



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RESISTENCIA AL TRABAJO DE DUELO EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON DEPRESIÓN CON CARACTERÍSTICAS
MELANCÓLICAS QUE RECIBEN ATENCIÓN EN UNA
INSTITUCIÓN DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA DE LA
CIUDAD DE LIMA– 2022**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA:

HUAITA CONDORCHUA ELIZABETH OLINDA
<https://orcid.org/0009-0004-1122-2175>

ASESOR:

Mg. ENVER LUIS TERRAZAS NUÑEZ
<https://orcid.org/0000-0002-8798-6989>

**LIMA – PERÚ
2022**

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, Elizabeth Olinda Huaita Condorchua, con DNI N° 10587833 en mi condición de autora de la tesis titulada **“Resistencia al trabajo de duelo en personas diagnosticadas con depresión con características melancólicas que reciben atención en una institución de orientación psicoanalítica de la ciudad de Lima-2022”**, presentada para optar el título profesional de licenciada en psicología **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de UNO PORCIENTO (1%) y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.

Lima, 14 de septiembre de 2023.



Elizabeth Olinda Huaita Condorchua
DNI: 10587833

Enver Luis Terrazas Núñez
DNI: 71602427

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

Tesis Psicología

INFORME DE ORIGINALIDAD

1 %

INDICE DE SIMILITUD

1 %

FUENTES DE INTERNET

0 %

PUBLICACIONES

1 %

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.viasalus.com

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

A George حصن الروح

AGRADECIMIENTOS.

A Adrián, Mariela, Martín. Alejandro y Ana, incondicionales.

A mi mamá, suficientemente buena.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.	iii
ÍNDICE	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	3
I. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Evolución de la Clínica Psicoanalítica de la Melancolía.	9
1.2 El Problema del Duelo.	12
II. METODOLOGÍA.	14
2.1 Diseño.	14
2.2 Participantes y Contexto	14
2.2.1 Criterios de inclusión en la Investigación.	16
2.2.2 Criterios de exclusión en la Investigación.	16
2.2.3 Criterios de valoración de la investigación.	16
2.3 Técnica de recolección de la información	16
2.4 Procedimiento.	20
2.5 Aspectos éticos de la Investigación.	21
2.6 Análisis de la Información.	22
III. EJES DE LA INVESTIGACIÓN.	22
3.1 El retiro de la sensación de placer. La Anhedonia.	23
3.2 El Sentimiento de culpa.	26

3.3 Sentimiento de vacío.....	29
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	33
4.1 Discusión.....	33
4.2 Conclusiones	38
Referencias bibliográficas	41
ANEXOS	46

RESUMEN

La Melancolía entendida como el sentimiento que contiene el dolor anímico fue explicada por la nascente medicina griega hipocrática. Desde entonces la melancolía como concepto ha realizado un camino de definición y reforma, particularmente en los manuales diagnósticos y la nosología psiquiátrica contemporánea. Debido a ello es que surgen conjeturas para elaborar un diagnóstico diferencial que delimite con precisión el tratamiento de este malestar. El presente trabajo de tipo fenomenológico cualitativo, aborda el estudio de las características actuales de los síntomas de la melancolía en un grupo de diez personas que iniciaron un proceso terapéutico de orientación psicoanalítica y que fueron diagnosticadas con Trastorno Depresivo con características melancólicas. De estas, un subgrupo optó por el trabajo de duelo y la otra continua la terapia evitando la responsabilidad de enfrentar la causa que los acongoja y, con ello, la imposibilidad de conectar con la pulsión de vida, el deseo y la palabra.

Palabras clave: melancolía, trabajo de duelo, depresión, psicoterapia.

ABSTRACT

Melancholy, understood as the feeling that contains the psychic pain, was explained by the nascent Greek Hippocratic medicine. Since then, melancholy as a concept has undergone a process of definition and reform, particularly in diagnostic manuals and contemporary psychiatric nosology. Because of this, conjectures arise in order to elaborate a differential diagnosis that accurately delimits the treatment of this disorder. The present work of qualitative phenomenological type, approaches the study of the current characteristics of the symptoms of melancholy in a group of ten persons who

initiated a therapeutic process of psychoanalytic orientation and who were diagnosed with Depressive Disorder with melancholic characteristics. Of these, a subgroup opted for the work of mourning and the other continued the therapy avoiding the responsibility of facing the cause that distresses them and, with it, the impossibility of connecting with the drive of life, desire and speech.

