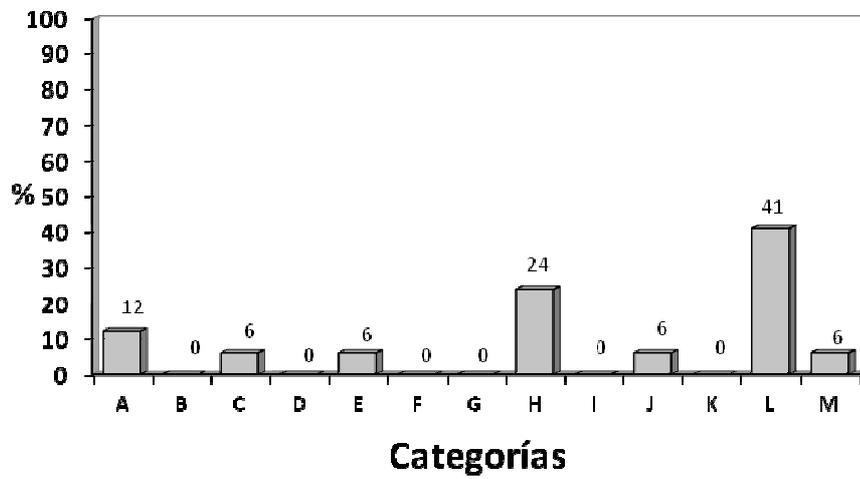


Figura 21. Porcentaje de las categorías del componente ROO del total del tratamiento

ROS

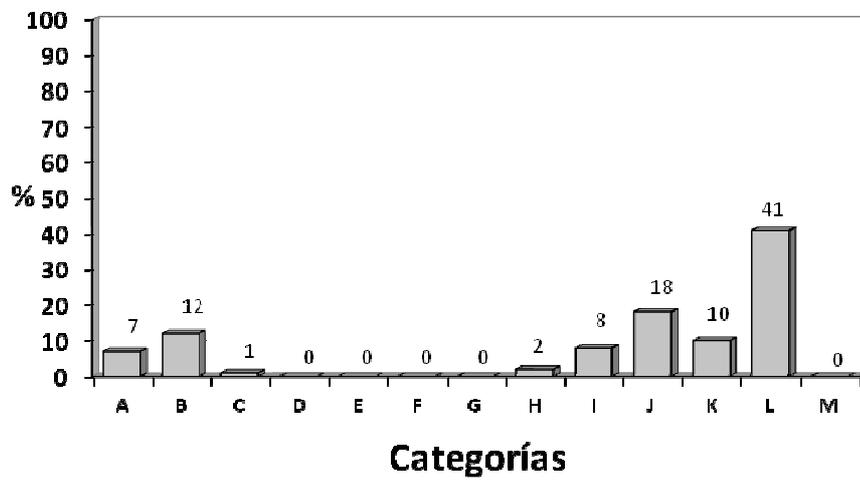


Figura 22 Porcentaje de las categorías del componente ROS del total del tratamiento

RSO

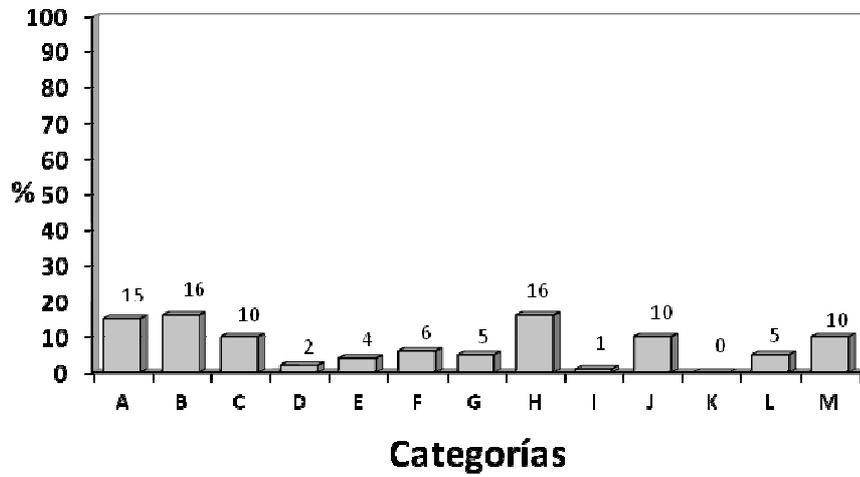


Figura 23. Porcentaje de las categorías del componente RSO del total del tratamiento

RSS

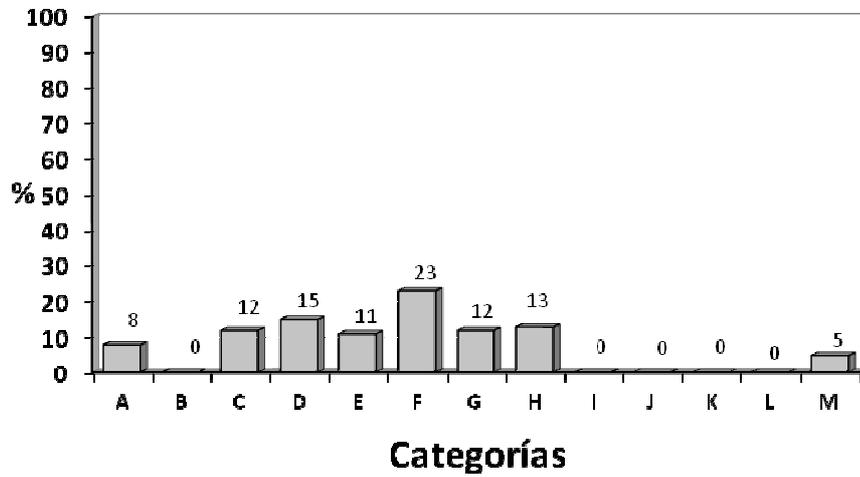


Figura 24. Porcentaje de las categorías del componente RSS del total del tratamiento

6.2.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia

Anteriormente se mencionaron los cambios que se dieron en algunas categorías al comparar el inicio y el final de la terapia. Es importante para este apartado analizar si esos cambios son significativos. Las categorías resaltadas en cada uno de los componentes son en las que se encontró un cambio significativo.

Por el lado de los Deseos se encuentra lo siguiente: en el Deseo del Objeto hacia el Sujeto (DOS), la categoría *A. Atender*, ha pasado del 9% al 0%, la categoría *B. Apoyar*, ha aumentado del 36% al 60%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, se ha suavizado del 45% al 40% y la categoría *D. Tener autodeterminación*, ha pasado del 9% al 0% (véase Figura 25).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 1.545, Sig. Monte Carlo, $p = 1.000$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

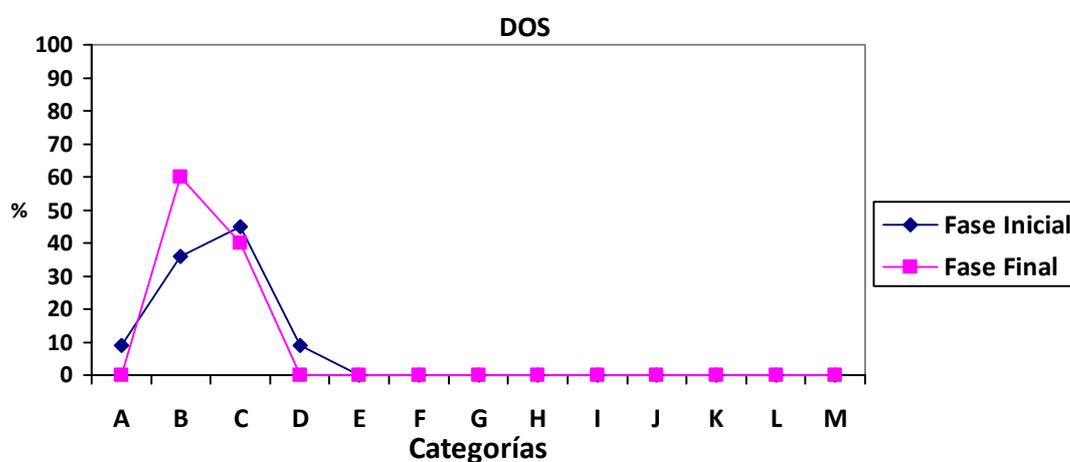


Figura 25. Diferencia en el componente DOS entre el principio y el final de la terapia

En cuanto al Deseo del Sujeto hacia el Objeto (DSO), observamos que la categoría *A. Atender*, disminuyó del 29% al 10%, la categoría *B. Apoyar*, pasó del 0% al 10%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, aumentó del 14% al 38%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, se quedó en el 14%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, pasó del 7% al 0%, la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático* aumentó del 7% al 19%, la categoría *K. Dominar*,

disminuyó del 7% al 0%, la categoría *L. Molestar, atacar*, pasó del 7% al 10%, la categoría *M. Retirarse en uno mismo* disminuyó del 14% al 0% (véase Figura 26).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 10.550, Sig. Monte Carlo, $p = 0.160$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

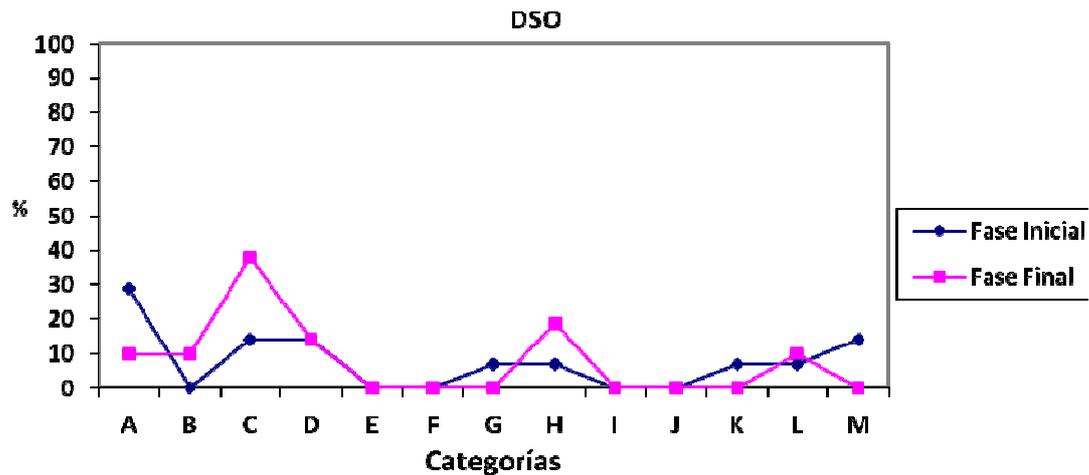


Figura 26. Diferencia en el componente DSO entre el principio y el final de la terapia

El Deseo hacia ella misma (DSS), la categoría *A. Atender a*, pasó del 0% al 9%, la categoría *B. Apoyar* pasó del 0% al 9%, la categoría *C. Amar y sentirse bien*, pasó del 17% al 18%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, aumentó del 50% al 61%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, pasó del 0% al 3%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado* decrementó del 17% al 0% y la categoría *G. Estar determinado por otros*, disminuyó del 17% al 0% (véase Figura 27).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 8.736, Sig. Monte Carlo, $p = 0.122$), muestra que los porcentajes anteriores, no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

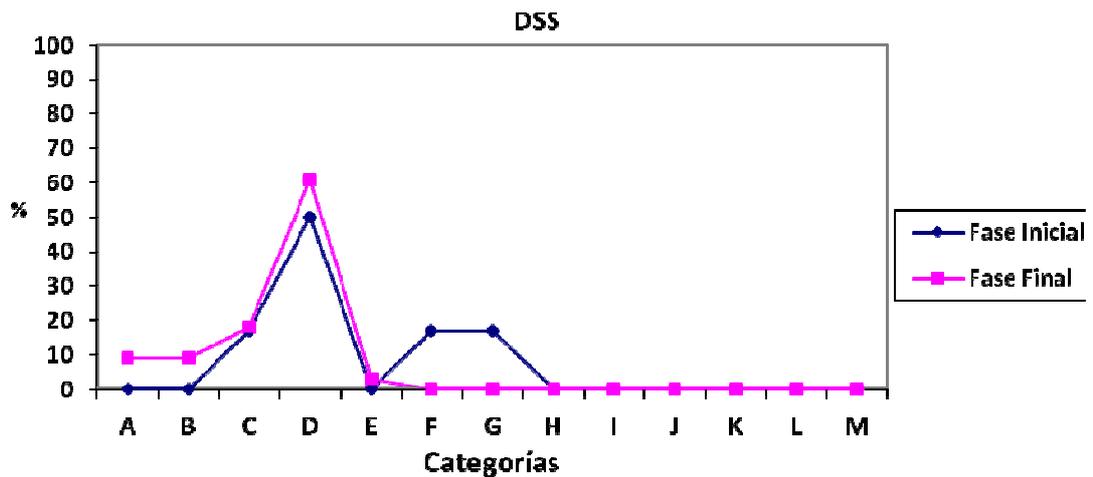


Figura 27. Diferencia en el componente DSS entre el principio y el final de la terapia

Por otro lado, en cuanto a las Respuestas se observa lo siguiente: La Respuestas del otro hacia otro (ROO), en la categoría A. *Atender a* aumentó del 8% al 25%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, decremento del 8% al 0%, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, incrementó del 0% al 25%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, incrementó del 15% al 50%, la categoría J. *Rechazar*, disminuyó del 8% al 0%, la categoría L. *Molestar, atacar*, disminuyó del 54% al 0% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 8% al 0% (véase Figura 28).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 8.652, Sig. Monte Carlo, $p = 0.112$), muestra que los porcentajes anteriores, no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

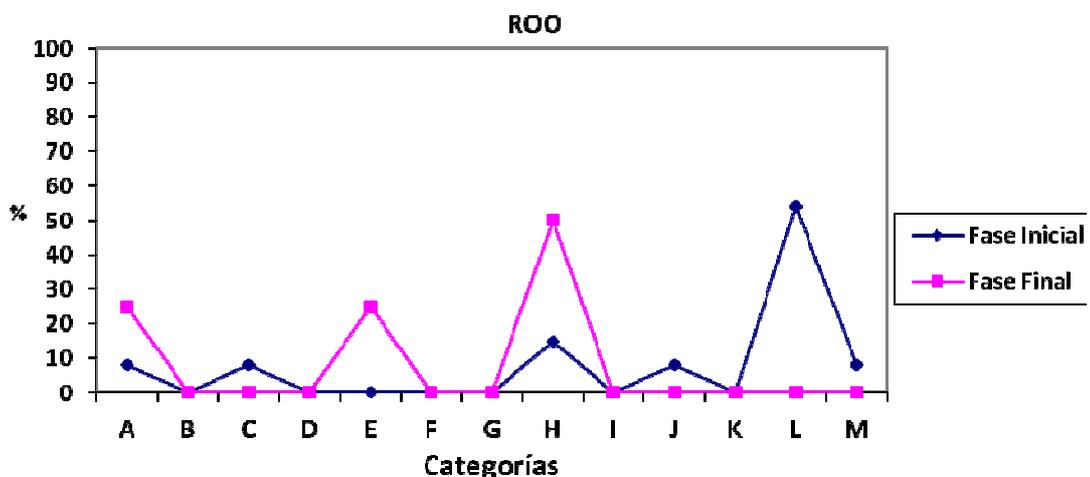


Figura 28. Diferencia en el componente ROO entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Objeto hacia el sujeto (ROS), la categoría *A. Atender a*, subió del 5% al 14%, la categoría *B. Apoyar*, aumentó del 8% al 22%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, decrementó del 1% al 0%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, aumentó del 1% al 5%, la categoría *I. Ser poco fiable* se quedó en 8%, la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 19% al 16%, la categoría *K. Dominar*, disminuyó del 10% al 8% y la categoría *L. Molestar, atacar*, decrementó del 48% al 27% (véase Figura 29).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 11.639, Sig. Monte Carlo, $p = 0.081$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Sin embargo, como el valor de $p = 0.081$ es próximo a 0.05, se realizó el Test de Fisher para cada una de ellas, obteniéndose sólo diferencias significativas en la categoría, L ($p = 0.046$).

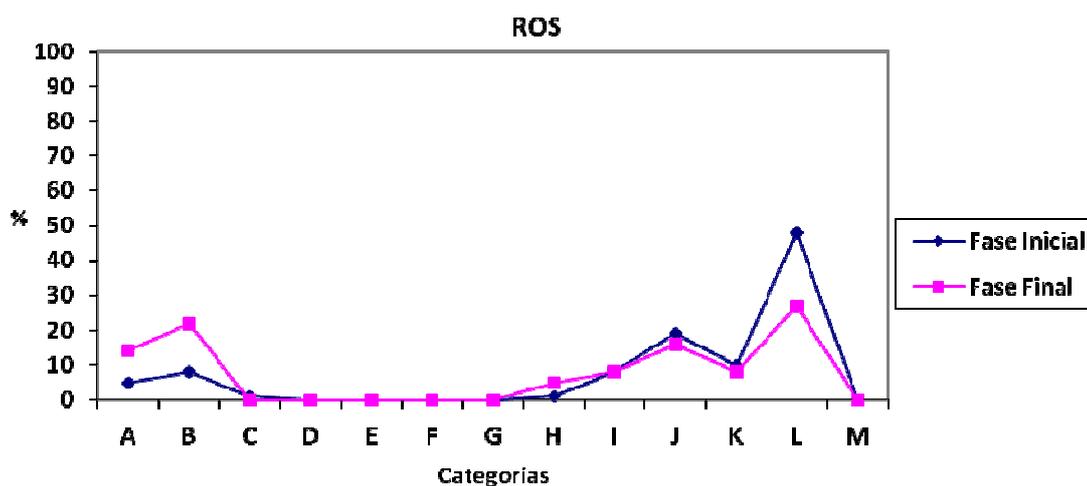


Figura 29. Diferencia en el componente ROS entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Sujeto hacia el objeto (RSO), la categoría *A. Atender a*, pasó del 14% al 16%, la categoría *B. Apoyar*, aumentó del 13% al 19%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, incrementó del 8% al 12%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 1% al 3%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, disminuyó de 3% al 4%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 9% al 1%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, disminuyó del 7% al 3%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, aumentó del 13% al 19%, la categoría *I. Ser poco fiable*, pasó del 1% al 0% la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 11% al 7%, la categoría *L. Molestar, atacar*, se quedó

prácticamente en 6% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 12% al 7% (véase Figura 30).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 11.806, Sig. Monte Carlo, $p = 0.425$), muestra que los porcentajes anteriores, no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

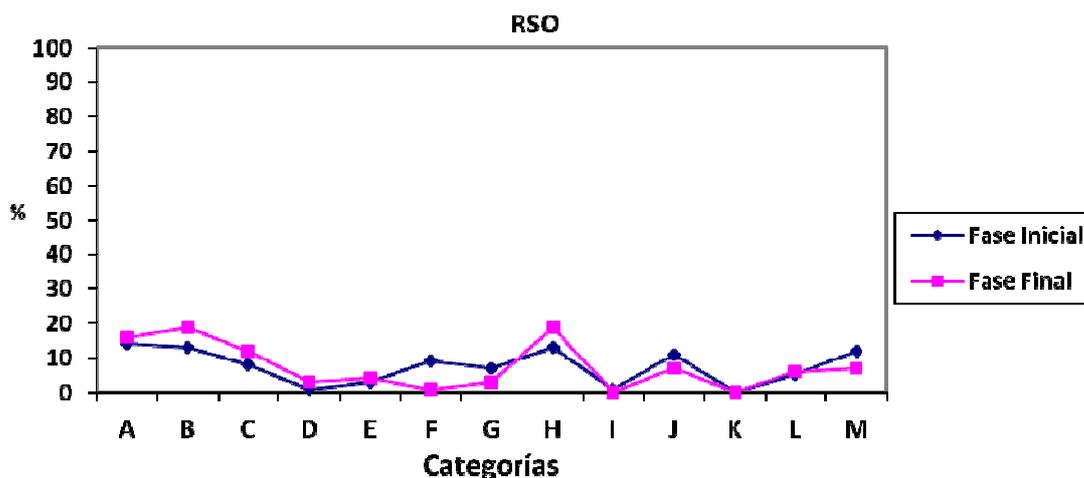


Figura 30. Diferencia en el componente RSO entre el principio y el final de la terapia

La respuesta del sujeto consigo misma (RSS) la categoría *A. Atender a*, pasó del 9% al 7%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, incrementó del 4% al 17%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, incrementó del 3% al 23%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, pasó del 10% al 11%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, disminuyó del 28% al 20%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, decremento de 18% al 8%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, disminuyó del 20% al 9%, la categoría *I. Ser poco fiable*, aumentó del 0% al 1%, la categoría *L. Molestar, atacar*, paso del 0% al 1% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 9% al 3% (véase Figura 31).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 37.041, Sig. Monte Carlo, $p = 0.000$), muestra que los porcentajes anteriores, son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias, se realizó el Test de Fisher para cada una de ellas, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, C ($p = 0.004$), D ($p = 0.001$), G ($p = 0.047$) y H ($p = 0.033$).

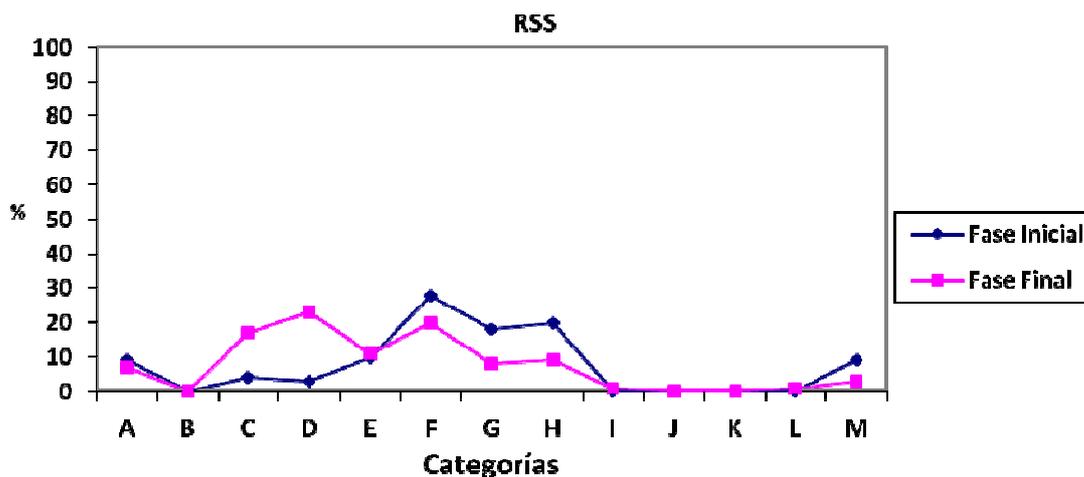


Figura 31. Diferencia en el componente RSS entre el principio y el final de la terapia

6.2.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo

En este apartado se analizaron 23 ER sobre duelo, que se extrajeron del total de episodios del tratamiento. Debido a que el foco de trabajo fue la elaboración del duelo por la muerte del esposo, es de interés saber si el método identificó de manera sensible categorías que se refieran a dicho proceso.

El CCRT total que se extrajo de los episodios de duelo es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. El otro se ama a sí mismo y se retira en sí mismo, los demás me atacan, yo me enfado y me siento insatisfecha y asustada.*

Por un lado, el CCRT de los episodios de duelo será comparado con el CCRT global del tratamiento y por otro lado se analizarán las categorías de alto nivel (*clusters*), nivel medio y subcategorías del CCRT obtenido de dichos episodios dolorosos. Al comparar el CCRT total y el CCRT sobre los episodios de duelo, se observan tres cambios significativos. Por el lado de los deseos, el componente (DOS), cuenta en el CCRT global con las categorías *B. Apoyar* y *C. Amar, sentirse bien*, y el CCT de los episodios sobre duelo la categoría más frecuente es solamente *C. Amar, sentirse bien*. En cuanto a las respuestas, la dimensión (ROO) en el CCRT global cuenta con la categoría *L. Molestar, atacar*, mientras que el CCRT de los episodios sobre duelo tienen dos categorías frecuentes que son, *C. Amar, sentirse bien* y *M. Retirarse en uno mismo*. La dimensión (RSO) en el CCRT global posee dos categorías *B.*

Apoyar y *H. Estar enfadado, ser antipático*, mientras que en los episodios sobre duelo sólo aparece la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático* (véase Tabla 43 y 44).

Al analizar detalladamente las categorías de alto nivel, nivel medio y subcategorías de los episodios dolorosos, se obtienen los siguientes datos: en las dimensiones (DOS) y (DSO), aparecen las categorías, *C. Amar, sentirse bien, C1. Ser cercano* y *C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso*. En el componente (DSS) surgen las categorías, *D. Tener autodeterminación, D1 Ser interiormente fuerte* y *D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos* (véase Tabla 44).

Por el lado de las respuestas, se observa en la dimensión (ROO), las categorías, *C. Amar, sentirse bien, C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer* y *C33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, pasarlo bien* y *M. Retirarse en uno mismo, M3. Estar enfermo* y *M34. Morirse, suicidarse*. En cuanto al componente (ROS), aparece la categoría *L. Molestar atacar, L1. Molestar, L11. Hacer daño, herir, ofender, reñir, ridiculizar, denigrar, humillar*. La dimensión (RSO), cuenta con las categorías *H. Estar enfadado, ser antipático, H1. Sentir repulsa, estar enfadado, H16. Estar enfadado, montar cólera, sentirse frustrado por algo*. El componente (RSS), tiene las categorías, *F. Estar insatisfecho, estar asustado, F2. Estar asustado, estar ansioso, F21. Estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar, ser cobarde* y *E1. Estar desilusionado, E12 Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido* (véase Tabla 44).

Al comparar la evaluación realizada por el Juez 1 a la fase inicial y final del tratamiento, se observan cambios en tres de los ocho componentes, (DSO, ROO, ROS). Se analizan primero las categorías de alto nivel, posteriormente las de nivel medio y finalmente las subcategorías; entre paréntesis se encuentran las frecuencias de cada categoría.

Tabla 44. Formulación total del CCRT sobre los ER de duelo

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
-	C	C	D	C / M	L	H	F
-	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener Autodeter minación	Amar, sentirse bien / Retirarse en uno mismo	Molestar, atacar	Estar enfadado ser antipático	Estar insatisfecho, estar asustado

En cuanto a las categorías de alto nivel (*cluster*), se observa tanto para los deseos como para las respuestas, lo siguiente: Por el lado de los deseos, la dimensión (DSO) al inicio presenta la categoría *A. Atender a*, y al final cuenta con la categoría *C. Amar, sentirse bien*. En cuanto a las respuestas, se ve que en las categoría de alto nivel, el componente (ROO) al inicio destaca la categoría *M. Retirarse en uno mismo* y al final las categorías *E. Deprimirse, resignarse; C. Amar, sentirse bien* y *M. Retirarse en uno mismo*, y al final no cuenta con una categoría. En cuanto a la dimensión (ROS), al inicio resalta la categoría *L. Molestar, atacar* y al final las categorías, *I. Ser poco fiable* y *L. Molestar, atacar* (véase Tabla 45).

Al hacer un análisis más profundo de las categorías de nivel medio, se encuentra lo siguiente en la fase inicial: por el lado de los deseos, el componente (DSS), cuenta con tres frecuencias *C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer, D1. Ser interiormente fuerte* y *D2. Estar orgulloso, ser autónomo*. Por el lado de las respuestas, la dimensión (ROO) cuenta con dos categorías, *C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer* y *M3. Estar enfermo* y el componente (RSS), tiene dos categorías *H1. Sentir repulsa, estar enfadado* y *F2. Estar asustado, ansioso*. En la fase final el componente (ROS) tiene las categorías *I2. Ser egoísta* y *L1. Molestar* y la dimensión (RSS) cuenta con tres categorías *E1. Estar desilusionado, F1. Sentirse culpable, avergonzado, estar insatisfecho* y *F2. Estar asustado, ansioso* (véase Tabla 45).

En cuanto a las subcategorías en la parte inicial por el lado de los deseos, el componente (DSS) cuenta con tres categorías frecuentes, *C33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien, D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos* y *D28. Cambiar desarrollar, mejorar*. Por el lado de las respuestas la dimensión (ROO) cuenta con dos frecuencias *C33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien* y *M34. Morirse, suicidarse*, el componente (RSS) adquiere tres frecuencias *H16. Estar enfadado,*

montar cólera, sentirse frustrado por algo, E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido y F23. Estar nervioso, estar histérico, estar tenso, estar descontrolado. En la fase final la dimensión (DOS) obtiene dos frecuencias C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso y C12. Consolar, reconfortar, en cuanto al componente (ROS) las frecuencias las ocupan I22. Ser deshonesto, ser injusto y L11. Hacer daño, herir, ofender, reñir, ridiculizar, denigrar, humillar y, por último, la dimensión (RSS) cuenta con cuatro categorías frecuentes, la categoría E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido, F11. Sentirse culpable, arrepentirse, F13. Sentirse mal, sentirse insatisfecho y por último F21. Estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar (véase Tabla 45).

Tabla 45. Comparación del CCRT entre la fase inicial y final de los episodios de duelo

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Inicial	-	C Amar, sentirse bien	A Atender a	D Tener autodet erminac ión	C / M Amar, sentirse bien / Retirarse en uno mismo	L Molestar, atacar	H Estar enfadado, ser antipático	F Estar insatisfecho, estar asustado
Final	-	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	D Tener autodet erminac ión	-	I / L Ser poco fiable/ Molestar, atacar	H Estar enfadado, ser antipático	F Estar insatisfecho, estar asustado

El CCRT de la fase inicial es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero atenderlos y tener autodeterminación. El otro se ama a sí mismo y se retira en sí mismo, los demás me molestan y atacan, yo me enfado con ellos y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la fase final es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. Los demás son poco fiables, yo me molesto con ellos y me siento insatisfecha y asustada.*

Al hacer un análisis más fino de las subcategorías se observa que éstas detectan de manera más sensible las emociones de la paciente en el proceso de duelo. Basándose clínicamente en el CCRT, se concluye que ella deseaba sentirse amada y apoyada por el marido, puesto que

Aída constantemente le demostraba su cariño y arrepentimiento pero se sintió ofendida y rechazada por él, y aunque desea perdonar y ser fuerte no ha podido dejar de estar enojada tanto con él como consigo misma y se siente triste y descontrolada.

Idealización del esposo: <<yo lo que quiero es hablar con él, quiero saber porqué se fue...siempre lo he admirado, él era muy inteligente, él sabía inglés, sabía francés, ya tenía una maestría, era ingeniero, trabajaba en telefónicas, siempre lo admiré mucho. Si usted me pregunta de cien personas quién crees que va a morir, él es el que menos, él...>>

La negación: <<sí, nunca me imaginé que se fuera a morir, nunca, nunca me imaginé que se fuera a morir, era la persona menos, todo mundo lo conocía, es lo que le digo a la psicóloga, todo mundo decía de él cosas bonitas, él me ayudó a esto, él me ayudó a esto otro, él me ayudó a conseguir trabajo, él me invitaba, y yo me pongo a pensar, y a mí porqué no...>>

Síntomas: <<no sé, es que estoy muy enojada ahorita, ahorita estoy muy enojada licenciada, ahorita no me sabe la comida, ahorita no tengo hambre, no, no se me antoja nada, ahorita como para no sentirme mal porque me puede hacer mal no comer, pero no me sabe a nada la comida, quisiera pasármela durmiendo, no quisiera hacer nada, lo único que estoy haciendo es lo de la tesis...lo único que me pierdo totalmente leyendo pero no tengo ganas de hacer nada licenciada, quisiera pasármela dormida, no se me antoja nada, no quiero salir, quiero quedarme en mi casa...>>

Pedir perdón: <<ya, mire lo que más me molesta es que se haya ido, eso sí es lo que más me duele que él se haya ido y dejamos muchas cosas inconclusas sin platicar, sin nada, y todo esto que yo sé que soy la, la quizás la... Yo creo que aquí los dos la regamos porque nos faltamos mucho al respeto, pero yo sí le pedí perdón, yo le dije: oye ya perdóname y eso sí me dijo: eso sí no, eso no voy a hacer, perdonarte, eso sí no, como tres o dos veces le dije que me perdonara...>>

Quedarse callada: <<un día opté y dije: no ya no podemos, si tú me mientas la madre yo debo mentártela; ya no podemos así, me refiero que es un ejemplo, porque nunca llegamos a ese grado pero yo ya no le decía nada, él me decía, me ofendía y yo me quedaba callada porque nunca íbamos a ponernos de acuerdo si íbamos a estar peleando, diciéndonos, ofendiéndonos; yo optaba por quedarme callada por eso yo le decía que eso no era vida

estarse ahí, faltándose al respeto y así, si él no se quería ir lo más sano es que no nos habláramos y por dos días no lo hacíamos pero al tercer día me hablaba: Cómo estas, cómo te sientes >>.

Sentimientos encontrados: <<tengo muchos sentimientos encontrados, hay veces en que estoy muy enojada, o a veces estoy contenta, porque si estoy contenta, este... quisiera saber más, porqué no sabía convivir con él mucho tiempo, me he enterado ahora con los trámites que hay que realizar en su trabajo que ante todos sus amigos no les había dicho que se había casado conmigo y en su trabajo firmó su contrato siendo soltero...>>

Buscar el culpable: <<llegamos tanto a decirnos cosas que digo bueno, ninguno de los dos de las cosas que nos decimos nos vamos a poner de acuerdo, que la vida diga a quién le va bien y a quién le va mal y esa anécdota que me dijo, que la vida misma diga a quién le va bien y a quién mal, y ahorita digo pues ya se murió, ahora quién nos va a decir quién era el culpable, quien la regó más y todo eso>>

El infierno: <<no sé la versión que ustedes tienen, pero yo pienso que cuando alguien se muere se va al cielo, no sé, y usted qué piensa que cuando alguien se muere ¿que pasa? O ¿cuál es su versión? Por qué se van al infierno, jajá, o no sé si exista el infierno, yo creo que aquí todo lo que hacemos lo pagamos...>>

Ser permisiva: <<le permití muchas cosas pues todo mi mundo era él, me compraba ropa o me arreglaba para él, no tenía amigos, siempre estaba Aída y ahí iba corriendo, siempre por el miedo a eso exactamente, de todos modos todo lo que me hizo... he llegado a la conclusión que realmente no me quería o bien yo era la que no me quería porque no hubiera permitido todas esas cosas>>

Ambos nos hicimos daño: <<...ahora que tengo tiempo ya empecé a sacar su ropa y sí he estado muy triste piense y piense en todo eso, en cuánto nos hicimos daño y en esas cosas...ayer caí en la cuenta de que ambos nos hicimos mucho daño, no nada más él a mí, sino yo también>>

Un sueño: <<cuando empecé a andar con mi novio soñaba que mi papá nos veía, tenía miedo y ahora con Daniel estoy soñando que estoy con otros amigos y que tengo un miedo que

Daniel me vea, y es tan arraigado; lo tengo en el cerebro que me está persiguiendo, pero en ese aspecto, que no me puedo estar viendo yo con alguien porque me está vigilando>>

La deshonestidad: << ¿Por qué no fue honesto conmigo? Por qué no me dijo sabes que ando con otra persona, por qué llegó a ese extremo de la relación que yo lo cachara y él seguía insistiendo que no andaba con esa niña y bueno muchos detallitos y es lo único que no alcanzo a percibir, yo sí mentí pero ya después de que me vi no sé, ya me dijo todo esto, ya dije sí anduve con éste, pero él a pesar de que ya tenía, ya estaba con pruebas y todo, con la carta de la novia, él seguía aceptando que no había mentido>>

Odiar para olvidar: <<yo para tratarlo de olvidar tengo que odiarlo porque si sigo albergando bonitos recuerdos voy a seguir estancada y no voy a poder; no sé buscar otra posibilidad, pero sí, no me voy a queda... este, no sé, para nada con esos bonitos recuerdos... para olvidarme de él necesito odiarlo, por eso no sé si sea bueno mi método, no sé si sea lo ideal, odiarlo para poder sacarlo de mi vida>>

Ganancias de la tristeza: <<no sé si me gusta estar triste, no sé por qué, no sé por qué estoy piense y piense porque si me la he pasado reflexionando muchísimo cómo permití que me ofendiera, me faltara al respeto, que me pegara, que, qué falta en mí para darme cuenta... este... por qué he permitido que pase este tipo de situaciones, este... y me la he pasado, y he llegado, es que me gusta estar así no se por qué, no sé si porque la gente me vea que soy débil, no sé por qué, no sé por qué, si tenga mayor ven..., no sé por qué, no entiendo>>

El falso perdón: <<...si yo ya definitivamente, yo ya le perdoné, pero es que estoy en mi casa, estoy no sé en el metro y voy leyendo y cualquier cosa que me pasa, cualquier, pierdo la idea y empiezo a pensar en él y me acuerdo todo el daño que nos hicimos, que me hizo según yo, pero quien se lo hizo fui yo porque yo permití todo esto y ya me empiezo a consumir, empiezo a pensar cómo me pudo engañar, cómo me hizo tantas cosas, cómo esto, y digo eso no es perdonar, no sé si sea correcto pero yo en mí digo, no, ya lo perdoné, ya ahí muere, voy a... este, porque eso me hace vivir a veces recordar cosas bonitas pero no quiero estancarme en eso, ya así qué padre me la pasé, pero qué mala onda, por qué esto, por qué el otro y digo no, es que no lo he perdonado todavía>>

En la parte final:

Se siente contenta: <<...he estado contenta porque, como dicen, las penas con pan son menos, a pesar de que todavía no tengo nada de dinero, estoy contenta porque estoy planeando que ya me voy a ir a regresar a estudiar definitivamente, eso me produce mucha emoción. Con el dinero que me van a dar, me voy a ir a estudiar, por eso estoy muy contenta, ahora sí ya hasta estoy planeando varias cosas, no le he dicho a nadie, a nadie, también digo que a lo mejor es muy apresurado, pero yo sí creo que este es mi último semestre de la tesis. Ya vi unas convocatorias y todo y que a más tardar el 15 de julio hay que meter papeles para ver si me los aceptan y en septiembre ya me iría>>

Huir: <<ya no quiero estar aquí licenciada, no sé, quiero moverme, quiero conocer otro lugar, quiero conocer otras personas, otro mundo, este... y dije me puedo poner a estudiar psicología ya me alcanza para estudiar psicología pero sería aquí, aquí este... aquí en el DF...>>

Cambio de actitud: <<estoy cambiando de actitud, a ver si en los próximos años me sale algo bien, porque en los 30 que he sido negativa, con mi autoestima muy baja, muy insegura; no me ha servido, entonces, tengo que cambiar de plan... a ver si funciona también>>

Ironías de la vida: <<pues sí, pues siento que es una ironía porque yo con él tuve muchos problemas... muchas veces me hacía sentir insignificante para él... porque a él le gustaba ir mucho de viaje, irse con sus amigos, le gustaba mucho la vida y se muere y yo que me la paso encerrada, que a veces deseaba morirme, sigo viva...>>

La tristeza: <<estoy bien triste, sigo con la idea de por qué miente Daniel, ya se me había pasado un poquito, pero, ayer hablé con su mamá, y me dijo más cosas, y muchas de las cosas que me dijo ella son mentira, y me da mucho coraje... yo creo que a lo mejor lo voy a enterrar de ira y de coraje, porque ya se me había pasado todo eso, ya me había quedado con las cosas padres, ya se me había olvidado lo de su novia y eso, y ahora me da mucha tristeza todo esto, sí, me da muchísimo coraje que haya inventado todas esas cosas, que mis padres no me querían, que por eso le daba tristeza dejarme sola, y que ni mis hermanas me querían, y que tenía muchos novios por Internet, y que le había pagado al juez para que nos casáramos... y me da mucho coraje, muchísimo coraje, todo eso, ya ayer estaba pensando en mejor enterrarlo, ya no quiero saber nada de él, licenciada, estoy de veras bien enojada, no sé si en un mes se me pase el enojo, no sé, porque me estaba costando mucho trabajo, porque tenía

resentimientos encontrados, ahora ya no, ahora es mucho enojo el que tengo, estoy muy enojada... sí me da mucha tristeza, sí estoy muy enojada con Daniel, licenciada, ahora sí, a lo mejor lo voy a terminar matando también yo; ya ayer estaba pensando eso, no sé por qué lo ayude mucho, y para que le dijera muchas cosas así a su mamá>>

Por qué mentir <<sí, lo estuve pensando licenciada, y ahorita, no sé quizás en unos días se me pasa... sí me molesta licenciada, como no, si me lo está, si no digo nada bueno de usted, pero tampoco mancho su reputación, eso es lo que yo pienso, si Daniel no decía nada bueno de mí, pero tampoco mentir de mí, o decir esas cosas de que me ayudaba económicamente, a sabiendas que no me ayudaba nunca, por qué decir que tenía muchos novios en Internet, ¿por qué que no me querían en mi casa?...>>

El enojo: <<ahora sí, ahora yo creo que lo voy a enterrar más fácilmente, porque había...había sacado las cosas más padres y estaba creando un ídolo, la verdad, pero ahora estoy en serio bien, ay a la chingada, a la chingada, yo lo quise y él no me quiso, me lastimó, me ofendió... durante mucho tiempo>>

Miedo al futuro: <<todavía, hay otra cosa que me aflige mucho, tengo mucho miedo ahora licenciada, no sé, tengo mucho miedo, antes andaba en la calle en la bicicleta, en la motoneta, para, ahora tengo mucho miedo hasta de salir, porque ahora sí es muy incierto mi futuro...he vivido cosas, muy, bueno, siento que son cosas feas para mí, pero ahora ¿qué sigue?, ahora sí me da mucho miedo licenciada>>

Miedo a la muerte de la familia: <<no le tengo miedo a la muerte, sino que, en el transcurso de la vida lo que me vaya pasando, no sé digo, porque me ha dolido lo de la muerte de Daniel, pero que ahora le pase algo a mi familia, yo creo que ahí sí, mi mamá, no sé, algo tengo... mucho miedo, licenciada, a la muerte no, no sé, pero, así a un proceso que, lo que en la vida que me vaya a pasar, eso, que le pase algo a mi familia, eso, me da mucho miedo, eso me da más miedo que la muerte >>

Prefiero que me vean fuerte: <<pero no a la larga no me gusta, prefiero que vean que soy una persona fuerte a que me vean que estoy llorando, pobrecita, eso no me gusta pero lo hacía, yo creo que era un mecanismo de defensa para que me ayudaran, eso no me gusta, prefiero que me vean de otra manera a que me vean así...>>

La muerte: <<...todos tenemos que morir, pero no sé, yo creo que es una constante siempre sabes que... y todo mundo lo dice que nos vamos a morir, pero así cuando te llega ni estás preparado, hasta yo digo, ay, si yo sé que me voy a morir, pero es mentira, porque ya hasta que te pasa te das cuenta de que es una constante y que nos vamos a morir, pero no sé... ya hasta miro a la gente mayor, los observo y digo pues ya vivieron toda una vida, que más nos pueden platicar, ¿que más nos pueden decir? ellos estarán, o ya saben que están a punto de morir, bueno ese tipo de reflexiones, pero sí, la muerte es una cosa pero no la asimilamos como es, porque sabemos que nos vamos a morir, pero así que te pase, que rompa con toda tu vida, con el equilibrio que tienes no sé, y yo quisiera que aunque dos minutos me regalaran con Daniel para decirle muchas cosas, pero ya sé que eso es imposible...>>

Demostraciones de afecto: <<yo creo que como dicen ‘cada momento de la vida es importante’ y de veras que me ha servido mucho, licenciada , abrazo mucho a mi mamá porque qué tal si mañana me voy y no me quiero ir con todas esas cosas que no le pude haber dicho antes, ahora abrazo y nunca le había dicho a mi papá que lo quería, ahora le digo que lo quiero mucho, a mis hermanos también porque como que se queda en el aire, en el espacio todo lo que dijiste, pero eso te va consumiendo, es mejor que lo sepan que son importantes para ti>>

Dudas:<<tengo muchas dudas porque, digo, como no tuve la suficiente capacidad de establecer una buena relación con Daniel, porque voy a fiestas familiares y me fijo en las relaciones de pareja, digo, y sí me da, me entra mucha nostalgia y tristeza que no pude establecer ambos, es este, no sé, teniendo una licenciatura, no pudimos establecer una relación de pareja y eso sí me duele mucho, pero ya no he llorado, de Daniel ya, como que ya, quizá ya se me está pasando, si me acuerdo de él, de vez en cuando>>

Fantasia: <<ayer me estaba acordando y si sigo con esa idea que podría ser, pero también digo, no eso no es posible, si he estado viviendo con esa idea de que algún día se va aparecer, pero ya como que caigo en la realidad, como que caigo, todas las cosas que pasaron digo: no ¡esto es imposible! Pero eso sí, fantaseando sí me gustaría muchísimo que pasara eso, si me gustaría muchísimo verlo...>>

Origen de los problemas: <<es que si estaba muy lastimada licenciada, no sé, no sabía que el origen de mis problemas era yo misma, siempre pensé que los demás tenían la culpa, que eran culpables de que yo no hubiera estudiado otra cosa que eran culpables de que no me desarrollara como persona, no sé, este llena de prejuicios>>

Ambos responsables: <<ambos estábamos enfermos definitivamente y no nos dimos cuenta hasta qué punto llegamos, hasta que nos ofendimos, nos pegamos, nos faltamos al respeto, sí, era tanto porque después de faltarnos ahí seguimos pegados, estábamos muy no sé, muy enrollados...pero nuestra relación ni era buena, ni era mala>>

6.2.10 Positivo versus negativo

En este apartado se analizarán algunos aspectos relevantes de las respuestas positivas y negativas de A., utilizando el sistema de dos-categorías: (P) positivo y (N) negativo (Luborsky, 1977b).

En el total del tratamiento se observó que de las 596 categorías, 506 son respuestas; es decir, el 84.9% del total de categorías y 90 son deseos con el 15.1%. El análisis de valencia sólo compete a las respuestas, así, se detalla que las respuestas negativas son 328 (64.8%) del total de las respuestas y las respuestas positivas son 178 (35.2%) del total de las respuestas (véase Tabla 46).

Se analizan las respuestas positivas y negativas de cada uno de los componentes en su totalidad. Encontrando que el mayor número de respuestas negativas fueron realizadas por el sujeto hacia sí misma (RSS) con una frecuencia de 127 (38.7%), seguida de las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 99 (30.2%), y por último encontramos a las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) con una frecuencia de 86 (26.2%). En cuanto a las respuestas positivas, se observa que las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) cuentan con mayor frecuencia de 78 (43.8%), seguida de las respuestas del sujeto hacia sí mismo (RSS) con una frecuencia de 75 (42.1%) y por último encontramos las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 24 (13.5%). Las respuestas del objeto hacia otro objeto (ROO) son de menor importancia y en ambas valencias ocupan el último lugar. En el total del tratamiento se puede concluir que las respuestas negativas fueron mayores a las positivas en todas las dimensiones, (véase Tabla 46).

Tabla 46. Valencia total

		ROO	ROS	RSO	RSS	Total	%
Negativo	Frecuencia	16	99	86	127	328	64.8
	%	4.9	30.2	26.2	38.7		
Positivo	Frecuencia	1	24	78	75	178	35.2
	%	0.6	13.5	43.8	42.1		

Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tienen la mayor frecuencia 214 (77.8%) y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron con una frecuencia de 117 (50.6%), (véase Tabla 47). Esto es significativo ($\chi^2 = 44.617$, $df = 1$, $p < 0.001$).

Tabla 47. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de la psicoterapia

		Negativo	Positivo
Fase Inicial	Frecuencia	214	61
	%	77.8	22.2
Fase Final	Frecuencia	114	117
	%	49.4	50.6
Total	Frecuencia	328	178
	%	64.8	35.2

Al comparar ambas fases y analizar de manera más detallada cada uno de los componentes en las respuestas negativas el mayor cambio se encuentra en las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS), al inicio tienen una frecuencia de 75 (35.1%) y al final cuentan con una frecuencia de 24 (21.1%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 11 (18.0%) y al final tiene una frecuencia de 13 (11.1%), (véase Tabla 48). En ambos casos el cambio es significativo ($\chi^2 = 8.224$, $df = 1$, $p < 0.004$).

Las respuestas del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS), al inicio la valencia negativa tienen una frecuencia de 67 (31.3%) y al final cuentan con una frecuencia de 60 (52.6%). En las respuestas positivas se observa un cambio significativo, al inicio la frecuencia es de 12 (19.7%) y al final cuenta con una frecuencia de 63 (53.9%), (véase Tabla 48). Esto es significativo ($\chi^2 = 26.751$, $df = 1$, $p < 0.001$).

Las respuestas negativas del sujeto hacia el objeto (RSO), cuentan al inicio con una frecuencia de 60 (28.0%) y al final tienen una frecuencia de 26 (22.8%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 37 (60.7%) y al final cuentan con una frecuencia de 41 (35.0%), (véase Tabla 48). En ambos casos el cambio es significativo, ($\chi^2 = 8.442$, $df = 1$, $p < 0.004$).

Al final, las respuestas del objeto hacia el objeto (ROO), al inicio la frecuencia es de 12 (5.6%) y al final de 4 (3.5%). Las respuestas positivas solamente aparecen al inicio con una frecuencia de 1 (1.6%), (véase Tabla 48). El cambio no es significativo ($\chi^2 = .327$, $df = 1$, $p = 0.567$).

Existen cambios en las dimensiones de positivo y negativo al comparar sesiones iniciales con sesiones finales, y aunque estos cambios pueden ser mínimos como señalan Grenyer y Luborsky (1998), los cambios suelen tener resultados clínicos significativos.

Tabla 48. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de cada uno de los componentes

Valencia	Fase		ROO	ROS	RSO	RSS	Total
Negativo	Inicial	Frecuencia	12	75	60	67	214
		%	5.6	35.1	28.0	31.3	100
	Final	Frecuencia	4	24	26	60	114
		%	3.5	21.1	22.8	52.6	100
	Total	Frecuencia	16	99	86	127	328
		%	4.9	30.2	26.2	38.7	100
Positivo	Inicial	Frecuencia	1	11	37	12	61
		%	1.6	18.0	60.7	19.7	100
	Final	Frecuencia	-	13	41	63	117
		%	-	11.1	35.0	53.9	100
	Total	Frecuencia	1	24	78	75	178
		%	0.6	13.5	43.8	42.1	100

6.2.11 Análisis clínico, discusión y conclusión

La soledad del que se queda sin pareja se convierte en una experiencia interna que da lugar a la vivencia de haberlo perdido todo. Sabemos que toda pérdida exige reorganización, porque la vida no es la misma después de un despojo significativo. En el caso de la viudez, este nuevo orden implica no sólo un cambio en las emociones, sino también en el status social y en el nivel económico. En las personas más jóvenes, como es el caso de Aída, los sentimientos de soledad, de vacío suelen ser intensos y desbordantes, pero también pueden ser compensados por la energía vital que ayuda a encontrar la fuerza de recomenzar. Bowlby (1980/1993), refiere que algunos datos sugieren que la edad se correlaciona con el grado en el que se experimenta que la pérdida ha sido prematura, pues mientras más joven es el que ha enviudado, más joven es el cónyuge muerto, y más probabilidad hay, por lo tanto, de que la muerte se experimente como injustamente temprana.

Así pues, con la pérdida de la pareja, el doliente se siente de manera inmediata aturdido y en grados variables incapaz de aceptar la realidad. Aunque en cada individuo la forma de respuesta ante la pérdida de un ser querido es diferente, en el curso de días, semanas y meses las respuestas pasan por sucesivas fases, en las cuales los límites entre ellas no están bien definidas, ya que se puede oscilar entre éstas, pero no por ello dejan de contar con su secuencia general.

En el caso presentado, la paciente llegó con intensas emociones de la fase de impacto, en específico la ira y la protesta, las cuales se entremezclaban con la fase de aflicción en donde la tristeza, la culpa y el aumento de la ansiedad persecutoria protagonizaban, y empezó a aparecer la negación en la importancia de la pérdida, llenándose de actividades para controlar el dolor.

En este caso, el proceso de duelo se puede complicar debido al tipo de duelo y a las variables que se involucran; por ejemplo, la relación ambivalente y dependiente con el fallecido, la baja autoestima de la paciente, la falta de confianza en sus relaciones con los demás, una familia distante, la indefensión aprendida y el tipo de muerte inesperada de una persona joven. Es por ello de importancia una intervención y atención especializada en este tipo de pérdida caracterizada por la imprevisibilidad y la brusquedad del evento, enfrentándonos a un **duelo de tipo súbito o de urgencia.**

En la psicoterapia de tiempo limitado se propuso como foco dinámico, el facilitar el entendimiento de los sentimientos de enojo exacerbados a raíz de la muerte del esposo, a partir de trabajar con la relación autodestructiva y dependiente generada entre ambos, relación ambivalente (amor-odio), en donde él la maltrataba física y psicológicamente y ella se sentía con baja autoestima e incapaz de poner límites para defenderse, y a partir del entendimiento de esa dinámica de pareja se podría facilitar el perdón simbólico.

Ahora bien, en este tipo de duelo las consecuencias psicológicas son las mismas que en cualquier otro duelo, pero como se ha mencionado, conlleva complicaciones debido a la imprevisibilidad del evento. La calidad fulminante de esta pérdida suma estupor, *shock*, incompreensión. La vulnerabilidad se vuelve intensa. Las pesadillas forman parte de esta etapa, también la aparición de imágenes del momento de la muerte, aunque no se hubiese estado presente. Entre los muchos abatimientos que deja una muerte inesperada, los remordimientos suelen tener un lugar especial. La culpa, fiel compañera después de una pérdida significativa, ataca con preguntas y supuestos acerca de acciones u omisiones.

Al deudo le invade la sensación de impotencia, la cual se encuentra ligada a una increíble sensación de rabia, descargada con alguien que estuvo directa o indirectamente involucrado con la pérdida. La expresión del enojo es el escudo que aparece más accesible, vano intento de defensa y protección ante tanta impotencia y tristeza que se experimenta. Asimismo, surge

la preocupación por los asuntos no resueltos, la muerte deja con remordimientos por cosas que no se dijeron o que faltaron de hacer con el fallecido. Y muchas veces las heridas continúan abiertas durante años (Lieberman, 2007). Por el contrario, hay veces que estas interrupciones legales pueden tener un papel positivo. Si hay alguna sentencia en un caso y se cierra, esto puede ayudar a la gente a poner fin al duelo (Worden, 1994).

Aunque una característica de todo proceso de duelo es la necesidad de entender lo que ha sucedido, en el caso de la muerte súbita parece darse un especial interés de encontrar un significado a este tipo de pérdida, lo cual se relaciona con la necesidad de dominio cuando una muerte ha sido de calidad traumática. Es de esperarse que quien se enfrente en esta situación sentirá que su presente ha sido alterado y su futuro es incierto y peligroso. En el caso de Aída, el miedo la invadía por no saber si se enfrentaría a una situación similar otra vez, le aterraba la idea de que falleciera alguien de su familia y sentía angustia de no saber qué le deparaba el futuro.

Transferencialmente muchas de sus respuestas eran ambivalentes, por un lado se mostraba cooperativa, pero el enojo la invadía. Las relaciones que ella construyó estaban matizadas por la rivalidad, primero con su padre, a quien le tenía que probar que era una buena chica, posteriormente con su esposo, a quien le tenía que demostrar que valía la pena como mujer, y luego a la terapeuta, con quien tenía que probar que su grado académico no le ayudó a construir una mejor relación con su pareja.

Ahora bien, el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT), se mostró sensible para detectar los procesos de cambio de manera válida y fiable. Ofreció un medio para hacer operacionales los conflictos focales y centrales y detectó el foco de trabajo planteado a la paciente desde el inicio del proceso psicoterapéutico. Para este fin se trabajó con una muestra conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento. De las ocho sesiones en total, se obtuvieron un total de 84 episodios de relación. En la fase inicial existen más episodios que en la parte final, esto se debe a la recopilación del material clínico y a que la paciente regresó a terapia después de un periodo vacacional. La sesión en donde se trabaja con el fin de la terapia es la que cuenta con el mayor número de episodios; sin embargo, ambas fases brindan los episodios necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases.

El objeto que aparece mayormente es el esposo con el 42.9%, seguido de la suegra con el 16.7% y en tercer lugar ella misma con el 14.3%. Esto se explica porque el motivo que la llevó a solicitar la terapia fue la muerte del marido, y a partir de este trágico evento tuvo que tener más relación con la suegra, en donde las emociones igualmente eran ambivalentes. Al contrario de lo que señala Luborsky (1998a), los episodios relacionales del sujeto consigo mismo fueron frecuentes, en ellos trabajó el enojo y su falta de seguridad para defenderse de los abusos. Escasamente aparecen otros miembros de su familia, lo que corroboró que la relación es distante y esto habla de la falta de un soporte familiar adecuado, en donde ella pueda manifestar abiertamente sus sentimientos respecto a la pérdida.

En cuanto al tiempo de los episodios, se observó claramente cómo en el total del tratamiento predominaron las narraciones presentes. Al comparar la fase inicial con la fase final, se ve que al inicio de la terapia se distinguen, en poca medida, los episodios sobre el pasado, lo cual se puede explicar a que en ese momento de la terapia se hizo la recopilación de la historia clínica de la paciente, pero al final de la terapia, aparecen de manera significativa mayores episodios sobre el presente, y se debe a que la pérdida había ocurrido recientemente y nuevas relaciones se presentaban y surgieron deseos de crecimiento.

El CCRT se obtuvo de un total de 596 componentes extraídos de las 8 sesiones de psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad, con un total de 506 y los deseos la menor cantidad con un total de 90. En cuanto a las respuestas, hubo la respuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con el 33.9% y con respecto a los deseos, el que tiene la mayor frecuencia es el deseo del sujeto hacia sí mismo (DSS) con el 6.5%.

El CCRT obtenido de la fase inicial y final es el siguiente respectivamente:

Fase Inicial: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo deseo atenderlo y tener autodeterminación; el otro me molesta y ataca, yo lo atiendo y me siento insatisfecha y asustada.*

Fase Final: *Deseo que el otro me apoye, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me molesta y ataca, yo le apoyo y me enfado con él pero tengo autodeterminación.*

Al comparar ambas fases se ven algunos cambios tanto en los deseos como en las respuestas. Aída, en la parte inicial, desea que los otros (DOS) la amen y se sientan bien con ella pero en la parte final el deseo que sobresale es el de ser apoyada. Su deseo hacia los demás (DSO), al inicio de la terapia es de estar pendiente de los demás y al final de la terapia es de amar y sentirse bien con los demás. En cuanto a las respuestas de ella hacia los demás (RSO), al inicio se ve que responde atendiendo a las demandas pero al final sus respuestas son de apoyo pero igualmente de enfado por seguir siendo víctima de agresiones. Finalmente, al principio de las sesiones ella misma (RSS) se sentía temerosa y asustada, pero conforme transcurrió la terapia se sintió significativamente con más confianza y determinación a intentar salir adelante.

Al juntar ambas fases se realiza el siguiente CCRT global de la paciente:

Deseo que el otro me apoye, me ame y se sienta bien conmigo; yo quiero amarlo y sentirme bien con él y deseo tener autodeterminación. El otro me ataca, yo le apoyo y estoy enfadada con él y me siento insatisfecha y asustada.

Al analizar la formulación final de Aída, el conflicto existe entre lo que desea recibir del otro (DOS) y las respuestas que recibe (ROS); es decir, ella quiere que los demás la apoyen y la quieran pero las reacciones de los demás hacia ella son de ataque y rechazo. Frente a situaciones de conflicto reacciona de manera ambivalente (RSO), por un lado atiende y apoya, pero eso mismo la hace sentirse molesta, ya que siente que los demás no le tienen consideración. En el transcurso de las sesiones su deseo hacia sí misma (DSS) ha sido constante, tener autodeterminación, y las respuestas que en ella predominan (RSS) son de insatisfacción y temor.