Key words: melancholy, grief work, depression, psychotherapy

I. INTRODUCCIÓN

Entrar en el terreno de la melancolía, como fenómeno psicológico, propone un desafío que se inicia desde su conceptualización cuando la historia la registra como un elemento caracterológico físico en las ciencias naturales, particularmente en la naciente medicina. Los tratados de Aristóteles sirvieron de base al desarrollo de la mencionada ciencia, de donde destaca el trabajo de Hipócrates de Cos.

Estas investigaciones datan del siglo V a.C. Donde el pensador griego esbozó una teoría que estuvo basada en los cuatro humores, identificado la melancolía -junto con las hemorroides, la disentería y las erupciones cutáneas- como enfermedad causada por un exceso de bilis negra, como lo señala Radden (2002) en “La naturaleza de la melancolía”. Más adelante, el concepto de melancolía fue vinculado con diversos aspectos del individuo. Es así que la obra más reconocida en la investigación sobre esta le pertenece a Robert Burton, quien en el siglo XVII recopiló una larga historia multidisciplinaria titulada *Anatomía de la melancolía*; en la que esta afección del alma humana fue transformándose en un tópico médico, moral, filosófico; también de connotaciones cosmogónicas, religiosas y antropológicas. El mérito del trabajo de Burton radica en la integración del cuerpo y el ánimo de quien la padecía. Sin embargo, todas estas teorizaciones no tendrían mucho asidero, ya que la voluntad del melancólico no sería la solución consistente y definitoria para su afección. Radden (2002) afirma que los estados melancólicos y los estados afines a estos siempre tensaron los lineamientos en la medicina, generando intensas teorías y disputas, incluso después de toda una vida persiguiendo la naturaleza de la melancolía, Burton se quedó con un exceso de teorías, explicaciones, categorías, y observaciones desmedidas.

El siglo XIX traerá consigo una visión positivista del estudio de la melancolía y será la psiquiatría quien la abordará como una manifestación de insania de la mente, para luego nominarla como depresión mental al catalogarla, a saber, de Berrios (1996), como un abatimiento anímico de las personas que sufren alguna enfermedad. La clasificación recogida por Díaz (2007) muestra el tratamiento del tema hecho por Emil Kraepelin, quien considera a la melancolía como un estado que podría subdividirse en: melancolía simple, melancolía activa y melancolía attonita. La melancolía simple fue referida como una tristeza inmotivada; en la melancolía activa lo sobresaliente fue la excitación ansiosa. Consideró a la melancolía attonita como el polo opuesto de la melancolía activa.

Después de la elaboración de diversos tratados sobre la melancolía, Kraepelin concluyó que la melancolía se trataba de un tipo de demencia.

El ingreso del Psicoanálisis a fines del siglo XIX e inicios del XX le permitirá tomar la posta de los esfuerzos de la psiquiatría en la elaboración de la nosología de la melancolía. Será Sigmund Freud quien en esta actividad indagatoria dejará un importante legado al darle un enfoque que trascendería las murallas de la psicopatología psiquiátrica decimonónica, desde el modelo de los procesos inconscientes. En “Duelo y melancolía” del año 1917, Freud (1993) describe las particularidades y características de la melancolía que se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones.

Se entiende este fenómeno desde la pérdida del objeto amado de que el melancólico elucubra y trata de reducir las tensiones que genera el dolor psíquico. La pérdida de objeto en la melancolía es similar al estado de duelo en que el que se sabe claramente lo que se ha perdido, pero en la melancolía no sucede esto. La incapacidad de la identificación completa de la pérdida hace que el sujeto se defienda por medio del retiro libídico, la

autodesvalorización, un sentimiento de culpa inexpugnable y una tendencia a una suerte de ostracismo o intraversión regresiva hacia sí mismo, alejándose drásticamente de una vida social.

Los estudios psicoanalíticos posteriores a los realizados por Freud reforzaron el concepto de melancolía y profundizaron en la dinámica comportamental del proceso de duelo, considerándolo el camino que marca la diferencia del estado depresivo a una resolución del impacto de la herida narcisista que origina la pérdida y lleva al sujeto a suprimir toda posibilidad de desear y no hacerse cargo de su malestar.