Las respuestas de miedo están relacionadas con el evento al que se está enfrentando. En los episodios sobre duelo se observó que el CCRT total, refiere que lo que ella desea recíprocamente es amar y sentirse bien y lograr ser fuerte, pero en este caso el esposo, con sus agresiones y la suegra con sus actitudes injustas, la hacen sentir mal, situación que la hace reaccionar molesta y que le genera insatisfacción, vergüenza y culpa.

De las 506 respuestas analizadas, se observó en el total del tratamiento, un mayor porcentaje de respuestas negativas con 64.8% y un menor porcentaje de respuestas positivas con 35.2%.

El componente que ocupó el primer lugar en valencias negativas fue la paciente hacia sí misma (RSS) con porcentaje de 38.7%. En cuanto a las respuestas positivas, se observó que la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) cuenta con el mayor porcentaje 43.8%. Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento se vio un cambio significativo, ya que en la fase inicial las respuestas negativas tuvieron un mayor porcentaje 77.8% y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron en 50.6%.

Aunque no se observaron cambios significativos en la valencia negativa de las respuestas de Aída hacia sí misma entre el inicio y final de la terapia, sí aumentaron sus respuestas positivas al final de la terapia, y estos cambios, aunque mínimos, tienen gran impacto clínico. Por otro lado, las respuestas negativas de la paciente hacia los demás disminuyeron al final de la terapia. Es de esperarse que la paciente responda negativamente, el proceso de duelo por el que se enfrenta la confronta con una realidad irreversible. La pareja con quien dejó cosas inconclusas y otras que perdonarse ya no volverá. Igualmente, es de esperarse que sienta temor del porvenir y sabe que este proceso doloroso poco a poco irá menguando.

Finalmente, las metas de la terapia se cumplieron en gran parte. Aída comprendió que tenía que cuidarse de sí misma, enfrentando el reto de construir nuevos roles e interactuar con los demás aprendiendo a establecer límites. Definitivamente, el espacio terapéutico le brindó un espacio en donde pudo hablar sobre todas las emociones que le despertó la pérdida dramática e igualmente le dio herramientas para continuar con su proceso de elaboración, cuya duración es indefinible.

6.3 El caso de Rosario: Pérdida de la pareja

6.3.1 Ficha de identificación

Nombre: Rosario

Edad: 60 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Viuda

Lugar de Origen: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Ocupación: Ama de Casa

Tratamiento: Del 15 de septiembre al 19 noviembre del 2005

6.3.2 Plan de tratamiento

Foco de trabajo

Ayudar, permitir y facilitar el desenganche de la relación simbiótica madre-hija, a partir de trabajar los sentimientos ambivalentes (amor-odio), el vacío, la culpa y la dependencia originados por el fallecimiento vertiginoso del marido. Como foco complementario se trabajó el fin de la psicoterapia.

Metas

Por su edad se percibe con falta de control para educar a su hija adolescente e intenta una relación estrecha y tenaz (como con el marido), a lo que la hija responde con enojo. Se intenta se relacione de manera más flexible, sin sentir que pierde su autoridad como madre y así brindarle independencia a su hija para que ella también elabore su duelo.

Que entienda que la dinámica entre su hija y ella está sufriendo cambios que la descontrolan y que tensando más la situación producirá más violencia.

6.3.4 Evaluación clínica

Inicial

La paciente es una mujer de edad madura dedicada al comercio. Acude a terapia porque la relación con su hija se ha complicado a raíz de la muerte del esposo dos años atrás. En primera instancia pidió apoyo para la hija; sin embargo, es canalizada ella primero.

Rosario se encuentra preocupada porque no entiende cuáles son las fallas que tiene a la hora de educar a la hija menor. Cuenta con cinco hijos, un varón y cuatro mujeres. La hija menor nació después de quince años y fue una hija deseada y planeada; sin embargo, la hija constantemente le reclama que porqué la trajo al mundo después de tanto tiempo.

<<Yo vine a buscar ayuda para mi hija...porqué mi hija, porque bajó de calificaciones y ya no quiso estudiar y dije: “¡pues tal vez ya estoy grande, ya tengo nietos y que no pueda yo con ella!” Pues yo dije: “algo está fallando pues... en mí, porque no he podido encauzarla, o platicar, no se presta nunca para platicar, luego, luego se enoja y terminamos peleando siempre>>.

La relación conflictiva se dio a partir de que el esposo enferma, el diagnóstico era cáncer. Los pronósticos de los médicos dieron un mes de vida, y desde ese momento Rosario se dedicó a cuidarlo. Mencionó que se sentía culpable por no haberse dado cuenta de que el esposo estaba enfermo y sentía que le había faltado *“algo qué decirle, algo qué hacer”*. Refiere que hay días que dijo: *“ya lo olvidé, no, nunca lo voy a olvidar”*. En todo ese tiempo ella estuvo más atenta a cuidar a su marido que a la hija menor y piensa que eso influyó en las actuales reacciones de su hija.

Al morir el esposo, la paciente platica con su hija y le dice: *“Sabes qué, hija, pues la realidad es ésta, somos tú y yo, tus hermanos pues ya no cuentan en el aspecto de nosotros porque ya están casados, pero tú y yo vamos pues a ser una sola, hija”*. Rosario refiere que al principio su hija había accedido a dicha petición pero al pasar el tiempo la relación empezó a agravarse entre ellas, al grado de recibir insultos que la hacían llorar.

En cuanto a la relación con el esposo, narró que se conocían desde niños. Empezaron en la adolescencia a ser novios y ella quedó embarazada, refiere que no existió penetración y que

después de cinco meses de embarazo fue su madre la que se dio cuenta. La situación económica era precaria, mencionó haber sentido mucha vergüenza por la situación y después del nacimiento del primogénito se casó y fue a vivir con el marido. Estuvo casada durante 25 años y describió que su matrimonio con altas y bajas fue bueno pero que al final “*sintió que se rompió la magia*”, el marido le confesó un engaño y a ella le costó trabajo perdonarlo.

De su infancia comentó que estuvo llena de carencias económicas, la madre fue la que los sacó adelante. Estudió hasta la primaria y tiene malos recuerdos de su época escolar, pues sufrió maltrato por parte de los profesores. La madre fue siempre su ejemplo y aunque la maltrataba físicamente por alguna travesura realizada, ella siempre le respondió de manera obediente. Rosario es la primigenia de cinco hermanas.

Final

En esta fase se está trabajando con el fin del tratamiento, la paciente tiene curiosidad en saber qué fue lo que la terapeuta aprendió de ella, puesto que refiere tener la experiencia y la psicóloga los conocimientos. Ha pensado que la terapia le ha servido para pensar en ella, en enfrentar las cosas, los problemas. Ahora ya se detiene un poco más en su arreglo personal, es una manera de empezar y espera seguir.

<<Digo: “*es una manera de empezar, espero este, seguir así, reflexionar todos los días de lo que aquí he estado platicando, de lo que aquí este, me he estado escuchando*”. Como usted me dice: “*soy yo la que me escucho, la que me digo, la que me reclamo*”, entonces este, pues sí tengo que hacer mis cosas, mis metas y este, darme un tiempo para mí>>.

Mencionó que le gustaría que su hija lograra superarse y estudiar, pero sigue sin entender en qué falló, <<*todo le dimos, nada le exigimos y ahora vienen los reproches para mí misma ¿no?, porque nadie me dijo mañana tu esposo no va estar, así que enséñale*>>. La relación entre ellas ha mejorado, realizan algunas actividades juntas, por ejemplo, bailar. Ha aprendido a respetar el espacio que comparte con ella y ha dejado de criticarla verbalmente y “*mejor predica con el ejemplo*”. Es más abierta para platicar sobre temas de sexualidad o drogadicción y presta atención a los comentarios de su hija. Ha aprendido a ponerle más límites.

La pérdida del marido dice llevarla con conformidad e inteligencia, algunos recuerdos le traen sentimientos de tristeza, sin embargo intenta acordarse de él con alegría y felicidad. A los

hijos que se encuentran tristes por la pérdida del padre les da “*palabras de aliento*”, se percata que la hija más pequeña no lloró la muerte del padre y por ello trata de platicar con ella. <<*Si sufro cuando ellos lloran porque no quiero que sufran pero lo que he aprendido aquí es que este, pues lo lloren, lo lloren pero que ya lleven su vida bien porque no lo vamos a resucitar*>>.

Ahora se siente más libre, ya no quiere ser sumisa y agachada. Comenta que la sacaron de una jaula para meterla a otra y ahora está afuera de ella y no sabe cómo volar, se siente que aletea más fuerte pero no sabe cómo emprender el vuelo. No le gusta que ya la manden y refiere que quiere disfrutar la vida hasta que Dios se la lleve. Ha reflexionado sobre muchas cosas. Ya entendió en estas sesiones que debe vivir la vida, sí hay momentos tristes pues son sólo eso, pero hay otras cosas por las que hay estar bien; sin embargo, sabe que no va a cambiar su estado de ánimo de un momento a otro.

En la última sesión comentó un sueño que tuvo con su marido, en donde él venía de un viaje y ella le decía que la abrazara, pero él la hacía a un lado y agarraba a su hija pequeña; en el sueño él le decía que venía para informarle que ya tenía otra mujer allá. Rosario le contestaba que eso no se lo perdonaría aunque lo quisiera mucho. Refiere que no sabe porqué se sueña eso o qué signifiquen los sueños. Al trabajar el sueño comenta que tal vez trae atorado ese dolor de saber que el esposo le confesó en su lecho de muerte que salía con otra mujer. Afirmó que no soporta la traición y su idea era jamás perdonar algo así; todavía se siente confundida y le duele. Este evento con el marido casi no fue trabajado en la terapia.

6.3.4 Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno depresivo, no especificado [311]

Problemas paterno-filiales [V61.20]

Eje II: No hay diagnóstico [V71.09], características de personalidad histriónica y dependiente

Eje III: Enfermedad metabólica: diabetes

Eje IV: Duelo por muerte del esposo [10]

Eje V: EEAG= 55 (en el ingreso)

EEAG= 75 (actual)

6.3.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales

En el transcurso de las sesiones se percibió la ambivalencia que se manifiesta en sus relaciones. Con respecto a la figura del terapeuta, la paciente lo ponía en un lugar idealizado debido a sus conocimientos y función de ayudar a las personas que se encuentran necesitadas, pero igualmente lo devaluaba por la edad que representaba y la carencia de experiencia sobre la vida. En ese sentido, quiso actuar con la terapeuta como con su hija menor: como una madre que da lecciones de vida y que más sabe por su experiencia que por los conocimientos educativos y por ello debe ser respetada y valorada. Sin embargo, también demandó atención y se comportó de una manera regresiva pidiendo que se le aconsejara qué hacer con las decisiones que debía tomar con respecto a la educación de su hija.

La dependencia construida con la madre y posteriormente con el marido, se repetía en el espacio psicoterapéutico y el desengancharnos de esa dinámica generaba en ella sentimientos de enojo y descontrol, que igualmente experimentaba con su hija cuándo ésta se rehusaba a hacer algo que ella le demandaba. La dependencia que genera Rosario en sus relaciones, está íntimamente coludida con la necesidad de ser reconocida y fungir como el centro de atención; en su estructura de personalidad se encuentran ciertos rasgos histriónicos que le permiten esa finalidad; es decir, yo dependo de ti siempre y cuando tú también me reafirmes que soy muy importante en tu vida.

La paciente se encontraba interesada por la vida íntima de la psicoterapeuta por lo que se le confrontó con información personal con la que contaba y no había sido trabajada en sesión. Se interpretó que la paciente deseaba que su hija estuviera en la postura de la terapeuta con respecto a varias áreas, una de ellas la cuestión educativa. Inconscientemente era ella la que deseaba estar en ese lugar o tener ese reconocimiento, ya que le costó bastante trabajo estudiar. La envidia se presentó por la añoranza de tener algo que no se tenía y que por lo mismo no se podía dar el crédito a otro. Cuando se presentan en la paciente estos sentimientos de su parte agresiva y destructiva, creemos que la culpa aflora y la necesidad de reparar el daño se da debido a que no quiere dejar de ser protegida por los objetos de amor.

El abandono le genera mucho miedo y en algunas ocasiones la terapeuta fungió como el progenitor que la abandonó, al clarificarle que en ese espacio la que tenía que tomar las decisiones era ella, estas respuestas le despertaban sentimientos de ira, porque ella quería escuchar que era importante y que había logrado muchas cosas; es decir, su autoestima se encuentra basada en los estímulos externos. La negación de los conflictos le ayudaba a que la angustia no la paralizara y evitar confrontarse con su mundo interno.

Contratransferencialmente se observó que la paciente despertó sentimientos de respeto por su edad. A pesar de ello sí podía descifrar las proyecciones que estaba realizando, pero se complicaban las intervenciones a la hora de confrontar o interpretar. La negación se manifestaba y era complicado trabajar con dicho mecanismo para permitir que el inconsciente aflorara. En otras ocasiones resultaba con gran necesidad de agrandar y lo lograba, en esos momentos me sentía atrapada por el mecanismo de la identificación proyectiva impidiéndome conectar con su verdadero *self*.

Siempre resultó difícil conectarla con lo afectivo lo cual despertó sentimientos de frustración. Hacerle ver que el dinero era una forma de cubrir vacíos y de manifestar amor no se le pudo transmitir de tal forma que ella elaborara lo que simbolizaba el dinero. Los intentos fueron mediatizados por la precaución de no hacerle una interpretación que pudiera mover mucho su estructura; es decir, la edad fue un factor muy importante.

6.3.6 Clinimetría

Agosto de 2005

Pruebas aplicadas:

- Test de la Figura Humana K. Machover
- MMPI-2

Resultados:

A través del Test Proyectivo K. Machover, se aprecia que se trata de una persona con dificultad para establecer relaciones interpersonales de manera satisfactoria ya que suele mostrarse un tanto suspicaz y desconfiada; así mismo, denota rasgos de personalidad histriónicos.

Tiende a recurrir a la evasión a través de la fantasía como mecanismo defensivo.

Refleja conflicto en la relación madre-hija, lo cual la lleva a experimentar culpa, esperando encontrar en la figura masculina un soporte que le brinde seguridad y confianza.

En cuanto al perfil obtenido en el MMPI, se aprecia que se trata de una persona convencional, que experimenta sentimientos de inadecuación y cuyo sistema defensivo se encuentra debilitado.

Tiende a mostrar ansiedad y preocupación por el orden y control, asumiendo una postura alerta y desconfiada, activa y dinámica como una manera de manejar la tensión interna que experimenta, recurriendo a la fantasía como mecanismo defensivo.

6.3.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU

A continuación, se analizarán aspectos relevantes de las narraciones de la paciente. Los episodios fueron evaluados con las dos fases del método CCRT (para más detalle consultar *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998). En la Fase A se identificaron los episodios de relación y en la Fase B, se extrajo el CCRT del *set* de narraciones.

En ambas fases del método, surgieron los siguientes datos: a) el análisis total de las ocho sesiones; b) la diferencia que resulta al comparar la fase inicial (cuatro primeras sesiones) con la fase final (cuatro últimas sesiones); c) la relación que tiene cada una de las variables analizadas con el resultado clínico de la psicoterapia y d) el grado de significancia y fiabilidad.

Fase A: Localizando los Episodios de Relación.

- **Muestra**

La muestra de la investigación estuvo conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento (entrevista 1, entrevista 2, sesión 1 y 2) y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento (sesión 9, 10, 11 y 12). De las ocho sesiones se obtuvieron un total de 103 episodios de relación.

- **Episodios de relación**

Es importante tener una muestra adecuada de Episodios de Relación (ER), para así obtener un CCRT representativo del tratamiento o de las fases del tratamiento. Normalmente es suficiente tener la muestra de las dos primeras y últimas sesiones del tratamiento para poder localizar 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte inicial y 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte final. Sin embargo, se necesitan realizar más investigaciones para determinar el número adecuado de episodios de relación y de sesiones que determinen una muestra representativa para elaborar el CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

En esta investigación se comparan dos bloques (fase inicial y fase final). En la fase inicial se obtiene un subtotal de 50 ER, siendo la entrevista 1 y sesión 1 los que cuentan con mayor número de episodios relacionales de esta etapa. En la fase final aparece un subtotal de 53 ER, hallando en la sesión 10 la mayor cantidad de episodios de relación (véase Tabla 49).

En cuanto a los episodios sobre duelo obtenemos de ambas fases un total de 15 ER. En la fase inicial encontramos 10, siendo la entrevista 1 la que cuentan con el número más alto de episodios sobre duelo. En la parte final obtenemos 5 ER, siendo la sesión 10 y 12 las que ocupan el primer lugar (véase Tabla 49).

Con respecto a los sueños, Luborsky refiere que no se ha decidido la inclusión de estos como episodios de relación, pero si se decide incluirlos, al ser relativamente pocos en cada tratamiento, se perderán entre el gran número de episodios de relación que el paciente narrara de su interacción con otras personas (Luborsky, 1998a). En este estudio se contabilizaron los sueños dentro del total de ER, ya que representan una muestra pequeña. Los sueños sólo aparecen en la parte final del tratamiento, siendo solamente 1 sueño sobre pérdidas (véase Tabla 49).

Tabla 49. Número de Episodios de relación por sesión

Fase	Sesiones	ER de duelo	ER sin duelo	Sueños de duelo	Sueño otros	Total de ER
Inicial	Entrevista 1	5	9	0	0	14
	Entrevista 2	0	12	0	0	12
	Sesión 1	3	11	0	0	14
	Sesión 2	2	8	0	0	10
	Subtotal ER inicial	10	40	0	0	50
Final	Sesión 9	0	14	0	0	14
	Sesión 10	2	13	0	0	15
	Sesión 11	1	12	0	0	13
	Sesión 12	2	8	1	0	11
	Subtotal ER final	5	47	1	0	53
Total ER		15	87	1	0	103

Al observar las frecuencias de los episodios de relación de las 8 sesiones, se ve que la entrevista 1 y la sesión 10 cuenta con los números más altos. La media de los episodios de relación obtenidos en cada sesión del tratamiento fue de 12,9 ER s por sesión, un número bastante favorable si se considera que son 10 los episodios relacionales necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases (véase Figura 32).

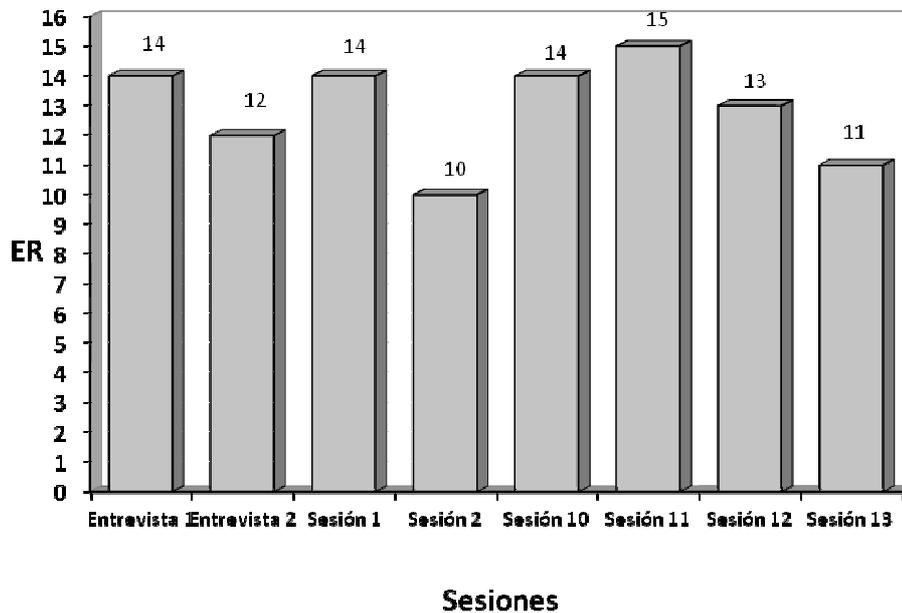


Figura 32. Frecuencia de ER para cada sesión de la terapia

En la fase inicial se observa que tanto en la entrevista 1 como en la sesión 1 aparecen el mayor número de episodios de relación y esto tiene que ver con la recopilación de los datos de la paciente y con el motivo de consulta. En la fase final es la sesión 15 la que destaca de las demás y se debe a que se empezó a trabajar con el fin de la terapia.

- **El tipo de objeto.**

En este apartado se identificarán la o las personas significativas con las que el sujeto interactuó en los episodios de relación. En el capítulo sobre CCRT de esta tesis, los objetos más comunes suelen ser los padres, la pareja, un amigo, el jefe, el terapeuta y la interacción del sujeto consigo mismo.

En este caso en particular se observa que los objetos frecuentes en los episodios de relación son los miembros de la familia y el terapeuta. Acorde con lo que señala Luborsky (1998a), los episodios relacionales del propio sujeto son escasos en esta psicoterapia.

El análisis global de los objetos muestra que en primer lugar se encuentran las interacciones con la hija con un 5.2%, le siguen las del esposo con un 3.5%, la madre con el 1.2%, el terapeuta con un 0.8% y otros integrantes de la familia con el 0.6%.

Tabla 50. Objetos del total de las sesiones

Objeto	Frecuencia	%
Hija menor	34	5.2
Esposo	23	3.5
Madre	8	1.2
Terapeuta	5	0.8
Hija mayor	4	0.6
Hijos	4	0.6
Hermana	3	0.5
Hijo	3	0.5
Gente	2	0.3
Maestra	2	0.3
Médico	2	0.3
Abogado	1	0.2
Doctor	1	0.2
Enamorado	1	0.2
Espiritista	1	0.2
Joven	1	0.2
Licenciado	1	0.2
Maestro	1	0.2
Nieta	1	0.2
Nuera	1	0.2
Padrastro	1	0.2
Padre	1	0.2
Persona	1	0.2
Sujeto	1	0.2

Al analizar detalladamente la Tabla 50 y comparar los objetos de la fase inicial con los de la fase final se observa que al inicio de la terapia predominan el esposo con el 5.1%, le sigue la hija con el 3.3%, la madre con el 1.8 y el hijo, la maestra y el médico con el 0.6%. En la parte final destaca la hija con el 7.1%, el esposo con el 1.9 y el terapeuta con el 1.5%.

Se puede resaltar clínicamente que en la parte inicial la muerte del esposo desencadenó conflictos en la relación con la hija, y son los dos objetos más relevantes de esta fase. En la parte final es la relación con la hija la que predomina significativamente.

Se presentan algunos ejemplos del tipo de objeto que tuvo mayor frecuencia en la parte final de la psicoterapia:

En cuanto a los episodios relacionales del propio sujeto (ER: sujeto), solamente son evaluadas las narraciones que incluyen sentimientos o pensamientos del sujeto hacia su propio ser que estén confrontándole, por ejemplo:

Entrevista 1
ER. Núm.3
ER-O, Hija

<<Ahora con mi hija pequeña digo: “qué me falta?, coraje, fuerza, qué me falta?”, “porque digo: “no le quiero pegar, la quiero mucho”, este, no sé si sea de ese amor que...dicen “que hace daño”... he reducido pues los gastos, ya no quiso estudiar, ahorita me dice: “mamá me quiero meter a la preparatoria abierta”, le digo: “hija si no pudiste...con una... la abierta para mí que es más difícil”, “¡ay, toda la vida no me entiendes, interrumpes las cosas!”, y digo: “¿sí, será?”...>>.

Sesión 1
ER. Núm. 10
ER-O, Esposo

<<Hace como 4 años empezó: “Rosario vamos a casarnos”, nos hicimos nuestras bodas de plata, entonces yo le dije: “si pides mi mano sí, y me regalas un anillo de compromiso, porque nunca me regalaste un anillo de compromiso”, “bueno” y ya llegó con el anillo, “a quién le pido tu mano, a mi suegro ni creas, eh, yo a ése no le pido nada”, y ya fuimos a misa y terminando la misa le digo: “ven hijo, pídesela a la Virgen del Rosario, ella es mi madre, pídele a ella mi mano” y me dice: “¡ya estuvo bien, si quieres casarte conmigo, si no a mí no me obligues a hacer cosas!”, bueno, le digo: “pues entonces no nos casamos, ten tu anillo”, y después a otro día, “Rosario vamos a casarnos”... >>.

• Tiempo

En las narraciones que los pacientes cuentan se encuentra el tiempo inmerso. Abarca recuerdos infantiles, el presente y las expectativas para el futuro. En la obra de Luborsky (1998a) no se encuentra especificado, de manera puntal, la clasificación del tiempo en cada episodio. En esta tesis seguiremos los lineamientos más comunes, entenderemos como pasado, lo ocurrido después de tres años, presente: lo ocurrido antes de tres años y futuro: lo que todavía no ha ocurrido pero se prevé que pasará.

La mayor cantidad de episodios de relación relatados son sobre el pasado con el 72.8%, los episodios sobre el presente cuentan con el 26.2% y aparece un episodio sobre el futuro 1.0%. Al comparar la fase inicial con la final, analizamos que en las 4 sesiones iniciales se trabajó más con el pasado 94.0% que con el presente 6.0% y en la 4 sesiones finales el pasado 52.8% y el presente 45.3% no muestran mucha diferencia entre ellos; aparece un episodio que

habla sobre el futuro (véase Tabla 51). Esto es altamente significativo ($\chi^2 = 22.271$, $df = 3$, $p < .001$).

Tabla 51. El tiempo

FASE		PASADO	PRESENTE	FUTURO
Inicial	Frecuencia	47	3	0
	%	94.0	6.0	0
Final	Frecuencia	28	24	1
	%	52.8	45.3	1.9
Total de sesiones	Frecuencia	75	27	1
	%	72.8	26.2	1.0

En la fase inicial los episodios de relación tienen que ver más con el pasado, ya que el evento con el que se trabajó ocurrió dos años atrás y desde ahí empezó la relación conflictiva de Rosario con su hija. En la parte final no se nota gran diferencia entre los episodios sobre el pasado y los episodios sobre el presente y esto se debe a que la paciente refiere que la experiencia que tiene ha sido construida a lo largo de su vida, siente que se encuentra viviendo ahora la etapa final de su vida, y los recuerdos la hacen revivir tanto emociones gratas como tristes.

- **Puntuación**

Las narrativas de los pacientes varían en su puntuación ya que la extensión o similitud depende de lo que el sujeto elija contar. Se incluyeron solamente los episodios de relación puntuados por arriba de 2.5. En total se evaluaron 81 ER.

Existen cinco principios de utilidad a la hora de evaluar los episodios de relación (para más detalle consultar Luborsky, 1998a). Uno de ellos es el detalle de la interacción que mantiene el sujeto con el objeto. Estos detalles en específico son los hechos que suceden, los deseos, las respuestas de la otra persona, las de él mismo y los resultados de lo que ha sucedido.

Ejemplo de un episodio de relación poco detallado:

<<Ayer me estaba diciendo que no le alcanza el dinero y le digo: “¿por qué hija?”, “no sé”, “cuánto le metes a tu celular al mes, ¿doscientos pesos?”, le estoy haciendo cuentas de los camiones y le digo: “te gastas seiscientos pesos en puro camión y me dice: “cállate, ya no me digas, cállate”, hasta me dio un almohadazo >>.

Ejemplo de un episodio de relación detallado:

Sesión 1
ER. Núm. 7
ER- O, Hija menor

<<Pasaron como 6 meses y me dio un dolor de cabeza muy fuerte pero fuerte, fuerte, andaba yo arreglando el seguro de la pensión...tomé un taxi, porque dije: “hay ya estoy bien cansada, estar horas ahí y papeles”, tomé un taxi y que choca, ay, toda morada, toda abollada, y pues ya llegué y le digo: “hija, estoy que me revienta la cabeza, ¿no tienes unas aspirinas?”, “no”; acostada en el sillón...le digo: “Blanca, ¿qué vamos a comer?, ya son las 4, ve a ver si hay comida por kilo y compra medio kilo”, “ay, yo no” Me quedé dormida, me tomé dos aspirinas y me quedé dormida, despierto son las siete y ella en las mismas, en el sillón viendo tele, “qué es de tú vida hija, por qué, por qué estas así?”, “porque quiero, ya”, le digo: “no, me contestes así, le digo, ni para tu propio bien hija, no fuiste por la comida”, “pues no tengo hambre, si tú tienes ve tú”, le digo: “no recontestes así, hija”, total de que no sé qué más le dije y me dijo y me enojé y veo un gancho de la ropa que está ahí, y que le empiezo a pegar y le digo: “estoy harta, de verte ahí acostada, hija viendo la vida pasar, le digo, tienes que estudiar”, reprobó matemáticas y inglés en la secundaria, tenía que hacer extraordinarios y este, no estudias y le empecé a pegar y le empecé a pegar y me dice: “sabes que yo no te pedí que me trajeras, yo no te pedí la vida”, “pero yo también no te la di, te la dio Dios”, “pues odio a Dios, lo odio, te odio a ti” y le digo: “cállate, Blanca, arrepíentete de lo que dices porque eso no está bien”. Pues como se iba haciendo para atrás nos salimos hasta el patio, es un patio ancho, como hasta la esquina y allí tengo un altar. La agarré de los cabellos y le digo: “mira ahí esta la Santísima Virgen, le digo, ella es tu madre”, “pues a ella también le digo, que porqué”, pero así con un coraje y que le meto una cachetada y le digo: “no, a Dios y a la Virgen no les hablas así, hija” y le pegué y le pegué más. Ya se metió y yo dije: “¿qué hice Señor, qué hice!” pero es que me reclamaba “odio la vida que me diste, porque me dejaste aquí, porqué, porqué, porqué me gritaba. Entonces ya pasó pues una hora yo creo y empecé a buscarla otra vez y estaba en la azotea, fui hasta la azotea estaba llorando sentada en el suelo, le digo: “perdóname hija, perdóname, pero ayúdame, tenemos que salir adelante, tú toda la vida estás acostada viendo tele y no, eso no es la vida” y me hizo así, no me contestó y se bajó>>.

Fase B: Evaluando el CCRT

- **Los componentes**

Los componentes a identificar son tres: a) los deseos (D); b) las respuestas de los otros (RO), y c) las respuestas del sujeto (RS). Dado que estamos utilizando la reformulación alemana del método CCRT, los componentes se dividen en 8, en vez de 4, dependiendo de si la función recae en el sujeto o en el objeto. Las dimensiones de deseos (DOO, DOS, DSO, DSS) y respuestas (ROO, ROS, RSO, RSS) son análogas (revisar el capítulo sobre CCRT de esta tesis).

- **Identificando los tipos de componente del CCRT**

Se encuentran un total de 656 componentes en las 8 sesiones analizadas de la psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con total de 591 y los deseos la menor cantidad con total de 65. En cuanto a los deseos, el que tiene el mayor porcentaje es el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO) con el 4.1%, le sigue el deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) con el 3.4%; posteriormente el deseo del sujeto hacia sí mismo (DSS) con el 2.3% y por último el deseo del objeto hacia el objeto (DOO) con el 0.2%. En cuanto a las respuestas encontramos en primer lugar a la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con el 39.9%, %, le sigue la respuesta del objeto hacia el sujeto (ROS) cuenta con el 33.7%, posteriormente la repuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con el 11.9% y, por último, la respuesta del objeto hacia el objeto (ROO) con el 4.6% (véase Tabla 52).

Tabla 52. Frecuencia de los componentes CCRT-LU del total de la psicoterapia

Componentes	Frecuencia	%
DOO	1	0.2
DOS	22	3.4
DSO	27	4.1
DSS	15	2.3
Total de Deseos	65	10.0
ROO	30	4.6
ROS	221	33.7
RSO	262	39.9
RSS	78	11.9
Total de Respuestas	591	90.0
Total	656	100

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

El análisis muestra que en la parte de los deseos el que sobresale es el que la paciente tiene hacia los demás (DOS) y en la parte de las respuestas es igualmente la reacción del sujeto hacia los otros (ROS) la que predomina.

- **Niveles de inferencia: de lo literal a lo moderadamente abstracto**

La inferencia se utiliza de manera más frecuente en el componente del deseo (D), ya que las necesidades o intenciones expresadas por el sujeto no siempre son conscientes. Luborsky (1998a) recomienda utilizar un nivel de inferencia moderado ya que un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable y resultaría difícil conseguir un acuerdo entre jueces.

En este caso se encuentra que de los 65 deseos que han sido evaluados, 9 han sido inferidos. En estas inferencias el primer lugar lo ocupa el (DSO) con un total de 5, seguido del (DOS) con un total de 3 y el (DSS) con un total de 1. El 14% de los deseos ha sido inferido, esto puede ser de buen pronóstico a la hora de realizar la confiabilidad entre jueces ya que la mayoría de los deseos han sido expuestos abiertamente.

- **Contando los tipos de componente para formular el CCRT**

Para el desarrollo de los siguientes apartados se anexa un recuadro que solamente incluye los 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel del método CCRT-LU, (para mayor detalle consultar anexo 2).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Atender aB. ApoyarC. Amar, sentirse bienD. Tener autodeterminaciónE. Deprimirse, resignarseF. Estar insatisfecho, asustadoG. Estar determinado por otrosH. Estar enfadado, ser antipáticoI. Ser poco fiableJ. RechazarK. DominarL. Molestar, atacarM. Retirarse en uno mismo |
|--|

A continuación se analiza la secuencia de componentes más frecuente de cada sesión de la fase inicial (Tabla 53) y de la fase final (Tabla 54). Tal como señala Luborsky (1998a) la formulación final se compondrá de los Deseos y Respuestas que hayan aparecido con más frecuencia en los diferentes episodios de relación de cada sesión. Marcamos con una “N”, los componentes de signo negativo y los de signo positivo aparecen sin índice, el número entre paréntesis es la frecuencia con la que aparece en esa sesión.

Tabla 53. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase inicial

Componentes	Entrevista 1	Entrevista 2	Sesión 1	Sesión 2	CCRT	CCRT-LU-S
DOS	C11 (2)	C13 (1)	A27 (1) B11 (1) D16 (1)	C11 (2)	C11	C1. Ser cercano
DSO	C11 (3)	B23 (1)	C11 (3)	--	C11	C1. Ser cercano
DSS	--	C33 (1) D28(1)	C23 (2)	D28 (1)	C23	C2. Amar, tener una relación
ROO	B11 (1) E21 (1) H16 (1) L11 (1) L21 (1) M33 (1)	C13 (1) H16 (1) J22 (1) L21 (1)	J22 (2) E12 (2)	J22 (1)	J22	N J2. Oponer, criticar
ROS	B11 (11)	B11 (4) L23 (4)	B11 (8)	J22 (5)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSO	J22 (7)	H16 (4)	B11 (8)	B11 (5)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	E12 (4)	E12 (3) F21 (2)	F11 (2)	E12 (3)	E12	N E1. Estar desilusionado

Tabla 54. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase final

Componentes	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	--	B23 (1)	--	--	B23	B2. Ayudar dar independencia
DOS	A14 (2)	B23 (2)	C11 (2)	C11 (2)	C11	C1. Ser cercano
DSO	A22 (2)	B23 (1) C11 (1)	A22 (1) C11 (1) D16 (1)	D15 (2)	A22	A2. Aceptar, ser comprensivo
DSS	--	C52 (1) D28 (1) E12 (1)	A12 (1) C13 (1) C33 (1) D15 (1) D25 (1)	D15 (2)	D15	D1. Ser interiormente fuerte
ROO	L11 (1) L23 (1)	I12 (2)	H16 (1)	E12 (1) F11 (1) F13 (1) I23 (1)	E12 H16 I12	N E1. Estar desilusionado N H1. Sentir repulsa, estar enfadado N I1. Ser negligente descuidado
ROS	H16 (6)	A21 (2) B11 (2) B12 (2)	A23 (4)	A21 (2) B11 (2) H16 (2) J21 (2) J22 (2) K11 (2)	H16	N H1. Sentir repulsa, estar enfadado
RSO	B11 (7)	B11 (7)	A23 (3)	B11 (9)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	A15 (1) D21 (1) F11 (1) H16 (1)	E12 (4)	C33 (2) D21 (2)	E12 (2)	E12	N E1. Estar desilusionado

Después de haber analizado la frecuencia de los componentes tanto para la fase inicial como para la fase final, se puede realizar un CCRT para cada fase respectivamente. Se observan algunos cambios significativos al comparar el inicio con el final, por un lado en los deseos (DSO), (DSS) y por otro lado en las respuestas (ROO), (ROS) y (RSS) (véase Tabla 55 y 56). Se analiza más detalladamente en la evolución de cada uno de los componentes en cada fase.

Tabla 55. Formulación del CCRT en la Fase Inicial

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
	C	C	C	E, J	B	B	F
	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Deprimirse, Resignarse Rechazar	Apoyar	Apoyar	Estar insatisfecho, estar asustado

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y sentirme bien conmigo misma; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento insatisfecha y asustada .*

Tabla 56. Formulación del CCRT en la Fase Final

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
B	C	B	D	I	H	B	D
Apoyar	Amar, Sentirse bien	Apoyar	Tener auto- determinación	Ser poco fiable	Estar enfadado, ser antipático	Apoyar	Tener auto- determinación

CCRT de la Fase Final: *Deseo que el otro me ame, yo apoyarlo y tener autodeterminación; el otro se enfada y es antipático, yo le apoyo y me siento con autodeterminación.*

Al juntar ambas fases se puede realizar un CCRT global de la paciente. En la Tabla 57 se muestra la formulación total. Están anotados los componentes con mayor frecuencia, y también los segundos y terceros más frecuentes.

Los primeros y segundos componentes más frecuentes señalan el siguiente patrón central de relación de Rosario: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo y me preste atención; yo quiero apoyarlo, amarlo, sentirme bien con él y deseo tener autodeterminación y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya pero está enfadado conmigo y me rechaza, yo le apoyo y presto atención y me siento insatisfecha, asustada y deprimida.*

Tabla 57. Formulación Total del CCRT del Tratamiento

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
B	C	B / C	D	E	B	B	F
Apoyar	Amar, sentirse bien	Apoyar / Amar, sentirse bien	Tener autodeterminación	Deprimirse, resignarse	Apoyar	Apoyar	Estar insatisfecho, Estar asustado
-	A	D	C	H / L	H / J	A	E
-	Atender a	Tener autodeterminación	Amar, sentirse bien	Estar enfadado, ser antipático / Molestar, atacar	Estar enfadado, ser antipático / Rechazar	Atender a	Deprimirse resignarse
-	B	A	A / E / G	J	A	C / J	D
-	Apoyar	Atender a	Atender a / Deprimirse / Estar determinado por otros	Rechazar	Atender a	Amar, sentirse bien / Rechazar	Tener autodeterminación

Se observa en la formulación final del CCRT de Rosario que en la parte de los deseos la categoría *C. Amar, sentirse bien*, es una constante, pero también aparece el deseo del sujeto a apoyar a los demás y el deseo de sentirse a sí misma fuerte. Por el lado de las respuestas, se puede ver que la familia cercana se encuentra deprimida y que les brinda apoyo; sin embargo, a veces recibe de los demás respuestas ambivalentes, por un lado de apoyo pero por el otro de enojo. Ella en sí se sigue sintiendo con miedo y triste y se debe a que siente que la relación con su hija, a pesar de las mejoras obtenidas, sigue siendo conflictiva y tiene miedo de que por su edad pueda enfermar y la situación empeore.

- **Intensidad de los componentes**

Ahora se analiza la aparición de los componentes más relevantes del CCRT en la totalidad del tratamiento. Se observa que el Deseo que en mayor proporción aparece del objeto hacia al sujeto (DOS), es *C. Amar, sentirse bien* con un 55% y en el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO), aparecen dos categorías la *B. Apoyar* y la *C. Amar, sentirse bien* con un con un 33% respectivamente. Sin embargo, el deseo de la paciente hacia ella misma (DSS) más frecuente es de *D. Tener autodeterminación*, con 42%. (Véase Figura 33 a 35).

DOS

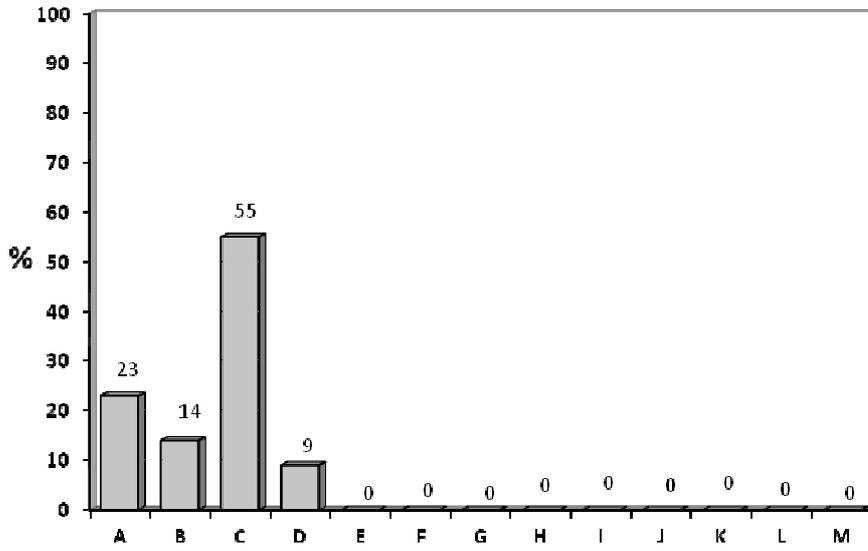


Figura 33. Porcentaje de las categorías en el componente DOS del total del tratamiento

DSO

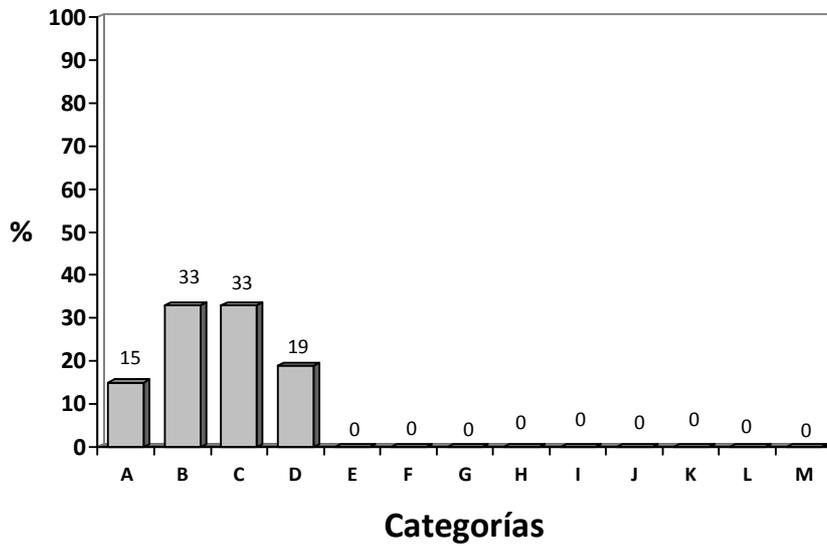


Figura 34. Porcentaje de las categorías del componente DSO del total del tratamiento

DSS

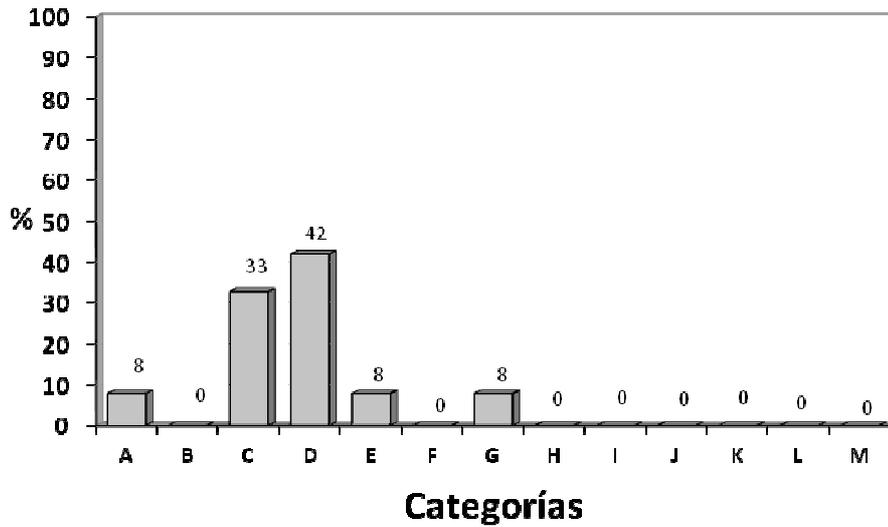


Figura 35. Porcentaje de las categorías del componente DSS del total del tratamiento

En relación a las respuestas observadas en la totalidad del tratamiento, se comprueba que la respuesta que resalta del objeto hacia otro objeto (ROO) es la variable *E. deprimirse y resignarse* con un 20%. La respuesta más frecuente del objeto hacia la paciente (ROS), es *B. Apoyar* con 26%. Las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) es la siguiente categoría, *B. Apoyar* con 25%. Respecto a las respuestas de la paciente hacia ella misma (RSS), se observan dos, por un lado la respuesta no armoniosa, *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, con un 27% y *E. Deprimirse, resignarse* con el 22% (Véase Figura 36 a 39).

ROO

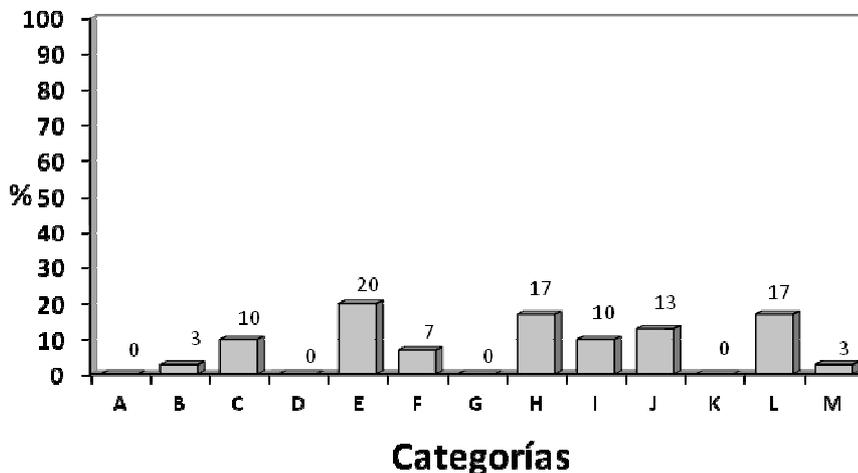


Figura 36. Porcentaje de las categorías del componente ROO del total del tratamiento

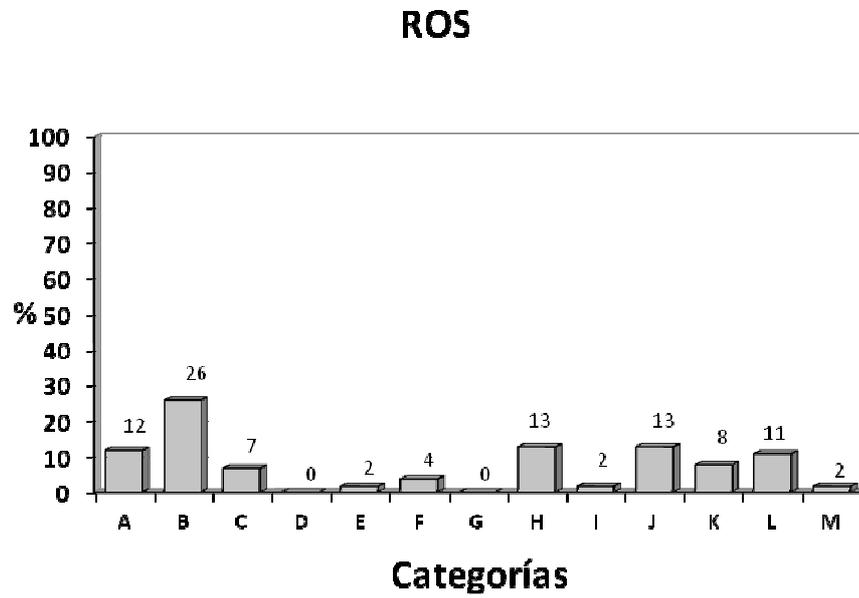


Figura 37. Porcentaje de las categorías del componente ROS del total del tratamiento

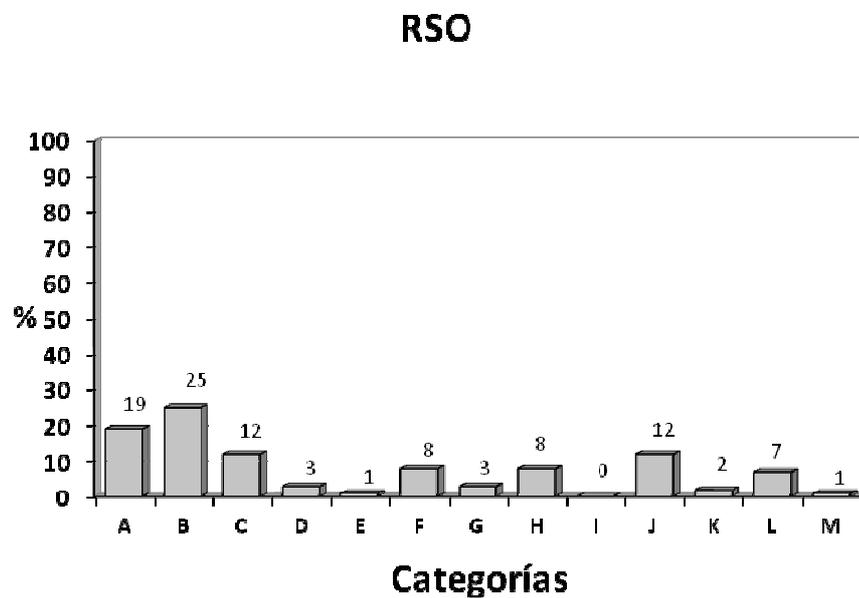


Figura 38. Porcentaje de las categorías del componente RSO del total del tratamiento

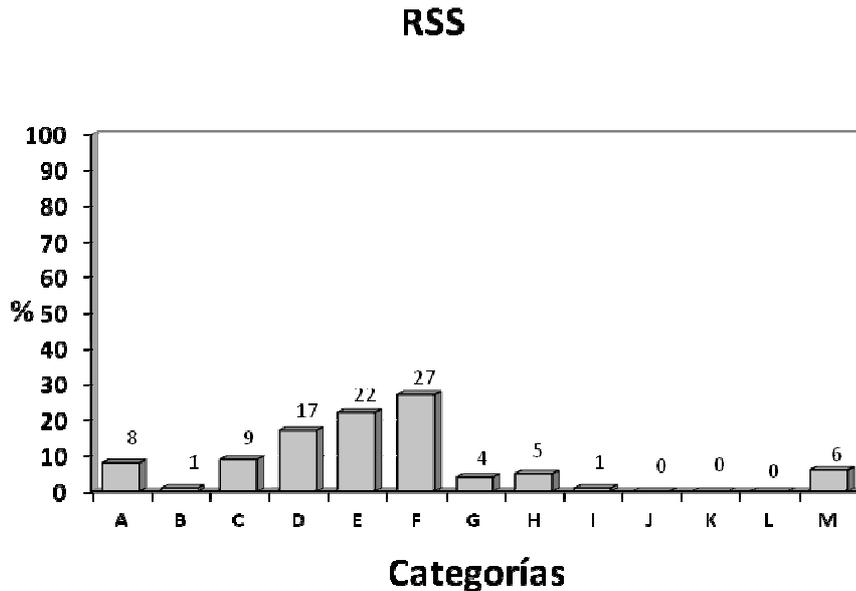


Figura 39. Porcentaje de las categorías del componente RSS del total del tratamiento

6.3.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia

Se mencionaron los cambios en algunas categorías al comparar el inicio y el final de la terapia. Pero es importante para este apartado, analizar si esos cambios son significativos. Las categorías que aparecen resaltadas en cada uno de los componentes son en las que se encontró un cambio significativo.

Por el lado de los Deseos se encuentra lo siguiente: en el Deseo del Objeto hacia el Sujeto (DOS), la categoría *A. Atender*, ha pasado del 11% al 31%, la categoría *B. Apoyar*, ha aumentado del 11% al 15%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, ha suavizado del 56% al 54% y la categoría *D. Tener autodeterminación*, ha pasado del 22% al 0% (véase Figura 40).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 3.420, Sig. Monte Carlo, $p = 3.48$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

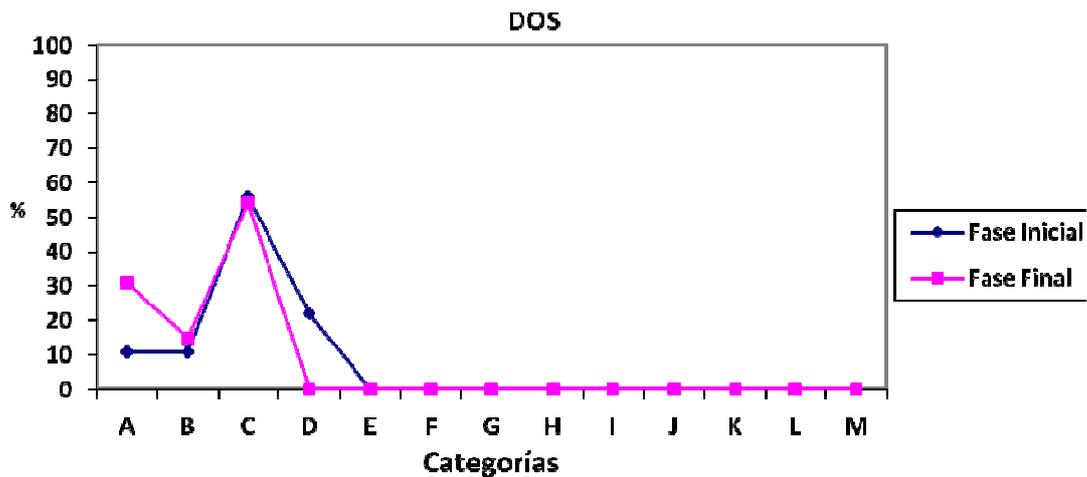


Figura 40. Diferencia en el componente DOS entre el principio y el final de la terapia

En cuanto al Deseo del Sujeto hacia el Objeto (DSO), observamos que la categoría A. *Atender*, incrementó de 0% al 25%, la categoría B. *Apoyar*, se pasó del 36% al 31%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, disminuyó del 55% al 19%, la categoría D. *Tener autodeterminación*, aumentó del 9% al 25% (véase Figura 41).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 5.669, Sig. Monte Carlo, $p = 0.134$), nos muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

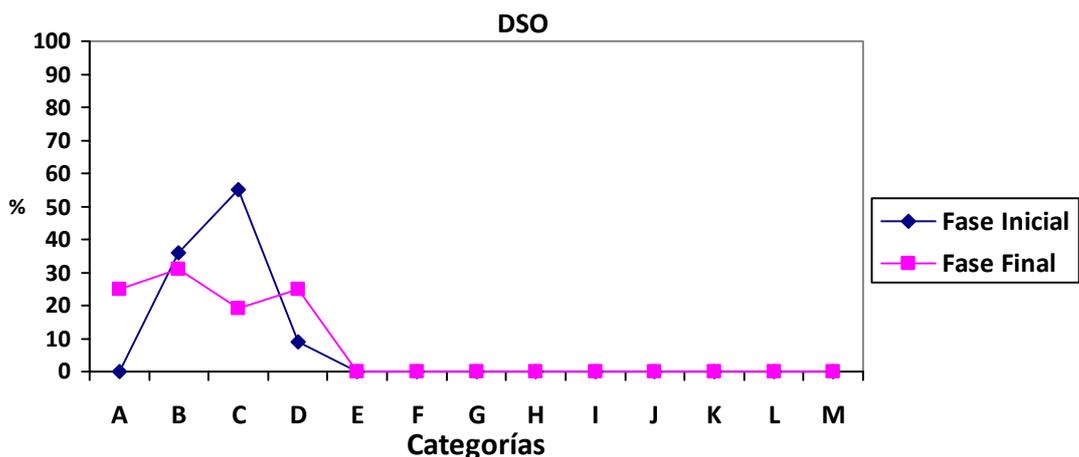


Figura 41. Diferencia en el componente DSO entre el principio y el final de la terapia

El Deseo hacia ella misma (DSS), la categoría A. *Atender a*, incrementó del 0% al 9%, la categoría C. *Amar y sentirse bien*, disminuyó del 50% al 36%, la categoría D. *Tener*

autodeterminación, acrecentó del 25% al 45%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, aumentó del 0% al 9% y la categoría *G. Estar determinado por otros*, disminuyó del 25% al 0% (véase Figura 42).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 3.739, Sig. Monte Carlo, $p = 0.662$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

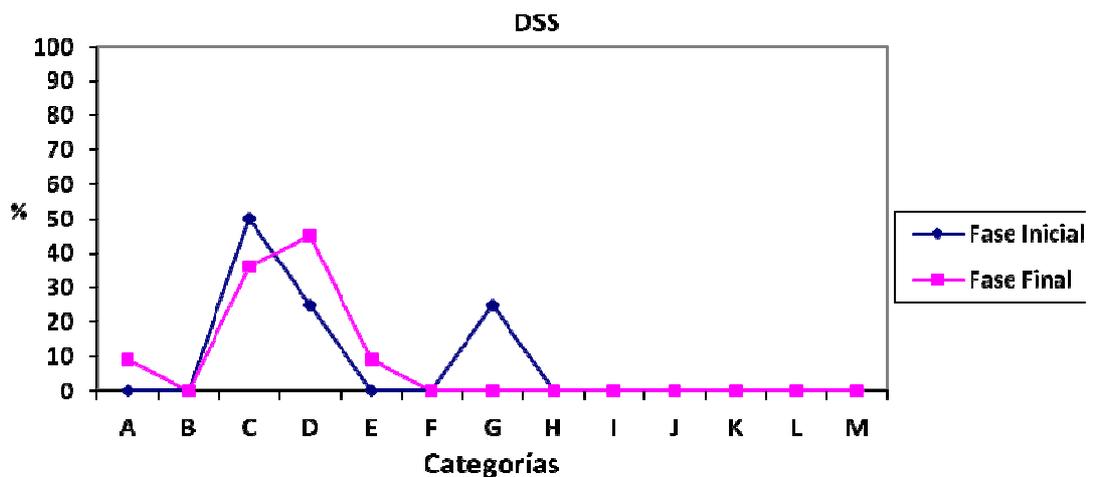


Figura 42. Diferencia en el componente DSS entre el principio y el final de la terapia

Por otro lado, en cuanto a las Respuestas se observa lo siguiente: La Respuestas del otro hacia otro (ROO), en la categoría *B. Apoyar*, pasó del 6% al 0%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, incrementó del 6% al 15%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, decrementó del 24% al 15%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, aumentó del 0% al 15%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, pasó del 18% al 15%, la categoría *I. Ser poco fiable*, acrecentó del 0% al 23%, la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 24% al 0%, la categoría *L. Molestar, atacar*, redujo del 18% al 15% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 6% al 0% (véase Figura 43).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 11.023, Sig. Monte Carlo, $p = 0.141$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

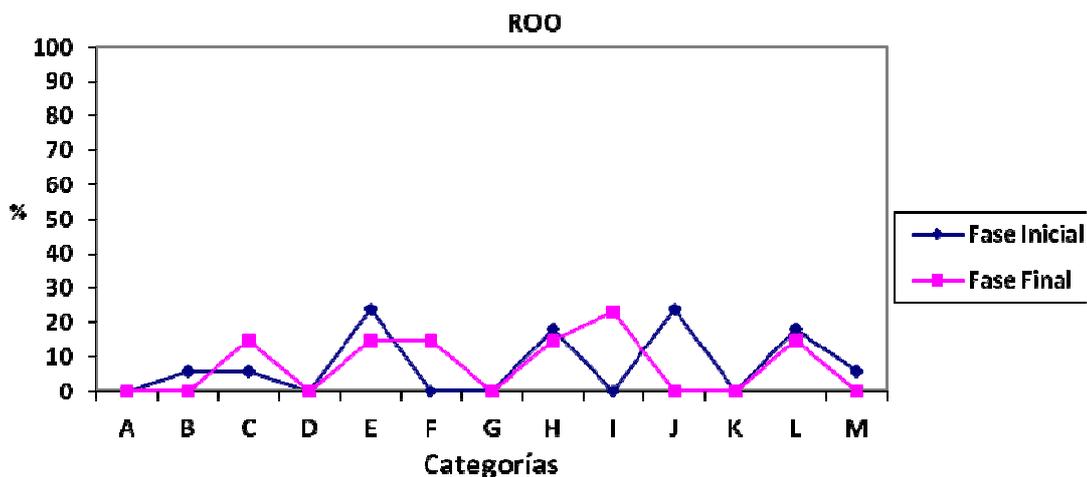


Figura 43. Diferencia en el componente ROO entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Objeto hacia el sujeto (ROS), la categoría **A. Atender a**, subió del 7% al 17%, la categoría **B. Apoyar**, disminuyó del 33% al 17%, la categoría **C. Amar, sentirse bien**, decrementó del 10% al 4%, la categoría **E. Deprimirse, resignarse**, redujo del 3% al 0%, la categoría **F. Estar insatisfecho, estar asustado**, pasó del 5% al 2%, la categoría **G. Estar determinado por otros**, redujo de 1% al 0%, la categoría **H. Estar enfadados, ser antipático**, acrecentó del 11% al 16%, la categoría **I. Ser poco fiable**, aumentó del 0% al 5%, la categoría **J. Rechazar**, aumentó del 11% al 14%, la categoría **K. Dominar**, pasó del 7% al 9%, la categoría **L. Molestar, atacar**, decrementó del 11% al 10% y la categoría **M. Retirarse en uno mismo**, acrecentó del 1% al 4% (véase Figura 44).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 27.155, Sig. Monte Carlo, $p = 0.002$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, A ($p = 0.034$), B ($p = 0.013$) e I ($p = 0.016$).

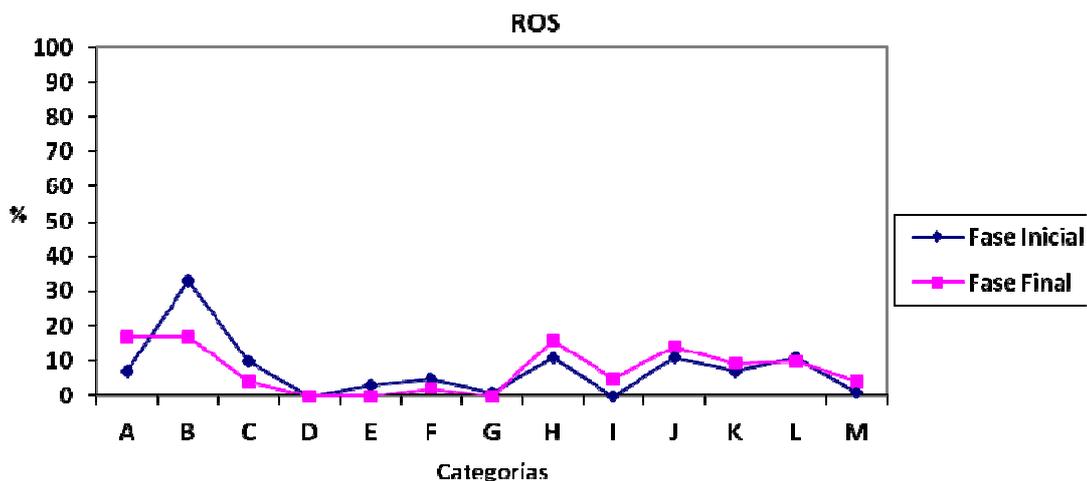


Figura 44. Diferencia en el componente ROS entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Sujeto hacia el objeto (RSO), la categoría *A. Atender a*, aumentó del 16% al 22%, la categoría *B. Apoyar*, **acrecentó del 17% al 32%**, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, disminuyó del 12% al 13%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 2% al 4%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, se mantuvo en el 1%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, **decremento del 13% al 2%**, la categoría la categoría *G. Estar determinado por otros*, **redujo del 6% a 1%**, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, acrecentó del 7% al 8%, la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 16% al 8%, la categoría *K. Dominar*, pasó del 3% al 0%, la categoría *L. Molestar, atacar*, incrementó del 6% al 8% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, pasó del 2% al 0% (véase Figura 45).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 35.174, Sig. Monte Carlo, $p = 0.000$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias, se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, B ($p = 0.006$), F ($p = 0.001$) y G ($p = 0.017$).

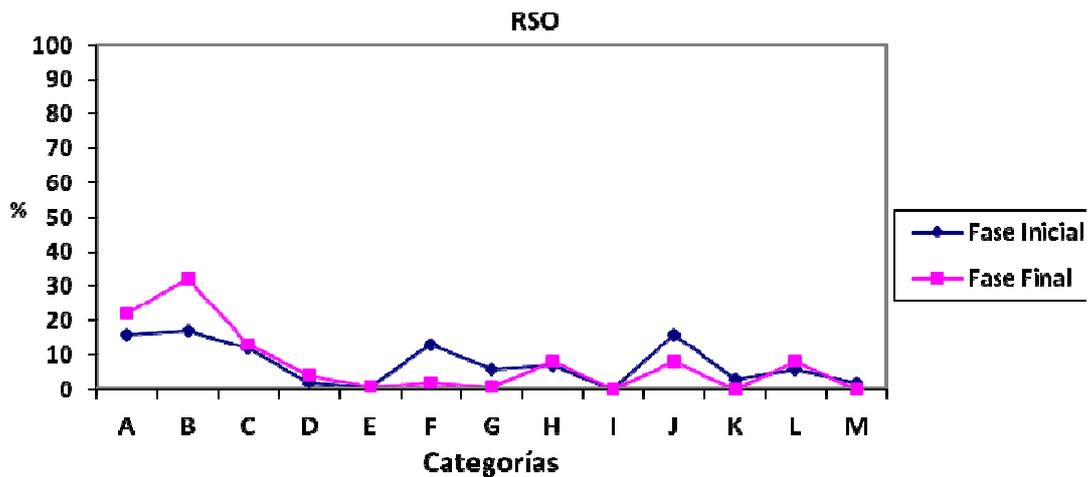


Figura 45. Diferencia en el componente RSO entre el principio y el final de la terapia

La respuesta del sujeto consigo misma (RSS) la categoría A. *Atender a*, acrecentó del 5% al 11%, la categoría B. *Apoyar*, pasó del 0% al 3%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, incrementó del 5% al 13%, la categoría D. ***Tener autodeterminación, aumentó del 8% al 26%***, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, disminuyó del 25% al 18% , la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, redujo del 35% al 18%, la categoría la categoría G. *Estar determinado por otros*, decremento de 8% al 0%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, se quedó en 5%, la categoría I. *Ser poco fiable*, pasó del 3% al 0% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 8% al 5% (véase Figura 46).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 13.205, Sig. Monte Carlo, $p = 0.105$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

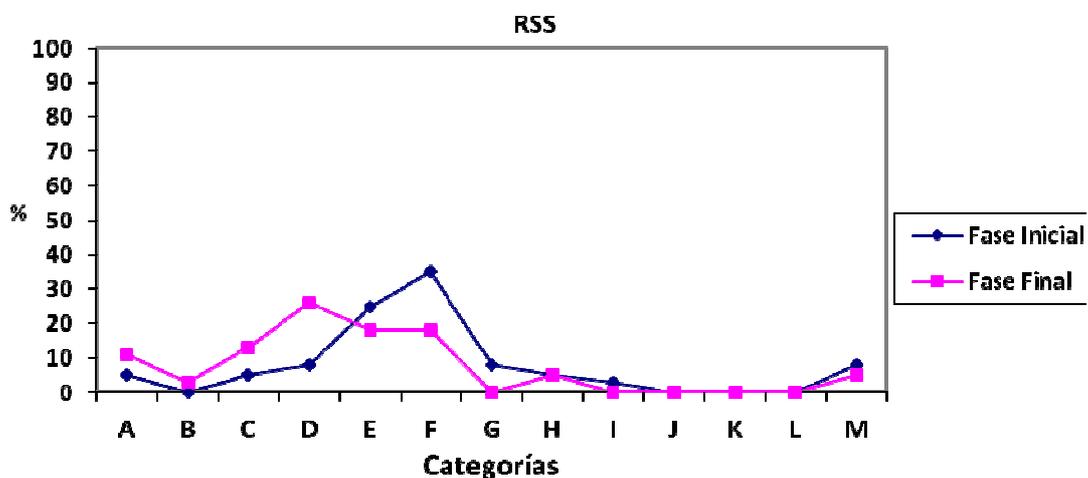


Figura 46. Diferencia en el componente RSS entre el principio y el final de la terapia

6.3.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo

En este apartado se analizaron 15 ER sobre duelo, que se extrajeron del total de episodios del tratamiento. Debido a que el foco de trabajo fue la elaboración del duelo por la muerte del esposo, es de interés saber si el método identificó, de manera sensible, categorías que expliquen dicho proceso.

El CCRT total que se extrajo de los episodios de duelo es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos, sentirme bien con ellos y tener autodeterminación. El otro se deprime y resigna, los demás me apoyan, yo les amo y me siento insatisfecha y asustada.*

Por un lado, el CCRT de los episodios de duelo será comparado con el CCRT global del tratamiento y por otro lado se analizarán las categorías de alto nivel (*clusters*), nivel medio y subcategorías del CCRT obtenido de dichos episodios dolorosos. Al comparar el CCRT total y el CCRT sobre los episodios de duelo, se observan tres cambios. El primero se da en el componente (DSO), en donde en el CCRT global aparece con mayor frecuencia el *cluster B. Apoyar* y *C. Amar, sentirse bien* y en los episodios dolorosos aparece el *cluster C. Amar, sentirse bien*, como el más frecuente. La segunda diferencia se da en la dimensión (DSS), en donde el CCRT global cuenta con dos frecuencias, una de ellas es el *cluster C. Amar, sentirse bien* y la otra el *cluster D. Tener autodeterminación*, en los episodios sobre duelo es el *cluster D. Tener autodeterminación*, el más frecuente. El tercer cambio se da en la dimensión (RSO), en el CCRT global el *cluster B. Apoyar*, es el más frecuente y en los episodios de duelo aparece el *cluster C. Amar, sentirse bien* (véase Tabla 57 y 58).

Al analizar detalladamente los cambios mencionados con respecto a las categorías de nivel medio y subcategorías de los episodios dolorosos, se obtienen los siguientes datos respectivamente: por el lado de los deseos, para la dimensión (DSO) aparece *C1. Ser Cercano* y *C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso*; en la dimensión (DSS), aparece la categoría *D1. Ser interiormente fuerte* y *D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos*. En cuanto a las respuestas se observa que el componente (RSO)

cuenta con *C1. Ser Cercano* y *C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso* (véase Tabla 58).

Tabla 58. Formulación total del CCRT sobre los ER de duelo

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
-	C	C	D	E	B	C	F
-	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener autodeter minación	Deprimirse, resignarse	Apoyar	Amar, sentirse bien	Estar insatisfecho, estar asustado

Al comparar la evaluación realizada en la fase inicial y final del tratamiento sobre los episodios de duelo, se observaron cambios en cinco de los ocho componentes (DSS, ROO, ROS, RSO, RSS).

En cuanto a las categorías de alto nivel (*cluster*), se observa tanto para los deseos como para las respuestas, lo siguiente: Por el lado de los deseos, la dimensión (DSS) al inicio presenta *G. Estar determinado por otros* y al final cuenta con *D. Tener autodeterminación*. En cuanto a las respuestas, el componente (ROO) al inicio destaca el *cluster E. Deprimirse, resignarse* y al final destaca el *cluster F. Estar insatisfecho, asustado*; el componente (ROS) al inicio tiene la categoría *B. Apoyar* y al final *K. Apoyar y dominar*; la dimensión (RSO) al inicio resalta *F. Estar insatisfecho, estar asustado* y al final sobresale *C. Amar sentirse bien*; el componente (RSS) al inicio cuenta con *F. estar insatisfecho, estar asustado* y al final tiene dos categorías *E. Deprimirse, resignarse* y *F. Estar insatisfecho, asustado* (véase Tabla 59).

Al hacer un análisis más profundo de las categorías de nivel medio, se encuentra lo siguiente en la fase inicial: Por el lado de las respuestas, la dimensión (ROO) cuenta con dos categorías con la misma frecuencia, *E1. Estar desilusionado* y *E2. Estar resignado*; la dimensión (RSO) cuenta con dos categorías, en primer lugar se encuentra *C1. Ser cercano* y en segundo lugar *F2. Estar asustado, estar ansioso*; el componente (RSS) en primer lugar tiene *F2. Estar asustado, estar ansioso* y en segundo lugar *F1. Sentirse culpable, avergonzado, estar insatisfecho* (véase Tabla 59).

Con respecto a las categorías de nivel medio, en la fase final se observan por el lado de las respuestas en el componente (ROS) dos frecuencias *B1. Explicar, confirmar* y *K1. Ser malo*; en la dimensión (RSO) en primer lugar se encuentra *C1, Ser cercano* y en segundo lugar *H1.*

Sentir repulsa, estar enfadado; y por último en el componente (RSS) se observan las frecuencias *E1. Estar desilusionado* y *F1. Sentirse culpable, avergonzado, estar insatisfecho* (véase Tabla 59).

Con respecto a las subcategorías, en la fase inicial se observan en la dimensión (ROO) las frecuencias *E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido* y *E21. Renunciar, resignarse*; el componente (RSO) tiene en primer lugar a la categoría *C12. Consolar, reconfortar* y en segundo lugar a *F21. Estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar ser cobarde*; por último, la dimensión (RSS) cuenta con las frecuencias *F11. Sentirse culpable, arrepentirse* y *F24. Estar amedrentado, estar desconcertado, sentirse pillado* (véase Tabla 59).

En cuanto a las subcategorías de la fase final, se ve por el lado de las respuestas que el componente (ROO) tiene dos frecuencias *F11. Sentirse culpable, arrepentirse* y *F13. Sentirse mal, sentirse insatisfecho*; la dimensión (ROS) cuenta con *B12. Apoyar a alguien, alabar, estar de acuerdo, incitar, animar, alentar* y *K11. Ser malo, explotar, engañar, traicionar, denegar, robar*; el componente (RSO) en primer lugar tiene *H14. Sentirse herido, sentirse ofendido* y en segundo lugar *C12. Consolar, reconfortar* y, por último, el componente (RSS) cuenta con *E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido* y *F11. Sentirse culpable, arrepentirse* (véase Tabla 59).

Tabla 59. Comparación del CCRT entre la fase inicial y final de los episodios de duelo

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Inicial	-	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	G Estar determinado por otros	E Deprimirse, resignarse	B Apoyar	F Estar insatisfecho, estar asustado	F Estar insatisfecho, estar asustado
Final	-	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	D Tener autodeterminación	F Estar , estar asustado	B / K Apoyar/ Dominar	C Amar, sentirse bien	E / F Deprimirse, resignarse/ Estar insatisfecho, estar asustado

El CCRT de la fase inicial es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos, sentirme bien con ellos pero me siento determinada por los demás . El otro se deprime y resigna, los demás me apoyan, yo les demuestro que estoy insatisfecha y asustada y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la fase final es el siguiente: *Deseo que los otros me amen, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. El otro está insatisfecho y asustado, los demás me apoyan y me dominan, yo les demuestro mi amor y me siento deprimida, resignada, insatisfecha y asustada.*

Al hacer un análisis más fino de las subcategorías, se observa que éstas detectan de manera más sensible las emociones en el proceso de duelo. Basándose clínicamente en el CCRT se puede concluir que aunque existe apoyo por parte de la familia y éste es recíproco, existen otras emociones que complican el proceso de duelo y la relación con su hija. Los hijos mayores de la paciente se sienten desesperanzados, afligidos y temerosos por la pérdida del padre, la paciente responde dándoles palabras de consuelo, pero con la hija menor no ha podido hablar sobre la pérdida y esto le hace manifestar su miedo y enojo y de que la relación entre ellas empeore debido a que la hija está intentando dominarla exigiéndole cosas materiales. La paciente se siente culpable y se arrepiente de varias de sus actuaciones el día del fallecimiento del esposo, y también del no haberle prestado atención a su hija menor cuando el esposo estuvo enfermo; se siente desconcertada, desesperanzada y afligida de que el tiempo se le acabe antes de lograr lo que desea.

Ejemplos de la fase inicial:

La culpa: <<Dos años hizo en septiembre...Entonces este, él no sabía que tenía un tumor y yo me lo repito y me digo: “Por qué no me di cuenta” y luego veo las últimas fotos y se le ve la mirada de un enfermo, entonces todo eso, “por qué no me fijé”, quizá me sienta culpable, pero luego digo: “estuve con él hasta el final”, porque mis hijos me decían: “mamá, alquilamos una cama de hospital”, “¡no! bajen mi cama, quiero sentirlo, quiero abrazarlo, quiero... si se pone mal en la madrugada, qué hacer...” >>.

Presentimientos sobre la muerte: <<Entonces ese domingo me preocupó y me dice mi hijo: “mamá, lo llevamos con el doctor. “Dice de mi nuera que conocen, es muy bueno el doctor, le digo Huertas, vamos”, dice: “no me lleves”, le digo: “vamos ándale no te cuesta nada”. Era un sábado porque los resultados nos los dieron en domingo... “Era domingo y me dice: “oye Rosario, necesito... este.... vamos a comer” y le digo: “no qué comer, vamos al doctor, órale vamos” y me dice: “bueno vamos a pasar a firmar”, (porque quedó de aval para un carro), vamos a pasar a firmar, pero le digo: “te sientes mal”, “¡vamos!”, “vamos pues”.

Y ya su caminar era más notorio que arrastraba la pierna. Pero él desde noviembre empezó a decirnos: “las voy a llevar a pasear porque es el último viaje que vamos a dar para cuando yo me muera se acuerden de la última paseada que dimos todo Monterrey”. “¡Y estás loco!, le dije”. Para abril, fue... cumplía mi suegra 80 años, “organízale la fiesta a mi mamá, porque cuando yo me muera se acuerde, “ay, estás loco!” y allí en la fiesta de mi suegra se cayó, perdió el control y se cayó >>.

Síntomas de la enfermedad: <<*Cuando salgo me dice: “Rosario” y le digo: “qué?”, “ya me hice de la pipì”, y le digo: “ay gordito!”, “es que no sé dónde está el baño”, y le digo: “ten tápate con mi bolsa y ahorita vamos” y le digo: “a mí también me ha ganado a veces, pero no le digas a tus hijos sino nos van a decir los miones”. Y... este... imagínese todo eso pues... tener que darle una cara, no preocuparlo, fueron muchas cosas (llorosa) pero aun así me siento, a veces me siento culpable >>.*

El estado de shock: <<*Lo sacamos, llegamos ahí y el doctor le dijo: “Salvador, tienes un tumor amigo, hay que operar... Ya nos sacó el doctor, vengán dice: “porque tienen que firmar papeles” ¡el mejor médico! Nos habían mandado con uno, pero nos recomendaron a él, dice: “no soy Dios, yo le doy un mes no más a tu esposo” “¡un mes!, entonces se queda uno bloqueada, se queda uno...., “está bien, doctor”. La que estuvo conmigo ahí día y noche fue mi hija mayor, durante 15 días... >>.*

El enojo por la enfermedad: <<*No salí del Hospital, lo operaron y todo enchufado todo mal, pero... yo sentí que me decía que me quería, me apretaba, hay veces que me apretaba demasiado, no sé qué sentiría, me apretaba tanto que me dolían las manos...el doctor me dijo: “que no llorara. Que se había vuelto como un niño chiquito” perdió el movimiento, yo lo cargaba..., lo bañaba, pero siento que...que me faltó algo.... algo qué decirle.... algo qué hacer...., luego le decía yo: “¿te acuerdas cuando éramos novios?”, duramos 7 años de novios, fue mi único novio, a la mejor por eso lo extraño tanto, era muy dependiente de él, él me llevaba el mandado..., me daba mi buen gasto. De repente se acabó en un mes, se acabó muy rápido. Fui a la capilla, pero no fui a pedir por su salud, fui a reclamar: “porqué” (sube de tono el llanto, y se agarra la cabeza y se tapa la boca). “¿Porqué, Porqué si era tan bueno?”, ¡Porqué, empecé a gritar y a pegar la banca!”, diciendo: “¡no! porqué me falla Dios, porqué si él me lo mandó”, perdón doctora pensé que ya no iba a llorar así” (solloza). Es que me hace falta, para recargarme en él, porque los dos sufrimos mucho desde chiquitos*

las carencias y sí supimos darle frente a todo, luchamos, estudiamos, para vivir mejor y qué pasó con eso, se le queda a las nueras a los yernos, y depende de mí también, pero digo yo: “para que lo quiero, para que, si yo ya también al rato.... yo soy diabética y al rato quién sabe lo que va a pasar; ¿me regala un pañuelo?” >>.

El mejor esposo: <<*Hay días que digo: “ya lo olvidé, no nunca lo voy a olvidar”, he oído y escuché a una señora que también estaba aquí en terapia, que su esposo la dejó, que tomaba, y digo: “yo, no hubiera aguantado una vida así, porque me tocó el mejor de los maridos, el mejor hijo, el mejor padre, el mejor yerno >>.*

El fallecimiento del esposo: <<*Cuando mi esposo fallece, yo lo veo que las manos se le van poniendo moradas y me quedo helada y mi nieta que iba llegando y le llevaba un Rosario, se fue haciendo para atrás, Blanca iba llegando de la escuela y decía: “¡no,no,no!” y Gloria se jalaba los cabellos, se pegaba. Y una comadre me dijo: “comadre se está yendo mi compadre” Entonces subí rápido a la recámara y me arrodillé “Señor recíbelo en tus brazos, que no sufra, si te lo vas a llevar que se vaya así como se está yendo” y ahí me quedé. Sube mi hija la mayor y me dice: “mamá, mi papá ya falleció, en eso llegó mi abuelita y le dio la bendición,”yo me perdí de todos esos momentos, hay cosas que no las recuerdo>>.*

Arrepentimiento: <<*Yo no sabía manejar una tarjeta de crédito, ni de débito, no sabía nada, entonces yo le había comentado a una comadre “sabe qué, mi esposo debe dinero de una tarjeta” y dice: “no esas ya no se pagan, ya muriendo la persona dice ya no hay que pagarlas” y le digo: “pero él tiene una chequera y tiene dinero en el Banco” y me dice: “sáquelo”, entonces le digo: “es que no sé cómo” , “pues no sé dice, vaya a un banco y habla, pero sáquelo ya comadre porque él ya murió”, pero así en ese momento. Entonces me lleno de no sé qué, doctora, y le pasé a hablar a la mayor “acompañame”. Y ahí dejé a mi esposo, cosa que me arrepiento por la ignorancia, por torpe, por...” ¡ahí lo dejé, ahí lo dejé!” Y digo: “cómo voy a creer que nos cueste más el dinero y no, pero están detrás de uno, él ya no siente, ya no oye>>.*

El velorio: <<*Mi esposo siempre bromeaba y decía: “cuando me muera Rosario quiero Mariachis”, “hay cuando te mueras, pues deja para los mariachis”, “si te voy a dejar, pero yo quiero mariachis”. Entonces pues la caja, los mariachis, el café, el pan, no sé. Yo llegué y todavía estaba en la cama y como él le digo no le quedaban bien los ojos después de la*

operación, yo le empezaba a cantar, “hay unos ojos que si me miran”, cuando llegué del banco le empecé a cantar, lo empecé a besar, y sus tías, sus primas, haga de cuenta de esas películas dónde las alquilan para aullar, yo quería que se fueran, que desaparecieran, quería acostarme con él, quería abrazarlo, quería decirle que me perdonara por haberlo dejado ahí por ir por dinero...>>.

El dolor de la hija: <<Cuando una noche después de los rosarios...mi hija “Blanca, hija” ahí me subo y la busco, “Blanca, Blanca y Blanca, no está, a qué horas se salió que no me di cuenta”, me paro en la puerta del zaguán, “Dios mío dónde se fue mi hija, tráeme a mi hija, padre mío, dónde la busco”. Me metí, busqué en la agenda a ver si tenía el número de sus amigas, pues no, me subí a su escritorio y a ver si tenía el número de sus amigas, le digo que iba en la secundaria y este oigo un ruido pero ya estaba oscuro “Blanca, Blanca” y voy despacio recámara por recámara “Blanca, hija”, y oigo un ruido, abro el closet y ahí está mi hija, está llorando y le digo: “qué tienes, hija?”, “no tengo nada, déjame”, le digo: “ven hija, quedamos solas, somos tú y yo nada más”, “no, déjame, no quiero nada >>.

El enojo del marido: <<Cuando faltaban 2 o 3 días para que él muriera, me agarró, siempre me agarraba. Yo tengo lastimadas mis manos...Entonces me la aprieta, “hay” pues le zafaba a veces la mano, pero yo creo que me quería decir algo entonces me aprieta y me dice: “no dejes de darle dinero a esa mujer” y le digo “¿cuál mujer?”, “ a esa, que dices que es mi mamá, ya ves que siempre le ha interesado el dinero”, y le digo: “no digas eso, es la que te dio la vida, no, no pienses así” y le digo: “¿estás enojado?”, “si, sí estoy enojado” >>.

Ejemplos de la fase final:

Recuerdo del esposo: <<El año pasado hace dos años me decía mucho vamos a la plaza, “no, hija”, por ahí trabajaba mi esposo...yo me tragaba mis lágrimas de decir “por aquí me traía mi gordito”, nos llevaba para allá, nos llevaba para acá entonces yo fui como una vez nada más, le digo: “no me lo pidas, vamos a otros lugares pero aquí no, me duele mucho, me duele pasar por calles donde atravesaba, me duele oír la música, todo hija, dame tiempo”, y pues si me dio, medio me torcía la boca pero siempre ha sido muy obediente ...>>.

Consuelo a los hijos: <<Lo estoy llevando con, con inteligencia...me duele y me duele y mis ojos se llenan de lágrimas y digo no señor no, no, no, tengo que recordarlo así alegre, así

como estaba feliz, así lo voy a recordar y así vivo dándoles a mis hijos palabras de consuelo a Sonia y Lalo que son los que más dicen que se quedaron con las palabras en la boca y no pudieron decirle, “pero díselas hija, él te escucha donde el esté, él te está escuchando, él está cuidándote, él está ahí parado velando, se volvió un ángel...>>.

Recordando al marido: *<<Antes diario lo soñaba, diario ahora digo ay diosito hace mucho tiempo que no sueño a mi viejito pero este, digo son, son cosas de la vida y que uno tiene que entenderlas así y ¿no? pues no estar sufriendo porque ya no lo voy a revivir y entonces voy a vivir recordándolo siempre, queriéndolo siempre, llorándolo a veces>>.*

Deseo de emborracharse: *<<Una ocasión... agarré una botella, hasta eso dije: “no destapo una, ésta está destapada”, la eché en una bolsa, me subí y dije: “me voy a emborrachar, nunca me he emborrachado pero quiero llorar, quiero llorar, estoy cansada”, y me hice será una cuba porque yo no sé de vino, ni de mezclas, le puse vino, le puse sabor cola le di un trago, perdóname señor, perdóname si he de llorar es porque tú me mandas las lágrimas pero no así...entonces le digo muchas veces he pensado en la muerte en seguirlo por el pacto que hizo, pero digo: “no señor, dame vida, dame vida para ver a Blanca que sea una persona responsable y después lo que tú decidas” ...>>.*

Dolor de recordar al esposo: *<< A veces estoy viendo una película, y sí se me salen mis lágrimas y me duele hasta aquí de que me quiero aguantar, me quiero aguantar y pues no me aguanto. “¿ y ahora qué te pasa?”, o Blanca, es muy, muy abierta, “ya, ya estuvo bien de echarle limón a la herida ya”, y me la apaga, “no me la apagues hija, ya va a acabar”, “no, mira cómo estás, no mamá, vamos a bailar mejor”, le digo: “ay, hija”, luego hasta me jala, “no me jales me duelen mis huesos” y luego digo: “ay, pues sí, qué carcacha le tocó a mi hija que no sale para ninguna parte”...>>.*

Sueño con el marido: *<<Anteayer lo soñé que, que venía de un viaje y le decía yo: “abrázame, abrázame”, y me hacía a un lado y jalaba a Blanca y la metía porque estaba chiquita en el sueño y me decía: “sabes qué, vengo a decirte las cosas, yo tengo otra allá”, y le decía: “no, no puede ser eso no te perdono, te quiero mucho, doy mi vida por ti pero vete, vete”. Y nunca me abrazó en el sueño. No sé qué quieran decir los sueños, no sé porqué se sueña, entonces...>>.*

Análisis del sueño: <<Pues quizá si tengo ahí algo atorado ¿no? que en su lecho de muerte se puede decir me dijera que andaba con otra pero que nunca hubo nada y que no sé qué, entonces como que a veces me duele mucho y digo: “yo no soporto la traición”...mi idea era jamás perdonar algo así jamás, te adoro, lloraré lágrimas de sangre pero tú te me vas y jamás vas a regresar, jamás. Y decirme eso al final, a veces digo no, y veo su foto y no, no porque sus acciones eran otras, porque el día que me llevaba rosas, porque me decía que estaba enamorado, que se había vuelto a enamorarse de mí, porque me invitaba acá, me llevaba un detallito, no, no, no me engañó, no me engañaste, Salvador, no me engañaste... o si o si, y eso lo tengo quizá sea por eso el sueño, pero quiero sacarme eso, eso me duele, me duele porque yo lo quise mucho; le digo era muy buen persona>>.

6.3.10 Positivo versus negativo

En este apartado se analizarán algunos aspectos relevantes de las respuestas positivas y negativas de R., utilizando el sistema de dos-categorías: (P) positivo y (N) negativo (Luborsky, 1977b).

En el total del tratamiento se observó que de las 656 categorías, 591 son respuestas, es decir el 90.0% del total de categorías y 65 son deseos con el 10.0%. El análisis de valencia sólo compete a las respuestas, así, se detalla que las respuestas negativas son 324 (54.7%) del total de las respuestas y las respuestas positivas son 268 (45.3%) del total de las respuestas (véase Tabla 60).

Se analizan las respuestas positivas y negativas de cada uno de los componentes en su totalidad. El mayor número de respuestas negativas fueron realizadas por las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 136 (42.0%), seguida de la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con una frecuencia de 109 (33.7%), posteriormente la respuesta del sujeto hacia sí misma (RSS) con una frecuencia de 52 (16.0%). En cuanto a las respuestas positivas, se observa que la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) cuenta con la mayor frecuencia 153 (57.1%), seguida de la respuesta del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 85 (31.7%) y, por último, las respuestas del sujeto hacia sí mismo (RSS) con una frecuencia de 27 (10.1%). Las respuestas del objeto hacia otro objeto (ROO) son de menor importancia y en ambas valencias ocupan el último lugar. En el total del tratamiento, se puede concluir que las respuestas negativas fueron mayores a las positivas en casi todos los

componentes, exceptuando las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) en donde existen más respuestas positivas que negativas, (véase Tabla 60).

Tabla 60. Valencia total

		ROO	ROS	RSO	RSS	Total	%
Negativo	Frecuencia	27	136	109	52	324	54.7
	%	8.3	42.0	33.7	16.0		
Positivo	Frecuencia	3	85	153	27	268	45.3
	%	1.1	31.7	57.1	10.1		

Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tienen la mayor frecuencia 195 (63.1%) y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron con una frecuencia de 154 (54.4%), (véase Tabla 61). Esto es significativo ($\chi^2 = 18.025$, $df = 1$ $p < 0.001$).

Tabla 61. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de la psicoterapia

		Negativo	Positivo
Fase Inicial	Frecuencia	194	114
	%	63.1	36.9
Fase Final	Frecuencia	129	154
	%	45.6	54.4
Total	Frecuencia	324	268
	%	54.7	45.3

Al comparar ambas fases y analizar de manera más detallada cada uno de los componentes, se observa que en las respuestas negativas el mayor cambio se encuentra en las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO), en cuanto a las respuestas negativas al inicio cuenta con frecuencia de 70 (35.9%) y al final con una frecuencia de 39 (30.2%). Las respuestas positivas al inicio con una frecuencia de 58 (50.9%) y al final con 95 (61.7%), (véase Tabla 62). En ambas valencias, el cambio es significativo, ($\chi^2 = 17.636$, $df = 1$, $p < 0.001$).

En segundo lugar se encuentran las respuestas del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS), pasando de una frecuencia de 34 (17.4%) a una frecuencia de 18 (14.0%). En las respuestas positivas al inicio tiene una frecuencia de 7 (6.1%) y al final una frecuencia de 20 (13.0%), (véase Tabla 62). Esto es significativo ($\chi^2 = 10.627$, $df = 1$, $p < 0.001$).

En cuanto a las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS), se encuentra que las respuestas negativas al inicio tienen una frecuencia de 75 (38.5%) y al final de 61 (47.3%) y las

respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 48 (42.1%) y al final tiene 37 (24.0%), (véase Tabla 62). En ambos casos el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.037$, $df = 1$, $p = 0.847$).

Al final, las respuestas del objeto hacia el objeto (ROO), en donde al inicio la frecuencia es de 16 (8.2%) y al final de 11 (8.5%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 1 (0.8%) y al final con 3 (1.1%), (véase Tabla 62). Para ambas valencias el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.739$, $df = 1$, $p = 0.390$).

Tabla 62. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de cada uno de los componentes

Valencia	Fase		ROO	ROS	RSO	RSS	Total
Negativo	Inicial	Frecuencia	16	75	70	34	195
		%	8.2	38.5	35.9	17.4	100
	Final	Frecuencia	11	61	39	18	129
		%	8.5	47.3	30.2	14.0	100
	Total	Frecuencia	27	136	109	52	324
		%	8.3	42.0	33.7	16.4	100
Positivo	Inicial	Frecuencia	1	48	58	7	114
		%	0.8	42.1	50.9	6.1	100
	Final	Frecuencia	2	37	95	20	154
		%	1.3	24.0	61.7	13.0	100
	Total	Frecuencia	3	85	153	27	268
		%	1.1	31.7	57.1	10.1	100

Existen cambios en las dimensiones de positivo y negativo al comparar sesiones iniciales con sesiones finales, y aunque estos cambios pueden ser mínimos, como señalan Grenyer y Luborsky (1998), los cambios que aparecen suelen tener resultados clínicos significativos.

6.3.11 Análisis clínico, discusión y conclusión

Rosario había sufrido la pérdida de su marido dos años atrás. Sin embargo, el motivo que la llevó a solicitar psicoterapia fue la dificultad que tenía para relacionarse con su hija menor a partir del deceso del esposo. La paciente manifestaba ansiedad por las constantes peleas que tenía con su hija a la hora de educarla. Ella pensaba que el desacuerdo que existía podía deberse a la diferencia de edad con la que deseó procrearla, ya que esta última niña había nacido después de 15 años de haber tenido el penúltimo hijo.

La paciente se encuentra en una etapa madura y refiere sentirse mayor para entender el cambio generacional. Estaba convencida de que sus ideas eran las apropiadas, ya que su propia historia de vida, le había hecho ver la vida con mucha más responsabilidad. Este caso, era ejemplo de una madre mayor interactuando con una hija adolescente, en una lucha de poder. Por un lado, la paciente perdía a su niña dócil, obediente y dependiente de ella para ganar una adolescente con actitudes fortuitas; y por el otro lado, la hija perdía a la madre complaciente para ganar una madre sumamente estricta. Ambas querían imponerse y defender su razón ante temas de educación, sexualidad, drogadicción o gastos económicos de la casa. Esta dinámica, hasta cierto punto entendible, se complicaba con la muerte del esposo y del padre de familia.

Para una pareja que ha formado familia con hijos, la pérdida del cónyuge representa también la pérdida del soporte físico. El progenitor superviviente tendrá que mantener roles múltiples como sostén afectivo y económico: lo que antes era una tarea compartida, se vuelve una tarea individual (Tizón & Sforza, 2008). De primera instancia, una serie de necesidades y tareas quedan sin realizarse, pues es tarea difícil enfrentar esas fases y aprender nuevos roles. La pérdida del padre o de la madre, representa un duelo complejo tanto para niños como para adolescentes. En estas situaciones suelen darse profundas desestabilizaciones del sistema familiar. Los hijos suelen sentirse más solos, incluso abandonados, también se enfrentan a difíciles emociones vinculadas a la pérdida y pueden reaccionar con comportamientos turbulentos.

Para Rosario, la pérdida del esposo después de una relación de 40 años era sumamente dolorosa, vivía profundamente el vacío de la pareja; había establecido dependencia con el marido, así como en el pasado había mantenido con su madre una relación de subordinación, y en el futuro quería hacer lo mismo con la hija. Esta pérdida en sí implicaba otras tantas pérdidas; con la muerte del marido se iba su compañero, su amigo, su apoyo emocional y económico. La paciente perdía una parte de su sistema de vida, no sólo de manera externa sino también interna. Este cambio al que se enfrentaba, la ponía en un nuevo estatus social e igualmente económico, ya que después de haber sido proveída ahora caía en la responsabilidad de proveer. Las relaciones cambiaban y las actividades realizadas en pareja las quería ahora con una hija adolescente que se oponía a ello.

En este caso, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico y el deceso del marido fue rápido, y la paciente elaboró un **duelo anticipado**, el cual se complicó debido a factores que serán explicados. La noticia sobre el tiempo que viviría el esposo fue dada a conocer por un médico que señaló fecha límite de vida. La paciente, frente a dicho aviso, volcó todas sus atenciones hacia el marido y, por el contrario, la hija se alejó de ella y de su padre. Cada quien vivía su duelo de manera diferente y aunque parte de esas reacciones eran normales, algunas variables influyeron en que el proceso de duelo se complicara. Estos factores integraban la dependencia excesiva hacia su marido, el contar con una hija adolescente y el tener sentimientos ambivalentes hacia el esposo después de un posible engaño sentimental por parte de él.

En este tipo de duelo anticipado se encuentra implicado el saber y el poder prepararse para ello y comenzar a sentir lo que deparará la falta del ser querido. El tiempo que se pasa con el ser amado ayudará a aceptar con el dolor del alma la realidad de que el enfermo morirá. Sin embargo, la elaboración del duelo propiamente dicho se desarrollará mejor o peor, dependiendo de los eventos durante la última fase de la enfermedad. Rosario, en la fase de convalecencia del marido despertó sentimientos ambivalentes frente a él, ya que quería demostrarle su amor cuidándolo meticulosamente, pero sentía rabia y dolor al pensar que la había engañado. Este tema fue postergado por la paciente y se trabajó solamente en un par de sesiones, esto denotaba la dificultad para establecer una relación con la terapeuta y en general en todas sus relaciones interpersonales. Sin embargo, transferencialmente se observó que la paciente podía llegar a depender de la relación establecida con la terapeuta para que le ayudara con la crianza de su hija. Varias veces refirió que ella no pensaba, que siempre la madre le había dicho qué hacer y después el marido, por lo que le costaba mucho trabajo decidir sobre algunas cosas de su vida.

En cuanto a la evolución del duelo, evidentemente la reacción de *shock* se presentó al recibir la noticia de la enfermedad y también con la muerte. La paciente tenía ira y renegaba del no haberse dado cuenta antes de la enfermedad del marido. Ella no quiso presenciar el fallecimiento de su esposo, se encontraba agotada, llena de aflicción y el período tan corto de convalecencia no le había dado el tiempo de prepararse para la realidad. En la fase de la turbulencia afectiva sintió mucho dolor, ansiedad, y culpa extrema de haberlo dejado muerto para irse a gestionar los trámites del funeral.

La paciente percibió la pérdida y en sus vanos intentos de negarla, la invadían pensamientos y recuerdos. Se encontraba en el dilema de atesorar los recuerdos u olvidarse de ellos, o como refiere Tizón (2004), se encontraba en el momento de *olvidar recordando*. Ese momento no llegaba a elaborarse debido a que la irrumpían culpas y autoacusaciones, y la relación con su hija la angustiaba y entristecía también. Rosario se encontraba preocupada de morir antes de ver que su hija ya fuera responsable de su vida. Fue así como se planteó un foco de trabajo en donde a través de trabajar con la relación simbiótica con su hija y a partir de trabajar los sentimientos ambivalentes (amor-odio), el vacío, la culpa y la dependencia originados por el fallecimiento vertiginoso del marido, gradualmente reorganizaría su mundo interno y externo.

Sin duda la paciente se encontraba triste, ansiosa y preocupada y el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT), se mostró sensible para detectar los procesos de cambio de manera válida y fiable. Ofreció un medio para ser operacionales los conflictos focales y centrales y detectó el foco de trabajo planteado a la paciente desde el inicio del proceso psicoterapéutico. Para este fin, se compararon 8 sesiones psicoterapéuticas, que se dividieron en dos bloques (fase inicial y fase final). En el inicio se obtuvieron un subtotal de 50 episodios y en la parte final apareció un subtotal de 53 narraciones. De estos episodios relacionales se evaluaron un total de 656 componentes, en donde las respuestas ocuparon la mayor cantidad con un total de 591 y los deseos la menor cantidad con un total de 65.

En el total del tratamiento, los objetos más significativos con los que la paciente interactuó se dieron en el siguiente orden: hija, esposo y madre. Sin embargo, al comparar las fases del tratamiento, se observó que en el inicio de la terapia, las narraciones que predominaron fueron las realizadas con el marido y en la parte final, destacaron los episodios con la hija. Esto se explica debido a que en la parte inicial se trabajó clínicamente con la pérdida del marido y este evento de la pérdida suscitó que los conflictos entre madre e hija se acentuaran.

En cuanto al tiempo de los episodios, se observó cambio significativo entre la fase inicial y final. En el principio de las sesiones se trabajó más con episodios pasados, debido al foco de trabajo sobre el duelo y, al final de la terapia se trabajó más con el presente e incluso con el futuro, sobre las relaciones con la hija y el duelo oscilaba entre atesorar recuerdos u olvidarse de ellos, lo que Tizón (2004), refiere como: *Olvidar recordando*.

Respecto a la formulación del CCRT, se observa en la parte inicial y final lo siguiente:

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo amarlo y sentirme bien con el objeto y sentirme bien conmigo misma; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento insatisfecha y asustada .*

CCRT de la Fase Final: *Deseo que el otro me ame, yo apoyarlo y tener autodeterminación; el otro se enfada y es antipático, yo le apoyo y me siento con autodeterminación.*

Al comparar el patrón central de Rosario, entre la fase inicial y final se observan los siguientes cambios. En la parte de los deseos, cambios armoniosos, por un lado, en el deseo de la paciente hacia los demás (DSO), el cual pasa de amar y sentirse bien con el otro, a querer apoyar al otro; y por otro lado, en el deseo de ella misma hacia sí misma (DSS), en donde se da un cambio del amar y sentirse bien consigo misma a ser interiormente fuerte. En cuanto a las respuestas, se observa cambio en las respuestas del objeto hacia el sujeto (RSO), la cual pasa de apoyarlo a estar enfadado y ser antipático.

Los cambios anteriores del CCRT, entre la parte inicial y final, tiene que ver con el objeto que se interactuó en las narraciones. En este caso, en la parte final de la psicoterapia, fue la hija la que obtuvo el mayor porcentaje de episodios de relación y el conflicto se suscitó entre el deseo de la paciente hacia ella y la manera en que le respondía; es decir, la paciente deseaba ser apoyarla, dándole protección, pero en el intento de lograrlo, su hija le respondía con cólera y enfado, situación que a la paciente le generaba miedo y angustia pero también se sentía con fuerzas para lograr un cambio de actitud.

Analizando el CCRT global de Rosario: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo y me preste atención; yo quiero apoyarlo, amarlo, sentirme bien con él y deseo tener autodeterminación y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya pero está enfadado conmigo, yo le apoyo y presto atención y me siento insatisfecha, asustada y deprimida.* Se puede destacar que al comparar el componente (RSS) de la fase inicial y final se detectó un cambio en la categoría que paso de *F. Estar insatisfecho, asustado* a *D. Tener autodeterminación*, sin embargo en el CCRT total la categoría más frecuente siguió siendo *F. Estar insatisfecho, asustado.*

En cuanto a las valencias de las respuestas, se observó cambio significativo al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, y en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tienen el mayor porcentaje (63.1%) y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron con porcentaje de (54.4%). De manera más detallada, el mayor cambio en los componentes se dio en las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO); por un lado en las respuestas negativas al inicio cuenta con porcentaje de (35.9%) y al final tiene un porcentaje de (30.2%); por otro lado, las respuestas positivas al inicio cuentan con porcentaje de (50.9%) y al final con (61.7%)

Se puede concluir que aunque los cambios entre ambas fases, en las dimensiones de positivo y negativo son mínimos, suelen tener resultados clínicos significativos (Grenyer & Luborsky, 1998). Igualmente, con el proceso psicoterapéutico se esperaba un cambio estructural en la variable (RSS); sin embargo, se presentó en primer lugar la categoría de estar insatisfecha y asustada, y en segundo lugar la categoría de estar deprimida y resignada. Se puede concluir que este componente es importante a nivel intrapsíquico. En Rosario se dan más cambios interpersonales y no tanto intrapsíquicos y en su caso se necesita un tratamiento psicofarmacológico.

La paciente muestra un estado de ánimo deprimido, el cual se suscitó con la muerte del marido. El método detectó el foco de trabajo planteado a la paciente, y en las narraciones sobre duelo se detectaron los deseos de mantenerse unidos y de ella sobreponerse a la pérdida del esposo; sin embargo, la familia sufrió demasiado por el evento, en específico la hija menor, que se aisló y estableció una lucha de poder hacia su madre. Aunque hubo apoyo y consuelo entre la familia, la paciente no podía dejar de sentirse culpable y se arrepentía de no haber hecho más por su marido y de haber dejado sola a su hija en ese momento tan doloroso.

En etapa madura cercana a la vejez, resultan más evidentes las manifestaciones del duelo. En este caso el duelo complicado podría evolucionar hacia uno patológico. Son frecuentes entre personas mayores que atraviesan un duelo la aparición de trastornos depresivos y enfermedades cardíacas o circulatorias (Tizón & Sforza, 2008). La muerte de la pareja ocupa los primeros lugares en la lista de los provocadores de estrés y los trastornos depresivos son cuatro veces más frecuentes en las personas que enviudan con respecto a las personas que tienen una pareja (Turvey, Carney, Arndt, Wallace, & Herzog, 1999). Todo lo anterior

implica la necesidad preventiva de estimular el contacto social y profesional en este tipo de situaciones.

Adaptarse al nuevo medio que establece la pérdida adquiere distintas características y dependen en gran medida del vínculo que se haya tenido con la persona que murió y de los roles que esa persona desempeñaba. En este caso la paciente llevaba muchos años de casada y el vínculo de apego con su pareja era muy fuerte. Si en cualquier matrimonio hay interdependencia, quienes llevan décadas viviendo juntos tienen más posibilidades de haberla desarrollado y al llegar el tiempo de enviudar el ajuste de roles resultará más complicado (Worden, 2004). Por otro lado, con la edad el número de pérdidas de miembros de la familia u amigos aumenta, y al mismo tiempo se realiza el duelo por las propias pérdidas personales y así aumenta la conciencia personal sobre la propia muerte, lo cual lleva a una ansiedad existencial (Worden, 1976). Por último, la soledad intensifica emociones, algunas personas mayores no pueden seguir viviendo solas después de la muerte de la pareja (Grimby, 1993).

En este caso la paciente convive con una adolescente, que elabora la pérdida de su padre, y lo que se procuró con esta terapia, es que la paciente no cubriera su soledad construyendo una relación de interdependencia con su hija. En este sentido, la pérdida de la pareja se puede vivenciar como una oportunidad para cuidarse de sí misma. Asumir las tareas del que ya no está es una posibilidad para crecer en un ámbito, hasta ese momento desconocido. Los supervivientes deben aceptar la realidad para afrontar el impacto emocional de la pérdida. Muchas viudas o viudos requieren meses o años para empezar a creer o entender que su pareja ha muerto y no volverá, y la mejor forma de ayudar a alguien a hacer real su pérdida, es brindándole un espacio de escucha. Con Rosario, una ayuda profesional fue conveniente ya que los sentimientos de tristeza y desesperanza se seguían manifestando; sin embargo, los cambios en la forma de relacionarse le han brindado satisfacción. En definitiva, de lo que se trata es de que el duelo se consolide y que la paciente pueda continuar la vida, con todas sus implicaciones, de manera plena, creativa y saludable.

6.4 El caso de Eva: La pérdida de un hijo

6.4.1 Ficha de identificación

Nombre: Eva

Edad: 24 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Lugar de Origen: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Ocupación: Ama de casa

Tratamiento: De 15 de enero al 15 de mayo del 2008

6.4.2 Plan de tratamiento

Foco de trabajo

Permitirse sentir y demostrar sus emociones dentro del sistema familiar, sin tener miedo de derrumbarse emocionalmente por los sentimientos de vacío, enojo y culpa suscitados a raíz de la pérdida súbita del hijo menor. Como foco suplementario se trabajó la ansiedad despertada por la finalización de la psicoterapia.

Metas

La paciente se siente devastada y busca un espacio en donde pueda expresar abiertamente las emociones que le producen excesiva ansiedad y como resultado las evita. Busca en los demás entendimiento, sin embargo, también desconfía de los demás, por lo que se le quiere brindar confianza y seguridad.

Que entienda que el demostrar sus sentimientos no afecta negativamente el sistema familiar, por el contrario permitirá que los integrantes puedan expresar sus sentimientos abiertamente sobre lo que significa la pérdida y así mismo, afrontar el dolor.

6.4.3 Evaluación clínica

Inicial

Eva es una mujer menor de 25 años dedicada al hogar, es el marido el que pide apoyo psicológico, a través de la institución en la que trabaja, porque tiene un mes que falleció su hijo debido a “muerte en cuna”. El niño contaba con tres meses de edad y en dos ocasiones anteriores se había presentado la misma situación de dejar de respirar, por lo que los médicos ya lo habían diagnosticado y la madre tomaba las medidas necesarias.

La paciente mencionó que no ha podido dormir y cuando duerme se despierta angustiada porque tiene sueños con el hijo, describe que la pérdida del hijo le ha dejado un vacío que no sabe cómo llenar, piensa que a veces lo escucha llorar y que ha sentido mucho miedo pensando “qué será su último día o el de sus hijos”. Sabe que es normal lo que está atravesando, pero siente “que no podrá lograrlo sola”. Ha sentido miedo de quedarse en casa y hace todo lo posible por no estar ahí porque todo le trae recuerdos; se siente triste e irritable.

Es madre de otros dos niños, el mayor de 6 años y el que le sigue de 3 años, refiere que no puede desahogarse enfrente de los niños porque no los quiere preocupar; sin embargo cuando esto sucede, recibe el amor de ambos. Ha notado que el más pequeño ha cambiado su estado de ánimo y aunque ella intenta explicarle la situación el hijo ha reaccionado enojado y ha notado un retroceso en su lenguaje. Al hijo mayor le fue más fácil asimilar la pérdida puesto que hacía dos años se habían enfrentado también con la muerte de un sobrino, hijo de una de las hermanas. Se ha percatado en que no regaña ya a sus hijos porque piensa en que “qué tal si les llama la atención y era su último día”. Antes describía que era muy estricta en su forma de educarlos y ahora los está sobreprotegiendo y han surgido diferencias con su esposo por la forma de aleccionarlos. Describe que la relación con su pareja es buena aunque siente que su marido no entiende su dolor o no sufre como ella pero se ha sentido apoyada por él y por toda la familia, en especial por su madre y hermanas. Eva es la mayor de tres mujeres, las cuales son hijas de la segunda relación de la madre. De su padre refiere que le tiene rencor ya que éste la rechazó por cuestiones de género y para ella su padre que la crió, fue su abuelo materno.

Se define como persona temerosa pero fuerte y alegre, y ahora se siente incapaz de superar esta pérdida por sí sola. Siente muchas culpas y no puede dejar de pensar en los “hubieras”.

<<Siento que a la vez fue por mi culpa que falleció ¿no? Mucha gente me dice: “no te culpes, fue algo que Dios te designó y ni modo”, yo digo sí, pero si yo a lo mejor me hubiera levantado o si yo no me hubiera quedado dormida, o no sé!... me hace sentir culpable no!, a la mejor y no la tengo pero uno como madre se siente culpable por no cuidar a sus hijos, o sí cuidarlos pero no sé!, En un ratito me ganó el sueño ¿no sé por qué?, porque le digo yo siempre me despertaba...a la vez sí me hace sentir culpable y a la vez digo bueno fue algo que pasó y ya!, pero si me pongo a pensar, luego digo es que si yo hubiera esto, yo hubiera hecho lo otro, entonces a lo mejor y si me hubiera dado cuenta y no estuviera pasando esto pero pues ni modo...>>

Se ha sentido con miedo y angustia, se siente poco segura y constantemente está revisando que sus hijos o su esposo estén bien al dormir. Ha tenido pensamientos supersticiosos y piensa que “si maldice este castigo que Dios le mandó puede volverle a ocurrir”. La única motivación que tiene es que pronto se cambiará a su propia casa y aunque esto le genera también temor, puesto que es un lugar alejado de la civilización, piensa que el nuevo espacio le ayudará a superar la pérdida “más rápido” porque quiere estar bien para sus hijos.

Final

En esta parte se empezó a trabajar con el cierre del proceso. Ella comentó que posiblemente sola hubiera podido salir adelante; sin embargo, sintió que ese espacio le ayudó a comprender por lo que estaba pasando. Mencionó que el dolor continúa pero que ya siente mayor tranquilidad. Entiende que este es un proceso el cual debe de seguir su rumbo y no debe de intentar controlar sus emociones, sino expresarlas con el fin de desahogarse aunque al esposo no le gusta verla llorar.

Con respecto a la educación de sus hijos se ha notado menos estricta y les ha dedicado más tiempo. Con el esposo han llegado al acuerdo que cuando él las regañe ella no lo va a contradecir enfrente de los hijos y viceversa. Ha notado que reflexiona y se controla antes de pegarles y que ya no continúa con los pensamientos que le generaban “remordimiento de regañarlos”.

El fin de la terapia le genera tristeza pero ha aprendido en las sesiones que aunque los demás son importantes en su vida, ella también debe serlo y al estar bien consigo misma, el mundo de sus hijos estará más equilibrado.

Seguimiento al mes

Ha cambiado la forma de relacionarse con los niños, antes sentía que era muy estricta y que se enojaba con mucha facilidad, ahora se ha notado más paciente pero ya sabe diferenciar cuando a sus hijos les debe de poner límites. La familia sigue siendo un apoyo aunque aceptó que la mayoría de veces siente que debe superar los problemas ella sola. Ha aprendido a valorarse, a quererse, y a demostrar sus sentimientos delante del esposo aunque a éste no le guste verla llorar o quiera que “reprima sus sentimientos”. Se sigue sintiendo triste pero está consciente de que el miedo ha disminuido y se permite demostrar cómo se siente frente a los demás.

Siente que con el espacio psicoterapéutico se ha encontrado y que ha mejorado. Después de la pérdida de su hijo no le encontraba sentido a las cosas, pero ahora entiende que los sentimientos se irán atenuando con el tiempo y que no tiene por qué reprimir su tristeza.

En las sesiones se sintió nerviosa, a veces sentía que no podía encontrar las palabras correctas para expresar sus sentimientos. El fin de la terapia lo vivió con tristeza porque ya se había acostumbrado a asistir a ese espacio. Descubrió que aunque se creía fuerte para enfrentar las situaciones de la vida con esta experiencia dolorosa, se dio cuenta que siempre se necesita del apoyo de los demás.

6.4.4 Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Duelo [V62.82]

Eje II: No hay diagnóstico [V71.09]

Eje III: Enfermedades del aparato digestivo

Eje IV: Duelo por muerte de hijo [10]

Problemas económicos [60]

Eje V: EEAG= 51 (en el ingreso)

EEAG= 61 (actual)

6.4.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales

La paciente llega a terapia por la muerte prematura de su hijo, un suceso extremadamente doloroso que le ha generado varios síntomas (no come, no duerme) y sentimientos de tristeza profunda, soledad y miedo. El sistema familiar la presiona para que olvide y se recupere lo antes posible por sus hijos, quiere dejar de sentir dolor, quiere olvidar lo que pasó y no sabe cómo hacerlo, por eso pide ayuda fuera de la familia. Se siente incomprendida por el marido y piensa que él no sufre como ella, hecho que le da coraje, y puede ser que sienta que yo tampoco puedo comprenderla y ayudarla, como tanta gente.

En su deseo de venir a terapia se ve que le gustaría obtener respuestas mágicas para que rápido se sienta mejor. Me está invitando a evadir sus emociones y su dolor. El hablar de la pérdida le aumenta los niveles de angustia y es importante trabajar con la disminución de la misma para que ella pueda elaborar. Se genera una buena adherencia terapéutica al brindarle un espacio de confianza y comprensión ya que por sus vivencias previas es desconfiada con los demás, patrón que se puede repetir en terapia.

Es capaz de expresar y mostrar sus emociones cuando se disminuye la ansiedad que representa en risas y tiene buena capacidad de *insight*. Poco a poco se va abriendo y entendiendo que este es un espacio en donde puede hablar de cualquier cosa que le genere dolor sin sentirse presionada por ser la fuerte o la protectora de la familia, y permitirse ser ayudada bajando las resistencias y construyendo un vínculo de confianza.

El miedo es una constante en las sesiones, tiene miedo de conectar con sus sentimientos y ese miedo le genera angustia, la cual refleja cada vez que empieza la terapia, lo cual me puede llevar a no trabajar con sus emociones por miedo a hacerla sentir muy triste e incapaz de contenerla, y es así como el esposo y la familia se relacionan con ella. No profundizan en el dolor de la pérdida, pues ella es la fuerte, la risueña.

Contratransferencialmente, me impacta su fortaleza. Me trasmite su temor y creo no poder apoyarla y ayudarla de acuerdo a sus exigencias. Procuro brindarle un espacio en donde sienta flexibilidad y disminuirle la angustia de hablar de la pérdida en sí. Trabajamos más con el cómo la hace sentir el relacionarse con los demás en este momento de su vida, y que no es necesario aparentar detrás de esa risa constante el dolor que lleva guardado, que no pasa nada por mostrarse débil y que dentro de este proceso no estará sola.

Siento que ponerle un fin anticipado a la terapia le puede generar un sentimiento de abandono cuando ella se ha abierto a trabajar, y a entender que todo tiene un principio y un fin que no depende de nosotros. Es importante transmitirle que los sentimientos no se pueden dejar de sentir porque así lo queremos, sino que por más dolorosos que sean, forman parte de un proceso que brinda la oportunidad de relacionarnos de forma diferente y soltar la responsabilidad en manos de otros y sentirnos seguros y apoyados.

6.4.6 Clinimetría

1 de Enero de 2008

Pruebas aplicadas:

- Test de la Figura Humana K. Machover
- MMPI-2

Resultados:

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de las pruebas de personalidad (proyectivas y estructuradas), se observa que en el momento actual Eva se encuentra bajo un estado de ansiedad y tensión interna importantes que le han llevado a experimentar sentimientos de inadecuación, frustración y enojo, así como a un funcionamiento yoico debilitado; es decir, aun cuando recurre a mecanismos defensivos (represión, proyección y evasión a través de la fantasía) éstos le resultan poco eficaces.

Tiende a mostrar actitud un tanto convencional, apegada a lo establecido y preocupada por los aspectos religiosos como forma compensatoria ante la desorganización de su mundo interno.

Dentro de sus características de personalidad, se trata de una chica realista, sensible, con adecuada capacidad de *insight* (al disminuir el estado de ansiedad), susceptible a la crítica y/o al rechazo, por lo que asume una postura un tanto desconfiada y retraída ante su entorno.

Dato importante que genera pronóstico favorable es que Eva está consciente de la necesidad de ayuda, lo que ayuda a la adherencia terapéutica y a generar un nuevo vínculo a través del cual sea capaz de reeditar sus experiencias previas, permitiéndose mirar su mundo interno y contactar con las vivencias que le han dejado huella psíquica importante, sobre todo manejar la agresión, la cual tiende a dirigirla hacia sí misma.

6.4.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU

A continuación, se analizarán aspectos relevantes de las narraciones de la paciente. Los episodios fueron evaluados con las dos fases del método CCRT (para más detalle consultar *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998). En la Fase A se identificaron los episodios de relación y en la Fase B, se extrajo el CCRT del *set* de narraciones.

En ambas fases del método, surgen los siguientes datos: a) el análisis total de las ocho sesiones; b) la diferencia que resulta al comparar la fase inicial (cuatro primeras sesiones) con la fase final (cuatro últimas sesiones); c) la relación que tiene cada una de las variables analizadas con el resultado clínico de la psicoterapia y d) y el grado de significancia y fiabilidad.

Fase A: Localizando los Episodios de Relación.

- **Muestra**

La muestra de la investigación estuvo conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento (entrevista 1, entrevista 2, sesión 1 y 2) y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento (sesión 10, 11, 12 y el seguimiento). De las ocho sesiones se obtuvieron un total de 81 episodios de relación.

- **Episodios de relación**

Es importante tener una muestra adecuada de Episodios de relación (ER), para así obtener un CCRT representativo del tratamiento o de las fases del tratamiento. Es suficiente tener la muestra de las dos primeras y últimas sesiones del tratamiento para localizar 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte inicial y 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte final. Sin embargo, se necesitan realizar más investigaciones para determinar el número adecuado de episodios de relación y de sesiones que determinen una muestra representativa para elaborar el CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

En esta investigación se comparan dos bloques (fase inicial y fase final). En la fase inicial se obtiene un subtotal de 39 ER, siendo la entrevista 1 la que cuenta con el mayor número de episodios relacionales de esta etapa. En la fase final aparecen un subtotal de 42 ER, hallando en la sesión 10 la mayor cantidad de episodios de relación (véase Tabla 63).

En cuanto a los episodios sobre duelo obtenemos de ambas fases un total de 28 ER. En la fase inicial encontramos 15, siendo la entrevista 1 y la sesión 2 las que cuentan con el número más alto de episodios sobre duelo. En la parte final obtenemos 13 ER, siendo la sesión 10 la que ocupa el primer lugar seguida de la sesión 12 (véase Tabla 63).

Con respecto a los sueños, Luborsky refiere que no se ha decidido la inclusión de éstos como episodios de relación, pero si se decide incluirlos, al ser relativamente pocos en cada tratamiento, se perderán entre el gran número de episodios de relación que el paciente narrará de su interacción con otras personas (Luborsky, 1998a). En este estudio se contabilizaron los sueños dentro del total de ER, ya que representan una muestra pequeña. Los sueños sólo aparecen en la parte inicial del tratamiento, siendo estos 3 de los cuales 2 son sobre pérdidas (véase Tabla 63).

Tabla 63. Número de Episodios de relación por sesión

Fase	Sesiones	ER de duelo	ER sin duelo	Sueños de duelo	Sueños otros	Total de ER
Inicial	Entrevista 1	13	0	0	0	13
	Entrevista 2	5	5	0	0	10
	Sesión 1	6	0	1	0	7
	Sesión 2	0	8	0	0	8
	Subtotal ER inicial	24	13	1	0	38
Final	Sesión 10	8	0	0	0	8
	Sesión 11	1	8	0	0	9
	Sesión 12	4	3	1	0	8
	Sesión 13	6	5	0	0	11
	Subtotal ER final	19	16	1	0	36
Total ER		43	29	1	0	74

Al observar las frecuencias de los episodios de relación de las 8 sesiones, se ve que la entrevista 1 y la sesión 13 cuentan con los números más altos. La media de los episodios de relación obtenidos en cada sesión del tratamiento fue de 9.25 ER por sesión, número bastante favorable si se considera que son 10 los episodios relacionales necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases (véase Figura 47).

Interpretando clínicamente la frecuencia de episodios de relación en cada sesión, se puede decir que el motivo de consulta es un tópico fundamental y explica cómo en la entrevista 1 aparecen la mayor cantidad de episodios de los cuales 13 episodios evaluados se refieren al suceso sobre la pérdida. En la fase final, es la sesión de seguimiento la que cuenta con mayor cantidad de episodios y se puede deber a que pasó más de un mes desde que finalizó la terapia y se exploraron varias de sus emociones con respecto a la pérdida y a su estado de salud, debido a una intervención quirúrgica.

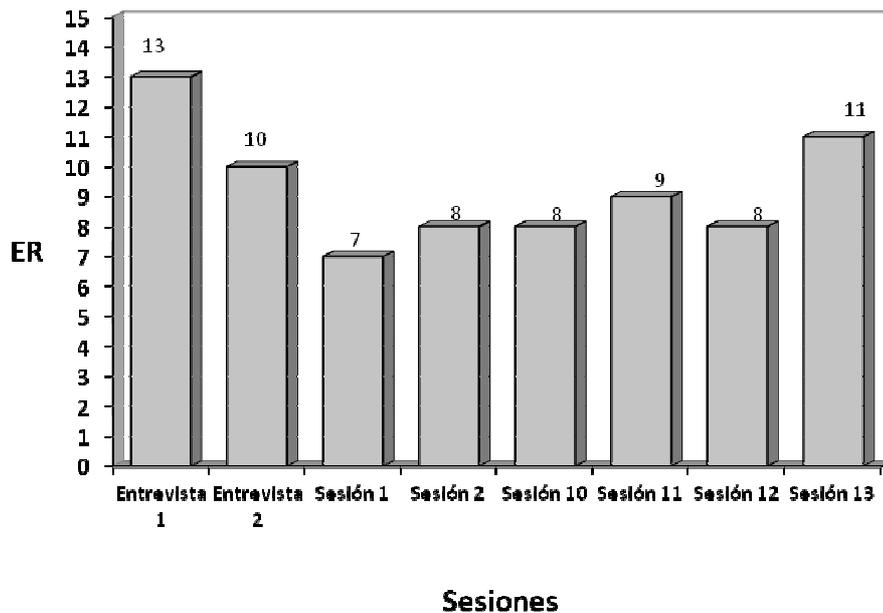


Figura 47. Frecuencia de ER para cada sesión de la terapia

- **El tipo de objeto**

En este apartado se identificarán la o las personas significativas con las que el sujeto interactuó en los episodios de relación. Como se vio en el capítulo sobre CCRT de esta tesis, los objetos más comunes suelen ser los padres, la pareja, un amigo, el jefe, el terapeuta y la interacción del sujeto consigo mismo.

En este caso se observa que los objetos que destacan en los episodios de relación son: los miembros de la familia, el terapeuta y la paciente consigo misma. Al contrario de lo que señala Luborsky (1998a), los episodios relacionales del propio sujeto son escasos en esta psicoterapia.

El análisis global de los objetos muestra que en primer lugar se encuentran las interacciones con el esposo con el 4.1%, le siguen las narraciones con el hijo menor y los hijos en general con 1.1%, posteriormente los episodios con el hijo que falleció, el hijo mayor y la hermana con el 0.7%, le sigue el médico con el 0.6%, el sujeto y el terapeuta con 0.4% y otros integrantes de la familia como la madre, el padre, el abuelito, los cuñados con el 0.2%

Tabla 64. Objetos del total de las sesiones

Objeto	Frecuencia	%
Esposo	22	4.1
Hijo menor	6	1.1
Hijos	6	1.1
Hijo fallecido	4	0.7
Hijo mayor	4	0.7
Hermana	4	0.7
Médico	3	0.6
Familia	2	0.4
Sujeto	2	0.4
Terapeuta	2	0.4
Cuñada	2	0.4
Tío	2	0.4
Abuelita	2	0.2
Abuelito	1	0.2
Bebé	1	0.2
Cuñado	1	0.2
Dios	1	0.2
Madre	1	0.2
Maestra	1	0.2
Muchacha	1	0.2
Padre	1	0.2
Primo	1	0.2
Sobrina	1	0.2
Sobrino	1	0.2
Suegro	1	0.2
Vecina	1	0.2

Al analizar detalladamente la Tabla 64 y comparar los objetos de la fase inicial con los objetos de la fase final, se observa que al inicio de la terapia predominan los episodios con el hijo menor con 13.2%, el hijo que falleció con el 7.9%, el médico con 5.3% y el sujeto mismo con el 5.3%. En la parte final predomina el esposo con 37.9%, las hijas con el 11.4% y el terapeuta con 2.9%. Se presentan algunos ejemplos del tipo de objeto que tuvo mayor frecuencia en las sesiones:

Sesión 1
ER. Núm. 3
ER-O, hija menor

<<Ahorita procuro así como que mimarlos mucho...Y llorar pues ya casi no lloro, ahora si que enfrente de ellas, si tengo ganas, aparte o que ellas estén dormidas, o sea procuro que no me vean así llorando a cada rato porque el grande me llama, él siempre llama “vente mamá no llores” al principio, pero ahorita sí hay veces que yo lo veo que me, me ve que me pongo triste y me distrae con otra cosa, pero el chiquito a ese sí le digo; ahorita ya tiene como dos (?) (incomprensible) todos los días me dice “mamá ¿y mi hermanito?”, “es que está en el cielo”, “no es cierto” y se enoja y le digo:

“bueno está en tu corazón y en tu pensamiento, allí tenlo” pero se enoja , se pone a llorar o se enoja y hace que; agarra con todos y es así, bueno si es (?) pero cómo le hago para levantarlo si ya le expliqué...yo digo a lo mejor lo ha de soñar en la noches igual porque hay veces que se despierta llorando y empieza “mamá ¿y mi hermanito?” y le digo: “no está, duérmete”, “¡no! ¿y mi hermanito?” y pues se despierta buscándolo y si a mí me pasa que no le pase a él, entonces si, yo digo que ha de ser eso>>.

Sesión 12
ER. Núm. 3
ER-O, Esposo

<<La semana pasada, le digo: “acompañame al patio”, dice: “si tú ibas sola”... y le digo: “prende la luz”, y agarra y me dice: “por qué estás volviendo a hacerlo, si ya se te había quitado”, y le digo: “no sé, es que ese sueño lo tengo bien grabado, y por más... que se me quiere o quiero que se me olvide, le digo, lo tengo pero si bien grabado”, y me dice: “ya poco a poco se te va a ir pasando”, y luego agarra y me dice: “se me hace que otra vez te voy a dejar sola...para que otra vez vuelvas”, o si ó sea, a confiar en mí misma, y agarro y le digo: “no, no te vayas, sí se me va a pasar, le digo, pero no, no me dejes sola”, y agarra y me dice: “bueno...quítate ya ese miedo”, y le digo: “si, sí se me va a quitar”...anoche ya, o será porque estaba muy alumbrado, bueno ve que había luna llena y alumbraba mucho y agarré y me salí yo solita (risa) pero si porque así con los nervios y el miedito>>.

- **Tiempo**

En las narraciones que los pacientes cuentan se encuentra el tiempo inmerso. Abarca recuerdos infantiles, el presente y las expectativas para el futuro. En la obra de Luborsky (1998a) no se encuentra especificado, de manera puntal, la clasificación del tiempo en cada episodio. En esta tesis seguiremos los lineamientos más comunes, como pasado: lo ocurrido después de tres años, presente: lo ocurrido antes de tres años y futuro: lo que todavía no ha ocurrido pero se prevé que pasará.

Se observa que en el total del tratamiento se encuentran mayores episodios del presente 73% que del pasado 27%. Al comparar la fase inicial con la final, analizamos que en las 4 sesiones iniciales se trabajó más con el presente 55.3% que con el pasado 44.7% y en la 4 sesiones finales se trabajó más con episodios presentes 91.7% que pasados 8.3% (véase Tabla 65). Esto es altamente significativo ($\chi^2 = 12.422$, $df = 2$, $p < .001$).

Tabla 65. El tiempo

FASE		PASADO	PRESENTE
Inicial	Frecuencia	17	21
	%	44.7	55.3
Final	Frecuencia	3	33
	%	8.3	91.7
Total de sesiones	Frecuencia	20	54
	%	27.0	73.0

El tiempo de los episodios de relación indicó que se estaba trabajando con una situación presente, aunque en la fase inicial los episodios sobre el pasado no difieren en cantidad con los episodios presentes y en la fase final se ve que el tiempo presente está por encima del pasado; en ambas fases el tiempo señaló que el foco con el que se estaba trabajando tenía que ver más con una situación reciente.

- **Puntuación**

Las narrativas de los pacientes varían en puntuación ya que la extensión o similitud de los mismos depende de lo que el sujeto elija contar. Se incluyeron solamente los episodios de relación puntuados por arriba de 2.5. En total se evaluaron 81 ER.

Existen cinco principios de utilidad a la hora de evaluar los episodios de relación (para más detalle consultar Luborsky, 1998a). Uno de ellos es el detalle de la interacción que mantiene el sujeto con el objeto. Estos detalles en específico son los hechos que suceden, los deseos, las respuestas de la otra persona, las de él mismo y los resultados de lo que ha sucedido.

Ejemplo de un episodio de relación poco detallado:

Sesión 1
ER. Núm. 6
ER-S
Val. 2.5

<<Ahorita como que estoy o sea toco el tema ó lo que sea, sino me enoja y me pongo a llorar y me digo “ya, no quiero saber de nada” pero tengo así mucho el sentimiento que te hace llorar y así como de explotar en dos minutos yo creo, y mejor me calmo porque si no, no voy a arreglar nada... entonces ya me calmo tantito, pero ahorita si cualquier cosita así como que si, si no ando llorando, me da coraje>>.

Ejemplo de un episodio de relación detallado:

Sesión 10
ER. Núm. 2
ER-O, Esposo
Val.4.0

por ejemplo el domingo me puse a llorar igual... él se acercó, y le digo: “mira la gorda”, y me dice: “si mírala, pero lo abracé y me puse a llorar, dice: “y ahora¿ qué tienes?”, le digo: “es que ése lo tenía el bebé, le digo, y mira ya le queda”, o sea me dio gusto, pero a la vez, pues si o sea, como que la recordé, le digo: “ya viste?”, dice: “sí, dice, ya no llores, dicen si no ya no vamos a venir con tu hermana”, le digo: “no ya no lloro”... al momento en que la vio mi esposo así, le digo mira ya le queda, y agarra y me dice: “si mira”, pero o sea así como que sentí su voz, porque al él le gustaba mucho cómo se veía con ése, siempre que salíamos, me decía ponle ése...y él me dijo: “eso no se lo hubieras regalado, porque ése me gustaba mucho como se le veía al niño”, y le digo: “no yo para qué quería la ropa”, dice: “bueno sí”. Ya ahora que lo vi yo digo que sí sintió a lo mejor él también, pero ya pasó, y dije: “bueno ya, ya mejor agarré y le cambié la conversación”, y nos fuimos...si sentí así, que a lo mejor, pues si igual y lo recordó, y dije: “yo también”, pero...como que ya me puedo controlar más, porque nada más veía y me ponía a llorar>>.

Fase B: Evaluando el CCRT

- **Los componentes**

Los componentes a identificar son tres: a) los deseos (D); b) las respuestas de los otros (RO), y c) las respuestas del sujeto (RS). Dado que estamos utilizando la reformulación alemana del método CCRT, los componentes se dividen en 8, en vez de 4, dependiendo de si la función recae en el sujeto o en el objeto. Las dimensiones de deseos (DOO, DOS, DSO, DSS) y respuestas (ROO, ROS, RSO, RSS) son análogas (revisar el capítulo sobre CCRT de esta tesis).

- **Identificando los tipos de componente del CCRT**

Se encuentran un total de 555 componentes en las 8 sesiones analizadas de la psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con un total de 465 y los deseos la menor cantidad con un total de 90. En cuanto a los deseos, el que tiene el mayor porcentaje es el deseo del sujeto hacia sí mismo (DSS) con el 6.1%, le sigue el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO) con el 5.9%, posteriormente el deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) con el 3.8% y por último el deseo del objeto hacia el objeto con el 0.4%. En cuanto a las respuestas en primer lugar, la respuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con el 30.8%, le sigue la respuesta del

sujeto hacia el objeto (RSO) con el 29.5%, la respuesta del objeto hacia el sujeto (ROS) cuenta con el 18.2% y, por último, la respuesta del objeto hacia el objeto (ROO) con el 5.2% (véase Tabla 66).

Tabla 66. Frecuencia de los componentes CCRT-LU del total de la psicoterapia

Componentes	Frecuencia	%
DOO	6	1.1
DOS	15	2.8
DSO	12	2.2
DSS	20	3.7
Total de Deseos	53	9.8
ROO	36	6.7
ROS	149	27.6
RSO	206	38.9
RSS	96	17.8
Total de Respuestas	487	90.4
Total	540	100

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

Por el lado de los deseos está el mayor porcentaje en la dimensión del deseo del sujeto hacia el sujeto mismo (DSS) y por el lado de las respuestas en la dimensión de las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO).

- **Niveles de inferencia: de lo literal a lo moderadamente abstracto**

La inferencia se utiliza de manera más frecuente en el componente del deseo (D), ya que las necesidades o intenciones expresadas por el sujeto no siempre son conscientes. Luborsky (1998a) recomienda utilizar un nivel de inferencia moderado ya que un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable y resultaría difícil conseguir un acuerdo entre jueces.

En este caso se encuentra que de los 53 deseos que han sido evaluados, 29 han sido inferidos. En estas inferencias el primer lugar lo ocupa el (DSS) con un total de 14, seguido del (DSO) y del (DOS) con un total de 6 y el último lugar el (DOO) con 3. Esto habla de la dificultad que

se puede dar a la hora de hacer la confiabilidad entre jueces ya que poco más de la mitad de los deseos no han sido expresados abiertamente.

- **Contando los tipos de componente para formular el CCRT**

Para el desarrollo de los siguientes apartados se anexa un recuadro que solamente incluye los 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel del método CCRT-LU, (para mayor detalle consultar anexo 2).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Atender aB. ApoyarC. Amar, sentirse bienD. Tener autodeterminaciónE. Deprimirse, resignarseF. Estar insatisfecho, asustadoG. Estar determinado por otrosH. Estar enfadado, ser antipáticoI. Ser poco fiableJ. RechazarK. DominarL. Molestar, atacarM. Retirarse en uno mismo |
|--|

A continuación se analiza la secuencia de componentes más frecuente de cada sesión de la fase inicial (Tabla 67) y de la fase final (Tabla 68). Tal como señala Luborsky (1998a) la formulación final se compondrá de los Deseos y Respuestas que hayan aparecido con más frecuencia en los diferentes episodios de relación de cada sesión. Marcamos con una “N”, los componentes de signo negativo y los de signo positivo aparecen sin índice, el número entre paréntesis es la frecuencia con la que aparece en esa sesión.

Tabla 67. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase inicial

Componentes	Entrevista 1	Entrevista 2	Sesión 1	Sesión 2	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	C11 (2)	--	D21 (1) G11 (1)	--	C11	C1. Ser cercano
DOS	--	--	B23 (2)	B23 (1)	B23	B2. Ayudar, dar independencia
DSO	G11 (2)	C11 (2)	C11 (2)	--	C11	C1. Ser cercano
DSS	B23 (1) C12 (1) D28 (1) E21 (1) F11 (1)	C33 (2)	E12 (1) M34 (1)	--	C33	C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer
ROO	G11 (2)	E11 (1)	E12 (2) G11 (2)	M33 (2)	E12	N E1. Estar desilusionado
ROS	B11 (7)	H16 (5)	C12 (2) H16 (2) J21 (2) L23 (2)	J22 (3)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSO	B11 (6)	C11 (4)	F21 (3)	B11 (4)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	E12 (7)	F21 (7)	E12 (3) H16 (3)	F22 (3)	F21	N F2. Estar asustado, ansioso

Tabla 68. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase final

Componentes	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	Sesión 13	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	C11 (1)	C11 (1)	-	-	C11	C1. Ser cercano
DOS	C11(1)	A23 (1)	C11 (2)	B23 (3) C11 (3)	C11	C1. Ser cercano
DSO		A23 (1) A26 (1)	C11 (1) J21 (1)	B11 (2) C11 (1)	B11	B1. Explicar, confirmar
DSS	E12 (1)	D21 (1)	D15 (4)	B11 (1) C11 (1) D28 (1)	D15	D1. Ser interiormente fuerte
ROO	C33 (1) E12 (1) J22 (1)	E12 (2)	C11 (1) D15 (1)	E12(1) H16 (1) M33 (1)	E11	N E1. Estar desilusionado
ROS	A23 (3)	A21 (4)	B11 (6)	B11 (5)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSO	K21 (4)	B11 (4) H16 (4)	B11 (9)	B11 (8)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	D27 (2)	H16 (2)	F21 (4)	E12 (6)	E12	N E1. Estar desilusionado

Después de haber analizado la frecuencia de los componentes tanto para la fase inicial como para la fase final, se puede realizar un CCRT para cada fase respectivamente. Se observan algunos cambios significativos al comparar el inicio con el final, por un lado en los Deseos (DOS), (DSO) y (DSS) y por otro lado en las respuestas (ROS) y (RSS), (véase Tabla 69 y 70). Analizaremos esto más detalladamente en la evolución de los componentes en cada fase.

Tabla 69. Formulación del CCRT en la Fase Inicial

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	B	C	C	E	B	B	F
Amar, Sentirse bien	Apoyar	Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Deprimirse, resignarse	Apoyar	Apoyar	Estar insatisfecho, Estar asustado

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me apoye, yo amarlo y hacerlo sentir bien y sentirme bien conmigo misma; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento insatisfecha y asustada.*

Tabla 70. Formulación del CCRT en la Fase Final

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	A / B / C	D	E	A	B	E / F
Amar, Sentirse bien	Amar, Sentirse bien	Atender a / Apoyar / Amar, Sentirse bien	Tener auto- determinación	Deprimirse, Resignarse	Atender a	Apoyar	Deprimirse, resignarse / Estar insatisfecho, estar asustado

CCRT de la Fase Final: *Deseo que el otro me ame y se sienta bien conmigo, yo quiero atenderlo, apoyarlo, amarlo y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me atiende, yo le apoyo y me siento deprimida y asustada.*

Al juntar ambas fases se puede realizar un CCRT global de la paciente. En la Tabla 71 se muestra la formulación total. Están anotados los componentes que aparecen con mayor frecuencia, y también los segundos y terceros más frecuentes.

Los primeros y segundos componentes más frecuentes señalan el siguiente patrón central de relación de Eva: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo y me apoye; yo quiero amarlo, prestarle atención, apoyarlo y echarle de menos, deseo tener autodeterminación, amarme y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya y me atiende, yo le apoyo pero estoy enojada y me siento insatisfecha, asustada y deprimida.*

Se observa que la formulación final del CCRT de Eva, el deseo tanto de los otros hacia ella (DOS) como de ella hacia los demás (DSO) es el de demostrar amor, en ella misma existe la esperanza de ser fuerte, las personas cercanas están tristes por la pérdida a la que se enfrentan, pero cuenta con el apoyo de la familia y aunque responde de la misma manera, no deja de sentirse enojada, temerosa y triste.

Tabla 71. Formulación Total del CCRT del Tratamiento

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	C	D	E	B	B	F
Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener auto-determinación	Deprimirse, resignarse	Apoyar	Apoyar	Estar insatisfecho, estar asustado
D	B	A / B / G	C	C	A	H	E
Tener auto-determinación	Apoyar	Atender a / Apoyar / Estar determinado por otros	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Atender a	Estar enfadado, ser antipático	Deprimirse, resignarse
G	A	J	E	M	J	F	D
Estar determinado por otros	Atender a	Rechazar	Deprimirse, resignarse	Retirarse en uno mismo	Rechazar	Estar insatisfecho, estar asustado	Tener autodeterminación

- **Intensidad de los componentes**

Ahora se analiza la aparición de los componentes más relevantes del CCRT en la totalidad del tratamiento. Se observa que el Deseo que en mayor proporción aparece tanto del objeto hacia al sujeto (DOS), como del sujeto hacia el objeto (DSO), es *C. Amar, sentirse bien* con 47% y 42% respectivamente. Sin embargo, el deseo de la paciente hacia ella misma (DSS) más frecuente es de *D. Tener autodeterminación*, con un 45%. (Véase Figura 48 a 50)

DOS

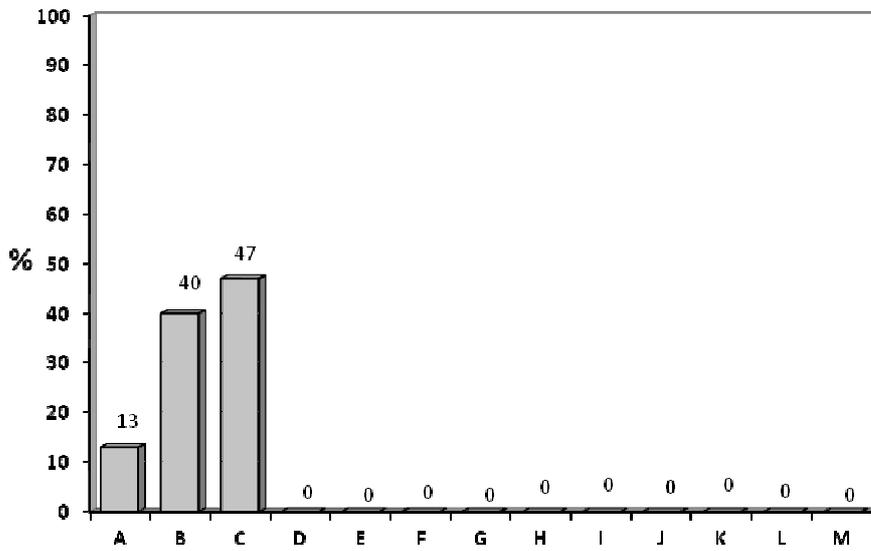


Figura 48. Porcentaje de las categorías en el componente DOS del total del tratamiento

DSO

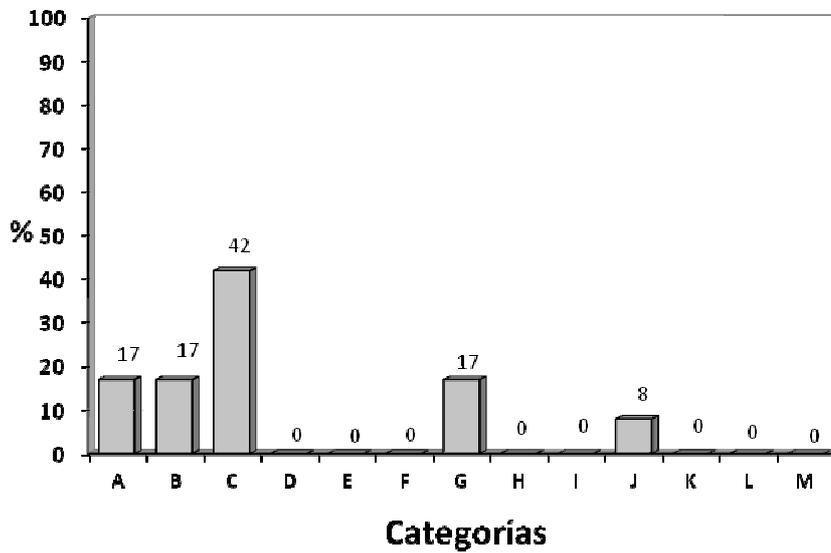


Figura 49. Porcentaje de las categorías del componente DSO del total del tratamiento

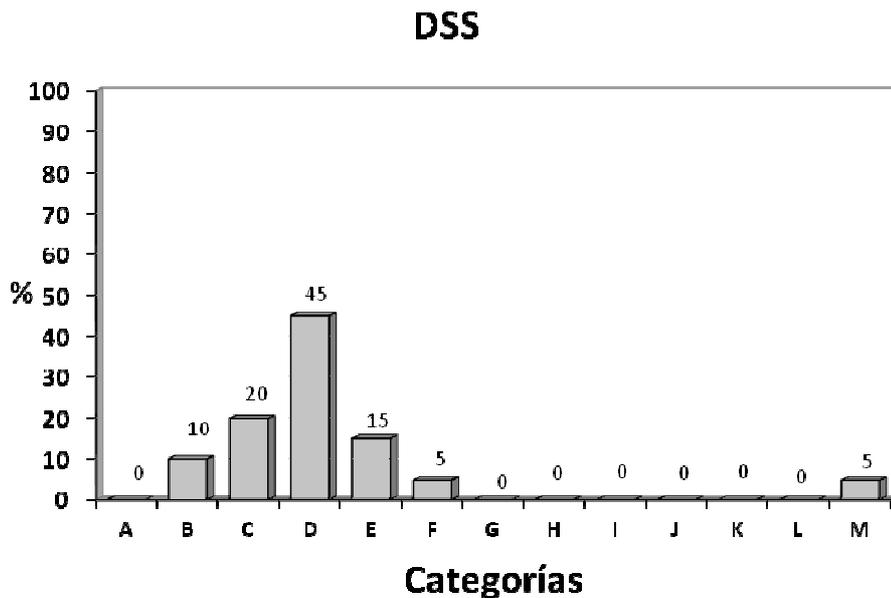


Figura 50. Porcentaje de las categorías del componente DSS del total del tratamiento

En relación a las respuestas observadas en la totalidad del tratamiento, se comprueba que las respuestas que resaltan del objeto hacia otro objeto (ROO) es la variable *E. Deprimirse, resignarse* con 25%. La respuesta más frecuente del objeto hacia la paciente (ROS), es *B. Apoyar* con un 32%. Las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO), es la categoría, *B. Apoyar* con 22% respectivamente. Respecto a las respuestas de la paciente hacia ella misma (RSS), se observan la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, con un 40% (Véase Figura 51 a 54).

ROO

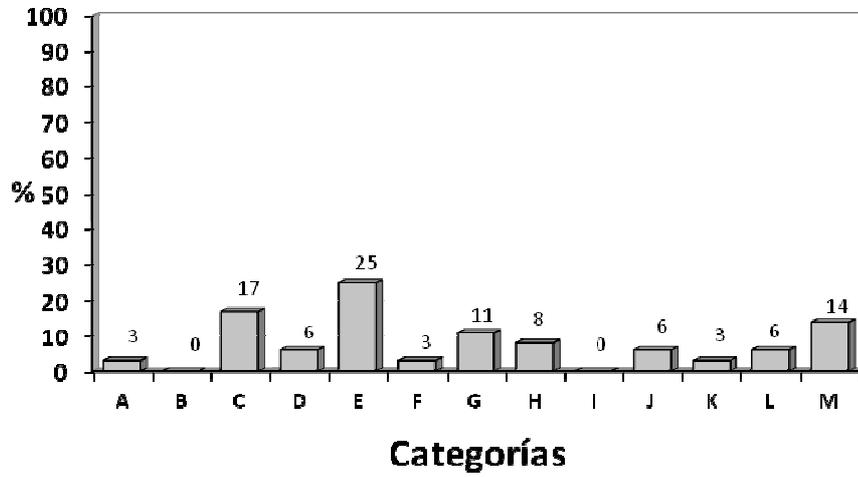


Figura 51. Porcentaje de las categorías del componente ROO del total del tratamiento

ROS

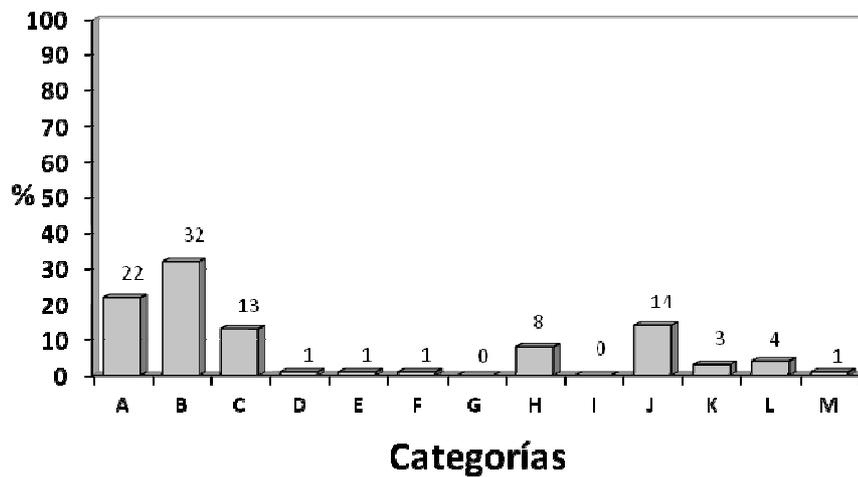


Figura 52. Porcentaje de las categorías del componente ROS del total del tratamiento

RSO

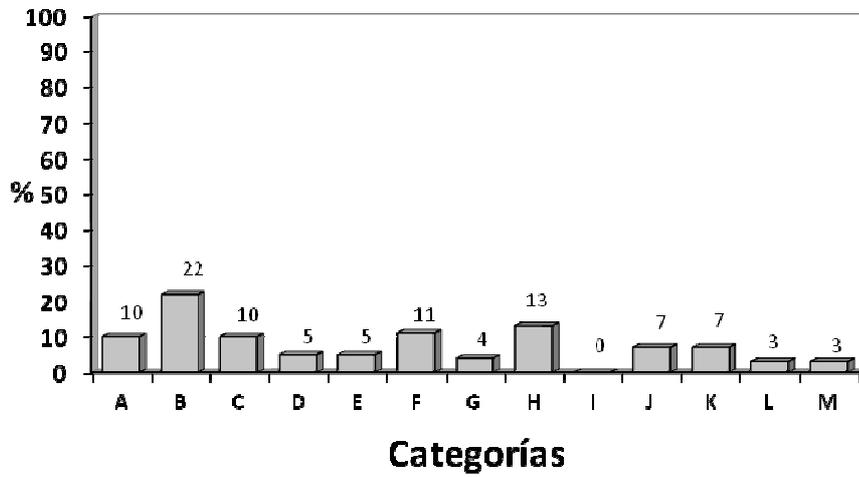


Figura 53. Porcentaje de las categorías del componente RSO del total del tratamiento

RSS

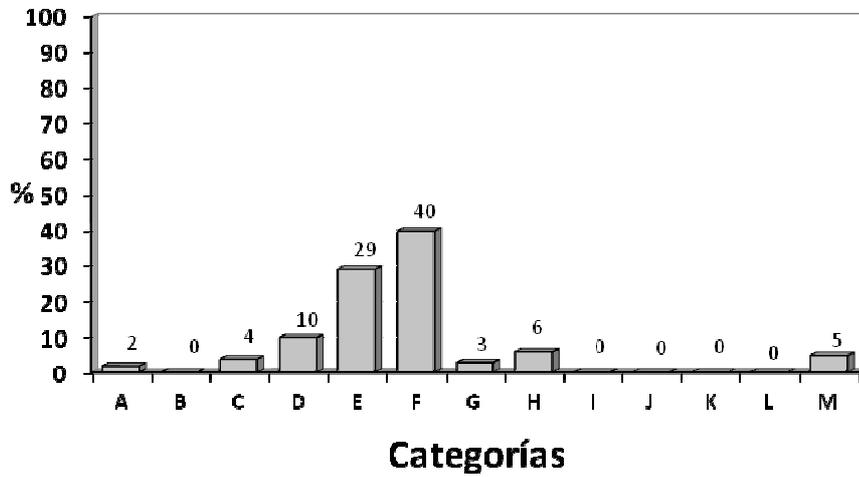


Figura 54. Porcentaje de las categorías del componente RSS del total del tratamiento

6.4.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia

Se mencionaron los cambios en algunas categorías al comparar el inicio y el final de la terapia y es importante para este apartado, analizar si esos cambios son significativos. Las categorías que aparecen resaltadas en cada uno de los componentes, son en las que se encontró un cambio significativo.

Por el lado de los Deseos se encuentra lo siguiente: en el Deseo del Objeto hacia el Sujeto (DOS), la categoría A. *Atender*, pasó del 0% al 18%, la categoría B. *Apoyar*, disminuyó del 75% al 27%, y la categoría C. *Amar, sentirse bien*, aumentó del 25% al 55% (véase Figura 55).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 2.420, Sig. Monte Carlo, $p = 0.278$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

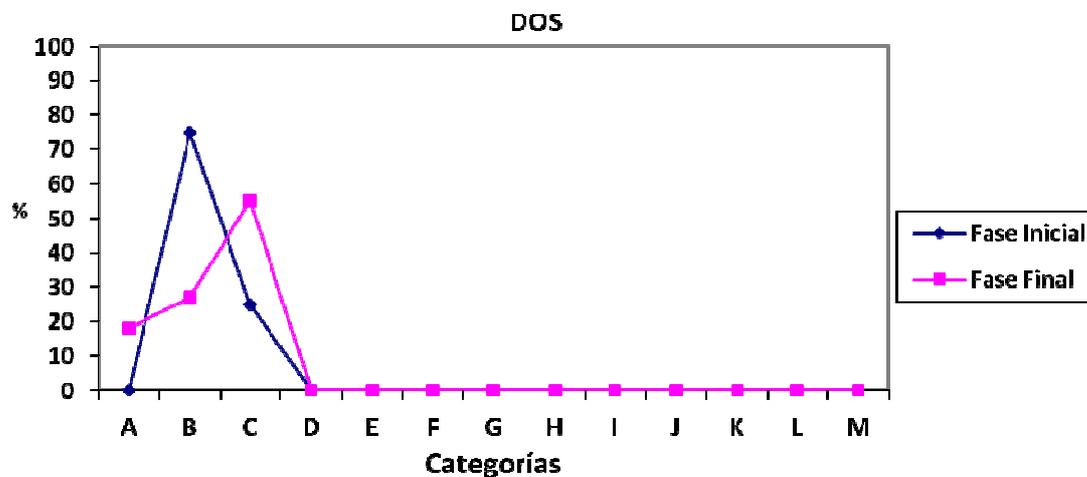


Figura 55. Diferencia en el componente DOS entre el principio y el final de la terapia

En cuanto al Deseo del Sujeto hacia el Objeto (DSO), observamos que la categoría A. *Atender*, incrementó de 0% al 29%, la categoría B. *Apoyar*, aumentó del 0% al 29%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, pasó del 60% al 29%, la categoría G. *Estar determinado por otros*, disminuyó del 40% al 0% y la categoría J. *Rechazar*, acrecentó del 0% al 14% (véase Figura 56).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 5.486, Sig. Monte Carlo, $p = 0.246$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

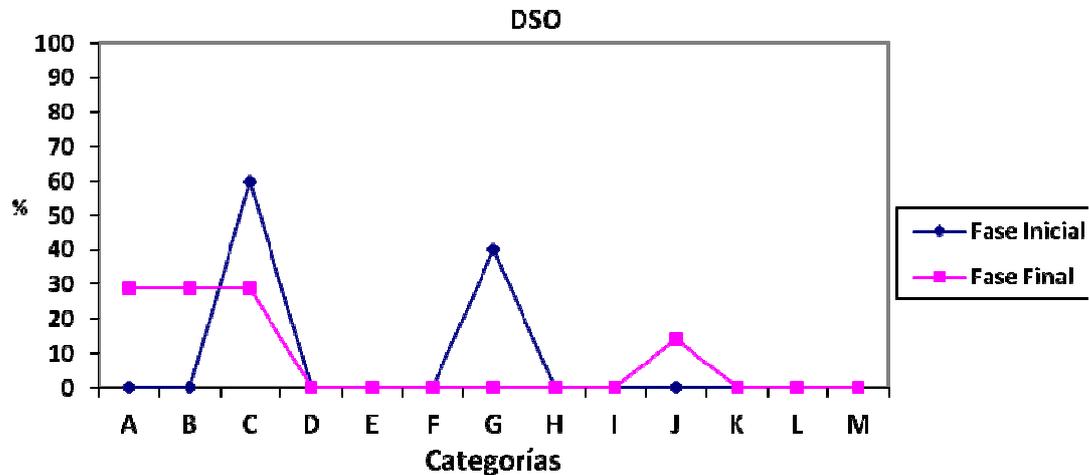


Figura 56. Diferencia en el componente DSO entre el principio y el final de la terapia

El Deseo hacia ella misma (DSS), la categoría *B. Apoyar*, se mantuvo en 10%, la categoría *C. Amar y sentirse bien, disminuir* del 30% al 10%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, incrementó del 20% al 70%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, decremento del 20% al 10% , la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado* disminuyó del 10% al 0% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, redujo del 10% al 0% (véase Figura 57).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 6.093, Sig. Monte Carlo, $p = 0.37$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

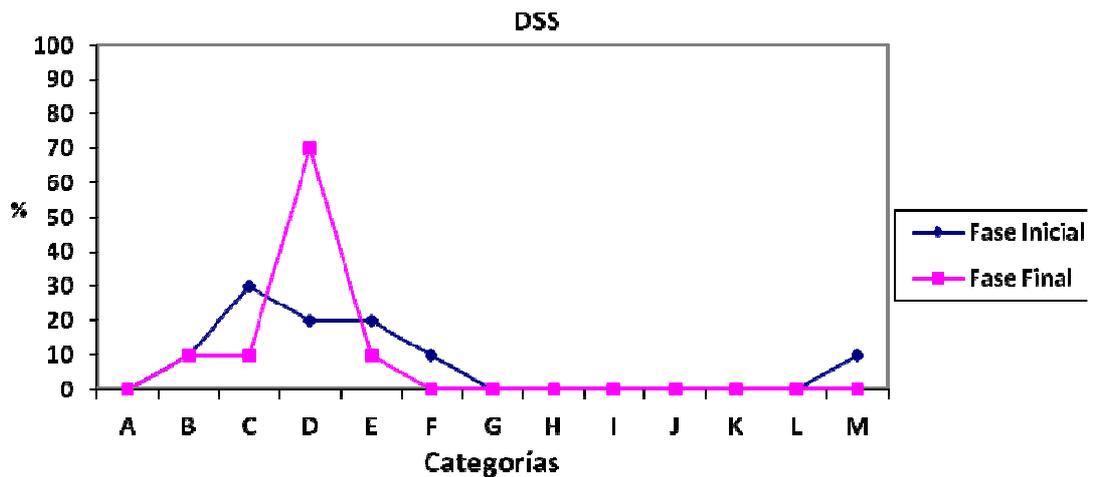


Figura 57. Diferencia en el componente DSS entre el principio y el final de la terapia

Por otro lado, en cuanto a las Respuestas se observa lo siguiente: La Respuestas del otro hacia otro (ROO), en la categoría A. *Atender a*, aumentó del 0% al 6%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, decremento del 20% al 13%, la categoría D. *Tener autodeterminación*, pasó del 5% al 6%, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, se mantuvo en 25%, la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, disminuyó del 5% al 0%, la categoría G. *Estar determinado por otros, redujo* de 20% a 0%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, incremento del 5% al 13%, la categoría J. *Rechazar*, aumentó del 0% al 13%, la categoría K. *Dominar*, aumentó del 0% al 6%, la categoría L. *Molestar, atacar*, pasó del 0% al 13% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 20% al 6% (véase Figura 58).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 12.563, Sig. Monte Carlo, $p = 0.152$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

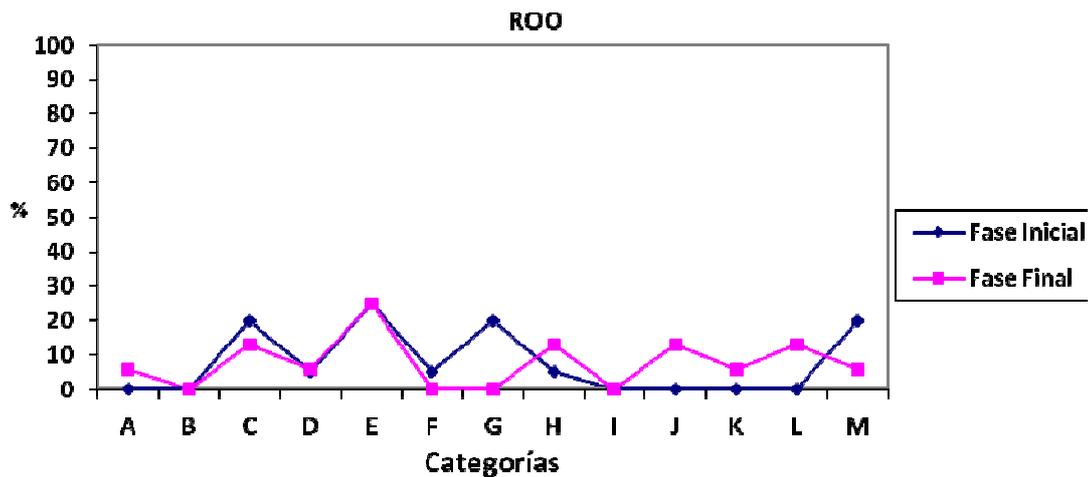


Figura 58. Diferencia en el componente ROO entre el principio y el final de la terapia

Las Respuesta del Objeto hacia el sujeto (ROS), la categoría A. *Atender a*, subió del 13% al 29%, la categoría B. *Apoyar*, disminuyó del 37% al 27%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, se mantuvo en 13%, la categoría D. *Tener autodeterminación*, pasó del 0% al 1%, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, pasó del 0% al 1%, la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, se quedó en 1%, la categoría H. *Estar enfadado, ser antipático*, redujo del 12% al 5%, la categoría J. *Rechazar*, disminuyó del 18% al 11%, la categoría K. *Dominar*, incrementó del 1% al 4%, la categoría L. *Molestar, atacar*, aumentó del 3% al 5% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, pasó del 0% al 2% (véase Figura 59).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 12.929, Sig. Monte Carlo, $p = 0.165$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

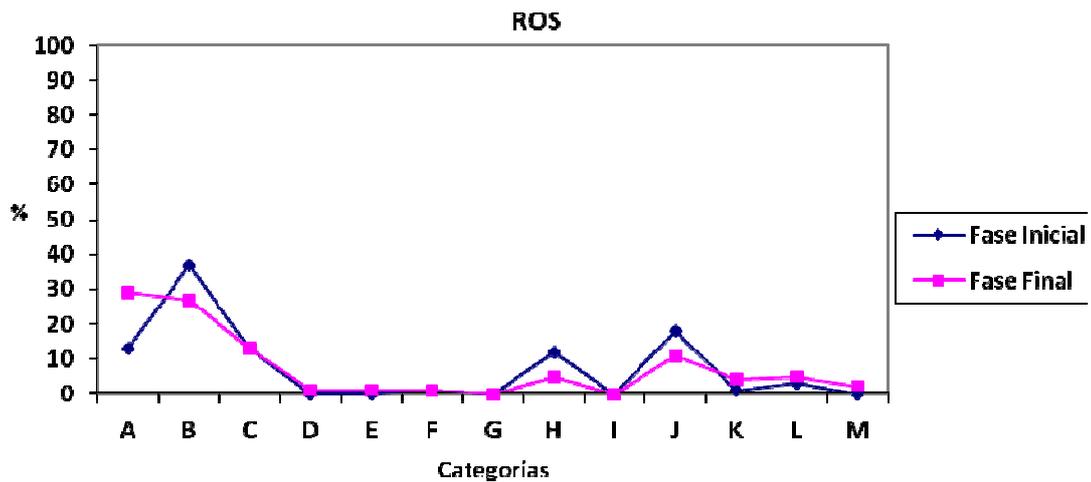


Figura 59. Diferencia en el componente ROS entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Sujeto hacia el objeto (RSO), la categoría A. *Atender a*, se quedó en el 10%, la categoría B. *Apoyar*, pasó del 23% al 22%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, decremento del 11% al 10%, la categoría D. *Tener autodeterminación*, aumentó del 2% al 7%, la categoría E. *Deprimirse, resignarse*, disminuyó de 8% al 3%, la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, decremento del 16% al 7%, la categoría G. *Estar determinado por otros*, redujo de 6% al 2%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, incrementó del 8% al 15%, la categoría J. *Rechazar*, pasó del 6% al 7%, la categoría K. *Dominar*, se mantuvo en 7%, la categoría L. *Molestar, atacar*, aumentó del 0% al 6% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, pasó del 2% al 3% (véase Figura 60).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 15.991, Sig. Monte Carlo, $p = 0.137$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

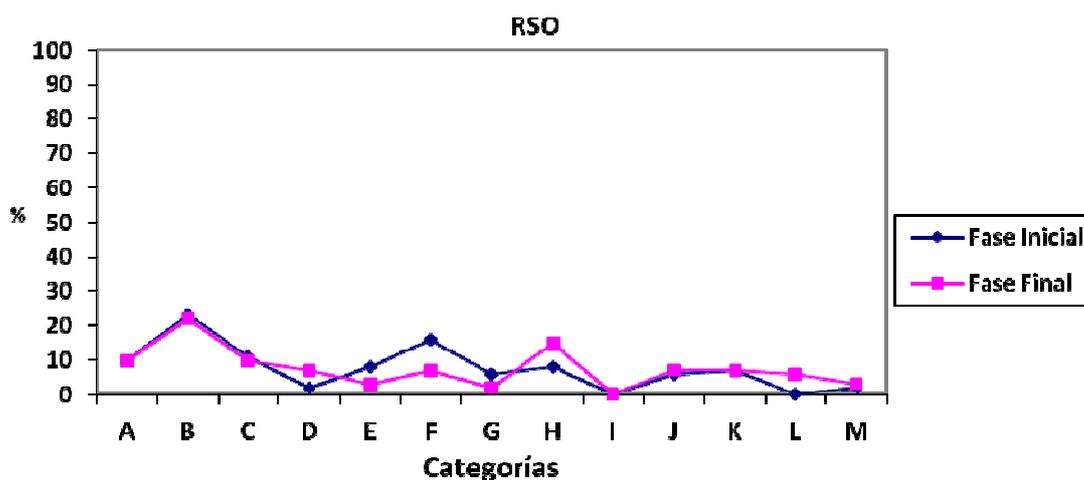


Figura 60. Diferencia en el componente RSO entre el principio y el final de la terapia

La respuesta del sujeto consigo misma (RSS) la categoría *A. Atender a*, incrementó del 0% al 5%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, aumentó del 0% al 10%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, acrecentó del 4% al 21%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, disminuyó del 32% al 26%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, redujo del 49% al 26%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, pasó del 4% al 3%, la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático*, aumentó del 5% al 8% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 7% al 3% (véase Figura 61).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 18.757, Sig. Monte Carlo, $p = 0.003$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, C ($p = 0.025$), D ($p = 0.014$) y F ($p = 0.033$).

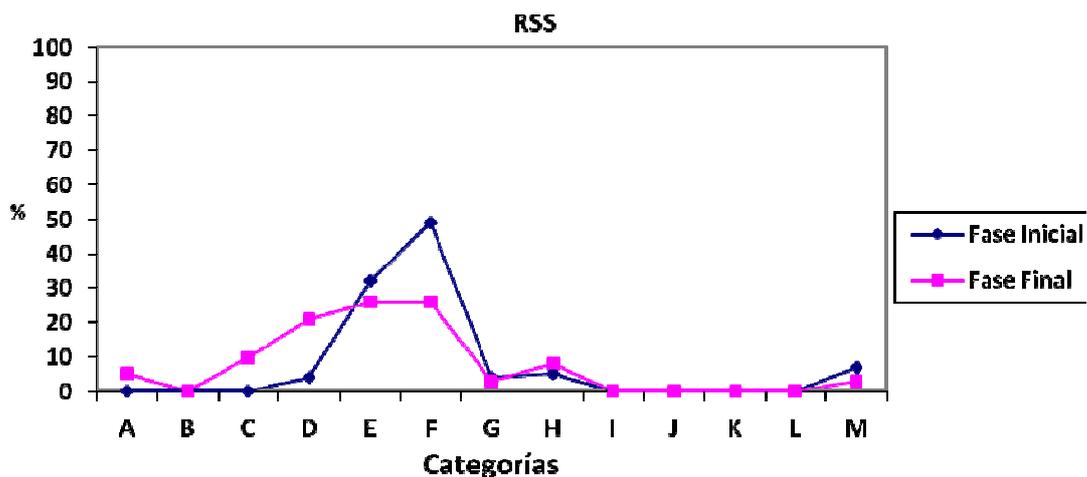


Figura 61. Diferencia en el componente RSS entre el principio y el final de la terapia

6.4.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo

En este apartado se analizaron 43 ER sobre duelo, que se extrajeron del total de episodios del tratamiento. Debido a que el foco de trabajo fue la elaboración del duelo por la muerte de un hijo, es de interés saber si el método identificó de manera sensible categorías que expliquen dicho proceso.

El CCRT total que se extrajo de los episodios de duelo es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. El otro se deprime y resigna, los demás me apoyan, yo les apoyo y me siento deprimida y resignada.*

Por un lado, el CCRT de los episodios de duelo será comparado con el CCRT global del tratamiento y por otro lado se analizarán las categorías de alto nivel (*clusters*), nivel medio y subcategorías del CCRT obtenido de dichos episodios dolorosos. Al comparar el CCRT total y el CCRT sobre los episodios de duelo, se observan un cambio en el componente (RSS), en el CCRT global predomina el *cluster F. Estar insatisfecho, asustado* y en los episodios de duelo destaca el *cluster E. Deprimirse, resignarse* (véase Tabla 71 y 72).

Al analizar detalladamente las categorías de alto nivel, nivel medio y subcategorías de los episodios dolorosos, se obtienen los siguientes datos: en las dimensiones (DOO), (DOS) y (DSO), aparecen las categorías, *C. Amar, sentirse bien, C1. Ser cercano y C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso.* En el componente (DSS) surgen las

categorías, *D. Tener autodeterminación, D1 Ser interiormente fuerte y D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos* (véase Tabla 72).

Por el lado de las respuestas, se observa en la dimensión (ROO), las categoría, *E. Deprimirse, resignarse, E1. Estar desilusionado, E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido*. En cuanto a los componentes (ROS) y (RSO), aparecen las categorías, *B. Apoyar, B1. Explicar, confirmar y B11. Explicar, comunicar, decir, expresar, convencer*. La dimensión (RSS), tiene la categoría, *E. Deprimirse, resignarse, E1. Estar desilusionado, E12 Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido* (véase Tabla 72).

Tabla 72. Formulación total del CCRT sobre los ER de duelo

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	C	C	D	E	B	B	E
Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener Autodeterminación	Deprimirse, resignarse	Apoyar	Apoyar	Deprimirse, resignarse

Al comparar la evaluación realizada en la fase inicial y final del tratamiento sobre los episodios de duelo, se observaron cambios en seis de los ocho componentes (DOS, DSO, DSS, ROO, ROS, RSS).

En cuanto a las categorías de alto nivel (*cluster*), se observa tanto para los deseos como para las respuestas, lo siguiente: Por el lado de los deseos, la dimensión (DOS) al inicio presenta *B. Apoyar* y al final cuenta con *C. Amar, sentirse bien*. El componente (DSO) al principio cuenta con *C. Amar, sentirse bien* y al final tiene *B. Apoyar* y *C. Amar, sentirse bien*, la dimensión (DSS), al inicio tiene *C. Amar, sentirse bien* y al final *D. Tener autodeterminación*. En cuanto a las respuestas, el componente (ROO) al inicio destaca *E. Deprimirse, resignarse* y *G. Estar determinado por otros* y al final resalta *C. Amar, sentirse bien* y *E. Deprimirse, resignarse*, la dimensión (ROS) al inicio resalta *B. Apoyar* y al final *C. Amar, sentirse bien*, y, por último, el componente (RSS) al inicio cuenta con *F. estar insatisfecho, estar asustado* y al final *E. Deprimirse, resignarse* (véase Tabla 73).

Al hacer un análisis más profundo de las categorías de nivel medio y subcategorías, se encuentra lo siguiente en la fase inicial, por un lado en la dimensión (ROO) aparecen dos categorías con alta frecuencia, *G1. Ser dependiente, G11. Estar solo, echar de menos a*

alguien, sentirse solo y E1. Estar desilusionado, E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido; por otro lado en el componente (RSS) aparecen con una frecuencia sobresaliente las categorías, E1. Estar desilusionado, E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido y F2. Estar asustado, estar ansioso, F21. Estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar, ser cobarde. En la fase final se observa que en los deseos se encuentra una dimensión con dos frecuencias relevantes, el componente (DSO), cuenta con B1. Explicar, confirmar, B11. Explicar, comunicar, decir, expresar, convencer y C1. Ser cercano, C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso (véase Tabla 73).

Tabla 73. Comparación del CCRT entre la fase inicial y final de los episodios de duelo

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Inicial	C Amar, sentirse bien	B	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	E/G Deprimirse, resignarse / Estar determinado por otros	B Apoyar	B Apoyar	F Estar insatisfecho, estar asustado
Final	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	B/C Apoyar /Amar, sentirse bien	D Tener autodet erminac ión	C/E Amar, sentirse bien /Deprimirse, resignarse	C Amar, sentirse bien	B Apoyar	E Deprimirse, resignarse

El CCRT de la fase inicial es el siguiente: *Deseo que los otros me apoyen, yo quiero amarlos, sentirme bien conmigo misma. El otro se deprime, resigna y está determinado, los demás me apoyan, yo les apoyo y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la fase final es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero apoyarlo, amarlos y tener autodeterminación. El otro se siente bien consigo mismo, los demás me aman y se sienten bien conmigo, yo los apoyo y me siento deprimida y resignada.*

Al hacer un análisis más fino de las subcategorías, se observa que éstas detectan de manera más sensible las emociones que la paciente atravesó en el proceso de duelo. Basándose clínicamente en el CCRT se concluye que la pérdida es muy reciente pero que el sistema

familiar es un buen sostén en esta situación crítica. Lo que desea recibir de los demás lo obtiene. Eva ha logrado controlar el miedo y sus sentimientos son de dolor y tristeza.

Algunos ejemplos de la fase inicial:

Siente miedo: <<estos últimos dos, tres días me he sentido como con un poco de miedo, pero de ahí en fuera bien...no sé, hay veces que sí, como que otra vez no puedo dormir, ya había agarrado el sueño..., tardo mucho para dormir...ya llevo tres días así que, me da un miedo, no sé, como si alguien me estuviera viendo. De repente así como que pienso: “como que hoy es mi último día y me voy a ir y no sé quiero dejar todo bien”, pienso tonterías (risa) pero este: ¡no sé! y sí, como que ando con un poquito de miedo>>.

Miedo a que pase lo mismo: <<ayer...en la noche pues estaba ahí llorando, entonces ya después así como que me entró el miedo, pero ya lo tenía, pero o sea, me entró más el miedo y ya este me da muchos nervios. Mi esposo me dice: “has de ser tú misma, pues si ya se te había quitado”...no me siento segura y ahorita a las niñas a cada rato las estoy moviendo y o sea, así me entró mucho miedo de que pueda pasar lo mismo...>>.

Sueño con el hijo perdido: <<ya tiene como unas dos semanas o tres, lo soñé que lo tenía conmigo, pero que una maestra estaba enferma, yo creo había tenido a su bebé o no sé por qué tenía un bebé al lado, y que yo le decía a una amiga: “mira, mi bebé regresó conmigo!”, “mírala, está aquí conmigo!” y este, estaba viva y me decía: “ay, qué bueno” y que yo le decía: “no te vayas ya no me dejes, me dejaste sola” y que yo le decía: “vente quédate aquí conmigo” pero que ella así chiquita me decía que “no” y yo agarraba y le decía a mi amiga: “mira, mira mi bebé, y como ella lo quería mucho le dice: “¿por qué te fuiste?” dice: “quédate aquí, tu mamá y yo lloramos mucho por ti” dice “no te vayas” y que él agarraba y que nos decía que “no” a lo que le decíamos...Después yo le decía a la maestra, como la maestra estaba muy grave según, que yo le decía a la maestra: “levántese” porque ella tenía dos niños aparte del que tenía en sus brazos, y que yo le decía: “levántese maestra, es, es feo que un bebé deje a su mamá, pero es más feo que una mamá deje a sus hijos, ¿quién los va a cuidar?”, que ya hablaba así con la maestra, estaba inconsciente y que ya de repente se despertaba la maestra y que me decía “ya doña, ya estoy bien, no se preocupe por mí, no voy a dejar a mis hijos solos” y que se despertaba pero al momento que ella despertaba mi bebé fallecía otra vez y que pues sí me ponía yo otra vez mal y decía: “no, si ya habías regresado

conmigo ¿por qué te fuiste? ” entonces fue lo único que creo sí yo lloré, o sea me quedé llorando por él>>.

Sentimiento de vacío:*<< Me siento vacía, pues no sé, pues sí como le diré... pues si como si hubiera dejado un huequito y no sé como llenarlo. Eso que tengo a mis hijos y sé que a lo mejor ellos no me lo pueden llenar, o sea no sé como (voz angustiada) remplazar a mi chiquito, si no sé (secándose las lágrimas) aunque los abrace y les diga que los quiero mucho; yo sé que el chiquito a lo mejor pues si no, pues ahorita lo tengo otra vez como mi bebé, pero no, no es lo mismo, no es lo mismo... >>*

Reclamo al esposo:*<<La otra vez igual le estaba diciendo: “es que a mí me duele y a ti veo que no” y me dice: “y cómo sabes tú que a mí no me duele”, dice: “ tú por lo menos estás aquí con las niñas, pero yo que estoy solo” él trabaja...dice “yo estoy sola- solo y a mí también me duele, pero si yo me decaigo”, “perdón, le digo”, pero pues le digo: “te veo normal” le digo ‘a lo mejor... y me dice “no, también me duele, era mi bebé chiquito”, y como lo buscaba igual mucho, entonces dice “pues crees que a mí no me duele” y pues ya le dije “perdón” ... a lo mejor le digo “siento que nadie me comprende” le digo, todos dicen “sí, estamos contigo” pero ¿qué?, y dice “es que nadie va a sentir lo mismo por tus hijos”, y ya, como que se me pasó tantito>>.*

Miedo de que mueran las hijas:*<<... una vez el niño se quedó dormido y yo lo empecé a mover porque no se movía, si con el miedo de que vuelva a pasar, yo al ver que no se movía pues me espantó, y ahora sí me duermo con ellos por el miedo y a cada ratito estoy moviéndolos, o sea de todos modos los tengo que mover para ver si están bien, no vaya a ser que Dios me vaya a castigar y para que me quite, me quite otro y estoy como que muy miedosa, o sea, no me siento segura como para quedarme dormida sin revisarlos>>.*

Ejemplos de la fase final:

La ayuda terapéutica: *<<Me sirvió mucho, a lo mejor, pues sí a lo mejor hubiera, igual podido salir adelante, pero, y luego me hubiera puesto a pensar, y si no hubiera ido a lo mejor me hubiera tardado más, o a lo mejor, ponía, así, como igual, este, o sea, si no sabía, y dije, no o sea, si, sí me ayudó, porque sí sentí que a lo mejor me levanté, y no, si o sea no en mucho tiempo... bueno sí, ahorita ya no, lo que sí, de primero me puse a pensar, ¿Cómo ya*

no voy a ir?, y ya después bien orgullosa, no, y como él me dice ¿Cómo te sientes?, le digo bien, o sea me siento bien, me siento tranquila, sí la extraño y todo, pero ya con comprensión, ya lo comprendí, ya, ya lo entendí, y le digo, sí me duele y todo, y como dice usted, no, no se me va a quitar nada más con un tronido de dedos, le digo a él, ¿verdad?, este, igual, pero con el tratamiento yo digo, que ya, pues sí, bueno, bueno si uno sale a lo mejor , mas, más rápido, que , a lo mejor sin ayuda>>.

Perder el miedo:*<<En ocasiones siento que a lo mejor soy así como por mi carácter, si o sea parecer fuerte, fuerte no, pero pues si me encuentro una piedra muy grandota para, para poder levantar, y este, cómo se llama, pues sí o sea ayudarme a, pues sí, o sea a lo mejor que soy fuerte para soportar dolores irremediables. Me he puesto a pensar bien, bien, (risas), pero, pues a perderle el miedo, a lo mejor, pues sí, porque, aparte ya salgo. Ya salgo, si ya...si ya, le decía como la vez pasada, que ya a como yo me sentí recién que pasó lo del niño, que me daban las seis de la tarde, y todavía había luz, pero no sé, yo sentía así el miedo, no, no, no, ya salgo en la noche... ya se me quitó el, el, el miedo, el temor a salir, o al estar así obscuro>>.*

Sentimiento de tristeza porque termina la terapia: *<<...y luego a quién le voy a contar lo que sueño (risa), no sé me da tristeza porque ya no voy a venir (risa) bueno si porque ya no voy a venir, sí, tengo una muchacha con la que platico, le digo es que tú eres la psicóloga de la semana (risa) y le digo pero tú no me terapees y me dice: “sí” y le digo: “tú nomás pon oído para que me escuches”, dice sí, a la vez sí siento tristeza porque tampoco ya no va a estar ella conmigo...si pero este, pues ya no voy a venir ni aquí (risa) pero este, siento como tristeza porque ya no voy a venir(risa)>>.*

Ser la cabeza del mundo de sus hijas: *<< Antes pensaba yo más en él, en mis hijos y a la mejor hasta en mis hermanas o no sé me pongo a pensar y luego y me dice: “y tú”, “ahí cuando me acuerde”, pero ya a la mejor con esto pues sí a valorarme yo misma para algo soy la mamá y debo también aprender a ser la cabeza de la casa o la cabeza a la mejor en su mundo de mis hijos...>>.*

El marido se emborrachó:*<< él antes me decía dice: “vas a ver tengo ganas de ponerme una borrachera pero, así dice, hasta que me caiga”, le digo: “ah, entonces yo no te levanto y te cierro la puerta” (ajá) y agarra y me dice que el día que se emborrache lo primerito que*

iba a ser era ir al panteón a llorarle a la niña y agarra y me dice: “voy a ir a ver a mi bebé” ...sí me daba pendiente, dije: “¿estará bien?”

Dije: “no, no vaya a ser y se vaya a caer” no pues allá él; nada más sintió que ya no quería que ya se estaba mareando y ya se fue a la casa... >>.

La borrachera: *<<Me puse más mal hace, hace ocho días...pues llegó un momento en el que no me podía aguantar y este yo, este cómo se llama, me acuerdo porque si me acuerdo, en el que yo pedía a mi bebé, y me decía él “no es que no está”, le digo: “no es que tú, tú no me entiendes”, o sea me puse a lo mejor como al principio no, y ya después, ya que estaba en mis cinco sentidos, le digo: “no perdóname, porque me dio el sentimiento y no me pude aguantar y lo quería sacar”, pero dice que me puse muy terca que quería al bebé; y es que ese día el bebé tendría siete, siete meses de no estar conmigo...me dio más nostalgia y le dije: “vamos a verlo ahorita”...todavía me da nostalgia o sentimiento ¿no? y pues sí, pero no, o sea ahorita ya así como antes ya no.... me acuerdo que me yo la, nada más con él, me abrazó y lo abracé y me puse a llorar, y me dice: “¿por qué lloras?”, y le digo: “¿qué no te acuerdas que día es hoy?”, y me dice: “no, no me acuerdo” y agarro y le digo: “cómo no te vas a acordar” y agarra y ya empecé a llorar y agarra y me dice: “¿por qué lloras?” ...y me dice: “sí sé que día es hoy pero si te digo que si eso iba a pasar, te ibas a poner a llorar” y le digo: “pues es que no puedo dejar de llorar, ¿qué otra cosa puedo hacer?”, y ya nada más me acosté y me dijo:”cálmate”...pero es que tengo derecho a llorar y agarro y este me dice, es que le lloras y le lloras y no la dejas descansar y le digo bueno, bueno al final de cuentas era mi bebé y agarré y me salí para fuera como que me molesté...ya después me acuerdo que me dijeron que ya me calmara porque los estaba espantando...sí, a veces siento que me estuviera despidiendo>>.*

Tristeza por momentos:*<<... lo normal o sea a lo mejor y me pongo triste un rato o a lo mejor en el momento en el que me pongo a ver su foto, a lo mejor pueda ver una bebé, a lo mejor un bebé de la misma edad que sé yo, por lo que le digo de mi sobrinita o mi sobrinito que se van, pero...ya no lloro así nada más porque siento el sentimiento de que sí estuviera, pues estuviera, no porque ya no está>>.*

El esposo no le permite llorar: *<< luego yo le quiero explicar algo por ejemplo eso, de que si me dan ganas de llorar, pues tengo que llorar ¿no?, me siento más tranquila saco lo que tengo y ya, pero él me dice que no, que no llore, que deje de llorar, que porque espanto a los*

niños, que ya no llore... como que siento que no le gusta verme tampoco llorar, y pues es lo que me da mucho sentimiento, bueno y ya mejor lloro cuando no esta él, porque si esta él pues me dice ¿ ahora por qué vas a llorar?, le digo porque estoy triste, le digo abrázame, porque recuerdo al bebé, o no sé y me dice: “ya vas a empezar” y le digo: “no nada más me sentí triste, abrázame” y ya nada más de que me abraze o me sienta yo protegida y ya eso fue todo... >>

6.4.10 Positivo versus negativo

En este apartado se analizarán algunos aspectos relevantes de las respuestas positivas y negativas de E., utilizando el sistema de dos-categorías: (P) positivo y (N) negativo (Luborsky, 1977b).

En el total del tratamiento se observó que de las 540 categorías, 487 son respuestas; es decir el 90.4% del total de categorías y 53 son deseos con el 9.8%. El análisis de valencia sólo compete a las respuestas; así, se detalla que las respuestas negativas son 262 (53.7%) del total de las respuestas y las respuestas positivas son 225 (46.2%) del total de respuestas (véase Tabla 74).

Se analizan las respuestas positivas y negativas de cada uno de los componentes en su totalidad. Encontrando que el mayor número de respuestas negativas fueron realizadas por la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con una frecuencia de 103 (39.3%) seguida de la respuesta del sujeto hacia sí misma (RSS) con una frecuencia de 80 (30.5%) y, por último, las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 52 (19.9%). En cuanto a las respuestas positivas se observa que las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) cuentan con la mayor frecuencia 103 (45.7%), seguida de las repuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 97 (43.1%) y, por último, la respuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con una frecuencia de 16 (7.1%). Las respuestas del objeto hacia otro objeto (ROO) son de menor importancia y en ambas valencias ocupan el último lugar. En el total del tratamiento se concluye que las respuestas negativas fueron mayores a las positivas; sin embargo, a nivel de las dimensiones se puede exceptuar que las respuestas positivas fueron mayores a las respuestas negativas en la dimensión de los otros hacia el sujeto (ROS) y se ve que las respuestas del sujeto hacia los demás (RSO) permanecen con la misma frecuencia en ambas valencias (véase Tabla 74).

Tabla 74. Valencia total

		ROO	ROS	RSO	RSS	Total	%
Negativo	Frecuencia	27	52	103	80	262	53.7
	%	10.3	19.9	39.3	30.5		
Positivo	Frecuencia	9	97	103	16	225	46.2
	%	4.0	43.1	45.7	7.1		

Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, vemos que en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tienen la mayor frecuencia 137 (54.8%) y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron con una frecuencia de 135 (46.6%), (véase Tabla 75). Esto es significativo ($\chi^2 = 7.347$, $df = 1$, $p < 0.05$).

Tabla 75. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de la psicoterapia

		Negativo	Positivo
Fase Inicial	Frecuencia	137	90
	%	54.8	36.0
Fase Final	Frecuencia	125	135
	%	43.1	46.6
Total	Frecuencia	262	225
	%	48.5	41.7

Al comparar ambas fases y analizar de manera más detallada cada uno de los componentes, se observa que las respuestas que tienen más frecuencia tanto para la valencia positiva como negativa son las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO), en cuanto a las respuestas negativas encontramos que al inicio cuenta con una frecuencia de 43 (31.4%) y al final cuenta con frecuencia de 60 (48.0%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con una frecuencia de 40 (44.4%) y al final cuentan con frecuencia de 63 (46.7%), (véase Tabla 76). En ninguna de las dos valencias el cambio es significativo, ($\chi^2 = 0.182$, $df = 1$, $p = 0.670$).

Se encuentra un cambio significativo en las respuestas negativas del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS), pasando de una frecuencia de 55 (40.1%) a una frecuencia de 25 (20.0%). En las respuestas positivas observamos que se dio igualmente un cambio en el componente (RSS), pasando de una frecuencia de 2 (2.2%) a una frecuencia de 14 (10.4%), (véase Tabla 76). Esto es significativo ($\chi^2 = 17.490$, $df = 1$, $p < 0.001$).

En cuanto a las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS), se encuentra que las respuestas negativas al inicio tienen frecuencia de 24 (17.5%) y al final una frecuencia de 28 (22.4%) y las respuestas positivas al inicio cuentan con frecuencia de 43 (47.7%) y al final tiene frecuencia de 54 (40.0%), (véase Tabla 76). En ambos casos el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.046$, $df = 1$, $p = 0.831$).

Al final encontramos las respuestas del objeto hacia el objeto (ROO), en donde al inicio la frecuencia de las respuestas negativas es de 15 (10.9%) y al final de 12 (9.6%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con frecuencia de 5 (5.5%) y al final cuentan con una frecuencia de 4 (3.0%), (véase Tabla 76). Para ambas valencias el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.000$, $df = 1$, $p = 1.0$).

Existen cambios en las dimensiones de positivo y negativo al comparar sesiones iniciales con sesiones finales, y aunque estos cambios pueden ser mínimos, como señalan Grenyer y Luborsky (1998), los que aparecen suelen tener resultados clínicos significativos.

Tabla 76. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de cada uno de los componentes

Valencia	Fase		ROO	ROS	RSO	RSS	Total
Negativo	Inicial	Frecuencia	15	24	43	55	137
		%	10.9	17.5	31.4	40.1	100
	Final	Frecuencia	12	28	60	25	125
		%	9.6	22.4	48.0	20.0	100
	Total	Frecuencia	27	52	103	80	262
		%	10.3	19.8	39.3	30.5	100
Positivo	Inicial	Frecuencia	5	43	40	2	90
		%	5.5	47.7	44.4	2.2	100
	Final	Frecuencia	4	54	63	14	135
		%	3.0	40.0	46.7	10.4	100
	Total	Frecuencia	9	97	103	16	225
		%	4.0	43.1	45.8	7.1	100

6.4.11 Análisis clínico, discusión y conclusión

La muerte de un hijo va en contra de la naturaleza y ni siquiera se le puede poner un nombre que describa la condición de esa pérdida, de ese dolor. El vínculo entre padres e hijos nace antes que el bebé, y cada hijo tiene para los padres un significado particular cargado con sus propias implicaciones y sueños. Con la muerte de un hijo, se pierde la posibilidad de vivenciar acontecimientos imaginados sobre la infancia; muchas de esas fantasías quedarán idealizadas y grabadas sólo en la memoria. Se pierde así no sólo al bebé real sino también al bebé de los sueños. “Queda afectado el más importante vínculo de amor: el amor por la vida misma”, (Tizón y Sforza, 2008, p. 182). Es por ello que los padres que pierden a un hijo, debido a una muerte perinatal, tienen serios problemas para elaborar dicha pérdida.

En este caso presentado el deceso ocurrió por muerte repentina en un bebé de menos de un año aparentemente sano, lo que se conoce como muerte repentina del lactante o muerte de cuna, este es **un tipo de duelo súbito o de urgencia**. En este tipo de pérdidas, los padres, familiares, allegados o amigos no disponen en lo absoluto de la posibilidad de prepararse para

dicho suceso. La muerte inesperada deja inerme, es un ataque directo al poder y a la capacidad de control del que aún sigue vivo. Este tipo de muerte deja al sobreviviente con la sensación de que la pérdida no es real y dicha sensación puede durar largo tiempo. Se ven acentuadas las reacciones defensivas de negación o el alargamiento o cronificación tórpida del proceso (Cobo, 1999).

Las reacciones que la muerte de un hijo genera en los padres van más allá de lo que se pueda experimentar en otra pérdida significativa. El estado de shock es especialmente notable y en ocasiones duradero. Posteriormente comienza el periodo de la turbulencia afectiva, marcado por gran sufrimiento, ansiedad, agitación, y pensamientos e interrogantes que los atormentan sin descanso, aparecen sentimientos de culpa, con sus acompañantes de temor, impotencia, pasividad, rabia y profundos sentimientos de vacío y aun para los creyentes su fe en Dios se cuestiona o se consuelan ciegamente en ella.

La paciente se encontraba atravesando todos los sentimientos del impacto y de la turbulencia afectiva, pero le costaba trabajo expresarlos abiertamente, ya que, por un lado la pareja la presionaba para recuperarse lo antes posible, y por otro temía que sus otros hijos entristecieran demasiado por su dolor. En este proceso, la paciente solicitaba un espacio porque sentía que no podía superarlo con el soporte familiar que tenía, aunque éste era bueno, quería que todos esos sentimientos desaparecieran rápidamente, sufría de insomnio, y cuando lograba dormir la invadían los sueños con el hijo, el miedo, el vacío de la pérdida y la culpa de no saber por qué pasó esto.

En una experiencia devastadora como la muerte súbita de un hijo, comunicarse de manera abierta, comprender la naturaleza de la pérdida y afrontar el dolor suele ser el camino para iniciar la recuperación emocional. Fue por ello que se planteó trabajar con el permitirse sentir y demostrar emociones dentro del sistema familiar, sin tener miedo de derrumbarse por los sentimientos de vacío, enojo y culpa suscitados a raíz de la pérdida súbita del hijo menor, y como foco suplementario se trabajó la ansiedad despertada por la finalización de la psicoterapia. En el proceso psicoterapéutico se encontró que transferencialmente ella siente que debe ser fuerte, como en la infancia, que al ser rechazada por el padre tuvo que sobreponerse y ser valiente. Se siente incomprendida por el marido y piensa que él no sufre como ella, hecho que le da coraje, y puede ser que sienta que yo tampoco puedo comprenderla y ayudarla, como tanta gente.

Contratransferencialmente, me impacta su fortaleza. Me transmite su temor y siento temor de no poder apoyarla y ayudarla de acuerdo a sus exigencias. Procupo brindarle un espacio en donde sienta flexibilidad y así disminuirle la angustia de hablar de la pérdida en sí. Aunque se trabajó con el fin de la terapia, esto provocó en la paciente un sentimiento de abandono y de sentir que ya no había alguien con quien pudiera platicar abiertamente de sus emociones.

Lo ideal hubiera sido trabajar también con la pareja de Eva en el espacio terapéutico, y se planteó esa propuesta, pero el esposo no asistió a las sesiones. En el trabajo como pareja era importante entender el significado que cada uno le daba al hijo, ya que a veces la madre pierde a su bebé antes de que el padre haya podido incluirlo en su espacio emocional. El cómo afrontan cada uno esa experiencia implica comprender las diferencias del otro y evitar sobrecargar la tensión en uno de los dos, que, por lo regular, es el padre. Respetar el duelo individual, considerando las necesidades propias de la pareja sin imponer determinada forma de actuar del uno hacia el otro. El poner atención en las cuestiones mencionadas permitirá el re-encuentro y la construcción de un puente entre ambos, el cual, basado en la comunicación, escucha y como acompañamiento de la pena dará mejores resultados (Lieberman, 2007).

Pero en oposición, muchas parejas, luego de esta pérdida, padecen problemas de comunicación. La mujer no ve en su pareja demostraciones de tristeza e interpreta esa reacción como indiferencia. Siente tanta rabia que a veces la deposita en él. Por otra parte, él evita desahogarse delante de ella; supone que de ese modo le ofrece sostén y fortaleza. “Ninguno le dice al otro cuáles son sus sentimientos; crecen malos entendidos y tergiversaciones. Hay tristeza, enojo, impotencia. La pareja se aleja, muchas veces hasta la ruptura” (Lieberman, 2007, p. 61).

Los motivos mencionados deberían ser tomados en cuenta en el trabajo de la pareja que enfrenta la pérdida de un hijo. Es importante prevenir que los contrastes que surgen generen más dolor. Puede darse la situación de que alguno de los padres responsabilice al otro por la pérdida de manera explícita o silenciosa. El dolor a veces explota intempestivamente, desfogándose contra alguno de ellos.

Aunque el sistema familiar de Eva era sólido para apoyarla a superar la pérdida, la muerte de un hijo afecta a toda la estructura y altera todos los elementos básicos de la dinámica. Los

pequeños hijos de la paciente entendían que su madre se encontraba triste, el mayor buscaba formas para consolarla y el de en medio se había encerrado en un mundo donde la rabia imperaba. Es importante tomar en cuenta que los hermanos de los niños que han perecido o están agonizantes poseen cerca del doble de riesgo de padecer trastornos psicológicos (Tizón, 2004).

A pesar del apoyo recibido, ella sentía que nadie entendía su dolor y que su marido no se encontraba sufriendo tanto como ella. Y en ese sentido, es verdad que después de la pérdida de un hijo, el duelo sucesivo a elaborar es cualitativa y cuantitativamente diferente para la madre que para el padre. Aunque con la muerte de un hijo muere algo en ambos progenitores, la madre, a diferencia del padre, vive con mayor intensidad la pérdida de ese hijo, en un principio porque en el cuerpo vacío de ella, en sus senos llenos de leche y en el recuerdo vivido de ese ser en su vientre, se ha quedado la huella imborrable (Gómez Sancho, 2007).

El duelo por un hijo es una experiencia sumamente difícil; es fundamental tomar en cuenta la modalidad de la pérdida o el contexto en el cual se suscitó, ya que son elementos decisivos de cara a la intensidad y durabilidad de las reacciones afectivas, y a la forma en cómo afectará a la personalidad del deudo, tanto en los primeros momentos como en el conjunto de los procesos del duelo. Existen factores que pueden complicar la elaboración del duelo. Se mencionan otras más que pueden complicar el duelo en una muerte repentina. Una de ellas es tener poco claro el motivo que causó la muerte. Más allá de los aspectos legales, desde el punto de vista emocional, es más fácil aceptar la muerte cuando se conoce la causa que la produjo. Saber que no había nada que pudiera evitar esa pérdida despeja dudas y permite comenzar el duelo (Tizón & Sforza, 2008).

En este caso la paciente decidió que no se realizara autopsia para saber las causas del deceso y, a diferencia de lo mencionado, basó su decisión en que de nada servía puesto que eso no le iba a devolver la vida a su hijo. Su decisión fue basada en postura ambivalente frente a Dios, el cual se lo había prestado por un tiempo muy corto y así como él se lo había dado, ella se lo entregaba. Eva expresaba su enojo frente a Dios, pero su ansiedad crecía al pensar que él la podía castigar de nuevo por expresar estos pensamientos quitándole otro hijo. Vivía una ansiedad persecutoria. También se cuestionaba qué pudo haber pasado, y la realización de una autopsia hubiera ayudado a hacer real la pérdida. Deseaba saber si ella hubiera evitado el deceso. En el transcurso de las sesiones, mostró que se encontraba invadida por el miedo de

perder a sus hijos cuando jugaban o dormían y se encontraba hipervigilante, permisiva y sobreprotectora. Y en ocasiones intentó negar la realidad y junto con el marido hicieron consumo de bebidas alcohólicas.

El método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT), en la adaptación alemana, se mostró sensible para identificar el cambio de patrón relacional núcleo de conflicto. Al comparar los patrones en las secuencias inicial y final del tratamiento, se comprobó que la psicoterapia psicoanalítica focal aplicada se asoció con algunos cambios en el patrón estructural de conflicto relacional, y que dichos cambios muestran una evolución favorable del duelo.

La muestra estuvo conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento (entrevista 1, entrevista 2, sesión 1 y 2), de las que se obtiene un subtotal de 39 ER y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento (sesión 10, 11, 12 y el seguimiento) de las que se obtiene un subtotal de 42 ER. De la suma de las ocho sesiones se obtiene un total de 81 episodios de relación, los cuales fueron analizados.

En cuanto a los episodios que narran el duelo de ese total de 81 narraciones, se obtiene en ambas fases un total de 28 ER. En la fase inicial encontramos 15 y en la parte final obtenemos 13 ER. En este estudio se contabilizaron los sueños dentro del total de ER, ya que representan una muestra pequeña. Los sueños sólo aparecen en la parte inicial del tratamiento, siendo estos 3, de los cuales 2 son sobre pérdidas.

En las narraciones se observa que el sujeto con el que interactuó mayormente es la pareja, con el 4.1%, le siguen las narraciones con el hijo menor y los hijos en general con el 1.1%; posteriormente los episodios con el hijo que falleció con 0.7%. Como se ve las interacciones se dan más con los integrantes del sistema familiar y es con el esposo con el que ella expresa más sus emociones. Con respecto al tiempo de estos episodios, la mayoría se dan en el presente abarcando el 73% y el resto en el pasado con 27%. Al comparar ambas fases, las narraciones que predominaron fueron las recientes, debido a que la pérdida tenía poco tiempo de haber ocurrido.

En cuanto a los componentes, se trabajó con un total de 555. En donde las respuestas ocuparon la mayor cantidad con 465, y los deseos la menor cantidad con total de 90. Por el

lado de los deseos, encontramos el mayor porcentaje en la dimensión del deseo del sujeto hacia el sujeto mismo (DSS) con un subtotal de 20 y por el lado de las respuestas en la dimensión de las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO) con un subtotal de 206.

Después de haber analizado la frecuencia de los componentes tanto para la fase inicial como para la fase final, se realizó un CCRT para cada fase respectivamente. Se observaron cambios significativos al comparar el inicio con el final, por un lado en los deseos (DOS), (DSO) y (DSS) y por otro lado en las respuestas (ROS) y (RSS). Y ningún cambio en el deseo del objeto hacia otro objeto y en la respuesta del objeto hacia otro objeto (ROO).

El CCRT de la fase inicial: *Deseo que el otro me apoye, yo amarlo y hacerlo sentir bien y sentirme bien conmigo misma; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la fase final: *Deseo que el otro me ame y se sienta bien conmigo, yo quiero atenderlo, apoyarlo, amarlo y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me atiende, yo le apoyo y me siento deprimida y asustada.*

El CCRT total de la paciente: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo y me apoye; yo quiero amarlo, prestarle atención, apoyarlo y echarle de menos, deseo tener autodeterminación, amarme y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya y me atiende, yo le apoyo pero estoy enojada y me siento insatisfecha, asustada y deprimida.*

Si analizamos el CCRT total de Eva, lo que ella desea de los demás lo recibe, quiere ser amada y apoyada y el sistema familiar con el que interactúa le responde de esa manera. Desea tener fortaleza para enfrentar este proceso doloroso. Sabe que su pareja se encuentra triste por lo ocurrido, pero siente que él no está sufriendo como ella, hecho que la hace sentirse enojada y actuar de manera ambivalente con él. A pesar del apoyo recibido, los sentimientos de miedo y tristeza la invaden, aunque ya ha disminuido en alguna proporción la intensidad de los mismos.

Claramente se observa que el método ayuda a detectar el proceso de duelo de Eva. El CCRT comprueba que se encuentra en la fase de aflicción y turbulencia afectiva, en donde los sentimientos de tristeza, enojo, culpa, anhelo, añoranza, soledad, impotencia, temor,

desilusión, etc. son detectados por el método y el foco planteado trabajó con dichas emociones. Basándose clínicamente en el CCRT, se concluye que la pérdida es reciente pero el sistema familiar es buen sostén en esta situación crítica. Eva ha logrado enfrentar el miedo y sus sentimientos son de dolor y tristeza.

La valencia de las respuestas positivas y negativas del total del tratamiento confirmó que existe mayor porcentaje de respuestas negativas; sin embargo, al comparar la fase inicial y la fase final del tratamiento se vio un cambio significativo; es decir, en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tuvieron mayor porcentaje, debido al doloroso motivo de consulta, pero en la fase final de la terapia las respuestas positivas aumentaron su porcentaje, lo cual se puede atribuir a la forma en la que la paciente pudo expresar y trabajar intensamente con ella misma. De manera más detallada, se observa que su forma de responderle a los demás no ha tenido una modificación significativa, pero al final de la terapia sus respuestas tanto positivas como negativas aumentaron. Las respuestas hacia los demás son un tanto ambivalentes y esto se debe a que la pérdida es reciente y a la angustia que le genera el fin de la terapia.

La elaboración del duelo por la muerte de un hijo es tarea difícil, pero afortunadamente no siempre es así, las familias dotadas de recursos internos pueden afrontar estos procesos tras la pérdida de un hijo poniendo en acción estrategias eficaces que les lleven a una reestructuración. Por otro lado, la tendencia a las repeticiones, el no poder salir de la lamentación y autoacusación por la pérdida también pueden ser fuertes y desencadenar en patologías (Tizón & Sforza, 2008). Por ello es importante minimizar los efectos negativos y crear espacios propicios para que la pareja viva su duelo.

Tras la muerte de un hijo en la primera infancia, los padres necesitan contención, consuelo, compañía y, bastante a menudo asistencia. En la actualidad existen estudios controlados que muestran que el apoyo o *counseling*, aun breve, reduce significativamente la morbilidad de los padres en este tipo de pérdidas (Forrest, Standish, & Baum, 1982). El brindar apoyo desde la institución, dándole a la pareja la posibilidad de sentir que en medio de un momento difícil aún se puede tener control de la situación o, “el intervenir de manera activa en plena crisis tiene enorme valor preventivo de posibles patologías en la elaboración del duelo” (Lieberman, 2007, p. 141).

En el espacio brindado se cumplieron las metas, la paciente pudo expresar las emociones que le generaban dolor y así mismo, pudo manifestar que necesitaba elaborar esta pérdida en su propio tiempo, sin tratar de forzar sus sentimientos con tal de no afectar negativamente el sistema familiar.

6.5 El caso de Amalia: Pérdida de un nieto

6.5.1 Ficha de identificación

Nombre: Amalia

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Lugar de Origen: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Ocupación: Bibliotecaria

Tratamiento: Del 15 de septiembre al 3 de noviembre de 2005

6.5.2 Plan de tratamiento

Foco de trabajo

Trabajar con los sentimientos de tristeza, miedo, odio y culpa generados por la pérdida de la nieta cinco años atrás por homicidio, estas mociones fueron reprimidas debido a que la paciente se encontraba involucrada como testigo en el proceso legal. Como foco complementario se trabajó el fin de la terapia.

Metas

Que asimilara que no por reprimir sus emociones la familia dejará de sufrir y que se diera la oportunidad de sentirse descontrolada expresando abiertamente lo que le daña con el fin de darle un nuevo sentido al dolor de la pérdida de la nieta y de otros duelos previos, y que sienta que los demás pueden estar ahí para contenerla.

Aprender a delimitar el rol que ella ocupa dentro de la familia y darle a su hija las responsabilidades que le tocan realizar en su función como madre.

6.5.3 Evaluación clínica

Inicial

La paciente, una mujer de edad madura, dedicada a trabajos de oficina pide ayuda porque siente que no ha podido superar la pérdida de su nieta, sigue sintiendo tristeza, dolor, impotencia, miedo y culpa de saber que pudo haber hecho algo más. El evento había ocurrido cinco años atrás y las causas del fallecimiento tuvieron que ver con un maltrato físico por parte del padre del infante, hecho que provocó la muerte de la niña y el encarcelamiento del padre. <<Todavía me duele, han pasado ya algunos...aún me pongo nerviosa, aún me pongo triste. Yo espero que esta terapia ayude a sobrepasar este problema. Mi nieta tenía dos años y medio, la tuve conmigo ese tiempo y su papá de repente decidió llevársela a hacer familia con ella, pero no contaba con los recursos, ni con la sabiduría de padre para enfrentar ese problema>>.

La nieta era hija de su hija, la cual se quedó embarazada en la adolescencia y en primera instancia había sido rechazada por la pareja. La paciente se enteró de este embarazo después de ocho meses, y a partir de ahí se dedicó a cuidarla durante el trayecto final del embarazo y a ayudarle con los cuidados que requería la recién nacida. Posteriormente la hija y su pareja decidieron vivir juntos y llevarse con ellos a la criatura, pero en la relación había manifestaciones de violencia física, psicológica y económica. <<Yo traté de ayudarlos todo lo posible para que su matrimonio fuera estable...Mi nieta pienso que sufrió mucho al lado de sus papás, le tenían bastantes manifestaciones de rechazo. Yo la quise mucho, la quiero todavía, pienso que donde está, está descansando, y yo debo estar tranquila>>.

Siente que pudo haber hecho más por su nieta y refiere que el vínculo era más el de una madre e hijo. << A esta niña la traté como mi hija, la crié como mi hija, me encariñé con ella como hija, entonces pienso que el sentimiento es el que perdura todavía, la pérdida de un hijo, no de un nieto, siento que la extraño y siento que pude haber dado más por ella y que pude haber hecho más por ella>>.

La relación actual con su hija es complicada, ésta tiene otro hijo de la misma pareja y ambas se encuentran viviendo en casa de la paciente. Amalia quiere apoyarle para que termine de estudiar y al mismo tiempo quiere generar en ella misma límites para ejercer el rol de abuela y

no el de madre otra vez. Esta preocupada porque no ve que su hija cuente con el instinto maternal y porque la relación de la familia se ha deteriorado, en el sentido de que sus dos hijas ya no tienen buena relación.

Amalia relata que en su vida de pareja también hubo maltrato, se quedó embarazada a los 17 años y ha mantenido la misma relación desde entonces. Recordó haber sido una niña tímida y enfermiza. Recién nacida padeció de los bronquios, hecho que en la actualidad sigue siendo motivo de consultas médicas.

Tuvo una infancia grata en donde había juegos con los hermanos, ella se encontraba más cercana al padre que a la madre y desde pequeña la dejaron al cuidado del hermano menor. Amalia es la cuarta de seis hermanos. Debido a carencias económicas empezó a trabajar muy joven y fue donde conoció a su actual pareja. Formó su propio hogar después del nacimiento de su hija, embarazo que mantuvo en secreto durante siete meses.

Final

Se trabajó sobre otras pérdidas que la paciente había atravesado, como la muerte de uno de sus hijos a la hora del nacimiento, evento que superó con el paso del tiempo; sin embargo refiere que la pérdida de su nieta ha sido lo más dolorosa que ha pasado y que no pudo expresar sus emociones abiertamente. Reprimió el llanto y su dolor puesto que no quería que su hija afrontara el nuevo embarazo con tanta tristeza.

Mencionó que a la mayoría de las situaciones de conflicto reacciona callándose, pero que en el espacio terapéutico a pesar del dolor que le generó recordar, pudo expresar sus sentimientos. << *A la mejor si sigo teniendo emociones, ya no las voy a controlar tanto, voy a tratar de sacarlas de la mejor forma, la mejor manera, que no me hagan daño, porque siento que si quedaron ahí, que son fuertes, que causaron algún daño, qué bueno van a seguir doliendo pero ya van siendo de una forma más tranquila, porque ya va pensando uno pues sucedió tenía que suceder, tenía que pasar, y no estaba en mis manos, ninguna otra cosa, o sea, por aquellas dos cuestiones a partir de mi hija y lo de mi nieta... >>.*

Se ha sentido más fortalecida, en varios momentos se ha visto caer; sin embargo refiere que se ha levantado y eso le produce satisfacción. Quiere superar el dolor y quedarse con los momentos de alegría que pasó junto a la nieta. En la psicoterapia muestra fotos en donde aparece la nieta y comentó que ya podía verlas con tranquilidad y sin sentir la tristeza de

antes. << *Quise traerlas para sentir que ya había superado esto, lo que estamos trabajando ya está superando*>>.

Se trabajó con el fin de la terapia, un espacio en donde Amalia se sintió a gusto. El hablar de sus emociones le ha hecho sentirse fortalecida, quiere sentirse bien para poder brindarle ayuda y apoyo a su hija cuando ésta se lo solicite. << *El hablar me ha permitido sacar lo que tengo dentro, oírme...no hay miedo, no hay temor al contrario. Ponerle palabras a mis sentimientos me va dar una solución para mis problemas, eso es lo que he sacado en conclusión y que me voy a dedicar este, un poco a mí, ya lo estoy haciendo, de hecho ya estoy pensando en mí...>>.*

Concluye que quiere estar bien y ser fuerte para poder darle a sus seres queridos momentos mejores. Desea darle a sus hijas mayor independencia aunque sabe que eso será complicado, sin embargo desea que ellos aprendan a enfrentar por sí mismos sus problemas. Descubrió que la constancia en el espacio terapéutico la motivó y le permitió “abrir los ojos”. Sintió descanso de poder trabajar su dolor y se siente con una mayor preparación, << *...ya estoy en otra etapa diferente para mí... yo tengo que continuar y entonces ahorita es un especie de ancla que encontré y que entonces me ayuda para seguir escalando, para seguir agarrando más fuerza, tiene mucho conocimiento, tiene mucho trasfondo. Me siento afortunada de estar colaborando y de sentirme apoyada porque yo lo siento como un apoyo para mi persona*>>. Su forma de agradecer al terapeuta fue dándole un obsequio que ella misma realizó.

6.5.4 Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno por estrés postraumático, de inicio demorado [309.81]

Eje II: No hay diagnóstico [V71.09], características de personalidad con tendencia a la evitación

Eje III: Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides
Enfermedades del sistema respiratorio

Eje IV: Duelo por muerte de nieto [10]

Eje V: EEAG= 55 (en el ingreso)

EEAG= 71 (actual)

6.5.5 Reacciones transferenciales y contratransferenciales

La paciente llega con la esperanza de ser ayudada en este espacio a superar la muerte de su nieta, aunque no sabe si el dolor irá saliendo poco a poco. Se muestra como una persona que se encuentra al pendiente de su familia, está acostumbrada a cargar con responsabilidades desde muy pequeña y desea ayudar y apoyar a los que quiere, a pesar de los malos tratos que recibe pues ella se muestra precavida y discreta en sus relaciones.

Se percibe que desea en este espacio ser cuidada y apoyada, desea que, a diferencia de los integrantes de su familia, yo sea una madre protectora que le ayude a quitarse responsabilidades que no debe cargar, como, por ejemplo, en la infancia hacerse cargo de sus hermanos, ocupar el rol de madre con sus nietos en vez del rol de abuela o actuar como madre y padre en la educación de sus hijos puesto que su pareja se aísla.

Se muestra en las sesiones flexible y participativa, como “una hija obediente”. Se relaciona a través de sus síntomas orgánicos, esperando que yo le brinde atención por estos hechos como lo hizo su madre en la infancia y la cobije. O como ella lo hace con sus hijos, en donde a pesar de cualquier equivocación que cometan, ella se considera una buena madre, brindando siempre el apoyo.

No sabe cómo expresar las emociones que le generan dolor, se autocontiene y prefiere callar y reservar su dolor. Siente que no sabe cómo controlar sus sentimientos si se deja llevar por ellos. Evita los problemas, muestra una reacción pacífica pero internamente está encontrando sus propias soluciones, aunque a veces no las puede concretar por la reacción negativa de los demás. Quiere darse la oportunidad de sentirse acompañada en el proceso de duelo y está buscando la compañía de alguien a quien le pueda abrir las emociones sin sentir que solamente ella es la que realiza el trabajo, en este caso el trabajo psicoterapéutico.

Contratransferencialmente deseo apoyarla brindándole un espacio en donde sienta que puede expresar todo lo que le duele, y le hago saber que poner en palabras el sufrimiento ayuda muchas veces a elaborarlo. No me siento forzada a cuidar de ella ya que veo que no está

dejando en mis manos la responsabilidad de resolver el conflicto sino que busca acompañamiento.

6.6.6 Clinimetría

Agosto del 2005

Pruebas aplicadas:

- Test de la Figura Humana K. Machover
- MMPI-2

Resultados:

A través del Test Proyectivo de K. Machover se detecta un estado de ansiedad importante así como una postura de desconfianza, lo cual ha empobrecido su habilidad para establecer relaciones interpersonales de manera satisfactoria ya que aunado a lo anterior, es evidente cierta dificultad en el manejo de la agresión.

Existen características de impulsividad así como rasgos histriónicos.

En cuanto al perfil obtenido en el MMPI, se evidencia que se trata de una persona con apego extremo hacia las normas y convencionalismos sociales, que niega experimentar sentimientos de inadecuación debido a un funcionamiento excesivo de su sistema defensivo.

Refleja características de personalidad histriónica; es decir, dependiente y demandante de afecto, así como de preocupación significativa sobre su salud física.

Por otra parte, tiende a tener una visión pesimista de su entorno, experimentando sentimientos de minusvalía y desesperación, que la podrían llevar a un estado depresivo. Tiende a emplear la somatización como una manera de manejar la ansiedad.

6.5.7 Resultados: Comparación entre la fase inicial y la fase final de la terapia con el método CCRT-LU

A continuación, se analizarán aspectos relevantes de las narraciones de la paciente. Los episodios fueron evaluados con las dos fases del método CCRT (para más detalle consultar *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998). En la Fase A se identificaron los episodios de relación y en la Fase B, se extrajo el CCRT del *set* de narraciones.

En ambas fases del método, surgieron los siguientes datos: a) el análisis total de las ocho sesiones; b) la diferencia que resulta al comparar la fase inicial (cuatro primeras sesiones) con la fase final (cuatro últimas sesiones); c) la relación que tiene cada una de las variables analizadas con el resultado clínico de la psicoterapia y d) y el grado de significancia y fiabilidad.

Fase A: Localizando los Episodios de Relación.

- **Muestra**

La muestra de la investigación estuvo conformada por ocho sesiones de un total de quince. Cuatro sesiones de la parte inicial del tratamiento (entrevista 1, entrevista 2, sesión 1 y 2) y cuatro sesiones de la parte final del tratamiento (sesión 9, 10, 11, 12). De las ocho sesiones se obtuvieron un total de 90 episodios de relación.

- **Episodios de relación**

Es importante tener una muestra adecuada de episodios de relación (ER), para así obtener un CCRT representativo del tratamiento o de las fases del tratamiento. Normalmente es suficiente tener la muestra de las dos primeras y últimas sesiones del tratamiento para poder localizar 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte inicial y 10, o cerca de 10, episodios de relación de la parte final. Sin embargo, se necesitan realizar más investigaciones para determinar el número adecuado de episodios de relación y de sesiones que determinen una muestra representativa para elaborar el CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

En esta investigación se están comparando dos bloques (fase inicial y fase final). En la fase inicial se obtiene un subtotal de 48 ER, siendo la entrevista 1 la que cuenta con el mayor número de episodios relacionales de esta etapa. En la fase final aparecen un subtotal de 42 ER, hallando en la sesión 9 la mayor cantidad de episodios de relación (véase Tabla 77).

En cuanto a los episodios sobre duelo obtenemos de ambas fases un total de 20 ER. En la fase inicial encontramos 8, siendo la sesión 1 la que cuentan con el número más alto de episodios sobre duelo. En la parte final obtenemos 12 ER, siendo la sesión 11 la que tiene más episodios. En este estudio no se contabilizaron los sueños dentro del total de ER, ya que no se presentó ninguno (véase Tabla 77).

Tabla 77. Número de Episodios de relación por sesión

Fase	Sesiones	ER de duelo	ER sin duelo	Sueños de duelo	Sueños otros	Total de ER
Inicial	Entrevista 1	1	13	0	0	14
	Entrevista 2	0	13	0	0	13
	Sesión 1	6	7	0	0	13
	Sesión 2	1	7	0	0	8
	Subtotal ER inicial	8	40	0	0	48
Final	Sesión 9	3	11	0	0	14
	Sesión 10	3	7	0	0	10
	Sesión 11	4	5	0	0	9
	Sesión 12	2	7	0	0	9
	Subtotal ER final	12	30	0	0	42
Total ER		20	70	0	0	90

Al observar las frecuencias de los episodios de relación de las 8 sesiones, se ve que la entrevista 1 y la sesión 9 cuenta con los números más altos. La media de los episodios de relación obtenidos en cada sesión del tratamiento fue de 11,25 ER por sesión, un número bastante favorable si se considera que son 10 los episodios relacionales necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases (véase Figura 62).

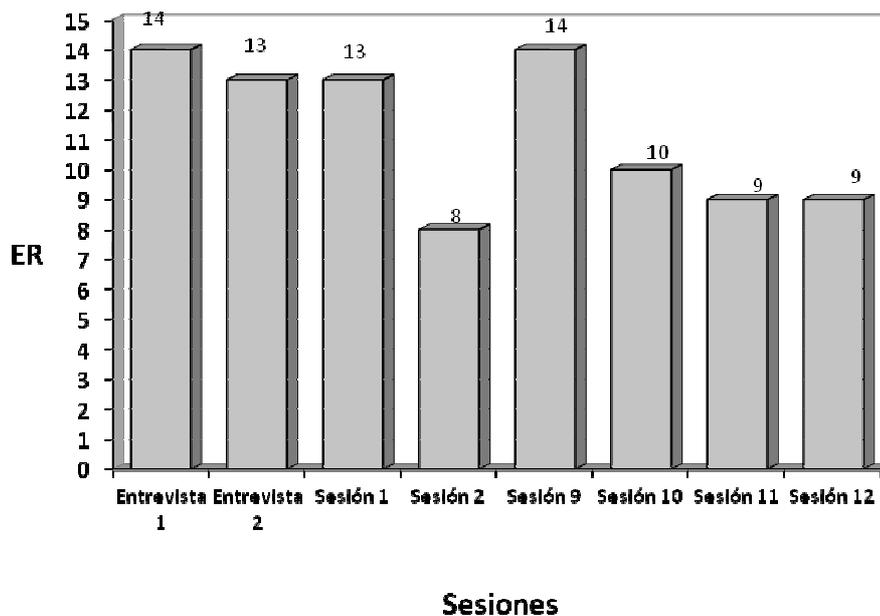


Figura 62. Frecuencia de ER para cada sesión de la terapia

Interpretando clínicamente la frecuencia de episodios de relación en cada sesión, la entrevista 1 cuenta con el mayor número de ER debido a que se tiene que establecer la relación terapéutica y el material biográfico ocupa un espacio muy grande (Albani et al., 2002); sin embargo, en esta primera entrevista la paciente mencionó la relación que mantenía con su hija y cómo se fue generando la dinámica que propició el fallecimiento de su nieta. En la sesión 1, 6 de un total de 13 episodios se refieren a sucesos sobre la pérdida. En la fase final de la entrevista 9 predominan los ER y esto se debe a que se empezó a trabajar con el foco suplementario del fin de la terapia y a que la paciente en sesión anterior había manifestado a través del llanto su dolor, hecho que la asustó porque se sentía descontrolada emocionalmente.

- **El tipo de objeto.**

En este apartado se identificarán la o las personas significativas con las que el sujeto interactuó en los episodios de relación. Como se vio en el capítulo sobre CCRT de esta tesis, los objetos más comunes suelen ser los padres, la pareja, un amigo, el jefe, el terapeuta y la interacción del sujeto consigo mismo.

El análisis global de los objetos muestra que el objeto que destaca es la hija con un 26.7%; se destacarán otros miembros de la familia, como la pareja con el 10.0%, el terapeuta, con el

7.8%, el sujeto consigo mismo con el 5.6%, la madre, hermana e hijo con el 4.4%, la nieta con el 3.3%, y aparece un episodio relacional con un objeto inanimado (fotos de la nieta) con el 1.1%. Los episodios de relación con objetos inanimados son excluidos solamente porque son raros (Luborsky, 1998a), pero en este estudio fue considerado ya que el episodio está relacionado con los sentimientos de la paciente sobre la nieta que falleció.

Tabla 78. Objetos del total de las sesiones

Objeto	Frecuencia	%
Hija	24	26.7
Pareja	9	10.0
Terapeuta	7	7.8
Sujeto	5	5.6
Familia	5	5.6
Madre	4	4.4
Hermana	4	4.4
Hijo	4	4.4
Nieta	3	3.3
Novio de la hija	3	3.3
Hijos	3	3.3
Compañeros	3	3.3
Nieto	2	2.2
Padre	2	2.2
Jefe	2	2.2
Psicólogo	2	2.2
Abuelos	1	1.1
Compañera	1	1.1
Difuntos	1	1.1
Director	1	1.1
Doctora	1	1.1
Ex Jefe	1	1.1
Licenciada	1	1.1
Madrina	1	1.1
Foto nieta	1	1.1

Al analizar la Tabla 78 y comparar los objetos se destacarán algunos que sobresalen en cada una de las fases.

En la fase inicial los episodios con la hija ocupan el 39.6% y al final descienden al 11.9%, el sujeto consigo mismo cuenta al inicio con el 6.2% y al final con el 4.8% y la nieta al inicio cuenta con 6.2% y al final con 0% de episodios. En la fase final, la pareja pasa al inicio del 8.3% al final al 11.9%, el hijo al inicio cuenta con el 2.1% y al final cuenta con el 7.1% y la terapeuta al inicio tiene 0% y al final cuenta con 16.7%

Como se observa, la hija es la que aparece con mayor frecuencia en los episodios de relación. Esto se debe a que la paciente relató los momentos que influyeron en la pérdida de la nieta. En segundo lugar aparece la pareja de Amalia, con el que ha mantenido una relación en donde ha existido la violencia, pero el dolor que se encuentran atravesando los ha mantenido unidos.

A continuación se presentan algunos ejemplos del tipo de objeto que tuvo mayor frecuencia en la psicoterapia:

Episodios de relación con algún integrante de la familia (ER: objeto), por ejemplo:

Entrevista 1
ER. Núm. 8
ER-O, Hija

<<En una ocasión...estaba mi hija haciendo limpieza, traía a la niña en el piso con el pañal súper orinado, sucio el niño; entonces yo la levanté, “mira cómo traes a esta niña, mira sin camiseta, solo en pañalito orinado no sé de cuántas veces”, “de toda la mañana, me dijo ella”, “por qué no tiene pañales”, lo levanté y le dije: “mira cómo traes esa criatura...cómo es posible, en la vida trajimos al niño así, en la vida, le dije”, “y ahora, para eso te trajiste al niño”, “es que no tengo pañales, no tengo dinero para comprar pañales”, “este, fulanito los va a traer cuando llegue en la noche los va a traer”, le digo: “no, sabes que me la voy a llevar”, “no, es que si te la llevas me va pegar”, yo le digo: “no sé, será tú problema, ahorita la niña es mi problema, es la niña, le digo”, “es más, ¿para eso querías traerte al niño?”, “yo soy muy feliz me dijo, me vuelve a decir, yo soy muy feliz”, me la llevé...>>.

Entrevista 1
ER. Núm. 11
ER-O, Pareja

<< Como de noviembre a enero más o menos no, no los veía, no los veía y de repente yo lloraba, lloraba mucho y decía: “los voy a ir a ver, le decía a mi marido lo voy ir a ver, claro a ver si me abren, a ver si me reciben no”, y luego él me decía: “no vayas, no vayas, tu hija tiene que venir, tiene que reconocer que nosotros lo único que hicimos fue quererla, ayudarla, apoyarla dice, no, no vayas”; me esperaba dos o tres días y luego él era el que me decía: “bueno vamos a asomarnos a lo mejor están enfermos, a lo mejor esto, a lo mejor y...” entonces yo le decía al revés: “no, no, tú dijiste que nos esperemos porque tienes razón, nosotros no hicimos nada”. Lo más lógico que ella se acercara a nosotros, así trascurrieron tres o cuatro meses hasta enero que fue ella...>>

Solamente se tomaron en cuenta las partes de la sesión que visiblemente fueren narraciones.

ER: Terapeuta (narrativa). El paciente cuenta un episodio sobre interacciones pasadas o presentes con el terapeuta, por ejemplo:

Sesión 12
ER. Núm. 1
ER-O, Terapeuta

<<Venía reflexionando o sea venía muy entusiasmada porque me puse a reflexionar dije: “bueno una reflexión, eso me quedó del mensaje de la última sesión”, y entonces dije que aprendí si me siento más este... reforzada, me siento bien, creo que fue muy fructífero, se aprende, no nada más se aprende de ir y comprar algo, de ir y aprender algo inglés u otra materia sino esto también me deja, deja mucho aprendizaje. Este es un obsequio, dije: “voy a mi última sesión, y así como que me quedó algo agradable de todo esto, pues voy a dejar algo pequeñito agradable a mi psicóloga”... si esto se midiera por cantidad de todo lo que he recibido no entraría aquí, enorme, enorme, enorme, me quedo muy contenta, no me voy porque a la mejor hay oportunidad de que nos volvamos a ver más adelante pero me quedo muy contenta con lo que llevo... pues esto es algo sencillo, bonito y pequeño, pero con esto quiero decirle gracias >>.

- **Tiempo**

En las narraciones que los pacientes cuentan se encuentra el tiempo inmerso. Abarca recuerdos infantiles el presente y las expectativas para el futuro. En la obra de Luborsky (1998a) no se encuentra especificado, de manera puntal, la clasificación del tiempo en cada episodio. En esta tesis seguiremos los lineamientos más comunes, así entenderemos como pasado: lo ocurrido después de tres años, presente: lo ocurrido antes de tres años y futuro: lo que todavía no ha ocurrido pero se prevé que pasará.

Se observa que en el total del tratamiento se encuentran mayores episodios del pasado 75.6% que del presente 24.4%.

Al comparar la fase inicial con la final, analizamos que en las 4 sesiones iniciales se trabajó más con el pasado 89.6% que con el presente 10.4% y en la 4 sesiones finales se trabajó igualmente más con episodios pasados 59.5% que presentes 40.5% (véase Tabla 79). Esto es altamente significativo ($\chi^2 = 10.959$, $df = 2$, $p < .001$).

Tabla 79. El tiempo

FASE		PASADO	PRESENTE
Inicial	Frecuencia	43	5
	%	89.6	10.4
Final	Frecuencia	25	17
	%	59.5	40.5
Total de sesiones	Frecuencia	68	22
	%	75.6	24.4

En la fase inicial el material bibliográfico fue recopilado en entrevistas iniciales, y el foco de trabajo fue establecido. En todo el proceso psicoterapéutico el duelo por el fallecimiento de la nieta fue trabajado, esto explica porqué al final de la psicoterapia los eventos del pasado siguieron sobresaliendo.

- **Puntuación**

Las narrativas de los pacientes varían en puntuación ya que la extensión o similitud depende de lo que el sujeto elija contar. Se incluyeron solamente los episodios de relación que fueron puntuados por arriba de 2.5. En total se evaluaron 81 ER.

Existen cinco principios de utilidad a la hora de evaluar los episodios de relación (para más detalle consultar Luborsky, 1998a). Uno es el detalle de la interacción que mantiene el sujeto con el objeto. Estos detalles en específico son los hechos que suceden, los deseos, las respuestas de la otra persona, las de él mismo y los resultados de lo que ha sucedido.

Ejemplo de un episodio de relación poco detallado:

Sesión 12
ER. Núm. 6
ER-S
Val. 2.5

<< Venía yo reflexionando, me decía yo: “estaba muerta, estaba con miedo y este, estoy aquí otra vez... fortalecida sí, sí de esta experiencia”, tener los mismos errores o más errores todavía, y esto hace falta, qué rudo y qué crudo ¿no? pero hace falta las malas experiencias para que uno vuelva a resurgir, y vuelva a retomar uno y vuelva uno a aprender porque la vida es aprendizaje>>.

Ejemplo de un episodio de relación detallado:

<< Ellos vivieron juntos una semana...entonces a la semana regresa mi hija golpeada. Yo ya les había brindado algunas cosas en la casa, incluso ayudé con una mudanza para llevárselas. A la semana regresa, “mamá fulanito me golpeó, mira cómo estoy golpeada”, “ya no quiero saber nada de él”, entonces yo le dije: “no hija, las cosas no son así, vamos a levantar una demanda”; “no, lo único que quiero es sacar mis cosas de la casa”, le dije; “no puedes hacer eso porque para mí me interesas tú, mira cómo vienes lastimada” y entonces no puedo ir yo y yo asumir ¿y de qué sirve que yo voy a levantar la denuncia que la golpearon y ella a lo mejor lo niega en ese momento? porque ya uno influye como madre...Qué puedo hacer,¿ hago que mi hija vaya a denunciarlo? Es lo correcto, es lo correcto denunciar y este, si está mal y me dice: “que no, que no es cierto”, bueno ok, yo todavía le digo: “vamos, vamos a sacar tus cosas”...>>.

Fase B: Evaluando el CCRT

- **Los componentes**

Los componentes a identificar son tres: a) los deseos (D); b) las respuestas de los otros (RO), y c) las respuestas del sujeto (RS). Dado que estamos utilizando la reformulación alemana del método CCRT, los componentes se dividen en 8, en vez de 4, dependiendo de si la función recae en el sujeto o en el objeto. Las dimensiones de deseos (DOO, DOS, DSO, DSS) y respuestas (ROO, ROS, RSO, RSS) son análogas (revisar el capítulo sobre CCRT de esta tesis).

- **Identificando los tipos de componente del CCRT**

Se encuentran un total de 602 componentes en las 8 sesiones analizadas de la psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con un total de 519 y los deseos la menor cantidad con un total de 83. En cuanto a los deseos, el que tiene el mayor porcentaje es el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO) con el 6.1%, le sigue el deseo del sujeto hacia sí mismo (DSS) con el 4.7%, posteriormente el deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) con el 2.2% y, por último, el deseo del objeto hacia el objeto con 0.8%. En cuanto a las respuestas, en primer lugar, la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con el 34.6%, le sigue la repuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) con el 24.1%, después la respuesta del objeto hacia el sujeto

(ROS) cuenta con el 21.1% y, por último, la respuesta del objeto hacia el objeto (ROO) con el 6.5% (véase Tabla 80).

Tabla 80. Frecuencia de los componentes CCRT-LU del total de la psicoterapia

Componentes	Frecuencia	%
DOO	5	0.8
DOS	13	2.2
DSO	37	6.1
DSS	28	4.7
Total de Deseos	83	13.8
ROO	39	6.5
ROS	127	21.1
RSO	208	34.6
RSS	145	24.1
Total de Respuestas	519	86.3
Total	602	100

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

Por el lado de los deseos, es el del sujeto hacia el objeto (DSO) el que ocupa la mayor frecuencia y por el lado de las respuestas, es la del sujeto hacia el objeto (RSO) la que se aparece mayormente.

- **Niveles de inferencia: de lo literal a lo moderadamente abstracto**

La inferencia se utiliza de manera más frecuente en el componente del deseo (D), ya que las necesidades o intenciones expresadas por el sujeto no siempre son conscientes. Luborsky (1998a) recomienda utilizar un nivel de inferencia moderado ya que un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable y resultaría difícil conseguir un acuerdo entre jueces.

En este caso se encuentra que de los 83 deseos evaluados, solamente 13 han sido inferidos y 70 han sido explícitos. En estas inferencias el primer lugar lo ocupa el (DSO) con un total de 6, seguido del (DOS) con un total de 5 y, por último, el (DSS) y (DOO) con un total de 1.

Esto facilita la confiabilidad entre jueces ya que la mayoría de los deseos han sido exployados abiertamente.

- **Contando los tipos de componente para formular el CCRT**

Para el desarrollo de los siguientes apartados se anexa un recuadro que solamente incluye los 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel del método CCRT-LU, (para mayor detalle consultar anexo 2).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Atender aB. ApoyarC. Amar, sentirse bienD. Tener autodeterminaciónE. Deprimirse, resignarseF. Estar insatisfecho, asustadoG. Estar determinado por otrosH. Estar enfadado, ser antipáticoI. Ser poco fiableJ. RechazarK. DominarL. Molestar, atacarM. Retirarse en uno mismo |
|--|

A continuación se analiza la secuencia de componentes más frecuente de cada sesión de la fase inicial (Tabla 81) y de la fase final (Tabla 82). Tal como señala Luborsky (1998a) la formulación final se compondrá de los Deseos y Respuestas que hayan aparecido con más frecuencia en los diferentes episodios de relación de cada sesión. Marcamos con una “N”, los componentes de signo negativo y los de signo positivo aparecen sin índice, el número entre paréntesis es la frecuencia con la que aparece en esa sesión.

Tabla 81. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase inicial

Componentes	Entrevista 1	Entrevista 2	Sesión 1	Sesión 2	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	--	--	--	C11 (2)	C11	C1. Ser cercano
DOS	--	C11 (1)	B23 (3)	B23 (1) D17 (1)	B23	B2. Ayudar, dar independencia
DSO	B23 (3)	C11 (1)	B21 (2)	B11 (1) B23 (1) C33 (1) D28 (1)	B23	B2. Ayudar, dar independencia
DSS	D14 (1) D15 (1)	B23 (1) C33 (1) D16 (1) D28(1) M11 (1) M18 (1)	D14 (2)	C11 (1) C23 (1) D15 (1)	D14	D1. Ser interiormente fuerte
ROO	H16 (2) I12 (2) J21 (2) L22 (2)	H13 (3)	H16 (4)	C11 (1) F21 (1)	H16	N H1. Sentir repulsa, estar enfadado
ROS	B11 (5) J21 (5)	B23 (4)	B11 (4)	B11 (2)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSO	H16 (9) B11 (7)	C11 (6)	B11 (8)	B23 (7)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	E12 (4)	C33 (6)	E12 (7)	E12 (2)	E12	N E1. Estar desilusionado

Tabla 82. Secuencia de los componentes más frecuentes en la fase final

Componentes	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	CCRT	CCRT-LU-S
DOO	C11 (1)	B23 (1)	-	-	B23 C11	B2. Ayudar, dar independencia C1. Ser cercano
DOS	C11 (1) C12 (1) D11 (1)	B23 (2)	A11 (1)	B11 (1)	B23	B2. Ayudar dar independencia
DSO	B12 (1) B21 (1) D15 (1) D21 (1)	B21 (1) B23 (1) D15 (1) D21 (1)	C11 (3)	D11 (2) C11 (1)	B21 B23 C11	B2. Ayudar dar independencia D1. Ser interiormente fuerte
DSS	D27 (1)	D15 (3) D21 (1)	D21 (2)	D21 (1) D28 (1)	D21	D1. Ser interiormente fuerte D2. Estar orgulloso, ser autónomo
ROO	J22 (1) K22 (1) L11 (1) L13 (1) L23 (1)	D15 (1) I12 (1) M33 (1)	M12 (1)	L12 (1) M12 (1)	M12	NM1. Retirarse en uno mismo, ser reservado
ROS	H16 (3) L11 (3)	H16 (3)	B11 (3) B23 (2)	B23 (5)	B23 H16	N H1. Sentir repulsa, estar enfadado
RSO	B11 (5) C11 (4)	B11 (6)	C34 (2)	C33 (4)	B11	B1. Explicar, confirmar
RSS	E12 (4) C33 (3) D15 (3)	D15 (5) D21 (3)	C33 (6) D15 (3)	D15 (5) C33 (4)	D15	D1. Ser interiormente fuerte

Después de haber analizado la frecuencia de los componentes tanto para la fase inicial como para la fase final, se realiza un CCRT para cada fase. Se observan algunos cambios significativos al comparar el inicio con el final, por un lado en el Deseos (DSO) y por otro lado en las respuestas (ROO), (ROS) y (RSS), (véase Tabla 83 y 84). Analizaremos esto cuando veamos la evolución de cada uno de los componentes en cada fase.

Tabla 83. Formulación del CCRT en la Fase Inicial

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	B	B	D	H	B	B	E
Amar, Sentirse bien	Apoyar	Apoyar	Tener auto- determinación	Estar enfadado, ser antipático	Apoyar	Apoyar	Deprimirse, Resignarse

CCRT de la Fase Inicial: *Deseo que el otro me apoyé, yo quiero apoyarlo y tener autodeterminación; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento deprimida y resignada.*

Tabla 84. Formulación del CCRT en la Fase Final

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
B / C	B	B / D	D	M	B	B	D
Apoyar / Amar, Sentirse bien	Apoyar	Apoyar / Tener auto- determinación	Tener auto- determinación	Retirarse en uno mismo	Apoyar	Apoyar	Tener auto- determinación

CCRT de la Fase Final: *Deseo que el otro me apoye, yo apoyarlo y darle fortaleza y yo misma tener autodeterminación; el otro me apoya, yo le apoyo y tengo autodeterminación.*

Al juntar ambas fases se puede realizar un CCRT global de la paciente. En la Tabla 85 se muestra la formulación total. Hemos anotado los componentes que aparecen con mayor frecuencia, y también los segundos y terceros más frecuentes.

Tabla 85. Formulación Total del CCRT del Tratamiento

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
C	B	B	D	H	B	B	D
Amar, sentirse bien	Apoyar	Apoyar	Tener auto-determinación	Estar enfadado, ser antipático	Apoyar	Apoyar	Tener auto-determinación
-	C	C	C	J	J	C	C
-	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Rechazar	Rechazar	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien
-	D	D	M	L	H / L	A / J	E
-	Tener auto-determinación	Tener auto-determinación	Retirarse en uno mismo	Molestar, atacar	Estar enfadado, ser antipático / Molestar, atacar	Atender a /Rechazar	Deprimirse, resignarse

Si tomamos los primeros y segundos componentes más frecuentes, se señala el siguiente patrón central de relación de Amalia: *Deseo que el otro me apoye y se sienta bien conmigo, yo quiero apoyarlo y sentirme bien con el amándolo, deseo tener autodeterminación, amarme y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya pero también me rechaza, yo le apoyo y le amo y me siento con autodeterminación y bien conmigo misma.*

Se observa que la formulación final del CCRT de Amalia, clínicamente el conflicto existe entre lo que desea recibir de los demás (DOS); es decir, apoyo y las respuestas ambivalentes que recibe de los demás (ROS), por un lado apoyo pero por el otro rechazo. En el medio familia existen respuestas no armoniosas de otros hacia otros (ROO), pero ella en sí misma (RSS) pasa de tener sentimientos negativos a tener autodeterminación y amor propio.

- **Intensidad de los componentes**

Ahora se analiza la aparición de los componentes más relevantes del CCRT en la totalidad del tratamiento. Se observa que el Deseo que en mayor proporción aparece tanto del objeto hacia al sujeto (DOS), como del sujeto hacia el objeto (DSO), es B. Apoyar, con un 54% y 43% respectivamente. Sin embargo, el deseo de la paciente hacia ella misma (DSS) más frecuente es D. *Tener autodeterminación*, con un 61%. (Véase Figura 63 a 65).

DOS

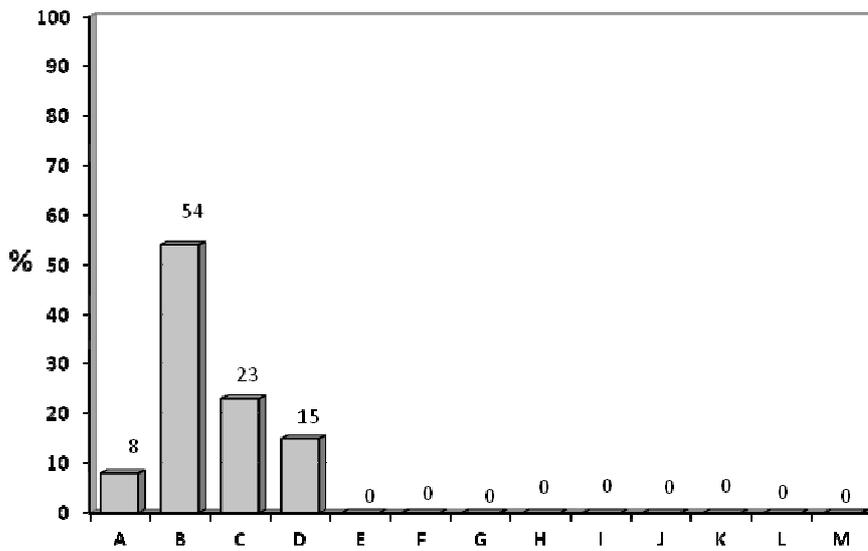


Figura 63. Porcentaje de las categorías en el componente DOS del total del tratamiento

DSO

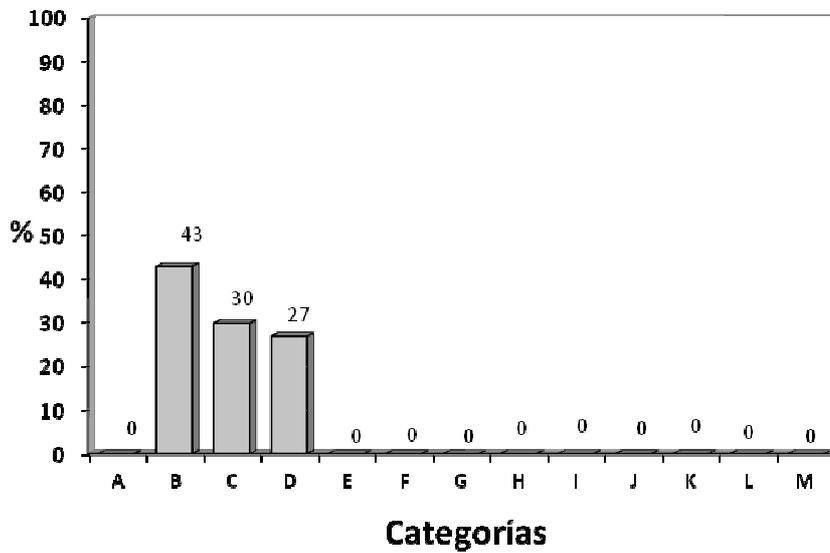


Figura 64. Porcentaje de las categorías del componente DSO del total del tratamiento

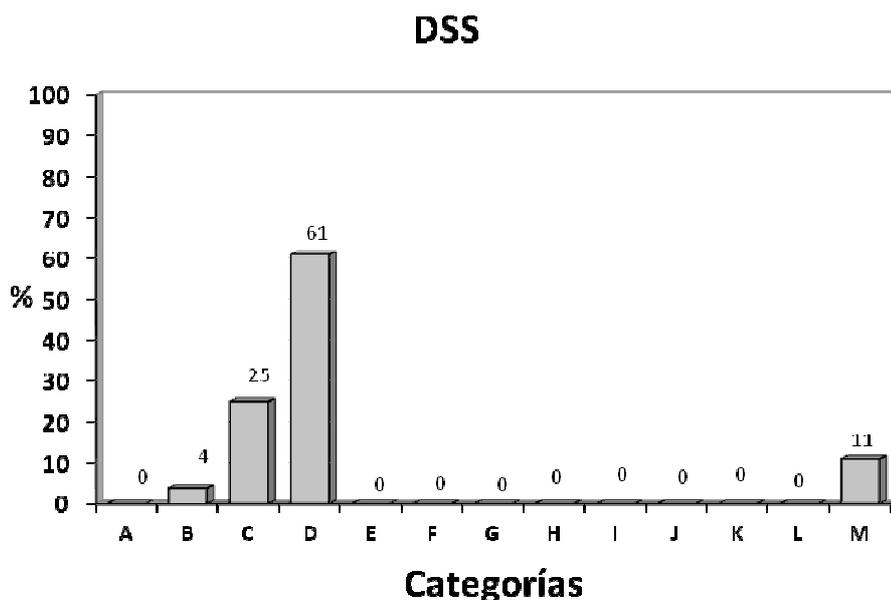


Figura 65. Porcentaje de las categorías del componente DSS del total del tratamiento

En relación a las respuestas observadas en la totalidad del tratamiento, se comprueba que la respuesta que resalta del objeto hacia otro objeto (ROO) es la variable *H. Estar enfadado, ser antipático* con un 28%. La respuesta más frecuente del objeto hacia la paciente (ROS), es *B. Apoyar* con 29%. La respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) es la categoría, *B. Apoyar*, con 32%. Respecto a las respuestas de la paciente hacia ella misma (RSS), se observa que destaca la categoría *D. Tener autodeterminación* con una aparición del 31% (Véase Figura 66 a 69).

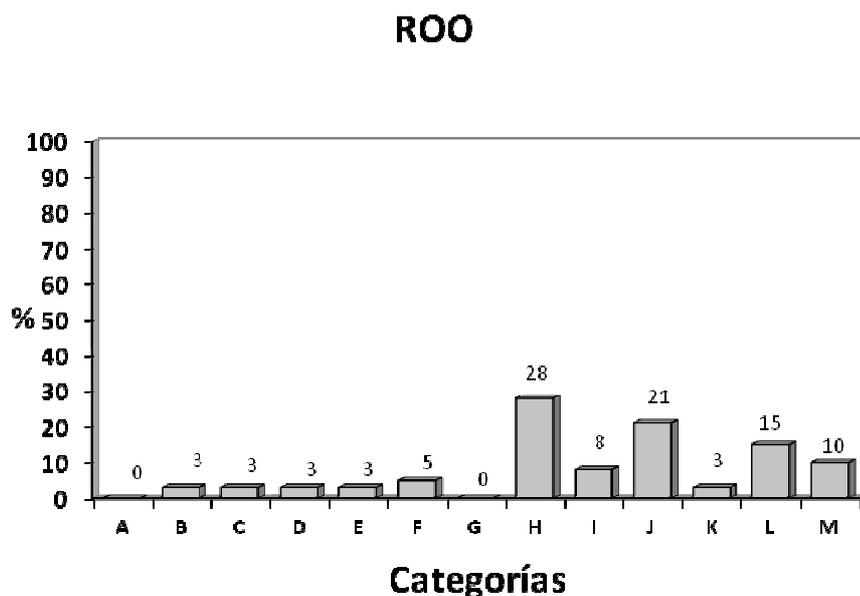


Figura 66. Porcentaje de las categorías del componente ROO del total del tratamiento

ROS

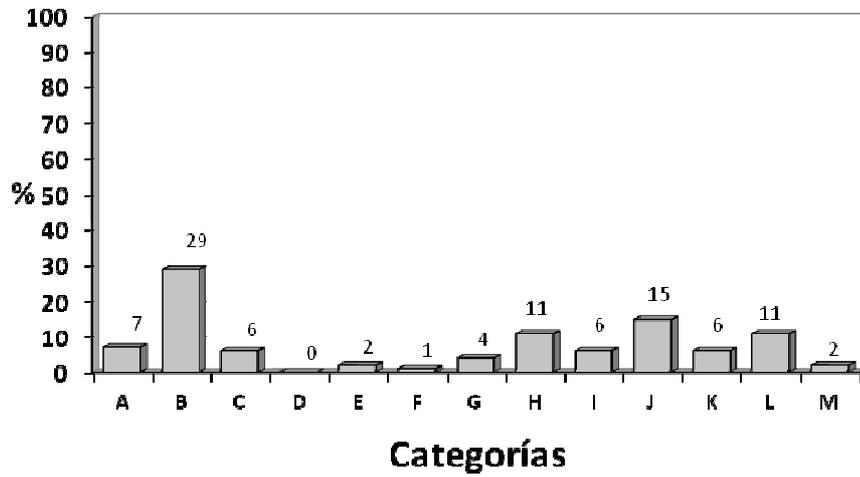


Figura 67. Porcentaje de las categorías del componente ROS del total del tratamiento

RSO

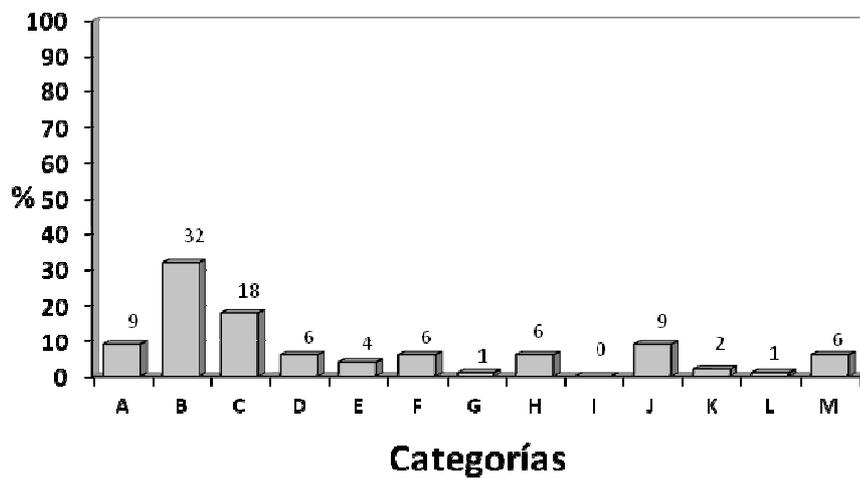


Figura 68. Porcentaje de las categorías del componente RSO del total del tratamiento

RSS

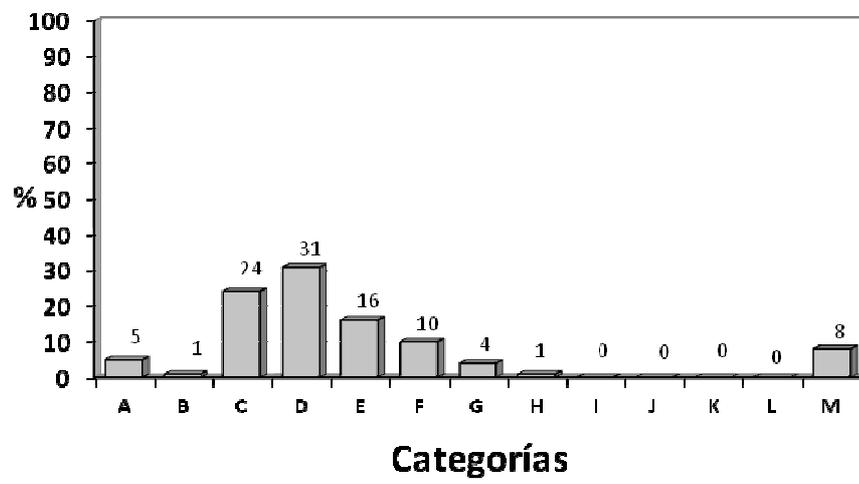


Figura 69. Porcentaje de las categorías del componente RSS del total del tratamiento

6.5.8 Comparación de las categorías entre la fase inicial y la fase final de la terapia

Se mencionaron los cambios que se dieron en algunas categorías al comparar el inicio el final de la terapia. Pero es importante para este apartado, analizar si esos cambios son significativos. Las categorías que aparecen resaltadas en cada uno de los componentes, son en las que se encontró un cambio significativo.

Por el lado de los Deseos se encuentra lo siguiente: en el Deseo del Objeto hacia el Sujeto (DOS), la categoría *A. Atender*, ha pasado del 0% al 14%, la categoría *B. Apoyar*, disminuyó del 67% al 43%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, ha aumentado del 17% al 29% y la categoría *D. Tener autodeterminación*, ha pasado del 17% al 14% (véase Figura 70).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 1.692, Sig. Monte Carlo, $p = 1.0$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

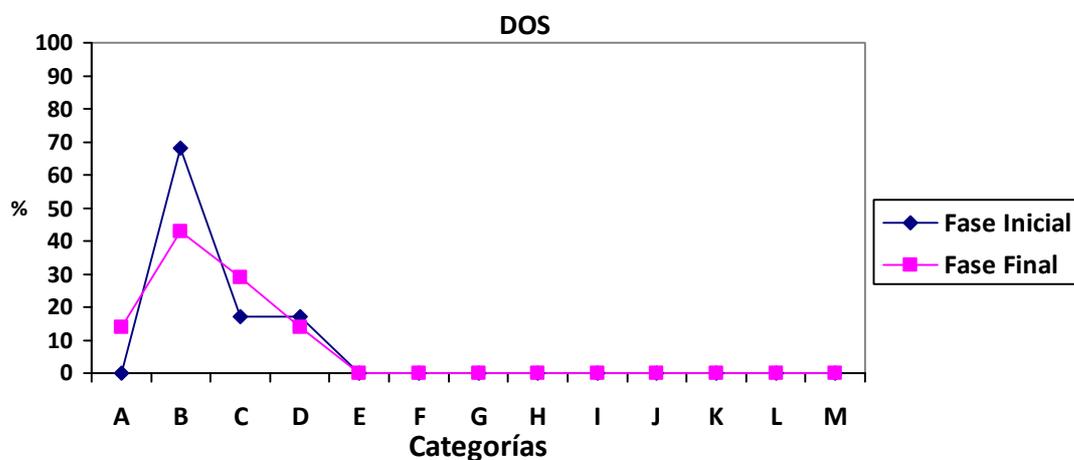


Figura 70. Diferencia en el componente DOS entre el principio y el final de la terapia

En cuanto al Deseo del Sujeto hacia el Objeto (DSO), se observa que la categoría *B. Apoyar*, pasó del 53% al 35%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, disminuyó del 29% al 30%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 18% al 35%, (véase Figura 71).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 1.691, Sig. Monte Carlo, $p = 0.451$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

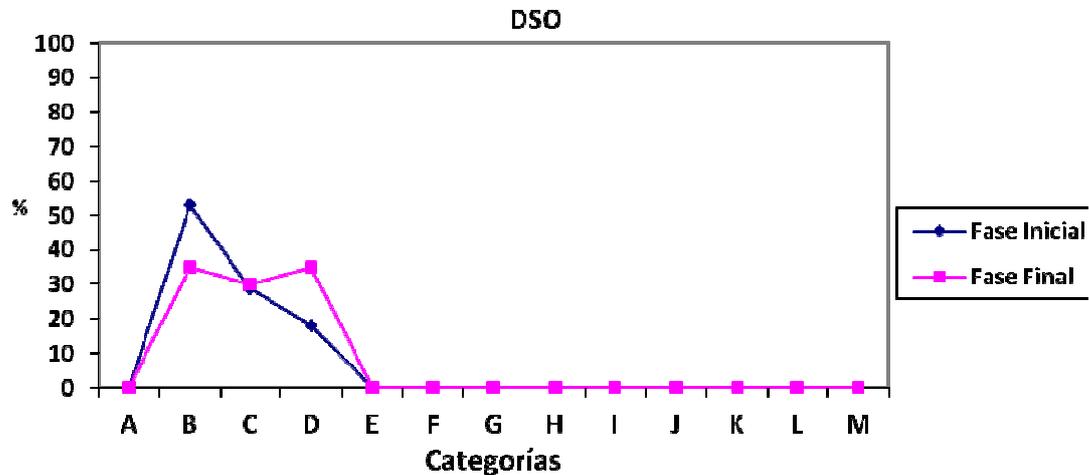


Figura 71. Diferencia en el componente DSO entre el principio y el final de la terapia

El Deseo hacia ella misma (DSS), la categoría *B. Apoyar*, pasó del 7% al 0%, la categoría *C. Amar y sentirse bien*, pasó del 27% al 23%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, aumentó del 47% al 77%, la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 20% al 0% (véase Figura 72).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 4.130, Sig. Monte Carlo, $p = 0.230$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

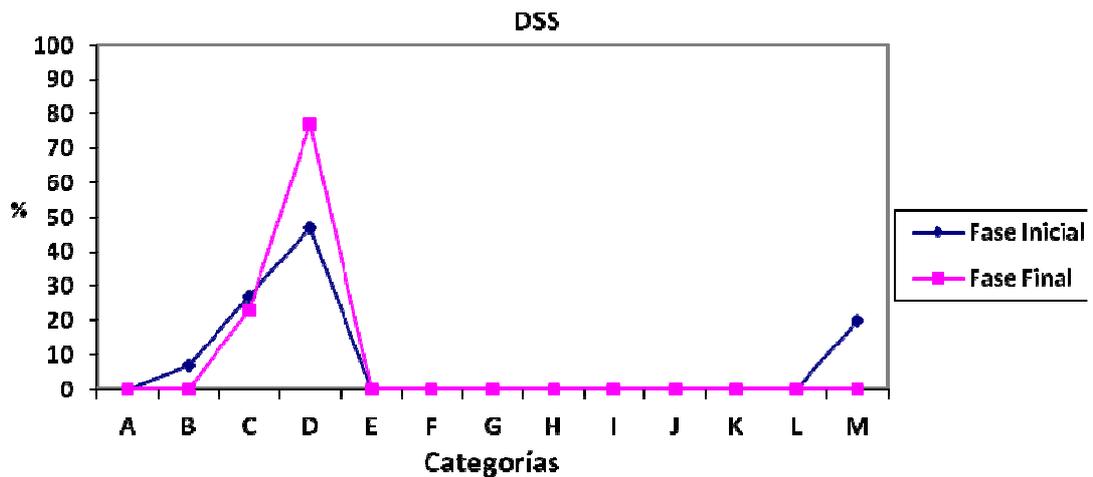


Figura 72. Diferencia en el componente DSS entre el principio y el final de la terapia

Por otro lado, en cuanto a las Respuestas se observa lo siguiente: La Respuestas del otro hacia otro (ROO), en la categoría *B. Apoyar*, pasó del 4% al 0%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, disminuyó del 4% al 0%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, subió del 4% al 13%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, incrementó del 0% al 20%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 10% al 0%, la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático*, pasó del 40% al 0%, la categoría *I. Ser poco fiable*, aumentó del 7% al 13%, la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 25% al 13%, la categoría *L. Molestar, atacar*, pasó del 7% al 13% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, aumentó del 4% al 38% (véase Figura 73).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 19.742, Sig. Monte Carlo, $p = 0.003$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias se realizó el Test de Fisher para cada una de ellas, obteniéndose sólo diferencias significativas en la categoría, M ($p = 0.028$).

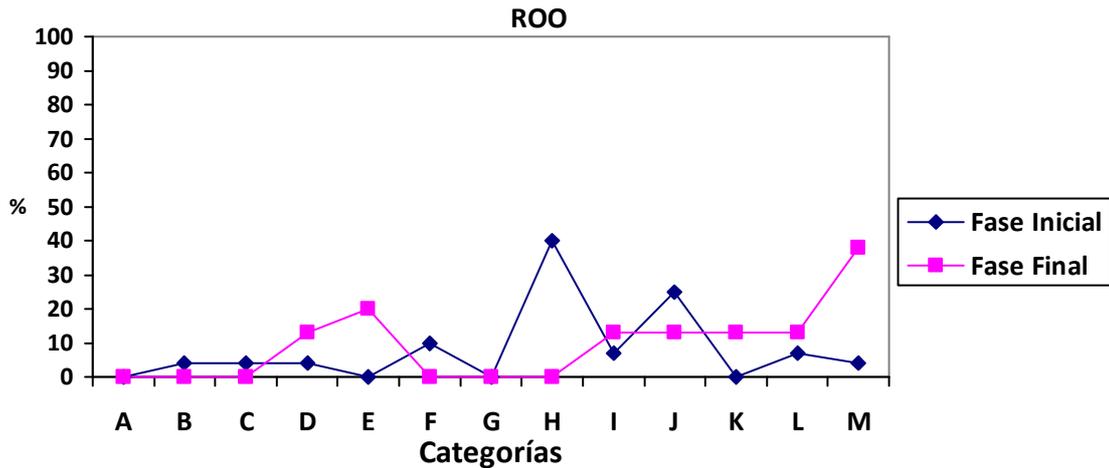


Figura 73. Diferencia en el componente ROO entre el principio y el final de la terapia

Las Respuesta del Objeto hacia el sujeto (ROS), la categoría A. *Atender a*, subió del 8% al 20%, la categoría B. *Apoyar*, pasó del 37% al 39%, la categoría C. *Amar, sentirse bien*, decremento del 19% al 10%, la categoría D. *Tener autodeterminación*, se quedó igual en 2%, la categoría F. *Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 0% al 2%, la categoría G. *Estar determinado por otros*, pasó de 0% al 2%, la categoría H. *Estar enfadados, ser antipático*, pasó del 0% al 10%, la categoría J. *Rechazar*, disminuyó del 15% al 4%, la categoría K. *Dominar*, pasó del 4% al 0%, la categoría L. *Molestar, atacar*, decremento del 13% al 10% y la categoría M. *Retirarse en uno mismo*, pasó del 2% al 0% (véase Figura 74).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 10.598, Sig. Monte Carlo, $p = 0.468$), muestra que los porcentajes anteriores no son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final.

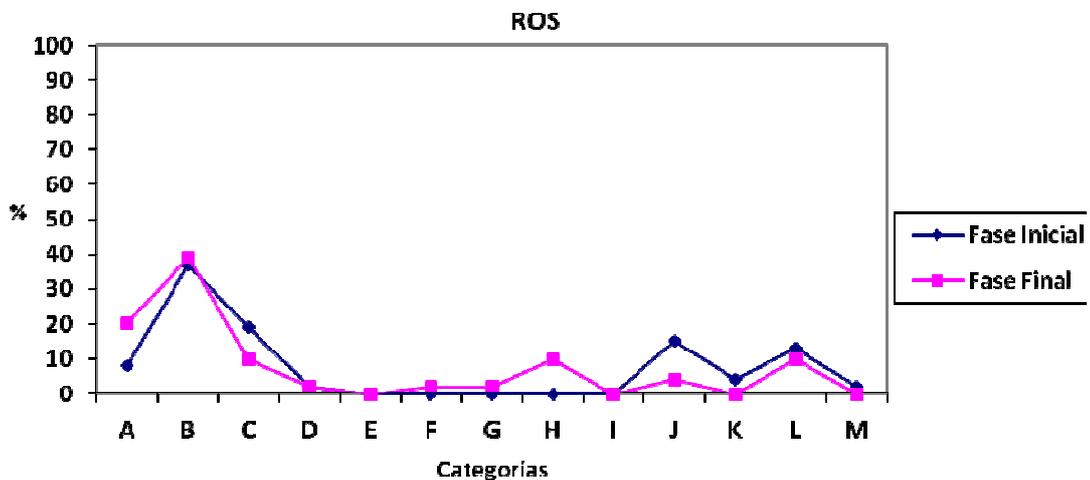


Figura 74. Diferencia en el componente ROS entre el principio y el final de la terapia

La Respuesta del Sujeto hacia el objeto (RSO), la categoría *A. Atender a*, pasó del 6% al 14%, la categoría *B. Apoyar*, pasó del 34% al 30%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, aumentó del 15% al 22%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 3% al 11%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, disminuyó de 7% al 0%, la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, pasó del 5% al 7%, la categoría la categoría *G. Estar determinado por otros*, se quedó en el 1%, la categoría *H. Estar enfadados, ser antipático*, decremento del 10% al 0%, la categoría *J. Rechazar*, disminuyó del 10% al 6%, la categoría *K. Dominar*, pasó del 3% al 0%, la categoría *L. Molestar, atacar*, decremento del 2% al 1% y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, pasó del 5% al 7% (véase Figura 75).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 30.920, Sig. Monte Carlo, $p = 0.000$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias se realizó el Test de Fisher para cada una, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, A ($p = 0.047$), D ($p = 0.038$), E ($p = 0.012$) y H ($p = 0.002$).

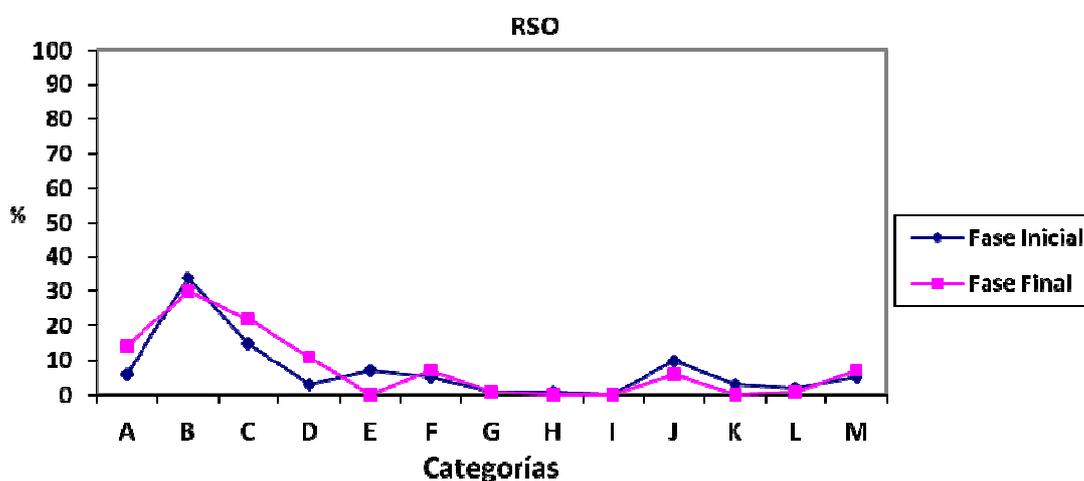


Figura 75. Diferencia en el componente RSO entre el principio y el final de la terapia

La respuesta del sujeto consigo misma (RSS) la categoría *A. Atender a*, incrementó del 2% al 8%, la categoría *B. Apoyar*, decremento del 2% al 1%, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, aumentó del 21% al 27%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, incrementó del 15% al 44%, la categoría *E. Deprimirse, bajó del 26% al 8%*, la categoría *F. Estar insatisfecho*,

estar asustado, disminuyó del 20% al 0%, la categoría la categoría *G. Estar determinado por otros*, incrementó de 3% al 5%, y la categoría *M. Retirarse en uno mismo*, disminuyó del 12% al 4% (véase Figura 76).

El test de Fisher (Fisher's Exact Test = 33.937, Sig. Monte Carlo, $p = 0.000$), muestra que los porcentajes anteriores son significativamente diferentes, a nivel de confianza $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final. Para ver en qué categoría hay diferencias se realizó el Test de Fisher para cada una de ellas, obteniéndose sólo diferencias significativas en las categorías, D ($p = 0.001$), E ($p = 0.005$) y F ($p = 0.002$).

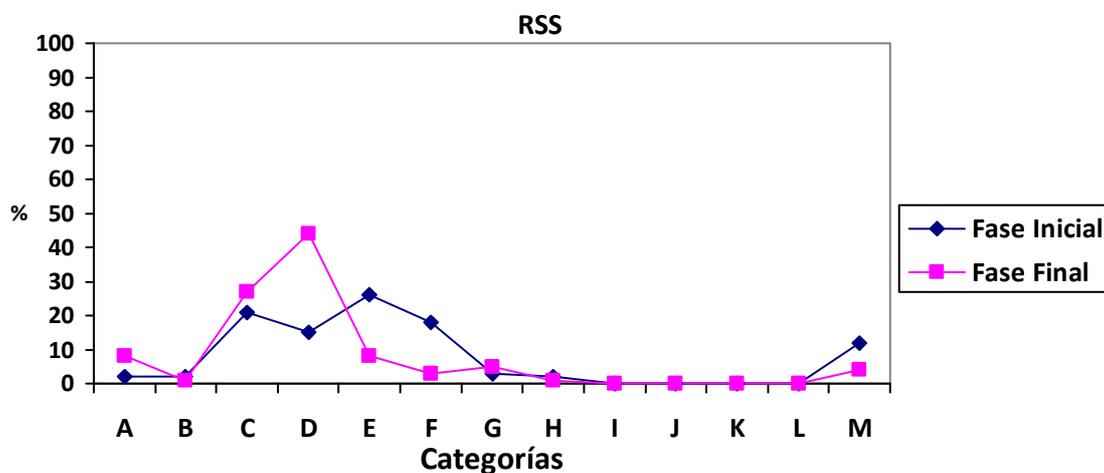


Figura 76. Diferencia en el componente RSS entre el principio y el final de la terapia

6.5.9 Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo

En este apartado se analizaron 20 ER sobre duelo, que se extrajeron del total de episodios del tratamiento. En la fase inicial se encontraron 8 episodios, siendo la sesión 1 la que contó con el mayor número. En la fase final se localizaron 12 episodios siendo la sesión 11 la que obtuvo el número mayor.

El CCRT total de los episodios en donde se detectó duelo sería: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y sentirme con autodeterminación. El otro rechaza a los otros, los demás me apoyan, yo los amo y me siento bien con ellos y tengo autodeterminación.*

La información será analizada utilizando las categorías del CCRT-LU-S, empezando con las categorías de alto nivel (*clusters*), seguidas de las categorías de nivel medio y finalizando con las subcategorías.

Con respecto a los Deseos, se detecta que, en las categorías de alto nivel, nivel medio y subcategorías el Deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) y el deseo del sujeto hacia el objeto (DSO) es *C. Amar, sentirse bien, C1. Ser cercano y C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso*. El deseo del sujeto hacia sí mismo cuenta con la categoría *D. Tener autodeterminación, D1. Ser interiormente fuerte y D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos* (véase Tabla 86).

Por el lado de las respuestas, las categorías de alto nivel, nivel medio, subcategorías son las siguientes. La respuesta del objeto hacia otro objeto (ROO) cuenta con la categoría *J. Rechazar, J2. Oponer, criticar y J12. Culpar, reprochar, acusar*. La respuesta del objeto hacia el sujeto (ROS) tiene la categoría *B. Apoyar, B1. Explicar, confirmar y B11. Explicar, comunicar, decir, expresar, convencer*. La respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) es *C. Amar, sentirse bien, C1. Ser cercano y C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso*. Y, por último, la respuesta del sujeto hacia sí mismo (RSS) cuenta con la categoría *D. Tener autodeterminación, D1. Ser interiormente fuerte y D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos* (véase Tabla 86).

Tabla 86. Formulación total del CCRT sobre los ER de duelo

DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
-	C	C	D	J	B	C	D
-	Amar, sentirse bien	Amar, sentirse bien	Tener auto- determinación	Rechazar	Apoyar	Amar, sentirse bien	Tener auto- determinación

Al comparar la evaluación realizada de la fase inicial y final del tratamiento, se observan cambios en cuatro de los ocho componentes. Se analizan primero las categorías de alto nivel, posteriormente las de nivel medio y luego las subcategorías, entre paréntesis se encuentran las frecuencias de cada categoría.

En cuanto a los deseos, se observa que el deseo del objeto hacia el sujeto (DOS) al principio cuenta con la categoría *B. Apoyar, B2. Ayudar dar independencia y B23. Ayudar, apoyar* y al final cambia a la categoría *C. Amar, sentirse bien, C1. Ser cercano y C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno*, (véase Tabla 87).

El deseo del sujeto hacia el objeto (DSO), al inicio cuenta con dos categorías, por un lado la categoría *B. Apoyar, B2. Ayudar, dar independencia y B21. Proteger* y por otro lado con la categoría *D. Tener autodeterminación, D2. Estar orgulloso, ser autónomo y D21. Ser fuerte, ser superior, ser importante, ser valiente, ser decidido y D28. Cambiar, desarrollar, mejorar*. Al final cuenta con la categoría *C. Amar, sentirse bien, C1. Ser cercano y C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno*, (véase Tabla 87).

En cuanto a las respuestas, la dimensión de la respuesta del otro hacia el otro (ROO) al inicio destaca la categoría *J. Rechazar, J2. Oponer, criticar y J12. Culpar, reprochar, acusar y J22. Rechazar, excluir, criticar, amonestar, juzgar, reprender*, (véase Tabla 87).

Por último, la dimensión de la respuesta del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS) al inicio cuenta con una categoría no armoniosa *E. Deprimirse, resignarse, E1. Estar desilusionado y E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido* y en la fase final pasa a la categoría *D. Tener autodeterminación, D1. Ser interiormente fuerte y D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos*, (véase Tabla 87).

El patrón central de relación de la parte inicial sería: *Deseo que los otros me apoyen, yo quiero apoyarlos y darles fortaleza y sentirme yo misma fuerte. El otro le da fuerza al otro, los demás me apoyan, yo les demuestro mi amor y me siento deprimida y resignada*.

El patrón central de relación de la parte final sería: *Deseo que los otros me quieran, yo quiero amarlos y sentirme bien con ellos. El otro rechaza al otro, los demás me apoyan, yo les demuestro mi amor y me siento con autodeterminación*.

Tabla 87. Comparación del CCRT entre la fase inicial y final de los episodios de duelo

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Inicial	-	B Apoyar	B / D Apoyar / Tener autodeter minación	D Tener autodeter minación	J Rechazar	B Apoyar	C Amar, sentirse bien	E Deprimirse, resignarse
Final	-	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	D Tener autodeter minación	D Tener autodeter minación	B Apoyar	C Amar, sentirse bien	D Tener auto- determinación

Se observa que con la pérdida el deseo de ser apoyada y querida por los demás (DOS) fue congruente con las respuestas que obtuvo de la gente cercana (ROS); sin embargo, el haber ocultado las emociones de tristeza hicieron que el duelo fuera postergado, al final los sentimientos hacia sí misma (RSS) fueron de fortaleza, lo que le ayudó a elaborar la pérdida satisfactoriamente

Algunos ejemplos de la fase inicial:

El otro nieto: <<Me quedó un temor, un temor de que le pase algo a mi nieto, no similar...y entonces yo no esté ahí para, para ayudarlo, supervisar su salud, supervisar este, su ropa, la estancia donde duerme, donde él está en mi casa, los juegos... >>

Maltrato a la nieta: << Le decía, sabes que yo veo que el muchacho le jala su cabellito...él le iba haciendo cosas fuertes, le jalaba el cabello, “no le hagas así”, me decía mi hija: “tranquila, se aguanta, decía, se tiene que aguantar” y la niña lógico extendía sus brazos para que yo la rescatara, para que yo lo cargara y luego yo decía a mi hija: “dile que no la jale así, que no le jale su cabellitos”, “es que la está peinando”...la jalaban feo y otra cosa es peinarla bien y otra es ya hacerlo cómo le puedo decir, como lo hacían con el afán de lastimarla...era un bebé, era una criatura>>.

La hija no tomó responsabilidad por su hija: <<Eso me sorprendió y hablamos con ella y le dijimos sabes que hija, o sea no ahí mismo, sino en mi casa, esta niña no es tu hermana, es tu hija, fueron varias pláticas, “pero es que mi hija ya deben ser responsables de ella” y a veces me decía: “es que la escuela”, “pero pues si es tu hija”, “es que me canso”, entonces

yo le dije: “si hija y le digo pero qué crees, las mamás no se cansan,, yo trabajo, yo te atiando, atiando a tu hermana, atiando a mi pareja, atiando a la casa, atiando ahora a una niña” ...>>.

La pérdida de la nieta: << El recordar algunos momentos todavía me causaba un poco de dolor... no mucho poco, pero me causaba dolor todavía...yo creo que siempre me va a estar doliendo, pero hay ocasiones en que estaba más sensible a esa pérdida de mi nieta. Nunca he recibido así una terapia, entonces qué espero, que sea más tranquila mi vida, más llevadera, no olvidar a mi nieta, sino que olvidar de la forma en que sucedió la pérdida de ella, porque no fue una pérdida normal. Cuando una persona mayor está enferma, es grande, decimos bueno ya le tocaba morir, ya tenía que morir, descansar, cuando está enfermo, cuando una persona de la edad de mi nieta que fueron pocos años, dice uno estaba enfermo o este, tuvo un accidente, lo atropellaron y bueno, posiblemente resulte doloroso, pero la forma en que falleció mi nieta, si este, es una forma especial, es una forma diferente y es cosa que me ha causado dolor>>.

Sentimientos por la pérdida: <<Hubo muchos sentimientos, bueno, hubo dolor, hubo coraje, hubo tristeza, hubo odio, hubo, bueno fue lo que más hubo, una vez que inició eso, entonces ya me metí al espiritual, a lo espiritual y a decirme lo que sucedió por algo, se va hacer lo que Dios está en tus manos, está en sus manos de Dios todo este problema... >>.

El proceso legal: <<Este, yo no voy a sobornar y esto lo sabía mi hija, yo no voy a dar este, ni un quinto para encubrir a mi hija, si las cosas van a salir, va a salir..., “mi hijita si tú tienes alguna responsabilidad con la pena y todo, pero tienes que pagar, yo te voy acompañar al juicio a lo que nos llamen en el juzgado y voy a hablar con la verdad y lo que resulte pues, ya, ya será decisión de Dios y los jueces o de los abogados”...Me presentaba yo en el juzgado en una forma tranquila con la frente en alto y en todo esto se lo inculqué a mi hija, ninguna mentira y toda la verdad y de todas formas si, si nos van a querer perjudicar...al final me sentí muy satisfecha porque comprobé que si, que sí existe la ley>>.

El velorio: <<El día lunes este, me hablaron por teléfono a mi trabajo como este, eso de las doce de la mañana aproximadamente y me dijo una persona que este, “su nieta ya no va a vivir”, entonces me quedé toda helada, toda bloqueada sin saber de qué...nos trasladamos a la funeraria... Mi hija estaba con este muchacho y me les acerqué, así como en este momento

le digo: “qué había pasado, por qué se habían acabado a mi niña, si yo te la había encargado a ti”, y en ese momento fue cuando sentí, no sé si decir si odio o rencor, pero era un malestar, les pregunté que habían hecho con mi niña, por qué la habían matado así, así por qué no sabía que había sucedido y el muchacho ya en forma mala, agresiva: “cállese señora, no sabe qué pasó, cállese, me decía”. Se acercaron sus familiares me decían: “Cállese, señora, este no es el lugar y el momento, me decía”...la fui a ver un momento me despedí de ella, pero me sentí mal, yo sentía que algo entre los dos a lo mejor habían hecho, me sentí aislada de ahí, no conviví con ella, me senté aislada, después mi hija se puso mal, trajeron una doctora...>>.

Amenazas de la familia: *<< Me senté con mi hija y este, estuvimos ahí, ya no me separé de ella, y si los familiares estaban así alrededor fue una secuela grande, de que fuimos al panteón, de que salimos; había un abogado que era familiar de ellos y fue al primero que llamaron y éste todo el tiempo: “Señora, más vale que coopere, no le queda otra que cooperar, ya estamos metidos en una bronca, en un problema más, su hija, me decía, más su hija”, pero todo queriendo confundir, cambiar la versión de todo y entonces este, yo no los oía. Yo este, recibí apoyo de mis familiares, me subí al auto de ellos, me trasladaban, ya después cuando empezaron lo legal me perseguían en la calle, ya casi como que me andaban espionando y llegaban en blanco que eran citatorios que este, yo también iba a salir perjudicada también, este, amenazas, simplemente amenazas>>.*

El apoyo emocional: *<<Me sentía apoyada por la madrina de mi hija, por Jesuita que es la otra persona que me ayudó muchísimo cuando nació mi nieta, sus familiares, su hija, su esposo y por mi hermana...era ahí un apoyo mutuo con mi hija, yo la apoyé y ella me apoyó a mí y nada más>>.*

Guardar el dolor: *<<Yo sentí que era un dolor mío y que era un dolor que les iba a causarles a ellos, no quería que sufrieran ningún dolor, el dolor que ahora yo siento...yo quería estar sola, no quise decirle porque sabía que también lo necesitaba, también necesitaba conformidad, yo me sentía muy mal...trataba que no me viera llorando, trataba de que no me viera triste y me llené de cosas, traté de llenarme de cosas para no sentir dolor y siempre, siempre lo fui guardando, lo fui guardando>>.*

Problemas con la hija: <<Empezamos a tener una especie de problemas y de broncas y ya tuve que platicar con ella, ya tuve que platicar porque le dije “mira cuando pasó el problema yo te apoyé, estuve contigo y nunca te reclamamos y no te dijimos nada, la idea era aceptarte como hija, con problemas, sin problemas como mi hija”. Yo esperaba una poquita consideración de tu parte...>>.

La terapia como ayuda: <<Me ha causado daño posteriormente y el hecho de venir pienso que me va ayudar, debe, me tiene que ayudar, porque a lo mejor se vuelven sentimientos, no sé decirle si de rencor, de odio, si no sé...pues a lo mejor los he dejado dormir esos sentimientos cuando llega haber alguna plática con alguna persona surge, surge, trato de darle la vuelta, trato de no recordar, pero tengo más dolor que otra cosa, si tratara de numerar lo primero que me queda es dolor, después frustración son los dos que predominan>>.

Miedo por la muerte de la nieta: <<Ya recuerdo...pienso que la forma en que falleció mi nieta y todo me dejó, me dejó huellas muy fuertes, me dejó marcada, me dejó una herida, me dejó igual con miedo, de que yo pude haber hecho, haber hecho más, más por esta nieta y no lo hice...pero yo digo: “qué más podría haber hecho”, pero ese miedo lo tengo, ese miedo lo tengo...porque veo a veces este, la escena y la veo fuerte, la veo, que si no hubiera sido mi nieta la que hubiera muerto, hubiera sido mi hija, porque yo no tenía la facultad como para...>>.

Dolor por la muerte de la nieta: <<Siento mucho dolor, impotencia porque no estuvo en mis manos, no pude haber hecho nada, pero me queda ese dolor. Cuando recuerdo, cuando trato de recordar o cuando me viene recuerdos de mi nieta, son cuando estaba vivo, las fotos y me viene una tristeza o trato de reponerme a la tristeza para no llorar, no llorar, para no recordar ya más cosas dolorosas, porque fueron malas...pero fue una cosa dolorosa para mí>>.

Dolor por la muerte de una hija no de una nieta: <<En ese momento sí siento que le quité responsabilidad a mi hija y a pesar de que n, me dice mamá y a pesar de que yo no le decía hija, era mi nieta, el dolor que yo sentí cuando la perdí fue un dolor de hija, no un dolor de nieta>>.

Ejemplos de la fase final:

Sentirse tranquila: << *Hubo una o dos sesiones que salí un poco, un poco este, débil o demasiado sensible por lo que había yo dicho, pero no ya como que me encuentro más tranquila como que se quita un peso de encima y ya puedo ir caminando bien, puede ir uno haciendo su vida bien tranquila...haga de cuenta que lo saqué, lo reflexioné...>>.*

Superarse: << *Digo no estuvo en mis manos ninguna de las dos cuestiones, la primera la superé más rápido por la vida cotidiana, la segunda me costó un poco de más trabajo, la tuve que superar a fuerza, a fuerza me tuve que sobreponer porque pues ya eran varias cosas ¿no? varias situaciones fuertes que se venían y no tenía otra más que levantarme, levantarme y seguir caminando y ahorita me siento orgullosa de mí misma, de lo que he logrado y yo quiero que el hecho de yo salir adelante sin tener tanta educación sin tener tantos recursos transmitírsele a mis hijas y que ellas salgan, se superen también, que sean más grandes que yo... qué bueno que seas grande, que crezcas que seas más alta que yo, pero supérame hija, no nada más en estatura, supérame de inteligencia y entonces ahorita le puedo expresar que son de orgullo que son de alegría de ver los frutos ¿no? De ver a mis hijas crecer y realizarse y ser alguien>>.*

Reprimir sus emociones: << *Que mi hija me diga, no, es que eres obsesiva, o sea me ve llorando, dice: “Es que eres obsesiva mamá”, le digo: “yo creo no sé que es ser obsesiva, yo me, yo me catalogo que no soy obsesiva hija porque pasó y quedó, no estaba llorando todos los días, no he estado llorando, le digo o sea sucedió, me reprimí en ese momento, no saqué en ese momento todo lo que tenía que sacar, ahí quedó, ahorita sale”...>>.*

Sentimiento de fortaleza: << *Me he sentido fortalecida, que de repente me he visto caer, dos tres golpes duros pero me he levantado, me he levantado ahorita me siento firme, me siento fuerte, me siento orgullosa, me siento contenta, contenta con mi familia que tengo, mi nieta me trajo mucha alegría pero unos momentos tristes que estoy tratando de superar... trato de decirme a mí misma ella está bien, ella está contenta, ella nos está viendo, a la mejor igual nos está echando porras para que sigamos adelante y eso mismo le trato de infundir a mi hija y a mi nieto porque luego también dice: “ay, mi hermanita y se pone contento y este, yo trato que me vea contenta también, que no me vea triste...>>.*

Apoyar: << Ahora proporcionarle a mi hija otros medios para que su vida también sea más tranquila, ella se va seguir apoyando en mí, ahorita no creo que se apoye en mí, ahorita siento que ella se quiere sentir ella misma y va a tener ella todavía que sufrir un ratito, yo no sé si ella ya sacó todo o le falte, pero yo quiero estar fuerte cuando ella venga a mí a que pida ayuda, yo quiero estar fuerte así como yo estoy tratando de saltar esa barrera, o esa parte de dolor, el miedo, así ella me vea a mí y pueda decirle yo te apoyo>>.

Reconciliar:<< Ahorita porque más adelante, a la mejor yo digo más adelante ya no estoy yo, ya no hay quien las una, ya no me gustará que como con mi nieta, que al morir mi nieta ya hice las paces con mi hermana y nos juntamos otra vez y platicamos y ahora he estado haciendo como labor con mi hermana para decir “sabes qué, no hay necesidad de que llegue uno a los extremos para mantener una armonía”, porque a veces te vas de este mundo, se olvida hasta por qué se peleó uno o por qué se dejó de hablar y es lo que quisiera yo trabajar...>>.

Dejar huella en vida:<< Me gusta llevar flores, me gusta llevar flores y todo pero también traigo otro pensamiento, el de mi pareja me dice: “En vida, en vida dice”, es que hubo un periodo que llevaba a cada rato flores tanto a mi niña como a mi nieta, entonces él me decía que no, que tampoco era así, tan, tanto, me dijo: “mira lo que tú tienes que hacer es en vida, porque pues si los muertos ya están ahí y todo y de repente es bueno llevarles una flor no precisamente el día de muertos”, entonces se pone uno a pensar, y a la mejor no tengo una flor para mi nieta, no tengo una flor para mi hija, pero voy y se la llevo a mi mamá...,pero siento que tiene razón porque deja una huella estando en vida y no mejor ya cuando se murió porque entonces ya cuando se murió ya no va a saber que le llevé flores, o ya no va sentir que la quiero mucho a mi mamá, entonces también, también son formas, también>>.

Salir adelante: << Avanzar, va uno evolucionando, tiene uno las armas, le digo ésta como que viene uno a tomar aire, y uno puede, uno puede seguir adelante y sí, de repente tropieza, cae uno entonces. Yo ya tengo el arma, ya sé donde me puede ayudar, ya sé qué puedo hacer, simplemente a la mejor me pongo a reflexionar un poco las sesiones que estuve viniendo, yo puedo retomar nuevamente, espero tener esa fortaleza y espero no verme involucrada en otro problema similar porque son problemas que lo tiran a uno, lo tiran a uno, entonces a seguir adelante>>.

Transmitir amor: << *Yo lo que quiero es trasmitirle a mi familia es alegría, es un bienestar para la familia y eso es lo que quiero trasmitirle y pues es un círculo yo le doy amor a mi familia a mí también me da amor, y si eso se puede trasmitir hacia las amistades, hacia más familias...>>.*

6.5.10 Positivo versus negativo

En este apartado se analizarán aspectos relevantes de las respuestas positivas y negativas de A., utilizando el sistema de dos-categorías: (P) positivo y (N) negativo (Luborsky, 1977b).

En el total del tratamiento se observó que de las 602 categorías, 519 son respuestas; es decir, el 86.3% del total de categorías y 83 son deseos con el 13.8%. El análisis de valencia sólo compete a las respuestas, así, se detalla que las respuestas negativas son 241(46.4%) del total de las respuestas y las respuestas positivas son 278 (53.6%) del total de las respuestas (véase Tabla 88).

Se analizan las respuestas positivas y negativas de cada uno de los componentes en su totalidad. Encontrando que el mayor número de respuestas negativas fueron realizadas por el objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 77 (32%), seguida de la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) con una frecuencia de 71 (29.5%) y posteriormente la respuesta del sujeto hacia sí misma (RSS) con una frecuencia de 57 (23.7%). En cuanto a las respuestas positivas, se observa que la respuesta del sujeto hacia el objeto (RSO) cuenta con la mayor frecuencia 137 (49.3%), seguida de las respuestas del sujeto hacia sí mismo (RSS) con una frecuencia de 88 (31.7%) y, por último, las repuestas del objeto hacia el sujeto (ROS) con una frecuencia de 50 (18%). Las respuestas del objeto hacia otro objeto (ROO) son de menor importancia y en ambas valencias ocupan el último lugar. En el total del tratamiento se concluye que las respuestas positivas fueron mayores a las negativas en todos los componentes, exceptuando las respuestas del objeto hacia el sujeto mismo (ROS), (véase Tabla 88).

Tabla 88. Valencia total

		ROO	ROS	RSO	RSS	Total	%
Negativo	Frecuencia	36	77	71	57	241	46.4
	%	14.9	32	29.5	23.7		
Positivo	Frecuencia	3	50	137	88	278	53.6

Al comparar las respuestas positivas y negativas del inicio y final del tratamiento, se ve que en la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tienen la mayor frecuencia 168 (57.3%) y al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron con frecuencia de 153 (67.7%), (véase Tabla 89). Esto es significativo ($\chi^2 = 32.155$, $df = 1$, $p < 0.001$).

Tabla 89. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de la psicoterapia

		Negativo	Positivo
Fase Inicial	Frecuencia	168	125
	%	57.3	42.7
Fase Final	Frecuencia	73	153
	%	32.3	67.7
Total	Frecuencia	241	278
	%	46.4	53.6

Al comparar ambas fases y analizar de manera más detallada cada uno de los componentes, se observa que en las respuestas negativas el mayor cambio se encuentra en las respuestas del sujeto hacia el objeto (RSO); en cuanto a las respuestas negativas, al inicio cuenta con una frecuencia de 54 (32.1%) y al final cuenta con frecuencia de 17 (23.3%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con frecuencia de 71 (56.8%) y al final con frecuencia de 66 (43.1%), (véase Tabla 90). En las dos valencias el cambio es significativo, ($\chi^2 = 11,450$, $df = 1$, $p < 0.001$).

En segundo lugar se encuentran las respuestas del sujeto hacia el sujeto mismo (RSS), pasando de una frecuencia de respuestas negativas de 40 (23.8%) a una frecuencia de 17 (23.3%). En las respuestas positivas una frecuencia de 26 (20.8.7%) a una frecuencia de 62 (40.5%), (véase Tabla 90). Esto es significativo ($\chi^2 = 23.028$, $df = 1$, $p < 0.001$).

En cuanto a las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS), se encuentra que las respuestas negativas al inicio tienen frecuencia de 48 (28.6%) y al final de 29 (39.7%) y las respuestas positivas al inicio cuentan con frecuencia de 26 (20.8%) y al final tiene una frecuencia de 24 (15.7%), (véase Tabla 90). En ambos casos, el cambio no es significativo ($\chi^2 = 1.332$, $df = 1$, $p = 0.248$).

Al final, las respuestas del objeto hacia el objeto (ROO), donde al inicio la frecuencia es de 26 (15.5%) y al final de 10 (13.7%). Las respuestas positivas al inicio cuentan con frecuencia de 2 (1.6%) y al final con una frecuencia de 1 (0.7%), (véase Tabla 90). Para ambas valencias el cambio no es significativo ($\chi^2 = 0.042$, $df = 1$, $p = 0.837$).

Tabla 90. Comparación de las respuestas positivas y negativas de la fase inicial y final de cada uno de los componentes

Valencia	Fase		ROO	ROS	RSO	RSS	Total
Negativo	Inicial	Frecuencia	26	48	54	40	168
		%	15.5	28.6	32.1	23.8	100
	Final	Frecuencia	10	29	17	17	73
		%	13.7	39.7	23.3	23.3	100
	Total	Frecuencia	36	77	71	57	241
		%	14.9	31.9	29.5	23.7	100
Positivo	Inicial	Frecuencia	2	26	71	26	125
		%	1.6	20.8	56.8	20.8	100
	Final	Frecuencia	1	24	66	62	153
		%	0.7	15.7	43.1	40.5	100
	Total	Frecuencia	3	50	137	88	278
		%	1.1	17.9	49.3	31.7	100

Existen cambios en las dimensiones de positivo y negativo al comparar sesiones iniciales con sesiones finales, y aunque estos cambios pueden ser mínimos, como señalan Grenyer y Luborsky (1998), los cambios que aparecen suelen tener resultados clínicos significativos.

6.5.11 Análisis clínico, discusión y conclusión

Aunque por orden natural debería ser un abuelo el que pareciera primero que un nieto, la vida a veces demuestra lo contrario. En este caso clínico presentado, la paciente solicitó terapia después de cinco años del fallecimiento de su nieta, debido a que seguía teniendo angustia y miedo de que un acontecimiento tan traumático se volviera repetir, y esto le provocaba un malestar psicológico y fisiológico que a veces le impedía realizar actividades, lo cual daba indicios para un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Refería que el dolor al que se enfrentaba era tan fuerte, que sentía que había perdido a un hijo propio, pues el vínculo con la nieta era muy estrecho, debido a que en muchas ocasiones había fungido como madre de la niña, debido a que veía que su hija (madre de la nieta), no le prestaba los cuidados necesarios.

Aunque suele ser común que en la cultura latina se tenga arraigado el cuidado de los pequeños dentro del entorno familiar, esto propicia roces entre padres y abuelos por la falta de claridad de los roles y en torno a las decisiones sobre los pequeños, y desdibuja el verdadero vínculo que debe darse entre abuelos y nietos. Aunado a esto, existieron otros factores que contribuyeron a que Amalia se hiciera cargo de su nieta, como el embarazo no deseado en la adolescencia por prácticas sexuales de riesgo, y existían indicios de que su hija era víctima de maltrato por parte del novio y progenitor de la nieta cuando estaba embarazada, y que existía violencia doméstica y negligencia de los padres hacia la criatura. Los factores descritos suelen aparecer frecuentemente en adolescentes que se embarazan (Pérez-López, Chedraui, Kravitz, Salazar-Pousada, & Hidalgo, 2011; Rosen, 2004), por lo que es de importancia prestar atención a estas situaciones de riesgo.

Amalia estaba consciente de que existían factores que contribuían a la inestabilidad emocional y física de su hija y de su nieta. Tras varios intentos fallidos de apoyar a su hija y brindarle un espacio seguro para la crianza de la niña, no le quedó más remedio que supeditarse, en muchas ocasiones, a las decisiones que los padres de su nieta tomaran, pero en la medida de sus posibilidades seguía pendiente de ellas. La paciente refiere que fue la violencia y la negligencia lo que contribuyó al fallecimiento de la nieta. Las causas del delito estaban poco claras y Amalia tuvo que postergar muchas emociones.

Todos estos antecedentes generaron la complicación del duelo. Es por ello que se le brindó a la paciente un espacio adecuado en donde pudiera manifestar su dolor en vez de seguir reprimiéndolo y lograr al final del tratamiento que recordará los gratos momentos que compartió con la nieta. El foco elegido a trabajar fueron los sentimientos contenidos de tristeza, miedo, odio y culpa generados por la pérdida súbita y violenta de la nieta. La paciente se encontraba elaborando un duelo complicado, el cual podría ser denominado como un **duelo de tipo retenido y crónico**. Y, como refiere Tizón (2007), este es un tipo de duelo que precisa de ayuda para su elaboración.

Con respecto al tipo de duelo complicado, denominado retenido, el doliente está consciente de hallarse dominado por la pena de la pérdida, pero realiza voluntariamente un esfuerzo por no demostrarlo, ya sea para evitar entristecer a sus allegados o bien porque se da cuenta de que la gente de su alrededor no comprendería e incluso descalificaría su aflicción. Gómez Sancho

(2007), las denomina como “reacciones diferidas”, ya que se muestran en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. En algunos casos, es la preocupación de ayudar a los familiares y de atender las diversas diligencias exigidas por las circunstancias, que no les dejan tiempo para ocuparse de sí mismas.

En Amalia, la evolución del duelo había encontrado dificultades desde el primer momento de impacto y crisis. Ella estaba consciente de sentirse en *shock*, invadida por el dolor, la ira y la protesta; sin embargo, tenía que hacer un esfuerzo por controlarse debido a que las circunstancias de la pérdida apuntaban a un posible homicidio, por parte de uno de los progenitores. La paciente pudo expresar en terapia, que la manera en como falleció la nieta le despertó deseos e impulsos vengativos, fantasías normales durante los primeros momentos y aun meses después del duelo, pero el espacio psicoterapéutico le brindó la posibilidad de expresarlas abiertamente.

Aunque la atención no se centra directamente en los abuelos sino en los padres de los niños que han fallecido, es importante no olvidar que los abuelos también están atravesando un proceso de duelo y, en muchas ocasiones, es la abuela la que trata de suprimir su propio dolor para apoyar a otros. En este caso, la paciente tuvo que dejar su dolor a un lado para brindarle a su hija el apoyo que necesitaba y para controlar los actos de violencia suscitados entre las familias. Se buscaba a un culpable y esto involucraba directamente a la hija de la paciente, variable que influyó en la complicación del proceso de duelo ya que enfrentaban un proceso legal. Amalia estaba consciente de que si su hija también era responsable de la muerte de la nieta, tenía que pagar su condena y no podía mentir a las autoridades con tal de salvarla.

Existieron otras variables que influyeron para que el duelo se complicase en su elaboración. En primer lugar lo rápido e inesperado de la muerte, un factor de riesgo para la elaboración del duelo (Parkes, 1998). Igualmente las circunstancias en la que se suscitó el hecho; es decir, una muerte por homicidio cometida por el progenitor. Por supuesto la edad de una persona joven, y con la que ya se había establecido un vínculo de apego. Y la participación que ella pudo tener en la pérdida; es decir, la culpa persecutoria de pensar si hubiera podido evitar la tragedia de alguna manera.

La familia de Amalia en su dinámica interna se fracturó, ya que algunos integrantes culparon a su hija de no haber cuidado bien de la niña y de haber permitido los abusos de todo tipo

(psicológico, físico y económico), por parte de su pareja y progenitor de la pequeña. Esto es lo que Tizón (2007) explica como la estigmatización que se da por parte de la sociedad cuando alguien de la familia es víctima de homicidio.

La paciente postergó su dolor para no separar más a su familia y porque la hija nuevamente se encontraba embarazada. La represión de sus emociones se manifestó en el deterioro de su salud, pero también se volcó en actividades frenéticas para no tener que pensar en lo ocurrido; inmediatamente regresó a trabajar y hacerse cargo de todas las actividades del hogar. En el espacio psicoterapéutico recordó el evento con tanta intensidad que fue ahí cuando se empezó a elaborar el duelo que hasta el momento se había estancado. El proceso de duelo se estancó desde el primer momento, pero se encontraba oscilando entre la turbulencia afectiva y la desesperanza más o menos reversible (Tizón & Sforza, 2008).

Se observaron, desde la fase del impacto, reacciones de pánico; en el momento de la aflicción, tristeza, pena, culpa extrema y aumento en las ansiedades persecutorias; en la fase de negación adquirió reacciones maníacas, llenándose de actividades frenéticas para intentar negar la realidad de la pérdida, y en la fase de intrusión se inundó de ideas y emociones acerca del objeto de la pérdida. Emociones que durante cinco años oscilaban dentro de esos momentos intrapsíquicos del duelo (Horowitz, 1993, 1997).

La personalidad de la paciente influyó en la elaboración del duelo, pues la tendencia a evitar, la llevó de un extremo sano a uno patológico, en donde las características de ser obediente, sensible, temerosa, discreta, tímida, precavida en el trato con los demás, reservada, preocupada por lo que los demás piensan de ella, la llevó a centrarse más de lo normal en su familia. Pero el espacio psicoterapéutico la llevó a resignificar con otro la pérdida. Se dio la oportunidad de tener sentimientos alternantes que oscilaban entre la culpa, la ira, la tristeza, temores y sentimientos de vulnerabilidad al pensar que el asesino saldría algún día de prisión. Se permitió llorar y en una ocasión se presentó un estallido dramático de emociones de dolor, las cuales fueron desencadenadas por la actualización del evento traumático. Esas emociones intensas se manifestaron en una descompensación física, que desencadenó la baja de presión arterial. Es como si hubiera dejado de cargar tanto dolor y eso hubiera bajado su tensión tanto emocional como física.

Las respuestas somáticas a las que hacía referencia Amalia, como los problemas del oído y de las vías respiratorias, indicaban que el duelo se encontraba estancado y que la puesta en palabras del dolor emocional, le daba también un significado nuevo al dolor físico. El fin de la terapia que era llegar a la reparación o a la reorganización y re-vinculación se daba; es decir, el duelo se elaboraba progresivamente, y toleraba recuerdos e imágenes de la pérdida sin llegar a disociaciones o rigidez excesiva, y emprendía actividades externas.

Transferencialmente estaba permitiéndose ser ayudada con el peso que le generaba la pérdida y su incapacidad para demostrar en la familia su dolor, lo que iba en contraposición con el papel que jugó con su madre, en donde la paciente adquirió responsabilidades desde muy pequeña. Contratransferencialmente no estuvo el sentimiento de sentirse forzada a cuidarla como madre protectora, ya que no dejó en manos del terapeuta la responsabilidad de elaborar la pérdida sino que actuó con autodeterminación.

El método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT, se mostró sensible para detectar los procesos de cambio de manera válida y fiable. Ofreció un medio para hacer operacionales los conflictos focales y centrales y detectó el foco de trabajo planteado a la paciente desde el inicio del proceso psicoterapéutico.

En el análisis de este caso, la muestra consistió en 8 sesiones de 15 (4 de la parte inicial y 4 de la parte final) de donde se extrajeron 90 ER. En la fase inicial se obtuvo un subtotal de 48 ER. En la fase final aparece un subtotal de 42 ER. No se observa una gran diferencia entre el total de episodios de la parte inicial y final. La media de los episodios de relación obtenidos en cada sesión del tratamiento fue de 11,25 ER por sesión, número bastante favorable si se considera que son 10 los episodios relacionales necesarios para obtener un CCRT característico del tratamiento o de las fases. Con respecto a los 8 componentes, se encontraron un total de 602 componentes en las 8 sesiones analizadas. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con un total de 519 y los deseos la menor cantidad con total de 83.

En la primera entrevista la paciente relató la relación que mantenía con su hija y cómo se fue generando la dinámica que propició el fallecimiento de su nieta. En la sesión 1, 6 de un total de 13 episodios se refieren a sucesos sobre la pérdida, las narraciones muestran el problema al que se enfrentaba el paciente. En la fase final se observa que en la entrevista 9 se dieron más

episodios y se puede deber a que se empezó a trabajar con el foco complementario del fin de la terapia, el cual reavivó la ansiedad.

En cuanto a las personas significativas con las que el sujeto interactuó en los episodios de relación, destacan tres primeros lugares. El análisis global muestra que se encuentra la hija en primer lugar, con 26.7%, porque es con ella con la que se suscita el evento de la pérdida de la nieta. Posteriormente destaca la pareja con el 10.0%, con el que ha mantenido una relación donde ha existido la violencia, pero el dolor por el que atraviesan los ha mantenido unidos. Y en tercer lugar el terapeuta, con 7.8%, que al final de la terapia suscitaron episodios sobre interacciones pasadas o presentes, resaltando donde la paciente expresó su gratitud por el espacio. En cuanto al tiempo de las narraciones, se observó que en el total del tratamiento se encuentran mayores episodios del pasado 75.6% que del presente 24.4%.

En cuanto a la formulación del CCRT para la fase inicial y final se anotó:

Fase Inicial: Deseo que el otro me apoye, yo quiero apoyarlo y tener autodeterminación; el otro me apoya, yo le apoyo y me siento deprimida y resignada.

Fase Final: Deseo que el otro me apoye, yo apoyarlo y darle fortaleza y yo misma tener autodeterminación; el otro me apoya, yo le apoyo y tengo autodeterminación.

Al comparar estas fases se ve que el deseo que predomina es el de apoyo, tanto por parte de ella hacia los demás como lo que espera recibir de sus seres queridos, consigo misma desea ser fuerte y aunque el medio externo le ha dado demostraciones de violencia fuertes que culminaron en la muerte de su nieta, Amalia logró elaborar momentos de duelo en lo que se encontraba estancada, pasando de tener sentimientos de miedo y tristeza a sentirse con más fortaleza.

Al juntar ambas fases se realizó un CCRT global de la paciente:

Deseo que el otro me apoye y se sienta bien conmigo, yo quiero apoyarlo y sentirme bien con el amándolo, deseo tener autodeterminación, amarme y sentirme bien conmigo misma. El otro me apoya pero también me rechaza, yo le apoyo y le amo y me siento con autodeterminación y bien conmigo misma.

Se observa que en la formulación final del CCRT de Amalia, clínicamente se anota que el conflicto existe entre lo que la paciente desea recibir de los demás (DOS), es decir, ser apoyada y lo que realmente recibe; las respuestas de lo demás son ambivalentes (ROS); por un lado recibe el tan deseado apoyo y también enfrenta el rechazo. Finalmente ella sigue apoyando a los que quiere y eso la hace sentir bien consigo misma.

En el medio familiar las narrativas muestran que las relaciones de los demás (ROO), por ejemplo la de su hija con la expareja, están matizadas de enfado, agresión verbal y no verbal.

En el medio familiar existen respuestas no armoniosas de otros hacia otros (ROO), pero ella en sí misma (RSS) pasa de tener sentimientos negativos a tener autodeterminación y amor propio.

Al analizar solamente los episodios de relación en donde se detectó el duelo, se observa lo siguiente:

El patrón central de relación de la parte inicial sería: *Deseo que los otros me apoyen, yo quiero apoyarlos y darles fortaleza y sentirme yo misma fuerte. El otro le da fuerza al otro, los demás me apoyan, yo les demuestro mi amor y me siento deprimida y resignada.*

El patrón central de relación de la parte final sería: *Deseo que los otros me quieran, yo quiero amarlos y sentirme bien con ellos. El otro rechaza al otro, los demás me apoyan, yo les demuestro mi amor y me siento con autodeterminación.*

Se observa que con la pérdida el deseo de ser apoyada y querida por los demás (DOS) fue congruente con las respuestas que obtuvo de la gente cercana (ROS); es decir, demostraciones de afecto, pero las narrativas muestran que el sistema familiar se fracturó y se mostró con el rechazo. Haber tenido que ocultar emociones de tristeza hicieron que el duelo fuera postergado; al final los sentimientos hacia sí misma (RSS) fueron de fortaleza, lo que le ayudó a elaborar la pérdida satisfactoriamente.

El CCRT total de los episodios en donde se detectó duelo sería: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y sentirme con autodeterminación. El otro*

rechaza a los otros, los demás me apoyan, yo los amo y me siento bien con ellos y tengo autodeterminación.

Finalmente, el método CCRT se mostró sensible para detectar el cambio de patrón relacional núcleo del conflicto. Tras comparar los patrones en las secuencias inicial y final del tratamiento se comprobó que la psicoterapia psicoanalítica focal aplicada se asocia con cambios en el patrón estructural de conflicto relacional, y que esos cambios muestran una evolución favorable del duelo.

En cuanto a la valencia en el total del tratamiento se encontraron más respuestas positivas, pero a la hora de comparar las respuestas tanto positivas como negativas, se encontró un cambio significativo entre el inicio y el final del tratamiento. En la fase inicial de la terapia las respuestas negativas tuvieron mayor porcentaje, debido al foco de trabajo sobre la pérdida y a que se trabajó con sentimientos que frustraban sus deseos tanto reales como imaginarios. Sin embargo, al final de la terapia las respuestas positivas aumentaron, indicando satisfacción de sus deseos y bienestar de haber trabajado, aprendido y elaborado sobre las emociones que le generaron tanto dolor. De manera más específica, se observó que el mayor número de respuestas negativas fueron las realizadas por los otros hacia la paciente; esto explica la situación traumática por la que atravesaba la familia, en específico, la relación con su hija. El mayor número de respuestas positivas fueron las que realizó la paciente hacia los demás, lo cual coincide con su foco dinámico, ya que satisface sus necesidades complaciendo a los que la rodean. Estos datos son valiosos ya que ayudan a medir el beneficio de la psicoterapia (Luborsky, 1990, 1998).

Así mismo, se lograron las metas propuestas al inicio de la terapia que eran la asimilación de sus emociones, el expresar abiertamente sus sentimientos con el fin de darle un nuevo sentido al dolor de la pérdida y de otros duelos previos, y que sintiera la seguridad de que otros están ahí para contenerla. A la par, aprendió la importancia de delimitar el rol que ella ocupa dentro de la familia y darle a su hija la responsabilidad que le toca realizar en sus funciones como madre.

Finalmente, el análisis clínico y el método se corresponden al identificar que al final de la terapia la paciente pudo reparar y reorganizarse. Predominaron sentimientos de esperanza, amor, confianza en sí misma y fortaleza. Los familiares cercanos de la paciente observaron

modificaciones favorables en ella, las cuales se reafirmaron en su personalidad y en las actividades a emprender en beneficio de su salud física y emocional. Pudo recordar de la mejor manera a lo perdido. La psicoterapia de tiempo limitado le brindó la posibilidad de poner en palabras su dolor y sentirse acompañada en el proceso de la elaboración del duelo.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y DE LOS RESULTADOS

7.1 El duelo

El modelo psicoanalítico freudiano del duelo fungió como parteaguas y consecutivamente las aportaciones de los estudios clínicos de Klein y las investigaciones de Bowlby, brindaron una perspectiva actual sobre dicho fenómeno, entre otros autores contemporáneos, como Tizón. Estos autores fueron de importancia para el entendimiento de este fenómeno, ya que las investigaciones empíricas han mostrado que para el 65.7% de los expertos, el enfoque psicoanalítico se encuentra entre los tres principales y útiles modelos para entender los fenómenos del duelo y los procesos del mismo (Middleton, Moylan, & Raphael, 1993; Middleton, Burnett, Raphael, & Martinek, 1996). Y esto, a pesar de que en la actualidad no se ha logrado resolver de forma definitiva un tema fundamental para dicho modelo, como lo es el de la diferenciación entre *duelo normal* y *duelo patológico* (Hagman, 1995).

El persistente debate sobre lo que constituye el *duelo anormal* o el *duelo patológico* -también llamado *duelo complicado* por algunos autores contemporáneos, es de importancia, ya que como refiere Tizón (2004), se necesita un análisis más afinado y meditado de las numerosas variantes y definiciones con abundantes superposiciones y solapamientos de lo que se entiende sobre duelo anormal, ya que esto apunta a que se trata de un concepto con una intensidad y extensión nuclear poco definidas. En este sentido, fue de importancia detallar en esta investigación científica, lo que se entendería por duelo normal, complicado y patológico, ya que si bien las diversas definiciones que existen pueden utilizarse clínicamente, creemos que para fines de investigación la delimitación del concepto evita la innecesaria terapéutica y profesionalización del fenómeno.

Tras la consulta de variada literatura, fue en un autor contemporáneo como Tizón en quien se fundamentó lo que se concibe en esta investigación científica por *duelo patológico*, *complicado* y *normal*, entendiendo que el *duelo patológico* es una forma de *duelo complicado*, debido a las dificultades que pueden expresarse en el mismo; es decir, manifestaciones de un trastorno mental más o menos grave y completo, llamado patológico, ya que los procesos de duelo evolucionan hacia un trastorno mental definido. De igual

manera, una buena parte de las manifestaciones en los duelos complicados pueden ser vistas como síntomas (psicopatológicos), presentando un riesgo de patología mayor que el de otros duelos o pérdidas en virtud de las variables que intervengan, pero en su evolución posterior, su elaboración las revierte al primer origen: manifestaciones de *duelo complicado*. Y en el *duelo normal* se mantiene un estado de ánimo que se halla en relación con la pérdida y, si no hay circunstancias que compliquen su evolución, sus cogniciones se centran en las imágenes reales y queridas de lo perdido y el duelo suficientemente elaborado podrá suponer, a medio y largo plazo, no tan sólo una pérdida personal, sino también un enriquecimiento que impulse la creatividad.

No existe manera de obviar en el duelo como en gran parte de las manifestaciones psicológicas, lo que se define por *normalidad* o *anormalidad*, depende de evaluaciones cultural-dependientes y que las pérdidas afectivas con procesos de duelo, son importantes para la vida, no sólo por los efectos directos que producen sino por cómo afectan el presente y el futuro (Tizón, 2004). En este sentido, no hay que olvidar que las manifestaciones del duelo no son directas, universales y generalizadas, sino que vienen mediadas por la cultura.

En cuanto al proceso de duelo y la psicopatología se puede destacar que esta relación es estrecha, ya que por un lado, los duelos insuficientemente elaborados favorecen el desequilibrio mental: la psicopatología. Por otro lado, los trastornos psicopatológicos establecidos suponen dificultades, a menudo específicas, en la elaboración del trabajo del duelo (Tizón, 2004). Diversos estudios han probado estas afirmaciones; por ejemplo, existen estudios de correlación entre las personas que perdieron a un progenitor en la infancia y trastornos emocionales en la edad adulta; o investigaciones con alta frecuencia de pérdidas, y duelos en la infancia remitidos a los servicios de salud mental, o trabajos que han revelado mayor incidencia de pérdidas y duelos en la infancia de los adultos sometidos a tratamiento psiquiátrico (Bowlby, 1980/1993; Parkes, 1998; Woof & Carter 1997). Horowitz y su grupo de investigadores (1993), ingresan al tema de la evolución del duelo hacia la psicopatología, refiriendo que cada uno de los momentos de evolución de un duelo da lugar a manifestaciones *psicopatológicas* si se da un desnivel importante entre la gravedad e intensidad del duelo y las <<capacidades de elaboración y contención del sujeto>> y de sus niveles de contención psicosociales.

De primera instancia los duelos no tendrían que ver con la psiquiatría y sus tratamientos (Tizón, 2004), pero existen modelos teóricos que plantean una diferenciación del duelo patológico en tanto que entidad clínica diferente e intentan crear criterios de utilidad para clasificarlo como síndrome e incluirlo en futuras ediciones del DSM (Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993; Horowitz et al., 1997; Jacobs, 1993). A pesar de los argumentos de peso para la inclusión del duelo patológico en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (ya sea como una categoría separada de un desorden mental o integrado con las categorías ya existentes), sigue habiendo una falta de evaluación crítica en los avances por parte de los científicos hacia el desarrollo de la clasificación del diagnóstico. Por lo que diversas cuestiones requieren mayor análisis y explicación y esto se refiere a la definición de duelo patológico, a la diferenciación entre duelo patológico y normal, a su relación con otros trastornos, y a la falta de acuerdos entre los científicos con respecto a los criterios del duelo patológico.

Lo que es un hecho es que el duelo patológico es por definición un desorden mental, ya que la patología describe las condiciones anormales o enfermas en los organismos. La literatura es consistente demandando que el duelo patológico sí existe, y partiendo de esto en un principio debería ser incluido el duelo patológico, en un sistema de clasificación que lo comprendiera (Stroebe et al., 2000). Sin embargo, no existen líneas claras disponibles que establezcan en qué intensidad y/o duración, y/o tipo de sintomatología el duelo puede ser considerado patológico. Tampoco es preciso dónde y cómo el duelo patológico puede ser acomodado en un sistema diagnóstico (entre ansiedad, depresión, trastorno de adaptación). Es de importancia ser prudente y estricto en la utilización de los criterios diagnósticos del DSM-IV, ya que muchos de los síntomas de los duelos pueden ser confundidos con cuadros psicopatológicos ya existentes. Por ejemplo, tras una pérdida, los síntomas pueden coincidir con los de la depresión mayor; sin embargo, este diagnóstico no debería emitirse antes de los dos meses de transcurrida la pérdida, pero pasado ese tiempo ¿se podría diagnosticar al duelo como una depresión mayor?

En respuesta es importante señalar que el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, tanto en su aspecto temporal como sintomatológico, podría ser fácilmente aplicado a las dos fases intermedias de numerosos duelos graves o complicados y se debe enfatizar que en nuestra cultura, en gran parte de los duelos graves, los síntomas depresivos, persisten más de dos meses (Tizón, 2004). En general, la manifestación psicopatológica más típica de las

dificultades de elaborar el duelo, es la depresión más o menos grave, pero no por ello se puede diagnosticar a un duelo que no tiene síntomas de un duelo normal con un episodio depresivo mayor. La presencia de algunos síntomas que no son característicos de un duelo normal sí que son de utilidad para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor. Esta declaración es difícil de entender pues no está especificada claramente, ya que parece significar que el duelo sería en potencia de atención clínica, si después de dos meses, los síntomas atípicos de la aflicción normal son evidentes y se distinguen de los episodios depresivos mayores.

Evidentemente existen variables que influyen en que el rumbo normal del duelo se complique, y una clasificación de variables que afecte a la elaboración del duelo puede ser difícil de conjuntar debido a que son fenómenos universales y están sujetos a la idiosincrasia tanto de los individuos como de grupos sociales a nivel micro y macro, así como también a una amplia gama de circunstancias externas. En la actualidad, Tizón (2004), basado en su práctica clínica, investigación y docencia, ha sedimentado una clasificación de variables y son estas en las que se basó este trabajo de investigación. Para este autor, la finalidad y valor de variables es heurístico y docente debido a dos razones fundamentales: Por un lado, en cada duelo las circunstancias se observan desde el punto de vista del objeto, del sujeto, de la relación o de las circunstancias de la propia pérdida, y simplemente son vértices de exploración. Por otro lado, usualmente todo duelo importante implica un conjunto de duelos: (uno) primario y (varios) secundarios.

Como bien se sabe, el duelo es un proceso singular mediatizado en cada individuo y por una serie de variables y reacciones basadas en el tipo de vínculo construido en la infancia, y continúa a lo largo de la vida. Aunque el duelo se elabora tanto por pérdidas intrapersonales, evolutivas o materiales, en esta investigación se trabajó con pacientes que enfrentaron la muerte de un ser querido, con el que establecieron una relación profunda, con el fin de analizar ese vínculo perdido. Los casos seleccionados en esta investigación, contaron con las variables necesarias para pensar que el duelo podía complicarse y en algunos casos desencadenar o ya estar instaurada la psicopatología.

Es cierto que se pueden entremezclar o estar poco diferenciadas las manifestaciones del duelo normal, complicado y patológico. Es sabido que el duelo normal se lo superará pasado cierto tiempo e incluso puede ser inoportuno y dañino perturbarlo (Freud, 1917). En este proyecto se trató de no influir en el curso del mismo con intervenciones terapéuticas o

profesionalizadoras, en tanto que no existieran factores de riesgo, y como refiere Tizón (2004), pudiera pasar el duelo del ámbito preventivo del duelo complicado al desarrollo de psicopatología en el duelo patológico. Por lo que se brindó un espacio psicoterapéutico a aquellas pacientes que contaban con las variables necesarias para pensarse que el rumbo del duelo normal se complicaría o ya se había complicado.

7.2 Psicoterapia focal y de tiempo limitado

En esta tesis no se trató de poner a prueba la efectividad de un determinado tratamiento psicoterapéutico, sino que se utilizó una psicoterapia focal y de tiempo limitado, combinando aspectos tanto de Balint, Malan y Levenson, con el fin de trabajar con pacientes que enfrentaban proceso de duelo debido a pérdida de un ser amado. Estos enfoques tienen origen en el psicoanálisis y la revisión de la bibliografía ha mostrado que Freud, en un primer momento del psicoanálisis, aplicó verdaderas psicoterapias breves, en donde los tratamientos eran rápidos, efectivos y él contaba con una postura activa durante las sesiones (principios, entre otros, que caracterizan la psicoterapia breve psicoanalítica).

Fueron los analistas, Ferenczi y Rank, los que presentaron ideas de importancia para lo que resultaría ser la terapia breve y focal. Propusieron establecer límites de tiempo, focalizar el tratamiento y una postura más activa por parte del terapeuta, para contrarrestar la pasividad del paciente. Ferenczi, subrayó la importancia de la franqueza, la empatía y la colaboración en la relación entre paciente y terapeuta. Rank, señaló la activación de la separación proponiendo una fecha de terminación como forma de trabajo habitual; esto resaltó la importancia de trabajar la separación entre el paciente y el terapeuta, sobre todo al final del tratamiento, lo cual se convirtió en uno de los focos importantes de trabajo en esta modalidad de psicoterapia. Estos antecedentes sentaron bases para que se desarrollara en un taller creado por M. Balint (discípulo de Ferenczi) y E. Balint, junto con un grupo de investigadores, la idea y la metodología de este tipo de psicoterapia que se denominó: Terapia Focal.

Es sabido que la terapia focal mantiene la línea de continuidad con el psicoanálisis debido a que todas las actividades del terapeuta están restringidas a intervenciones interpretativas. La actividad del terapeuta consiste en: a) *encontrar el foco apropiado de entre los que ofrece el paciente;* y b) *aproximarse de modo constante y coherente al problema focal con la sola actividad interpretativa.* El foco elegido ayudará al terapeuta para su actitud de “atención

selectiva” y “olvido selectivo”. Lo que no se relaciona concisamente con este foco quedará sin interpretar (Balint, Ornstein, & Balint, 1985). El uso de esta modalidad en este trabajo de investigación permitió encontrar y trabajar con un foco que giraba en torno a las dificultades actuales de la pérdida, se trabajaron las dificultades intrapsíquicas que el proceso de duelo generó como las emociones ambivalentes (amor-odio), de identificación y culpa, así como las relacionales con el objeto perdido, las cuales pudieron haber sido disfuncionales y después de la pérdida seguir generando problemas al paciente. En cuanto a la técnica de interpretación para acercarse al problema focal, no se utilizó persistentemente debido a que había pacientes que elaboraban una pérdida reciente.

El marco referencial aquí señalado tiene origen en planteamientos teóricos y técnicos del psicoanálisis convencional para acercarse a la integración y desarrollo de una estrategia de trabajo modificada, la cual se denominó psicoterapia psicoanalítica focal y breve. En este trabajo de investigación también se trabajó con las aportaciones de autores que llevan los planteamientos psicoanalíticos a un nuevo modelo de trabajo interpersonal y ya no tanto intrapsíquico. La justificación de este enfoque parte del hecho de que, sin importar la gravedad de la psicopatología, las relaciones interpersonales constituyen el marco en que se interpreta el conflicto intrapsíquico y entre sus representantes están Luborsky (1984), de la Universidad de Pensilvania, o Binder y Strupp (1984), de la Universidad Vanderbilt.

La terapia de Binder y Strupp (1984), conocida como psicoterapia dinámica de tiempo limitado (PDTL) está basada en una perspectiva interpersonal y en la teoría de las relaciones objetales. Tiene como características singulares: a) *su basamento en la teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, poniendo el foco en la relación terapéutica y en los conflictos de relación interpersonal*; b) *el énfasis en contrastar sus procedimientos y resultados a través de la investigación sistemática*. En este sentido, el enfoque novedoso de Levenson, brinda un modelo bien establecido de psicoterapia psicodinámica breve, ya que es claro, conciso y ajustado a la realidad y al mismo tiempo razonable y sofisticado. Esta autora descubrió que era particularmente útil en pacientes difíciles; y además “fácil de usar”, accesible para los terapeutas, porque confía en datos observables de relevancia clínica y suficientemente flexible para adaptar al propio estilo terapéutico. Por lo que fue de relevancia en esta investigación el uso de la PDTL para trabajar con una gama amplia de pacientes y focalizar en el conflicto en la relación, intentando modificar la forma en la que la persona se relaciona consigo misma y con los demás.

Se pretendieron aplicar las dos metas con las que cuenta la PDTL: por un lado proporcionar una nueva experiencia al paciente, y por otro, dotarlo de una nueva forma de entendimiento. La principal meta es proporcionar al paciente una nueva experiencia, la cual se pretende sea más funcional que el patrón relacional desadaptativo. Esta experiencia debe ser distinta a la que tuvo el paciente con sus otros significativos en el pasado; esto no significa desempeñar activa y deliberadamente roles correctivos sino más bien hacer el uso terapéutico de la genuinidad y espontaneidad en la relación y no de la actuación. En cuanto a la nueva forma de entendimiento, implica en el paciente la identificación y comprensión de su patrón disfuncional. Para lograrlo el terapeuta emplea técnicas psicodinámicas usuales como la interpretación, la clarificación y la confrontación. En la PDTL la intervención más potente y capaz de proporcionar una nueva forma de entendimiento es el examen de las interacciones del aquí y ahora entre el terapeuta y el paciente. Básicamente los pacientes empiezan a adquirir esa nueva forma de entender sus conductas *in vivo*; es decir, durante las sesiones a través de las observaciones del terapeuta sobre la recreación del patrón maladaptativo cíclico.

Acorde a lo propuesto por Rank, se indujo mediante la puntuación del tiempo el foco en la terminación, operador especialmente relevante en una intervención sobre duelo y el cual puede generar mayor ansiedad en el paciente. El foco del fin de la terapia es universal para algunos autores, ya que se presenta tanto en la terapia breve y focal, como en la psicoterapia psicoanalítica y aun en el psicoanálisis. Fue importante trabajar el duelo por la pérdida de la relación terapéutica y, como señala Pérez-Sánchez (1996), es fundamental en el tratamiento planificar una serie de seguimientos que desde un punto de vista clínico facilite el final, ayudando a elaborar algún aspecto no resuelto y que aconsejen otra indicación en el tratamiento. En este sentido, se programó después de la última sesión un seguimiento al mes para explorar, entre otras cuestiones, sobre el motivo de consulta que lo hizo solicitar tratamiento, saber cómo se sentía en ese momento, explorar la salud física, indagar cambios en las relaciones interpersonales y si se habían creado nuevas, preguntar sobre el foco de terapia, del cómo había vivido la relación terapéutica, de cómo la ayudó la terapia sobre sus actitudes hacia el terapeuta en ese momento y las actuales, de cómo vivió la terminación y de sí creía que había sido suficiente el tratamiento.

En cuanto al número delimitado a 15 sesiones se respaldó en los estudios sobre la permanencia y término de la psicoterapia de tiempo limitado, ya que como refiere Levenson

(1997) la mayoría de pacientes deciden acudir durante un breve espacio temporal a terapia. En este sentido, en diversos estudios, con diferentes pacientes, entornos y distintos programas, se ha comprobado que, independientemente del tipo de tratamiento externo, la mayoría de pacientes acuden a psicoterapia entre 6 y 12 sesiones en promedio (Garfield, 1989; Phillips, 1987; Reder & Tayson, 1980; Straker, 1968). A pesar de que se trabajó con una muestra pequeña, se pudo corroborar que los pacientes asistieron a todas las sesiones establecidas desde el inicio de la terapia debido a lo que refieren Sledge, Moras, Hartley y Levine (1990). Estos investigadores propusieron que disponer de una fecha de término reduce los temores de los pacientes en relación a la dependencia y a las tendencias de presentar conflictos de terminación. Cuando los pacientes cuentan con una estructura de inicio, cuerpo medio y final de la terapia, pueden mostrarse más dispuestos a completar el tratamiento. Por otra parte, reconocen que un foco claro en la terapia de tiempo limitado, la principal tarea terapéutica y el énfasis en la alianza terapéutica, podría contribuir de igual manera a una disminución importante sobre el índice de abandono de la terapia.

7.3 El método CCRT

En esta investigación se utilizó para evaluar cambios en el patrón, la metodología CCRT utilizando la variación alemana del “Método del Tema Central de Conflicto Relacional” (CCRT) denominado (CCRT-LU). Aunque existen variedad de trabajos realizados con el CCRT (véase Luborsky et al., 1999), hasta ahora hay pocos trabajos que utilicen este método para describir procesos terapéuticos. Se conocen estudios que hacen referencia a terapias breves (Albani, Pokorny, Dahlbender, & Kächele, 1994; Anstadt, Merten, Ulrich, & Krause, 1996; Grahbotrtn, Overbeck, Kernhof, Jordan, & Muller, 1994; Luborsky, Crits-Cristoph, Friedman, Mark, & Schaffler, 1991). Esta investigación pretende aportar resultados de proceso en un encuadre de psicoterapia breve de corte psicoanalítico.

El CCRT se ha consolidado internacionalmente como método de investigación que extrae patrones del conflicto relacional. Aunque numerosos estudios han demostrado pruebas sobre la validez del método CCRT, (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, 1998; Luborsky et al., 1999) con frecuencia otras discusiones han incluido críticas sobre la estructura de categorías (Albani et al., 2002; Strauss et al., 1995). Esto permitió la reformulación alemana del método en donde se conservaron los fundamentos principales del CCRT tradicional de Luborsky, pero se incorporó una lógica unificada. El desarrollo del sistema de categorías CCRT- LU, hace

referencia a los lugares en donde se desarrolló, (Leipzig/Ulm) y a su “lógica unificada”. El equipo estuvo integrado por: C. Albani, D. Pokorny, G. Blazer y S. Gruening.

La decisión de utilizar la versión alemana del método se debió a las principales ventajas que presenta este sistema de categorías en su base empírica y teórica; la estructura lógica y simétrica; y la facilidad de aplicación y de aprendizaje. Esto justificó la conveniencia de elaborar la traducción al castellano y la validación de la lista de predicados y del procedimiento (López del Hoyo, Ávila-Espada, Pokorny, & Albani, 2004); agregando la “S” a las iniciales “LU” para hacer referencia tanto a la Universidad donde se desarrolló (Salamanca) como al idioma. Se eligió esta versión para aplicarlo en esta investigación, la cual aspira a contribuir en la última etapa del proceso de validación del CCRT-LU-S (López del Hoyo & Ávila- Espada, 2004).

El método CCRT-LU se mostró sensible para identificar el cambio de patrón relacional núcleo de conflicto, en los cinco casos. Tras comparar los patrones en las secuencias inicial y final de los tratamientos, se pudo comprobar que la psicoterapia focal y de tiempo limitado aplicada se asociaba con cambios en el patrón estructural de conflicto relacional, y que dichos cambios mostraron una evolución favorable del duelo, en algunos casos. Las intervenciones psicoterapéuticas con las pacientes asumieron los objetivos clínicos descritos y principalmente contribuyeron a que el duelo siguiera el proceso de elaboración, y como foco complementario se trabajó el fin de la terapia.

La investigación que luego se desarrolló con el método CCRT fue independiente de la psicoterapia, y a partir de la transcripción electrónica digital de las sesiones, se aceptó como hipótesis que los logros clínicos se reflejarían igualmente en cambios estructurales en el patrón conflictivo relacional central, a través de los indicadores CCRT-LU, en su versión al español. Para poner a prueba esta hipótesis se evaluaron, en todos los casos, las primeras cuatro sesiones y se compararon con las cuatro últimas en las que se incluyó la sesión de seguimiento realizada después de un mes de terminado el tratamiento.

En cada uno de los procesos se detectaron los elementos del duelo. Se apreció en distintas situaciones y narrativas de los pacientes, el tipo de pérdida al que se enfrentaron, el tipo de duelo, el momento en el que se encontraba el proceso de duelo y las variables que contribuyeron o afectaron en la elaboración del mismo. Todos los pacientes se enfrentaron a

la pérdida debido a la muerte de un ser querido, y no obstante las diferencias, el método sí permitió comparar patrones singulares para cada uno de ellos. No se detectó un patrón de generalidad, ni en porcentajes ni en patrones, pero sí se pudieron observar ciertas categorías del método, en las que más se reflejaron los casos de duelo. Al hacer un análisis transversal de la formulación total del CCRT en los cinco casos, se pudo detectar tanto para los Deseos como para las Respuestas, lo siguiente:

En cuanto a los Deseos se pudo observar que en tres (DOO, DOS, DSO) de los cuatro componentes, apareció con mayor frecuencia la categoría *C. Amar, Sentirse bien*. Esto puede ser el reflejo de lo que otros estudios han encontrado, en donde es posible que el deseo *de ser amado y entendido* sea algo común dentro de la sociedad (Eckert, Luborsky, Barber, & Crits-Christoph, 1990). Un tema tan significativo para el ser humano como es la pérdida de un ser querido es muestra que se desea dar y recibir afecto en un momento tan doloroso. En el Deseo restante (DSS) todos los casos compartieron la categoría *D. Tener Autodeterminación*. Lo que indica que los dolientes desean ser interiormente fuertes para poder superar dicha pérdida, (véase Tabla 90).

Tabla 90. Formulación Total del CCRT, para cada una de las pacientes

	DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Trinidad	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	D Tener auto- determi- nación	M Retirars e en uno mismo	B Apoyar	B Apoyar	F Estar insatisfecho , Estar asustado
Aída		B Apoyar C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	D Tener auto- determi- nación	L Molesta r, atacar	L Molestar, atacar	B Apoyar Estar enfadado, ser antipático	F Estar insatisfecho , Estar asustado
Rosario	B Apoyar	C Amar, sentirse bien	B Apoyar C Amar, sentirse bien	D Tener auto- determi- nación	E Deprim irse, resignar se	B Apoyar	B Apoyar	F Estar insatisfecho , Estar asustado
Eva	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	C Amar, sentirse bien	D Tener auto- determi- nación	E Deprim irse, resignar se	B Apoyar	B Apoyar	F Estar insatisfecho , Estar asustado
Amalia	C Amar, sentirse bien	B Apoyar	B Apoyar	D Tener auto- determi- nación	H Estar enfadad o, ser antipáti co	B Apoyar	B Apoyar	D Tener auto- determinaci ón

Con respecto a las respuestas, se observó que para el componente (ROS) en cuatro de los cinco casos y para el componente (RSO) en cinco de los cinco casos, la categoría más significativa fue *B. Apoyar*. Esta es una de las respuestas esperadas ya que el soporte y aliento de la familia y seres cercanos son fundamentales para atravesar el duelo. Para el componente (RSS) se detectó que en cuatro de los cinco casos sobresalió la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, (véase Tabla 90). Esta categoría explica en algunos casos que las pacientes se encuentran deprimidas como parte de un trastorno afectivo que se originó antes o a raíz de la pérdida y en otros casos se explica debido a que la pérdida es muy reciente y son las emociones inherentes al proceso, esta categoría explica algunos de las reacciones que se tienen en los momentos de duelo que pueden oscilar entre la turbulencia afectiva y los momentos de desesperanza, como refieren Tizón y Sforza (2008) en donde las emociones que predominan en esos momentos del duelo son la culpa, la autoacusación, la ira, la tristeza, la desesperanza, los temores diversos, las ansiedades, el resentimiento, etcétera.

A continuación se analizará cada uno de los cinco casos de manera individual y se corroborará si hubo cambios estructurales significativos en el patrón central de conflicto relacional entre la fase inicial y final, los cuales puedan ser demostrados de manera válida y fiable, asociados al tratamiento. Para comprobar estadísticamente se utilizó la prueba del *Test exacto de Fisher* debido a que la muestra es pequeña y se aplicó método de *Monte Carlo* para calcular los niveles de significación. Cuando el *Test de Fisher* mostró que los porcentajes eran significativamente diferentes, a un nivel de confianza de $\alpha = 0.05$, en la fase inicial y final, entonces se realizó el *Test de Fisher* para cada uno de los predicados del CCRT-LU-S.

El caso Trinidad:

En este caso en donde se trabajó con la pérdida de los padres 7 años atrás, el objetivo de esta psicoterapia focal de tiempo limitado fue logrado. Se trabajó con las emociones ambivalentes (amor-odio), de vacío, dependencia y culpa, lo cual permitió elaborar el duelo patológico y los síntomas propios del cuadro depresivo dejaron de ser solamente medicalizados, práctica habitual de nuestros tiempos (Tizón, 2000).

Al comparar la formulación del CCRT en la fase inicial y en la fase final, se observó lo siguiente: Por un lado, en los Deseos hubo cambios significativos en las categorías de los componentes (DOS) y (DSS). Por otro lado, en las respuestas hubo cambios significativos en los siguientes componentes (ROS), (RSO) y (RSS). A continuación se analizarán estos cambios.

Tabla 91. Categorías significativas al comparar el inicio y final de la terapia

	DOS	DSS	ROS	RSO	RSS
Trinidad	B Apoyar	C Amar, sentirse bien D Tener autodeterminación	H Estar enfadado, ser antipático	C Amar, sentirse bien J Rechazar K Dominar	D Tener autodeterminación F Estar insatisfecho, Estar asustado M Retirarse en uno mismo

En cuanto a los Deseos, en el Deseo del Objeto hacia el Sujeto (DOS), al inicio de la terapia la categoría *C. Amar, sentirse bien*, contaba con el 67% y disminuyó al 17%. Al final de la terapia predominó la categoría *B. Apoyar*, la cual inició con el 7% y aumentó al 83%. Lo cual clínicamente puede indicar que la paciente deseaba ayuda de los demás para elaborar las situaciones que le causaban dolor. Con respecto al Deseo del Sujeto hacia sí mismo (DSS), se pudo observar que la categoría *C. Amar y sentirse bien*, disminuyó del 50% al 13% y la categoría *D. Tener autodeterminación*, aumentó del 30% al 75% al final del tratamiento. Este cambio de categorías puede indicar que la paciente deseó pasar de un estado de bienestar pasivo a querer superar los obstáculos y salir adelante (véase Tabla 91).

En cuanto a la Respuesta del Objeto hacia el Sujeto (ROS), la categoría *B. Apoyar*, fue la que predominó sin cambios significativo tanto en la fase inicial como en la final, pero fue la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático*, la que mostró un cambio significativo, aumentando del 0% al 10%, (véase Tabla 91). En este sentido, existen estudios en donde las muestras están basadas en pacientes con un diagnóstico de depresión severa según el *DSM-IV*, y se ha encontrado que los sujetos tienden a percibir a los Otros como “rechazadores”, incluir a otros que son “rechazados” o causar que los demás los “rechacen” (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, & Diguer, 1995).

En la Respuesta del Sujeto hacia el Objeto (RSO), la categoría más frecuente en ambas fases fue *B. Apoyar*, sin embargo, los cambios significativos se reflejaron en la categoría *C. Amar, sentirse bien*, que disminuyó del 25% al 11%, la categoría *J. Rechazar*, que aumentó del 0% al 6% y la categoría *K. Dominar*, que pasó del 1% al 4%, (véase Tabla 91).

En la Respuesta del Sujeto hacia sí mismo (RSS), al inicio de la terapia la categoría **F. *Estar insatisfecho, estar asustado***, contaba con el 37% y disminuyó al 11%. Al final de la terapia la categoría **D. *Tener autodeterminación***, incrementó del 1% al 43% y la categoría **M. *Retirarse en uno mismo***, disminuyó del 18% al 3%, (véase Tabla 91).

Sin embargo, en el CCRT global de la paciente la categoría **F. *Estar insatisfecho, estar asustado***, ocupa la mayor frecuencia. Las mismas investigaciones de Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995), muestran que el CCRT realizado en pacientes deprimidas, frecuentemente expresa el Deseo de “estar cerca y ser aceptada” o “de ser amado y entendido”. Los Otros tienden a responder “rechazando u oponiéndose” o “enfadados” más que “amando y aceptando”. A consecuencia de esto, los pacientes deprimidos tienden a sentirse más deprimidos.

Ahora bien, los indicadores del CCRT para el componente (RSS), con los que se cuenta al inicio de la terapia (**F. *Sentirse insatisfecha, asustada*** y **M. *Retirarse en uno mismo***), explican lo trabajado al inicio del proceso psicoterapéutico, en donde la paciente narró varios momentos de angustia y pérdidas, las cuales iniciaron en la infancia y se repitieron y desplazaron a otras etapas y esferas de su vida, culminando sus síntomas en un diagnóstico de depresión. En este sentido, existen estudios que muestran que los duelos graves o acumulados durante la infancia parecen correlacionarse con trastornos psicopatológicos en la propia infancia y en edades posteriores (Bowlby, 1980/1993; Cox, 1993; Woof & Carter, 1997).

Al comparar los indicadores del inicio con los del final de la terapia, resalta que tanto en los deseos como en las respuestas de la propia paciente hacia sí misma (DSS y RSS), es el **cluster D. *Tener Autodeterminación***, el que de manera significativa sobresale. Esto también indica que el proceso del duelo que comenzó con el impacto afectivo de la pérdida y finalizó con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto parece que fue resuelto. La adecuada elaboración del duelo permitió que la paciente reacomodara tanto su mundo interno como externo sin la presencia de los seres queridos y adoptará nuevos roles y actividades, ya que la energía emocional retirada de las relaciones perdidas pudo ser reinvertida en nuevas. También indica que la paciente tendió a tener un menor grado de severidad psiquiátrica y aunque en el CCRT global, siguió apareciendo en primer lugar y por mínima diferencia el **cluster F. *Estar insatisfecho, estar asustado***. Lo que estos indicadores aportan es que el

espacio psicoterapéutico fue benéfico para la paciente y el objetivo de trabajar con las pérdidas se llevó a cabo.

El caso Aída:

En este caso se trabajó con la paciente la frustración y enojo exacerbados hacia el esposo a raíz de su muerte; la relación entre ellos fue ambivalente. En el espacio psicoterapéutico se facilitó la expresión de sentimientos entremezclados por el impacto de la pérdida súbita, la cual dejó cosas inconclusas entre la pareja. Entre las metas se propuso que la paciente ganara independencia y elevara su autoestima, así como que lograra establecer límites claros en las relaciones. También se trabajó con el entendimiento de que tanto ella como el marido contribuyeron en la dinámica de una relación destructiva.

En el análisis de las frecuencias entre inicio y final del tratamiento de los componentes de Deseo y Respuesta se encontraron cambios significativos solamente en las siguientes respuestas (ROS) y (RSS):

Tabla 92. Categorías significativas al comparar el inicio y final de la terapia

	ROS	RSS
Aída	L Molestar, atacar	C Amar, sentirse bien D Tener autodeterminación G Estar determinado por otros H Estar enfadado, ser antipático

En cuanto a la Respuesta del Objeto hacia el Sujeto (ROS), se mostró en ambas fases la categoría significativa de, **L. Molestar, atacar**, la cual redujo del 48% al 27%, (véase Tabla 92). Esta categoría refleja la mala relación que la paciente tenía con el marido pero también con otras figuras importantes de su vida como el padre. A raíz de la muerte del marido, la paciente se ha relacionado con la familia política y se suscitaron situaciones legales que complicaron la relación; sin embargo, Aída ha logrado establecer límites.

En cuanto a la Respuesta del Sujeto hacia sí mismo (RSS), se observó que al inicio de la terapia la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, presentó el 28% y al final de la terapia fue la categoría *D. Tener autodeterminación*, la que incrementó significativamente del 3% al 23%. Del mismo modo, se observaron en este componente otros cambios significativos, por ejemplo, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, incrementó del 4% al 17, la categoría *G. Estar determinado por otros*, decremento de 18% al 8% y la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático*, disminuyó del 20% al 9%, (véase Tabla 92). Evidentemente las respuestas de miedo están relacionadas con el evento reciente al que se está enfrentando, el cual es un duelo de tipo súbito o de urgencia por la muerte de la pareja. A pesar de que desea superar las situaciones dolorosas a las que se ha enfrentado y ahora la dolorosa pérdida del esposo, es de esperarse que sus respuestas sean de temor ya que en un duelo de esta magnitud las consecuencias psicológicas se complican debido a la imprevisibilidad del evento. Sin embargo, se observó el intento de modificar la percepción de sí misma valorando más sus cualidades que defectos y a pesar de los sentimientos intensos de tristeza, la paciente, por su edad, cuenta con la energía que le ayuda a recomenzar.

Es de esperarse que en este tipo de duelo súbito, al deudo le invada la sensación de impotencia, la cual se encuentra ligada a una increíble sensación de rabia. La expresión del enojo, es el escudo que aparece más accesible, vano intento de defensa y protección ante tanta impotencia y tristeza que se experimenta (Lieberman, 2007). Es de esperarse que quien se enfrente en esta situación sentirá que su presente ha sido alterado y su futuro es incierto y peligroso, este es el caso de Aída, en donde el miedo la invade por no saber si enfrentará una pérdida similar y el futuro le angustia por ser incierto. La psicoterapia le brindó a la paciente un espacio en donde poder trabajar las emociones de dolor. El duelo seguirá su proceso pero será un duelo complicado de elaborar por las variables que intervinieron. Es posible que en un futuro la paciente vuelva a solicitar terapia para seguir trabajando otros aspectos conflictivos o complejos y no se descarta la posibilidad que se encuentre el trabajar con el duelo por la muerte de la pareja.

El caso Rosario:

En este caso el foco a trabajar fue con el desenganche de la relación simbiótica madre-hija, a partir de trabajar los sentimientos ambivalentes (amor-odio), el vacío, la culpa y la dependencia originados por el pronto fallecimiento del marido después de emitido un diagnóstico. Por su edad avanzada, la paciente se percibía con poca capacidad de educar a

la hija adolescente y más que sentar límites, la forzaba a realizar actividades, por lo que la hija reaccionaba enojada y rechazándola. Se intentó generar una relación en donde existiera mayor flexibilidad en las reglas que la paciente establecía a la hija, entendiendo que al igual que ella su hija se encontraba atravesando un duelo complicado.

Al analizar la frecuencia de las categorías para los Deseos y las Respuestas entre el inicio y final de la terapia se encontraron solamente diferencias significativas en los componentes de las Respuestas (ROS) y (RSO):

Tabla 93. Categorías significativas al comparar el inicio y final de la terapia

	ROS	RSO
Rosario	A Atender a B Apoyar I Ser poco fiable	B Apoyar F Estar insatisfecho, estar asustado G Estar determinado por otros

En cuanto a la Respuesta del Objeto hacia el Sujeto (ROS), se observaron cambios significativos. Al inicio de la terapia la categoría **B. Apoyar**, contaba con el 33% y disminuyó al 17%. Al final de la terapia fue la categoría **A. Atender a**, que subió del 7% al 17% y la categoría **I. Ser poco fiable**, aumentó del 0% al 5%. Aunque en esta fase final de la terapia fue la categoría **H. Estar enfadado, ser antipático** la más frecuente, en ella no se dio un cambio significativo y solamente acrecentó del 11% al 16%, (véase Tabla 93).

Al inicio de la terapia se trabajó con la pérdida del esposo y la paciente recibió el apoyo de sus hijos cuando el marido estuvo convaleciente en casa; sin embargo, se enfrentó con problemas debido a esta pérdida tan rápida, ya que el tiempo no le ayudó a prepararse para la falta y tampoco pudo comunicarse con algunos de sus hijos debido a los cuidados y atenciones al enfermo. Refieren Tizón y Sforza (2008), que es de suma importancia la forma en cómo se comunica esta situación y lo ideal sería que fuera realizada a cargo de alguien allegado y en el último de los casos, de un profesional. En este caso a la hija adolescente no se le comunicó abiertamente lo que pasaba y tuvo que enfrentar esa pérdida sin el apoyo familiar, por lo cual, en las reacciones normales del duelo predominó la ira. Después de este evento las relaciones entre madre e hija se complicaron y mientras la

madre deseaba estar cerca de su hija y aferrarse a ella, la hija estaba furiosa y le respondía de manera ambivalente, se mostraba atenta y comprensiva pero también la agredía y era irresponsable. Al cabo de 2 años las relaciones no mejoraron y las categorías del CCRT, indican que la hija sigue respondiendo agresivamente.

En la Respuesta del Sujeto hacia el Objeto (RSO), no hubo un cambio de categoría, en ambas fases apareció con mayor frecuencia la categoría **B. Apoyar**. El análisis mostró que esta categoría acrecentó del 17% al 32% al final de la terapia y esta diferencia fue significativa. Además aparecieron cambios significativos en la categoría **F. *Estar insatisfecho, estar asustado***, la cual decreció del 13% al 2% al final de la terapia y la categoría **G. *Estar determinado por otros***, redujo del 6% al 1% al final de la terapia, (véase Tabla 93).

La paciente respondió apoyando y menos descontrolada por las reacciones de su hija en contra de los límites establecidos. Se logró crear un canal de comunicación en donde las agresiones disminuyeron y entendió que su hija elaboraba un duelo complejo de la muerte de su padre debido a que las condiciones no eran propicias para elaborarlo de manera satisfactoria. La paciente asimiló que estaba sobrecargando su atención y sobreprotección y ese excesivo control en el presente resultaría ser sofocante para el desarrollo de la hija. Se lograron algunas modificaciones importantes en cuanto a las relaciones con los demás y la paciente, a raíz de la muerte de su esposo, tuvo que asumir el aprendizaje de nuevos roles.

La paciente en sí misma no dejó de sentirse insatisfecha, asustada y triste, esto se debe a que es una paciente de edad avanzada y la muerte de la pareja implicó un cambio de status social y económico. El desarrollo de la interdependencia surge en cualquier matrimonio pero ésta es mayor a medida que pasan las décadas y es por ello que el ajuste de roles resultará ser más complicado (Worden, 2004). Con la vejez resultan más evidentes las manifestaciones del duelo, el cual ya es en sí mismo un duelo complicado el cual puede evolucionar a un duelo patológico. Varios estudios han comprobado que la muerte de la pareja ocupa los primeros lugares en la lista de los provocadores de estrés y los trastornos depresivos son cuatro veces más frecuentes en las personas que enviudan con respecto a las personas que tienen una pareja (Turvey, Carney, Arndt, Wallace, & Herzog, 1999). Esto explica el porqué no hubo cambios significativos en las respuestas de la paciente hacia sí misma. Sin embargo, la terapia fomentó a que la paciente hablará e intentará entender que el proceso de duelo que atraviesan ella y su

hija es complicado, pero con las herramientas necesarias ese proceso de duración variable puede seguir su proceso.

El caso Eva:

En este caso se trabajó con la imposibilidad de demostrar las emociones de vacío, enojo y culpa suscitados a raíz de la pérdida súbita del hijo menor. La paciente se siente devastada y busca un espacio en donde pueda expresar abiertamente las emociones que le producen excesiva ansiedad. Busca en los demás entendimiento; sin embargo también desconfía, por lo que se le quiere brindar un espacio en donde exista confianza y seguridad para que entienda que el demostrar sus sentimientos no afectará negativamente el sistema familiar, por el contrario, permitirá que los integrantes de la familia expresen sus sentimientos abiertamente sobre lo que significa la pérdida de uno de los integrantes y afrontar el dolor. La elaboración del duelo por la muerte de un hijo es cualitativa y cuantitativamente diferente en la madre que en el padre (Gómez Sancho, 2007). Este es un tipo de pérdida que va en contra de la naturaleza y resulta complicado de elaborar.

Tras el análisis de las frecuencias en los Deseos y Respuestas de la fase inicial y final de la terapia, se pudo realizar un CCRT para cada una de las fases. Al comparar el patrón central de relación, se observaron cambios en las categorías de algunos de los componentes. Por un lado en los Deseos (DOS), (DSO) y (DSS) y por otro lado en las respuestas (ROS) y (RSS). Sin embargo, sólo fue significativo el cambio en la Respuesta de la paciente hacia sí misma (RSS):

Tabla 94. Categorías significativas al comparar el inicio y final de la terapia

	RSS
Eva	<p>C Amar, sentirse bien</p> <p>D Tener autodeterminación</p> <p>F Estar insatisfecho, estar asustado</p>

En (RSS) se observó lo siguiente: Al inicio de la terapia la categoría más frecuente fue *F*. *Estar insatisfecho, estar asustado* con un 49% y al final de la terapia las categorías más

frecuentes fueron *E. Deprimirse, resignarse* y *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, con el 26%. El análisis de los datos mostró diferencias significativas, al final de la terapia la categoría *C. Amar, sentirse bien*, aumentó del 0% al 10%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, subió del 4% al 21% y la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, redujo del 49% al 26%, (véase Tabla 94). Estos cambios en las categorías indican que la paciente se encuentra en un momento de turbulencia afectiva, en donde se dan avances y retrocesos en las emociones. Surge la tristeza, el miedo, la angustia, la desesperanza profunda pero también el anhelo y momentos de ilusión y esperanza negadoras. Las emociones se alternan, y aunque la paciente desea salir adelante por sus hijos y esposo, el dolor que la invade es muy reciente. Sin embargo, la pérdida de un hijo es un duelo muy complicado de elaborar ya que queda afectado el más importante vínculo de amor, que es el amor por la vida misma (Tizón & Sforza, 2008). Las reacciones que la muerte de un hijo genera en los padres van más allá de lo que otras pérdidas puedan generar.

Para la paciente, expresar su dolor en el sistema familiar fue complicado. Aunque el apoyo familiar es fundamental también puede entorpecer el proceso de duelo. La paciente no veía en su pareja las mismas demostraciones de tristeza y muchas veces contenía su llanto o su rabia la depositaba en él. Sin embargo, por lo que la paciente refiere, su pareja evitaba desahogarse frente a ella y de esa manera darle un sostén y fortaleza. Lo ideal hubiera sido trabajar en el espacio psicoterapéutico con ambos, ya que se pudo observar que la familia contaba con los recursos para afrontar juntos este proceso de duelo, pero debido a las carencias económicas y los horarios de trabajo, no se pudo crear ese espacio para ambos.

Existen estudios que refieren que tras la muerte de un hijo en la primera infancia, se necesita contención, consuelo, compañía y bastante asistencia aun breve, la cual reduce significativamente la morbilidad de los padres este tipo de pérdidas (Forrest, Standish, & Baum, 1982). En el espacio psicoterapéutico brindado, aunque se trabajó solamente con la madre, ésta pudo expresar su dolor y sus temores de volverse a enfrentar a algo similar. Se trató de que el proceso de duelo siguiera su rumbo y se ofreció el espacio terapéutico a futuro, si es que la paciente o la pareja lo necesitan. Este tipo de pérdida afectará a toda la estructura familiar, sin embargo, la comunicación podrá ser entre otras, una de las estrategias fundamentales para poco a poco ir elaborando el duelo.

El caso Amalia:

En este caso se trabajó con el duelo a causa de la pérdida de la nieta, la cual había fallecido 5 años atrás por homicidio. Los sentimientos de tristeza, miedo, odio y culpa generados por la pérdida fueron reprimidas debido a que la paciente se encontraba involucrada como testigo en el proceso legal de dicho suceso. Se creó un espacio de contención en donde la paciente pudiera expresar el dolor, ya que muchas de sus emociones fueron retenidas o diferidas con el fin de no generar mayor sufrimiento en la familia, y así ayudar y atender las diferentes diligencias que el caso requería y esto no le dejó tiempo para ocuparse de sí misma.

El análisis de las frecuencias de las categorías para los Deseos y Respuestas, mostró por un lado, que para los componentes del Deseo no hubo ningún cambio significativo pero la categoría más frecuente para (DOS) y (DSO) fue *B. Apoyar*, y para el componente (DSS), la categoría más frecuente fue la *D. Tener autodeterminación*. Sin embargo, por el lado de las Respuestas, sí se encontraron cambios significativos en los componentes (ROO), (RSO) y (RSS), que a continuación se presentan:

Tabla 95. Categorías significativas al comparar el inicio y final de la terapia

	ROO	RSO	RSS
Amalia	M Retirase en uno mismo	A Atender a D Tener autodeterminación E Deprimirse, resignarse H Estar enfadado, ser antipático	D Tener autodeterminación E Deprimirse, resignarse F Estar insatisfecho, estar asustado

En cuanto a las Respuestas del otro hacia otro (ROO), al inicio de la terapia la categoría más frecuente fue *H. Estar enfadado, ser antipático*, con el 39% y al final de la terapia la categoría más frecuente fue *M. Retirarse en uno mismo*, la cual fue significativa ya que aumentó al 38%, (véase Tabla 95). Esta respuesta de los otros hacia los demás muestra que al inicio de la terapia se trabajó con el evento dramático de la pérdida y las emociones fueron de enojo por el cómo de la pérdida; es decir, por el tipo de muerte tan violenta que sufrió la nieta. Al final de la terapia, se trabajó con la relación de la familia y se detectó que los

procedimientos legales que tuvieron que enfrentar complicaron el escenario y los episodios de ira y descontrol emocional acabaron por distanciar a los integrantes de la familia.

Con respecto a la Respuesta del Sujeto hacia el objeto (RSO), no hubo un cambio de categoría entre inicio y final de la terapia, ya que en ambas fases la categoría *B. Apoyar*, fue la más frecuente pasando del 34% al 30% respectivamente. Sin embargo, se dieron cambios significativos en la categoría *A. Atender a*, pasó del 6% al 14%, la categoría *D. Tener autodeterminación*, pasó del 3% al 11%, la categoría *E. Deprimirse, resignarse*, disminuyó de 7% a 0% y la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático*, decremento del 10% al 0%, (véase Tabla 95). En este tipo de duelo diferido, la persona se inclina a actividades frenéticas con el fin de no pensar en lo sucedido; en este caso la paciente está haciendo mayor consciencia del rol que ella ocupa en la familia y de la importancia de delegar responsabilidades y tener un espacio para sí misma que le permita descargar de una manera más constructiva los sentimientos de tristeza e ira. Más que atender de manera compulsiva las necesidades de la familia está abierta a modificar la dinámica en sus relaciones con el deseo de apoyar, ser apoyada y salir adelante.

En la respuesta del sujeto consigo misma (RSS), en la fase inicial la categoría más frecuente fue *E. Deprimirse*, con el 26% y al final se presentó con mayor frecuencia la categoría *D. Tener autodeterminación*, con 44%. El análisis mostró cambios significativos en la categoría *D. Tener autodeterminación*, que incrementó del 15% al 44%, la categoría *E. Deprimirse*, bajó del 26% al 8% y la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, disminuyó del 20% al 0%, (véase Tabla 95). Estas categorías pueden indicar que en la paciente dejaron de predominar los sentimientos de culpa, temor, tristeza y desesperanza. En esta fase de desesperanza más o menos reversible, se observó que la paciente osciló entre atesorar los recuerdos u olvidarse de ellos, un conflicto fundamental que Tizón (2004) llama: Olvidar recordando. La paciente pasó a un momento de reorganización, en donde predominó la fortaleza, el cambio, el desarrollo, la mejora. El duelo seguirá elaborándose progresivamente y los recuerdos se tolerarán y las conversaciones dejarán de ser rígidas. La paciente pudo emprender actividades recreativas con el fin de seguir contando con un espacio para sí misma.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

En esta investigación se cumplió con el objetivo de describir el duelo desde un marco referencial psicoanalítico y detectar dicho fenómeno en la práctica clínica para trabajar con un modelo de psicoterapia psicoanalítica de tiempo limitado y evaluar el proceso de manera clínica y sistemática con el fin de detectar cambios significativos en la elaboración del duelo.

8.1 El duelo

- Aunque existen diversos modelos teóricos que explican el duelo y su proceso, en esta tesis se trabajó con un determinado enfoque: el psicoanálisis. Los principales modelos psicoanalíticos destacaron la importancia de procesos y emociones similares durante el duelo y se observó la evolución de este concepto, partiendo de una definición del duelo en términos de mecanismos intrapsíquicos, a una en la que el duelo es visto más como un proceso adaptativo y activo, en el que se incorporan diferencias individuales y contextuales.
- El interés de esta investigación fue el de trabajar con el duelo complicado y patológico. En la bibliografía fue difícil delimitar lo que se entiende sobre estos conceptos y para fines de investigación esto genera dificultad. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo y se carece de una lista aceptada consensualmente. Se necesita un análisis más detallado de las considerables variantes y definiciones de lo que se entiende sobre duelo anormal, ya que como señala Tizón (2004), se trata de un concepto con una intensidad y extensión nuclear poco definidas. Muchas de tales descripciones pueden utilizarse clínicamente y para la comprensión de los fenómenos; sin embargo, su uso en investigaciones científicas debe ser más detallado por las repercusiones sociales que conllevan la terapéutica y la profesionalización de los fenómenos y experiencias humanas.
- En cuanto al proceso de duelo y su relación con los trastornos psicopatológicos, se puede concluir que la relación es estrecha, aunque de primera instancia, el duelo no tendría injerencia con la psiquiatría y mucho menos con sus tratamientos o intervenciones psicoterapéuticas. Sin embargo, los duelos insuficientemente

elaborados favorecen el desequilibrio mental, y los trastornos psicopatológicos establecidos suelen suponer dificultades, a menudo específicas, en la elaboración del trabajo del duelo (Tizón, 2004). En estos casos donde el duelo se cronometra en el tiempo, y se encuentra detenido frente a alguno de los obstáculos que se presentan en el camino, o se inserta el mismo proceso sobre una personalidad que presenta patologías previas, entonces sí, la intervención terapéutica es necesaria y aconsejable.

- Al no existir criterios que hagan del duelo patológico una entidad clínica diferente en el DSM IV-TR, se suele diagnosticar este fenómeno con otros trastornos, como el de la depresión o la ansiedad. En este sentido, es importante enfatizar que si los síntomas del duelo duran dos meses, no necesariamente se concluye que es una depresión, pero las pérdidas o separaciones sí pueden dar origen a ésta u otras entidades patológicas. Con respecto a la depresión, es un término que se utiliza vagamente para una variedad de estados, por lo tanto, es de importancia no utilizar extensamente el término, pues actúa como una barrera que impide explorar a detalle las respuestas de los dolientes frente a las pérdidas, y este diagnóstico acelerará las prescripciones de antidepresivos o ansiolíticos innecesarias, práctica habitual en nuestros tiempos, en donde los síntomas tienen que desaparecer más que ser entendidos. Quien consulta por una pérdida necesita confrontar su dolor con lucidez y no adormecido químicamente.
- En cuanto a los tipos de duelo se señala que si bien existen características que diferencian al *duelo anticipado*, que es aquel que acompaña el curso de una enfermedad terminal, del *duelo súbito*, provocado generalmente por accidentes que terminan abruptamente con la vida, no se puede concluir afirmando que la evolución del proceso de duelo, difiera en un caso o en el otro, ya que los duelos son eminentemente singulares y dependientes de una multiplicidad de circunstancias. Algunos estudios indican que en los casos de muertes repentinas y sobre todo tempranas, el proceso del duelo presenta mayores dificultades y suele extenderse por más tiempo, que en los casos donde ha existido la posibilidad de una despedida (Parkes, 1975). A pesar de que cada tipo de duelo cuenta con características habituales, sí es posible destacar una única característica que hace más penoso este proceso, y es la corta edad de quien fallece.

8.2 Sobre la Psicoterapia focal y de tiempo limitado

- Lo ideal sería predecir cuándo una pérdida no será entendida por el deudo para así poner en función estrategias de prevención; sin embargo, los pacientes acuden a los servicios de atención primaria con diversos síntomas que encubren un duelo no resuelto. Aunque existe empobrecimiento y una disminución de los espacios clínicos idóneos para incluir planes y programas de psicoterapia dentro de la salud comunitaria, los profesionales de esta área buscamos opciones para afrontar el reto y demostrar que existen estrategias útiles, breves y de menor costo con focos y objetivos de tratamiento abordables, donde la investigación ayuda a aportar evidencias.
- En esta investigación, no se trató de poner a prueba un determinado tratamiento psicoterapéutico, sino que se utilizó una psicoterapia focal y de tiempo limitado, combinando aspectos tanto de Balint, Malan y Levenson, con pacientes que se encontraban enfrentando un proceso de duelo complicado o patológico debido a la pérdida de un ser amado, y brindar un espacio de contención y elaboración para dicho proceso, facilitando la expresión de variados sentimientos hacia el ser perdido, y la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto.
- El foco se centró en las dificultades actuales que generó la pérdida para cada una de las pacientes y el conflicto en la relación, y como foco complementario se tuvo en cuenta la ansiedad de separación por el fin de la terapia. El terapeuta planteó objetivos muy claros debido a que los pacientes que requieren este servicio se encuentran inundados por el dolor y el desconcierto que ocasiona todo duelo significativo. Los pacientes, se encontraban agobiados por la pena y para la mayoría de ellos era su primera experiencia terapéutica y era de esperarse que no desearan embarcarse en prolongados tratamientos convencionales. Estos pacientes se acercaron a terapia convencidos de que solos no podían continuar y que el sistema familiar o comunitario no les brindaba el soporte suficiente. Los pacientes frente al desconcierto de lo irremediable necesitaban hablar y ser escuchados, necesitaban poner en palabras su dolor. Aquí se evidenció la función primaria del terapeuta frente al duelo y esta fue la condición de escucha.

- En cuanto al encuadre terapéutico, se sintió que algunas veces fue sobrepasado por las circunstancias del dolor. Hubo pacientes con quienes se fue más flexible con los horarios de los encuentros, en especial con las pérdidas más recientes; sin embargo, todos se comprometieron y asistieron a todas las sesiones programadas. Al ser una estrategia focal y de tiempo limitado, se hizo presente desde el inicio de la intervención la estrategia del tiempo, subrayando que la terapia finalizaría en la sesión 14, induciendo mediante la puntuación del tiempo el foco en la terminación, operador especialmente relevante en una intervención sobre duelo.
- La parte de la finalización de la terapia fue una parte emocionalmente difícil del tratamiento. Este proceso revivió los recuerdos de las pérdidas que las pacientes habían sufrido. No hay duda de que algunos pacientes vuelven a padecer los síntomas (Sansone, Fine, & Dennis, 1991), o expresar su desacuerdo sobre la inadecuada duración del tratamiento. Algunas veces introducen nuevos problemas en un intento de mantener la relación. No debería suponerse automáticamente que la finalización es sólo un proceso doloroso. Muchas veces los pacientes también experimentan sensación de orgullo y esperanza (Fortune, 1987). En los casos trabajados, las pacientes con una pérdida menos reciente manejaron de manera más adecuada el fin de la terapia e incluso consideraron un logro el haber asistido a todas las sesiones. Las pacientes con una pérdida reciente tuvieron mayor dificultad en terminar con el proceso, debido a que se encontraban en sí mismas procesando la pérdida.
- Fue fundamental planificar los seguimientos al mes de terminadas las sesiones, ya que como refiere Pérez-Sánchez (1996), desde el punto de vista clínico esto facilitó el final, ayudando a elaborar algún aspecto no resuelto que aconseje otra indicación en el tratamiento. Igualmente se dejó abierta la posibilidad de iniciar otro proceso psicoterapéutico si así lo deseaban.

8.3 Sobre el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)

- En los cinco casos se evaluó clínica y sistemáticamente el proceso terapéutico aplicando el método CCRT-LU-S, versión castellana del sistema de categorías

reformulado del Tema Central del Conflicto Relacional, CCRT-LU (Albani et al., 2002). Este método se mostró sensible para identificar el cambio de patrón relacional núcleo del conflicto. Aunque no se pueden dar conclusiones definitivas, sí se conoció mejor la dinámica del duelo y los cambios que se dieron fueron detectados por el CCRT. Tras comparar los patrones en las secuencias inicial y final del tratamiento, se pudo comprobar que la psicoterapia psicoanalítica focal y de tiempo limitado aplicada se asoció con cambios en los patrones estructurales del conflicto relacional, y dichos cambios mostraron una evolución favorable del duelo.

- En las narrativas de los pacientes evaluados con el método, se detectaron categorías del sistema de predicados CCRT-LU-S, que mejor expresaron los Deseos y las Respuestas de las pacientes con un duelo post-mortem. El análisis transversal de la formulación total del CCRT para los cinco casos, detectó similitudes tanto para los Deseos como para las Respuestas; estos resultados son limitados debido al número reducido de casos con los que se trabajó. En cuanto a los Deseos, todos los casos compartieron el deseo de ser amados y de amar a los demás, la perseverancia de esta categoría se respalda en otros estudios que han encontrado este mismo deseo de ser amados y entendidos como algo común dentro de la sociedad (Eckert, Luborsky, Barber, & Crits-Christoph, 1990). En cuanto a los deseos del sujeto hacia sí mismo, se concluye de manera tentativa que en un proceso de duelo, el deseo del sujeto es el de tener autodeterminación, salir adelante y superar la pérdida. Con respecto a las respuestas, es de esperarse del entorno familiar apoyo, aliento y protección, y responder recíprocamente. Es inevitable que las personas que atraviesan una pérdida tan significativa respondan insatisfechas y asustadas; finalmente la muerte del otro confronta con la propia existencia y con la persona que fallece se pierde una parte del propio ser.
- Se realizó para cada caso, un análisis válido y fiable para ver qué cambios fueron significativos en el patrón central de conflicto relacional, asociados al tratamiento, utilizando el test de *Fisher* y la prueba de significancia de *Monte Carlo*. Se compararon las categorías de cada uno de los componentes de Deseo y Respuesta, entre inicio y final de la terapia. En los cinco casos se observaron más cambios significativos en las Respuestas que en los Deseos. Solamente una paciente mostró cambios significativos tanto en los deseos como en las respuestas, probablemente

asociado a que la paciente elaboraba una pérdida de siete años y ya había trabajado en otros espacios terapéuticos. En todas las pacientes hubo un cambio significativo en uno de los cuatro componentes de las respuestas, pero la paciente que menores cambios significativos tuvo fue la que enfrentó la pérdida de un hijo. El componente que mayores cambios significativos tuvo fue el de la respuesta del sujeto hacia sí mismo, pero la única paciente que no presentó un cambio aquí fue la paciente de la tercera edad. La categoría más significativa de ésta respuesta fue: *D. Tener autodeterminación*. Con estos cambios significativos, tentativamente se concluye que el método se mostró sensible para detectar los casos en donde el duelo fue elaborado y los casos en donde el duelo se encontraba en proceso de elaboración y los logros clínicos se reflejaron en el patrón conflictivo relacional central, a través de los indicadores CCRT-LU.

8.4 Limitaciones y recomendaciones

- Hemos trabajado con una muestra pequeña, pues fueron cinco los casos que solicitaron atención psicológica en el transcurso de dos semestres en los que se trabajó en la Clínica de Atención Psicológica perteneciente a una Universidad Mexicana. Aunque todos los seres humanos enfrentan en algún momento de la vida una pérdida, no todos requieren de atención psicológica; normalmente, quienes atraviesan la penosa situación de afrontar un duelo significativo, cuentan con sus propios recursos psicológicos para intentar superar la dramática realidad que les ha tocado vivir. Por otra parte, la complejidad del método CCRT hace aconsejable realizar los estudios exploratorios con un número reducido de sujetos.
- El valor de este estudio no se limita a los casos estudiados, sino que muestra la importancia de continuar con investigaciones que combinen proceso y resultados, abordando la especificidad de las estructuras emocionales, cognitivas e interpersonales que pueden movilizarse mediante las estrategias de la psicoterapia focal orientada psicoanalíticamente. En un estudio futuro se considera aconsejable evaluar también el cambio conjuntamente CCRT con otros instrumentos de evaluación, bien centrados en los síntomas (p.e. SCL-90) como en dimensiones o rasgos de personalidad normal y patológica (p.e. MMPI-2, MCMI-III).

- No se han encontrado referencias que combinen estas líneas de investigación, así que esperamos encontrar y contribuir con nuevos resultados en futuros estudios, con muestras más grandes, en donde se aplique la metodología CCRT-LU para valorar los cambios en el proceso de duelo en el que se interviene con psicoterapias psicoanalíticas de tiempo limitado.

REFERENCIAS

- Abraham, K. (1959). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Horme.
- Albani, C., Pokorny, D., Blazer, G., Koenig, S., Geyer, M., Thomae, H., & Kächele, H. (2002). El análisis final de Amalie: Investigación de un proceso terapéutico psicoanalítico, según el modelo de proceso de Ulm, utilizando el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT). / The final analysis of AMALIE: A study of the psychoanalytic process with the Core Conflictual Relationship Theme Method according to the Ulm Process Model. *Intersubjetivo: Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 4, 45-6.
- Albani, C., Pokorny, D., Dahlbender, R. W., & Kächele, H. (1994). Vom Zentralen-Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 89-98.
- Alexander, F. (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy-Developments in Theory, Technique and Training*. New York: Norton.
- Alexander, F., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy-Principles and Application*. New York: Ronald Press.
- Alizade, A.M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th edition text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., & Krause, R. (1996). Erinnern und Agieren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42, 34-55.
- Arlow, J. (1961). Ego psychology in the study of mythology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 371-393.
- Ávila, A. (2011). *Antecedentes de la psicoterapia focal y breve: De Ferenczi a la escuela de Chicago. Aspectos conceptuales y de clasificación*. Módulo 1. Se obtuvo Octubre 25, 2011, de Ágora Relacional website: <http://www.psicoterapiarelacional.es/>
- Ávila, A. (2012a). *Los modelos psicoanalíticos de psicoterapia focal y breve (II): El modelo STAPP de Peter Sifneos; el modelo de desactivación del inconsciente de H. Davanloo; integración de los modelos psicoanalíticos de psicoterapia focal y breve*. Módulo 5. Se obtuvo Enero 3, 2012, de Ágora Relacional website: <http://www.psicoterapiarelacional.es/>
- Ávila, A. (2012b). *Modelos psicoanalíticos relacionales de Psicoterapia focal y breve: El modelo Vanderbilt. H. Strupp y J. Binder; H. Levenson; J. Safran y otros*. Módulo 6. Se obtuvo Enero 3, 2012, de Ágora Relacional website: <http://www.psicoterapiarelacional.es/>
- Ávila, A. (2012c). *Panorámica de los diferentes modelos de psicoterapia focal y de tiempo limitado. El sentido de la crisis personal. El sentido del tiempo: El modelo de James Mann*. Módulo 2. Se obtuvo Enero 2, 2012, de Ágora Relacional website: <http://www.psicoterapiarelacional.es/>
- Bacqué, M.F., & Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Paris: PUF.
- Badenes Plá, N., & López López, M.T. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Ekaina*, 49, 107-125.

- Balint, M., Ornstein, P.H., & Balint, E. (1985). *La psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa.
- Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1993). Advance in measures of psychodynamic formulations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 574-585.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1998). A guide to the CCRT standard categories and their classification. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 43-54). New York, NY: Basic Books.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P. & Diguier, L. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 145-148.
- Becker, D. & Margolin, F. (1967). How surviving parents handled their young children's adaptation to the crisis of loss. *American Journal of Orthopsychiatry, 37*, 753-757.
- Bellak, L. (1989). *Guía de preguntas del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual moderno. [Original de 1987].
- Benjamin, L. S. (1979). Use of a structural analysis of social behavior (SASB) and Markov chains to study dynamic interactions. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 303-319.
- Benjamin, L. S. (1986). Operational definition and measure of dynamics shown in the stream of free associations. *Psychiatry, 49*, 104-129.
- Black, D. (1998). Bereavement in childhood, *British Medical Journal, 316*, 931-933.
- Blos, P. (1941). *The adolescent personality: A study of individual behavior for the commission on secondary school curriculum*. New York: Appleton-Century-Cofts.
- Bofill, P. & Tizón, J. (1994). *Qué es el psicoanálisis: orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Ginebra: OMS.
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 11*, 500-541.
- Bowlby, J. (1968). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Paidós.
- Bowlby, J. (1969). *La separación afectiva*. Buenos Aires, Paidós.
- Bowlby, J. (1973). Separation: Anxiety and anger. *Attachment and loss. (Vol. 2)*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent- child attachment and healthy human development*. Tavistock professional book. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida: La pérdida, Volumen 3* (A. Báez, Trans.). Madrid: Espasa Libros (Original publicado en Inglés en 1980).
- Braier, E. A. (1981). *Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Sobre la psicoterapia de la histeria*. En Obras Completas. (Vol. 2). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief psychotherapy*. New York: Guilford.
- Burlingham, D. & Freud, A. (1942). *Young children in war-time*. London: Allen & Unwin.
- Butler, S. F., & Binder, J. L. (1987). Cyclical psychodynamics and the triangle of insight: An integration. *Psychiatry*, 50, 218-231.
- Butler, S. F., Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1993). Time-limited dynamic psychotherapy. In S. Budman, M. Hoyt, & S. Friedman (Eds.). *The first session in brief therapy*. New York: Guilford.
- Carlson, R. (1981). Studies in script theory: I. Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 501-510.
- Chamorro, E. (1994). El proceso de la psicoterapia psicoanalítica y sus diferentes modelos: el modelo focal. En Ávila a., Poch J. (comp.). *Manual de técnicas de psicoterapia*. Madrid: Siglo XXI, p. 239-241.
- Cleiren, M.P. (1992). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington: Hemisphere.
- Cobo, C. (1999). *El valor de vivir*. Madrid: Ediciones Libertarias.
- Cox, A. D. (1993). Preventive aspects of child psychiatry. En M. E. Garralda, *Managing children with psychiatric problems*, Londres, BMJ, 179-207.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Locushipocampus.
- Crits-Christoph, P & Barber, J. P. (Eds.). (1991). *Handbook of short- term dynamic psychotherapy*. New York: Books.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Lubosky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
- Crits-Christoph, P., & Demorest, A. (1991). Quantitative assessment of relationship theme components. In M. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Crits-Christoph, P., Luborsky, L., Dahl, L., Popp, C., Mellon, J., Mark, D. (1988). Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy. The Core Conflictual Relationship Theme method. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1001-1004.
- Crits-Christoph, P., Luborsky, L., Popp, C., Mellon, J., Mark, D. (1990). The reliability of choice of narratives and of the CCRT measure. In: L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT method* (pp. 93-101). New York, NY: Basic Books.
- Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*, New York: Spectrum.

- Davanloo, H. (1979). Techniques of Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychiatrics Clinics of North America*, 12, 1-22.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, New York: Aronson Inc.
- David, M. (1987). Souffrance du jeune enfant exposé a un état psychotique maternel. *Perspectives Psychiatriques*, 6, 721.
- Davanloo, H. (1992). *Psicoterapia breve. El desbloqueo del inconsciente*, Madrid: Dor.
- Davidson, G.W., (1995). Stillbirth, neonatal death and sudden infant death syndrome. In H.A. Wass & C.A. Corr (Eds.), *Childhood and death*, Washington: Hemisphere, p.p.243-260.
- Doka, K. (1989). *Disfranchised grief*. Lexington, MA: Lexington books.
- Eckert, R., Luborsky, L., Barber, J. & Crits-Christoph, P. (1990). The CCRT in patients with major depression. In: L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 222-234). New York, NY: Basic Books.
- Erikson, E.H. (1963). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Faschingbauer, T.R., De Vaul, R.A., & Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698.
- Ferenczi, S. (1919). Technical difficulties in the analisis of a case of hysteria. In: *Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis*. London: Hogart.
- Ferenczi, S. (1920). The further development of an active therapy in psycho-analysis. In: *Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis*. London: Hogart.
- Ferenczi, S. (1925). Contra-indications to the active psychoanalytic. In: *Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis*. London: Hogart.
- Ferenczi, S. (1988). *Diario Clínico*. Buenos Aires: Conjetural [original de 1932].
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1925). *The development of psycho-analysis, Nervous and Mental Diseases Monograph, no. 40* (pp. 57-68). Washington, DC: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica [Original escrito en 1961].
- Forrest, G.C., Standish, E., & Baum, J.D. (1982). Support after perinatal death: A study of support and counselling after perinatal bereavement. *British Medical Journal*, 285, 1475-1479.
- Fortune, A. E. (1987). Client and social worker reactions to termination. *Clinical Social Work Journal*, 15, 159-171.
- French, T. M. (1958). *The Integration of Behavior. vol. III*. Chicago: University of Chicago Press.
- French, T. M. (1970). The Cognitive Structure of Behavior. En: *Psychoanalytic Interpretations: The Selected Papers of Thomas M. French*. Chicago: Quadrangle Books.
- French T., & Wheeler, D. R. (1963). Hope and repudiation of hope in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 304-316.

- Freud, A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's Paper. [Versión electrónica]. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 53-62.
- Freud, A. & Burlingham, D. (1974). *Infants without families and reports at the Hampstead nurseries 1939-1945*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1904). *El método psicoanalítico de Freud*. En Obras Completas. (Vol. 22). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1910a). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En Obras Completas. (Vol. XI). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1910b). *Zur Selbstmord-Diskussion (Contribuciones para un debate sobre el suicidio)*. Viena.
- Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. En Obras Completas. (Vol. 12). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. En Obras Completas. (Vol. 12). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. En Obras Completas. (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. En Obras Completas. (Vol. 17). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas. (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950). *Aus den Anfängen der Psychoanalyse (Los orígenes del psicoanálisis)*. Londres. Abarca las cartas a Wilhelm Fliess, manuscritos inéditos y el <<Entwurf einer Psychologie>> (Proyecto de psicología), 1895.
- Freud, S. (1958). The dynamics of the transference. In J. Strachey (Ed. And Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 16, pp.431-447). London: Hogarth Press. (Original work published 1912).
- Freud, S. (1965). *Sigmund Freud / Karl Abraham. Briefe 1907 bis 1926* (ed. por H.C. Abraham y E.L. Freud), Frankfurt.
- Furman, R.A. (1973). A child's capacity for mourning. En E.J. Anthony & C. Koupernick (Eds.) *The child in his family: The impact of disease and death*. New York: Wiley.
- García, A., García, I. & Lamas, S. (2000). Hacia una neurobiología de los procesos de duelo. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 317-327.
- Garfield, S. L. (1989). *The practice of brief psychotherapy*. New York: Pergamon.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The attachment interview for adults*. Unpublished manuscript, University of California Berkeley.
- Gómez Sancho, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.

- Grabhorn, R., Overbeck, G., Kernhof, K., Jordan, J., & Müller, T. (1994). Veränderung der Selbst-Objekt-Abgrenzung einer ebgestörten Patientin im stationären Therapieverlauf. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 273-283.
- Grenyer, B., Luborsky, L. (1998). Positive versus Negative CCRT Patterns. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 55-63). New York, NY: Basic Books.
- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: Grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 72-80.
- Hagman G. (1995). Mourning: a review and reconsideration. *International journal of psychoanalysis*, 76, 909-925.
- Hanus, M. (2000). *La mort retrouvée*. Paris: Frison-Roche.
- Heinicke, C.M. & Weistheimer, I. (1966). *Brief separations*. New York: International Universities Press.
- Holmes, J. (1994). Brief dynamic psychotherapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1, 9-15.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind: Analysis of change in psychotherapy* (2nd ed). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S., DeWitt, K. N., Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B, Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Jacobs, S.C. (1993). *Pathological grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: APP.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Paul B. Hoeber.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. (Vol. 1). New York: Norton.
- Klein, M. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*. En *Obras Completas*. (Tomo I). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. En *Obras Completas*. (Tomo II). Buenos Aires: Paidós.
- Kliman, G. (1965). *Psychological emergencies of childhood*. New York: Grune & Stratton.
- Knobel, M. (1987). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Korner, A., Albani, C., Villmann, T., Pokorny, D., & Geyer, M. (2002). Alternative Clusterstrukturen für die ZBKT- Methode (Zentrales Beziehungs-konfliktthema). [Alternative German Cluster for

- the core conflictual Relationship theme method (CCRT)]. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 52, 363-367.
- Koss, M., & Shiang, J. (1993). Research and brief psychotherapy. In: A. Bergin & Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition)*. New York: Wiley.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan Pub. Co,
- Lamour, M. & Levobici, S. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires, *Psychiatrie de l'Enfant*, 34, 171-275.
- Landis, J.R.; & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Levenson, H. (1997). *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. Bilbao: Desclée De Brouwer. (Original publicado en Inglés en 1995)
- Lieberman, D. (2007). *Es hora de hablar de duelo. Del dolor de la muerte al amor a la vida*. Buenos Aires: Atlantida.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-149.
- Lopatta, H. (1996). Widowhood and husband sandtification. En D. Klass, P. Silverman & S. Nickman (Eds.) *Continuing Bonds*. Filadelfia: Taylor and Harris, pp. 149-162.
- López del Hoyo, Y., & Ávila-Espada, A. (2004). *Manual interno de aplicación del método CCRT-LU-S*. Manuscrito. Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad de Salamanca.
- López del Hoyo, Y., Ávila-Espada, A., Pokorny, D., & Albani, C. (2004). Adaptación del sistema de categorías CCRT-LU a la lengua castellana: El sistema de categorías CCRT-LU-S. *Intersubjetivo*, 6, 296-308.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The ground work for a study of their relationship to its outcome. In: J. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp.92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In Freedman N, Grand S (Eds). *Communicative Structures and Psychic Structures* (pp.367-395). New York, Plenum Press.
- Luborsky, L. (1986). *A set of standard categories for the CCRT, Edition 1*. Unpublished manuscript.
- Luborsky, L. (1996). *The symptom-context method: Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L. (1998a). A guide to the CCRT method. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 15-42). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L. (1998b). Alternative measures of the central relationship patern. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 289-303). New York, NY: Basic Books.

- Luborsky, L. (1998c). The convergence of Freud's observations about transference with the CCRT evidence. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 307-325). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L. (1998d). The early life of the idea for the core conflictual Relationship theme method. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 3-13). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J., Schaffler, P. & Cacciola, J. (1998). The narratives told during psychotherapy and the types of CCRTs within theme. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 135-150). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. & Alexander, K. (1990). Repressive style and relationship patterns: Three samples inspected. In J. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Friedman, S., Mark, D., & Schaffler, P. (1991). Freud transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). In M. Horowitz (Ed.), *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal patterns* (pp.167-195). Chicago: University of Chicago Press.
- Luborsky, L. & Diguier, L. (1998). The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 97-107). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., Diguier, L., Kächele, H., Dahlbender, R., Waldinger, R., Freni, S., Krause, R., Frevert, G., Bucci, W., Drouin, M.-S., Fischmann, T., Seganti, A., Wischmann, T., Hori, S., Azzone, P., Pokorny, D., Staats, H., Grenyer, B., Soldz, S., Anstadt, T., Schauenburg, H., y Stigler, M. (1999). A guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future. <http://www.sip.medizin.uni-ulm.de/Links/CCRT/ccrtframe.html>.
- Luborsky, L. & Friedman, S. (1998) Illustration of the CCRT Scoring Guide. In: L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 65-95). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., Luborsky, E. B., Diguier, L., Schaffler, P., Schmidt, K., Dengler, D., Faude, J., Morris, M., Buchsbaum, H., & Emde, R. (1995). Extending the Core Conflictual Relationship into childhood. In G. Noam & K. Fisher (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Luborsky, L., Mellon, J., & Crits-Christoph, P. (1985). *An aid to reliability studies of the CCRT: Preset scoring categories*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Lund, D.A., Dimond, M.F., Caserta, M.S., Johnson, M.S., Poulton, R.J., & Connelly, J.R. (1985). Identifying elderly with coping difficulties after two years of bereavement. *Omega*, 16, 213-224.
- Mahler, M. (1984). *Estudios 2: separación-individuación (1963-1977)*. Barcelona: Paidós.

- Malan, D. H. (1963). *La psicoterapia breve*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy-A Replication*. New York: Plenum.
- Malan, D. H. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- McLaughlin, J. T. (1987). The play of transference: Some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 557-582.
- Menninger, K. C., (1966). *Teoría de la técnica psicoanalítica*, México, Pax-México.
- Middleton, W., Moylan, A., & Raphael, B. (1993). An international perspective of bereavement-related concepts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27, 457-463.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *British Journal of Psychiatry* 169, 167-171.
- Murray, H. (1838). *Explorations in personality. A clinical and experimental of fifty men of college age*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Nagera, H. (1970). Children's reactions to the death of an important object: A developmental approach. *Psychoanalytic study of the child*, 25, 360-400.
- Nasio, J. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.
- Neidig, J.R. & Dalgas, P.P. (1991). Parental grieving and perceptions regarding health care professionals interventions. *Issues of Comprehensive Pediatric Nursing*, 14, 179-191.
- Newton, J. (1992). *Preventing mental illness in practice*. Londres: Routledge.
- Okey, J.L., McWhirter, J.J., & Delaney, M.K. (2000). The central relationship patterns of male veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A descriptive study. *Psychotherapy* 37, 171-179.
- Ornstein, P.H. & Kalthoff, R.J. (1967). Toward a conceptual scheme for teaching clinical psychiatric evaluation. *Comprehensive Psychiatry*, 8, 401-126.
- Pally, R. (2000). Procesamiento emocional: La conexión mente-cuerpo. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 14, 191-205.
- Parkes, C.M. (1998). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Madison: International Universities Press.
- Parkes, C.M., & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Paz, O. (1950). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pekarik, G., & Wierzbicki, M. (1986). The relationship between client's expected and actual treatment duration. *Psychotherapy*, 23, 532-534.
- Pérez-López, F. R; Chedraui, P; Kravitz, A. S; Salazar-Pousada, D., & Hidalgo, L. (2011). Present problems and controversies concerning pregnant adolescents. *Open Access Journal of Contraception* .2, 85-94.
- Pérez-Sales, P. (2008). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. *Manual de psiquiatría*, 28, 1-16.

- Perry, J. C., Augusto, F., & Cooper, S. H. (1989). Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of the idiographic Conflict Formulation Method. *Psychiatry*, 52, 289-301.
- Pérez- Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
- Phillips, E. L. (1987). The ubiquitous decay curve: Delivery similarities in psychotherapy, medicine and addiction. *Professional Psychology: Research and practice*, 18, 650-652
- Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds III, C.F., Shear, M.K., Day, N., Beery, L.C., Newsom, J.T., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Poch, J., & Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Poch, J. & Maestre, F. (1994). Psicoterapias breves y focales desde el punto de vista psicoanalítico. En Ávila A., Poch J. (comps.). *Manual de técnicas de psicoterapia*. Madrid: Siglo XXI.
- Poch, J., Notó, P. & Trepát, M. (1992). Psicoterapia breve y focal psicoanalítica. En Mitjana Moreno B., Ávila A., Sánchez Barranco, A. (comps.). *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y marco universitario: Una aproximación docente*. Málaga: Miguél Gómez ediciones.
- Population Council (2006). Unexplored Elements of Adolescence in the Developing World. *Population Briefs*, 12. Retrieved April 18, 2007.
- Rando, T.A. (1983). An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 3-20.
- Rando, T.A. (1984). *Grief, dying and death*. Illinois: Res. Press Co.
- Rank, O. (1960). *Teoría del trauma del nacimiento*. Buenos Aires: Paidós (Original publicado en Inglés, 1929).
- Reder, P., & Tyson, R. L. (1980). Patient dropout from individual psychotherapy: A review and discussion. *Bulletin of Menninger Clinic*, 44, 229-252.
- Rosen, D. (2004). "I Just Let Him Have His Way" Partner Violence in the Lives of Low-Income, Teenage Mothers. *Violence Against Women* 10, 6–28.
- Rosenbloom, C.A. (1993). The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *Journal of Gerontology*, 48, 223-229.
- Royal College of General Practitioners (1981). *Prevention of psychiatric disorders in general practice*. Londres: Royal College of General Practitioners.
- Rutter, M. (1980). Long-term effects of early experience. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 22, 800-815.
- Safran, J. (2003). Tratamiento psicoanalítico relacional breve. *Aperturas Psicoanalíticas*, 12 (www.aperturas.org).
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Sánchez-Barranco, A., & Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2, 7-26.
- Sandler, J. (1976). Coountertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
- Sansone, R. A., Fine, M. A., & Dennis, A. B. (1991). Treatment impressions and termination experiences with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 173-180.
- Schafer, R. (1983). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry*, 12, 29-53.
- Segal, N.L. & Bouchard, T.J. (1993). Grief intensity following the loss of a twin and other relatives: Test of genetic kinship hypothesis. *Human Biology*, 65, 87-105.
- Sheldon, F. (1998). ABC of palliative care: Bereavement. *British Medical Journal*, 316, 456-458.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short Term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Cambridge, USA, Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1987). *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique*, 2nd ed. New York: Plenum Press.
- Sifneos, P. E. (1992). Psicoterapia breve con provocación de angustia. Argentina: Amorrortu editores.
- Small, L. (1997). *Psicoterapias breves*. Barcelona: Gedisa. (Original publicado en Inglés en 1971).
- Sledge, W.H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341-1347
- Spitz, R.A. (1946). Filme: *Grief, a peril in infancy*, New York: New York University Film Library.
- Stevens M.M. (1998). Care of the dying child and adolescent: Family adjustment and support. In: D. Doyle, G. Hanks & N. MacDonald (Eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine (2nd ed)*. Oxford: Oxford University Press, pp. 1057-1075.
- Stern, S. (1993). Managed care, brief therapy, and therapeutic integrity. *Psychotherapy*, 30, 162-175.
- Straker, M. (1968). Brief psychotherapy in an outpatient clinic: Evolution and evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1219-1226.
- Strauss, B., Dauert, E., Gladewitz, J., Kaak, A., Kieselbach, S., Lammert, K., & Struck, D. (1995). Anwendung der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) in einer Untersuchung zum Prozess und Ergebnis stationärer Langzeitgruppenpsychotherapie. [Using the method of central relationship conflict topic in a study of the process and outcome of long-term inpatient group psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 342-350.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20, 57-75.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- Thorne, A. (1995). Juxtaposed scripts, traits, and the dynamics of personality. *Journal of personality*, 63, 593-616.

- Tizón, J.L. (1988). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblária.
- Tizón, J.L. (1995). Existen las “ciencias interpretativas”? Una reflexión acerca de los límites epistemológicos del conocimiento psicoanalítico. *Anuario de Psicología*, 67, 51-75.
- Tizón, J.L. (1996). El duelo en la atención primaria a la salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, (I), num. 3, págs. 547-566; (II), vol. 4, num. 10, págs. 642-663.
- Tizón, J.L. (1999). El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental. En J. Sasot y F. A. Moraga (comps.). *Psicopediatría en atención primaria*. Barcelona, Prous Science, págs. 83-101.
- Tizón, J.L. (2000). Determinación y determinismo en psicopatología: II. Una reflexión acerca de los diversos tipos de factores de riesgo. *Archivos de Neurobiología*, 63, 21-42.
- Tizón, J.L. (2001). Prevención de los trastornos de la Salud Mental. En SEMFyC (comp.). *Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria*. Barcelona, SEMFyC y PAPPs. Págs.5-31.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Madrid: Paidós.
- Tizón, J.L., Ciurana, R., Buitraga, F., Camón, R., Chocrón, L., Fernández, M.C., & Montón, C. (1997). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 20, supl. 2, 122-151.
- Tizón, J.L., San José, J., & Nadal, D. (2000). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J.L., & Sforza, M. (2008). *Días de duelo, encontrando salidas*. Madrid, España: Alba.
- Tomä, H., & Kächele, K. (1985). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Editorial Herder S. A., Barcelona.
- Tomkins, S. (1979). Script theory: Differential magnification of affects. In H. E. Howe, Jr., & R. A. Diensbier (Eds), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 26, pp. 201-236). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Torre, L. (1993). *Método TCRR, manual para su uso*. Traducción y adaptación al español. Con complementos del grupo de trabajo TCRR de Ulm.
- Tronick, E.Z., & Field, T. (1986). *Maternal depression and infant disturbance*. San Fransisco: JosseyBass.
- Trujillo, M. (1998). *Evaluación de la psicoterapia*. Presentada en el Simposium Internacional de Avances en Psiquiatría en Madrid en febrero de 1998.
- Turvey, C.L., Carney, C., Arndt, S., Wallace, R.B., & Herzog, R. (1999). Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years or older. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1596-1601.
- Vanhuele, S., Desmet, M., Rosseel, Y., & Meganck, R. (2006). Core transference themes in depression. *Journal of Affective Disorders*, 91, 71-75.
- Weiss, J. (1986). Theory and clinical observations. In J. Weis, H. Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research group (Eds.). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research* (pp.3-138). New York: Guilford Press.

- Weiss, J., Sampson, H., Caston, J., & Silberschatz, G. (Eds.). (1977). *Research on the Psychoanalytic process*. San Francisco: Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Whitman, R.M., & Stock, D. (1958). The group focal conflict. *Journal of Psychiatry*, 21, 269-276.
- Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible? *Psychoanalytic study of the child*, 21, 93-123.
- Woof, W.R., & Carter, Y.H. (1997). The grieving adult and the general practitioner: A literature review in two parts. *British Journal of General Practice*, 47, 443-448 y 509-514.
- Worden, J.W. (1976). *Personal death awareness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Worden J.W. (1982). *Grief. "Counseling and grief therapy": A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. (Á. Aparicio & G. Sánchez Barberán, Trans.). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (Original publicado en 2002).

ANEXO 1. EJEMPLO DE SESIÓN EVALUADA CON EL FORMATO BALINT

Sesión 1

Nombre del paciente: Trinidad

Fecha de la Consulta: 10-11-05

A) EXPECTATIVAS INICIALES

Se pensó que la paciente no llegaría a la sesión porque días antes, en la aplicación de la batería de pruebas y entrevistas, comentó que le costaba trabajo comprometerse y huía por miedo. Además ya había intentado en este Centro de Atención Psicológica iniciar un proceso terapéutico con una estudiante de psicología, el cual fue interrumpido debido a que a la paciente le parecía que la psicóloga carecía de experiencia.

En esta primera sesión se espera trabajar con los sentimientos tanto positivos como negativos que tiene sobre la figura de los padres, los cuales fallecieron siete años atrás, y a raíz de este evento refiere que los síntomas de la depresión se han agudizado.

B) ATMÓSFERA DE LA ENTREVISTA, INCLUYENDO CAMBIOS

1) Contribución del paciente

La paciente llegó sintiéndose mal físicamente. Relató dificultades para dormir la noche anterior a la sesión debido a que se encontraba angustiada. Refiere que el origen de sus síntomas, como los mareos, la hipertensión y el dolor de estómago, están relacionados con la tensión nerviosa u hormonal. Se autodescribe como una persona negativa y sus relaciones con los integrantes de la familia son conflictivas, en especial con la hermana mayor, la cual desarrolló el papel de madre en la infancia. La relación entre ambas empeoró cuando los padres enfermaron, ya que no sintió ningún tipo de apoyo para el cuidado de éstos y cree que a partir de ahí le guarda resentimiento. Ahora están viviendo juntas debido a que la hermana se está divorciando y a la paciente no le gusta tener que compartir su espacio con ella. La noche anterior tuvo el siguiente sueño:

<< Anoche tuve un sueño muy raro. Mi hermana llegó a la casa muy triste, muy deprimida por la situación y soñé que iba con el patólogo porque voy a recoger luego los estudios que mi hermano manda; y que veía ahí que tenía cáncer ¿no? Y que nada más le quedaba un año de vida>>.

El sueño cree que lo tuvo porque la hermana mencionó que si su marido moría a ella le correspondía la pensión. La paciente pensó que no necesariamente tendría que ser así y que la hermana podía morir antes que él. Le llamó la atención que en el sueño no tenía sentimientos de tristeza por la muerte de su hermana. Al relatar el sueño, refirió que sentía cierta satisfacción de que por haber deseado la muerte de otros ella era la que moría. Cree que no la quiere como a sus demás hermanos, a pesar de que la cuidó desde niña, y siente que la conoció a raíz de la muerte de sus padres. Esto dio la pauta para que hablara sobre lo que le aterra, por ejemplo, el morir de una enfermedad como el cáncer, y de los constantes pensamientos sobre la muerte de sus seres queridos, en específico, de los padres. Estos sueños eran aterradores y cuando despertaba sentía grande emoción de saber que sus padres estaban bien.

En cuanto a sus recaídas depresivas, se cuestiona el porqué de su infelicidad al grado de pensar que puede ser que le guste que la cuiden y el sufrimiento le trae ganancias secundarias. Se siente asustada y con pocas herramientas de hacer frente a la vida. Con la muerte de los padres sintió que su mundo se había perdido y todos sus miedos se agravaron, al grado de no saber hacia dónde dirigirse. La muerte de cada uno de los padres la vivió significativamente diferente. Hacia el padre manifestó una inmensa admiración y fue con quien mantuvo mejor relación afectiva. Al morir él, murió también su amigo e incluso el padre de su hija. La relación con la madre fue más complicada y manifestó sentimientos ambivalentes hacia ella; por un lado, admiró la fortaleza y sabiduría que su madre tuvo para hacer frente a circunstancias dolorosas de la vida, como la pérdida de tres hijos (dos al nacer y uno en la juventud), y por otro lado, siente aún tristeza y coraje hacia la madre por no haber tenido demostraciones de afecto y atención desde la infancia y también cuando estuvo embarazada. Manifestó que con la pérdida de los padres perdió su casa, su estilo de vida, sus amigas. Se enfrentó a muchas pérdidas en un lapso breve.

La paciente desea entender y perdonar actitudes que tuvo la madre hacia ella. Antes de morir la madre, la paciente le dijo que la perdonaba por no haber sido lo que ella esperaba; sin embargo, no sintió que la perdonará genuinamente. Le gustaría ya no martirizarse con memorias del pasado y avanzar y sentirse fuerte, sin boicotear los intentos para lograrlo.

2) Contribución del terapeuta

Se exploraron los sentimientos pasados y recientes sobre los padres y la pérdida de éstos. Con ello se pudo detectar en qué momento del duelo se encontraba la paciente y cuáles fueron las variables para que este duelo haya cambiado de un proceso normal a uno patológico. Se delimitó un posible foco de trabajo, en donde se propuso elaborar un duelo no resuelto por la muerte de los padres, a partir de trabajar emociones ambivalentes, el vacío, la dependencia y la culpa. El duelo por la muerte de los padres aún causa bastante dolor y se refugia en él para no enfrentarla vida. Intenta que el recuerdo de los padres sea un aliciente para vivir y reacomodar su vida buscando alternativas que la hagan sentirse útil. Se indagó sobre la relación que tiene con otros integrantes de la familia o amigos y esto permitió trabajar con el sueño sobre la muerte de la hermana. Igualmente, se exploraron otras áreas de su vida detectando que el miedo es una constante.

C) y D) PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS VERBALIZADAS

- Usted tiene sentimientos negativos con respecto a su hermana o ¿cómo los calificaría?, ¿qué siente por ella debido a la situación de que no estuvo cerca de sus padres cuando enfermaron?
- Es como si con la muerte de sus papás se hubieran ido todas las cosas que la motivaban.
- ¿Qué otras partes de su vida no se permite disfrutar?
- Porque tiene miedo del mundo externo, de lo que está afuera, de lo que implica relacionarse con los demás, y el tener que arreglárselas usted sola.

E) INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

- Profundice más en por qué piensa que le gusta sufrir.
- ¿Son constantes los pensamientos con respecto a la muerte, en qué situaciones y de qué personas?
- ¿Qué es lo que le preocupa si los demás se mueren con respecto a usted?

- ¿Qué significa querer para usted?
- Le cuesta trabajo expresar sus emociones en este espacio y conmigo.

F) OBJETIVO FOCAL DEL TERAPEUTA EN LA ENTREVISTA

Explorar en qué momento del duelo se encuentra la paciente y entender el tipo de relación que construyó con los padres.

G) DESENLACE DE LA ENTREVISTA

La sesión finalizó con dudas que la paciente sentía sobre su falta de responsabilidad en el trabajo y del cómo sí fue capaz de haber cuidado a sus padres enfermos y criar a su hija, lo cual involucra mucha responsabilidad. Siente que no se merece las cosas y que tiene una baja autoestima, incluso sabe que realiza cosas para lastimarse a sí misma como el beber, fumar o incluso hacerse daño en las manos.

La pérdida de los padres sigue generando un dolor muy grande y los síntomas de la depresión se han agudizado. Se finalizó planteándole la importancia de trabajar el duelo, lo cual conllevaría a analizar diversas emociones como los sentimientos ambivalentes hacia la madre, los sentimientos de culpa, miedo, vacío y dependencia. Se le propuso que elaborar el duelo no era olvidarse de los padres sino reubicar esos recuerdos.

H) REFLEXIONES

La paciente desea elaborar el duelo. Sin duda es un duelo que se ha complicado. Se observó interés por permanecer en la terapia. La paciente refiere sentirse cansada de seguir sufriendo y aunque prefiere huir cuando las cosas le exigen compromiso, es probable que este tipo de psicoterapia le brinde la oportunidad de procesar la pérdida de los padres.

La paciente refiere que le cuesta trabajo olvidarlos e incluso comenta que no quiere hacerlo, más bien, quiere tener su recuerdo y a la vez poder funcionar en la vida. A esto se le puede llamar <<olvidar recordando>>. Ella quiere sentirse fuerte, quiere darse cuenta de una manera adulta que su padre ya no está con ella y salir adelante sola. Mencionó que en otras ocasiones lo ha logrado, pero se da cuenta que se boicotea y no deja de sufrir por lo mismo. Está convencida de que no le gusta sufrir, aunque algunas personas piensen lo contrario, por ello quiere encontrar la fuerza y la valentía para poder actuar como un adulto.

ANEXO 2.- Predicados del Sistema de Categorías CCRT Reformulado. Versión Española: El sistema de categorías CCRT-LU-S (Leipzig- Ulm- Salamanca)

I. a r m o n i s o	A. Atender a	A1.Explorar, admirar	A11 ser curioso ¹ , estar interesado, explorar, estar motivado, ser abierto, ser receptivo A12 comprenderse, buscar, defender algo A13 considerar capaz A14 admirar, estar impresionado A15 ser entusiasta, estar fascinado A16 identificarse, ser como el otro	
		A2.Aceptar, ser comprensivo	A21 aceptar, respetar, tomar en serio A22 dar independencia, ser atento, dejar en paz A23 acercarse, notar, mostrar interés, escuchar, disculpar A24 percibir sentimientos, aceptar sentimientos, ser sensible a A25 sentir pena, sentirse removido, ser compasivo A26 ser comprensivo A27 perdonar, reconciliar	
	B. Apoyar	B1.Explicar, confirmar	B11 explicar, comunicar, decir, expresar, convencer B12 apoyar a alguien, alabar, estar de acuerdo, incitar, animar, alentar	
		B2.Ayudar, dar independencia	B21 proteger B22 ser generoso, malcriar, preferir B23 ayudar, apoyar	
	C. Amar, Sentirse bien	C1.Ser cercano	C11 estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso C12 consolar, reconfortar C13 gustar, ser querido, ser simpático, tener amigos, llevarse bien	
		C2.Amar, tener una relación	C21 enamorarse, ser atractivo C22 amar C23 tener hijos, tener una relación	
		C3.Confiar, estar satisfecho, sentir placer	C31 confiar, estar seguro de sí mismo, creer, estar confiado, sentirse seguro C32 estar aliviado C33 expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien C34 estar alegre, ser (gratamente) sorprendido, estar satisfecho	
		C4.Ser sexualmente activo, tener interés	C41 ser romántico C42 coquetear, flirtear C43 tocar, besar, acariciar, ser afectuoso C44 desear, estar excitado, tener ganas, ser sexualmente atractivo C45 tener sexo, seguir los instintos, ser potente, ser apasionado, tener experiencia sexual	
		C5.Ser sano, vivir	C51 ser sano C52 vivir	
	D. Tener autodeterminación	D1.Ser interiormente fuerte	D11 ser agradecido D12 ser tolerante, ser transigente D13 ser considerado, ser educado, ser moderado, ser modesto D14 ser tranquilo, ser paciente D15 soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos D16 ser fiable, ser honesto, ser de fiar, ser fiel, ser equitativo o justo, ser correcto D17 ser sensato, ser constructivo D18 tener responsabilidad	
		D2.Estar orgulloso, ser autónomo	D21 ser fuerte, ser superior, ser importante, ser valiente, ser decidido D22 ser capaz, tener experiencia, tener éxito, estar orgulloso D23 ser ambicioso, ser concienzudo D24 ser un modelo a imitar, ser perfecto D25 ser independiente, ser auto-suficiente D26 estar seguro de uno mismo, creer en uno mismo, confiar en uno mismo D27 tener auto-control, ser considerado, ser escéptico, ser auto-crítico D28 cambiar, desarrollar, mejorar	
	II. n o	E. Deprimirse Resignarse	E1.Estar desilusionado	E11 ser infeliz, estar deprimido, estar desilusionado E12 estar desesperanzado, sufrir, estar afligido
			E2.Estar resignado	E21 renunciar, resignarse E22 ser indiferente, estar aburrido, estar apático, estar perezoso
		F. Estar insatisfecho, Estar asustado	F1.Sentirse culpable, avergonzado, estar insatisfecho	F11 sentirse culpable, arrepentirse F12 avergonzarse F13 sentirse mal, sentirse insatisfecho F14 sentirse frustrado
			F2.Estar asustado, ansioso	F21 estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar, ser cobarde F22 estar inseguro, estar confuso, estar indeciso F23 estar nervioso, estar histérico, estar tenso, estar descontrolado F24 estar amedrentado, estar desconcertado, sentirse pillado

G. Estar determinado por otros	G1.Ser dependiente	G11 estar solo, echar de menos a alguien, sentirse solo G12 ser dependiente, aferrarse a cualquiera G13 no ser auto-suficiente, ser inseguro G14 ser pasivo, dudar, obstinarse, inmovilizarse, empeorar
	G2.Ser débil	G21 ser débil, estar indefenso, no tener recursos, estar a la merced de, estar desprotegido, ser inferior, estar dolido G22 ser incapaz, sin experiencia G23 decepcionar a alguien, estar estresado, ser explotado, fallar G24 sentirse inferior, estar bajo de ánimos, ser poco importante, ser feo, ser insignificante G25 ser moderado (por debilidad)
H. Estar enfadado Ser antipático	H1.Sentir repulsa, estar enfadado	H11 sentir asco H12 sentir desprecio H13 estar celoso, ser envidioso H14 sentirse herido, sentirse ofendido H15 desagradar H16 estar enfadado, montar en cólera, sentirse frustrado por algo H17 odiar
	H2.Ser antipático	H21 estar resentido, ser impaciente H22 ser tacaño H23 ser desagradable, no gustar, ser impopular, no ser interesante, H24 ser antipático, ser desagradecido, ser maleducado
I. Ser poco fiable	I1.Ser negligente, descuidado	I11 ser insensible, no ser comprensivo, ser destructivo, ser tonto, estar descontrolado I12 ser negligente, abandonar, ser superficial, ser irresponsable, ser crudo
	I2.Ser egoísta	I21 ser vanidoso, no ser crítico I22 ser deshonesto, ser injusto I23 ser egoísta, ser avaricioso
J. Rechazar	J1.Ignorar, reprochar	J11 desconcertar, desanimar, menospreciar, estar desinteresado, ignorar J12 culpar, reprochar, acusar
	J2.Oponer, criticar	J21 oponer, competir, ser testarudo, disputar J22 rechazar, excluir, criticar, amonestar, juzgar, reprender
K. Dominar	K1.Ser malo	K11 ser malo, explotar, engañar, traicionar, denegar, robar K12 hacer la pelota, intrigar, decepcionar
	K2.Dominar	K21 obligar, imponer, influenciar, presionar, demandar, forzar a hacer algo K22 dominar, ser autoritario, perseverar, reprimir, rebajar, subyugar, perjudicar, controlar, poner a prueba a alguien, ser estricto
L. Molestar, Atacar	L1.Molestar	L11 hacer daño, herir, ofender, reñir, ridiculizar, denigrar, humillar L12 alegrarse del mal ajeno, ser cínico, reírse de alguien, hipócrita L13 molestar, incomodar, estorbar, incordiar a alguien, provocar, fastidiar L14 perturbar, distraer
	L2.Ataacar	L21 asustar, amenazar, atacar, provocar L22 torturar, causar daño físico, ser hostil, hostigar L23 castigar, vengar, destruir, usar la violencia L24 abusar, violar
M. Retirarse en uno mismo	M1.Retirarse en uno mismo, ser reservado	M11 dejar, poner distancia, poner límites M12 mantener la distancia, retirar, aislarse M13 ser desconfiado M14 evitar conflictos, conformarse, ceder, someterse, ser sumiso M15 ser retraído, estar callado M16 ser reservado, ser tímido M17 ser compulsivo M18 no tener hijos, no tener una relación
	M2.Ser sexualmente inactivo	M21 ser reacio, dejarlo pasar M22 estar inhibido, no excitarse, ser impotente M23 sin experiencia sexual
	M3.Estar enfermo	M31 estar agotado, estar cansado M32 tener síntomas M33 estar físicamente enfermo, estar mentalmente enfermo M34 morirse, suicidarse



CCRT- LU-S: Adaptación española CCRT-LU, Mayo 2004. Y. López del Hoyo y A. Ávila Espada. Universidad de Salamanca (España)

CCRT- LU-S: Spanish translation CCRT-LU, Mayo 2004. Y. López del Hoyo y A. Ávila Espada. University of Salamanca (Spain)

¹ Para evitar sobrecargar el texto se ha obviado la terminación masculino/ femenino, pero debe entenderse en ambos sentidos de género