En la última mitad del siglo XX la ruta bifurcada por la clínica academicista y la psicología psicodinámica se evidencia con las variantes que se han de presentar en los manuales psicodiagnósticos. Vallejo (2012) refiere que la melancolía alcanza su estatus médico más alto en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III) en su tercera versión, al ser considerado como un síndrome depresivo con una entidad psicopatológica específica, en donde se ven afectados el humor, la psicomotricidad, las funciones neurovegetativas y las frecuentes disfunciones neuroendocrinas relacionadas con el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Sin embargo, en el presente siglo, en su más reciente versión, la melancolía es considerada como un factor para especificar un tipo de depresión donde es imperativa la ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución.

Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. (DSM-5). Esta presentación de la melancolía como un especificador, no un trastorno depresivo, podría considerarse desde una visión positivista como una suerte de “descenso” en la clasificación de las enfermedades que se pueden consignar y codificar en una receta hospitalaria.

Los estudios sobre el tema de la melancolía que se han realizado en estas últimas décadas son de tipo descriptivos. Existen algunos que no están realizados con un diseño experimental suficientemente consistente, por lo que no han sido considerados trascendentes.

Lo mismo ocurre con el abordaje sistematizado del duelo, aunque de este existe mayor literatura del que destaca *Bereavement: Reactions, Consequences and Care* que es un informe precursor del año 1984, que detalla asuntos relacionados con las pérdidas por muerte, recopilando investigaciones donde se profundiza sobre el impacto de la pérdida de un cónyuge, el pronóstico del superviviente y sus posibilidades de afrontar la muerte de la pareja. (Osterweis, Solomon y Green, 2003).

La presente investigación aborda el estudio de las características actuales de los síntomas de la melancolía en un grupo de diez personas que iniciaron un proceso terapéutico de orientación psicoanalítica y que fueron diagnosticadas con Trastorno Depresivo con características melancólicas. De estas, un subgrupo optó por el trabajo de duelo y la otra continua la terapia evitando la responsabilidad de enfrentar la causa que los acongoja y, con ello, la imposibilidad de conectar con la pulsión de vida, el deseo y la palabra.

Ante esta realidad surgen entonces preguntas como: ¿Es posible que el dolor del melancólico se vea amenguado solo con psicofármacos? Porque de esta forma se dificulta el análisis de los mecanismos de defensa de los que este ha hecho uso para reforzar la esclerotización de su deseo.

¿Qué características guardan el grupo de melancólicos que sí se han enfrentado a la elaboración del duelo? ¿Cuáles son las limitantes de los que persisten en la terapia, pero perseveran en la fusión con el objeto perdido, negándose a renunciar a su unión con él?

Estas interrogantes son las motivaciones de esta investigación y a base del resultado se propone ciertas estrategias de abordaje terapéutico para lograr vencer las defensas que solidifican síntomas como el desvanecimiento del deseo o pérdida del placer y a través de la queja del dolor, iniciar, desde su propia subjetividad, una reestructuración del Yo del sujeto con su entorno.

1.1 Evolución de la Clínica Psicoanalítica de la Melancolía.

Desde la propuesta freudiana del concepto melancolía en el año 1915, los escritos del padre del psicoanálisis fueron dando mayor claridad y consistencia a este, especialmente con la publicación de “Más allá del principio del placer” en 1920, en donde introduce un concepto esencial para comprender la conducta del melancólico: La Pulsión de muerte. Freud (2015) Postula el principio del placer como un principio homeostático que persigue un ideal de equilibrio, capaz de evitar la inquietud provocada por elementos externos y como refiere Recalcati (2019) la clínica de la melancolía es una clínica de la pulsión de muerte, el sujeto está atrapado en una espiral de autodesprecio, de rechazo de la propia vida, que parece no tener límites y que tiende a arrastrarlo fuera del escenario del mundo.

Es importante considerar los aportes de autores como los de Karl Abraham (Ferrández, 2012) que complementa el postulado de Freud haciendo mención a los contenidos sádicos del melancólico Los estudios de Melanie Klein plantean que la pérdida real suscita una reactivación de la angustia del infante que será llamada por ella Posición depresiva, que es una melancolía en *statu nascendi* (Klein, 1950), y pone de relieve cómo el duelo, tanto normal como patológico, está asentado en la fantasía de haber destruido los propios objetos buenos internos con las consiguientes experiencias de culpa y persecución.

En el seminario X, Lacan menciona que el dolor de existir en la melancolía se encuentra en estado puro cuando cuestiona "¿no han escuchado pues, si creen tener mejor oído que los otros psiquiatras, ese dolor en estado puro modelar la canción de algunos enfermos a los que llaman melancólicos?" (Lacan, 2006, p.738). Lacan explica diferentes posiciones subjetivas ante el objeto que vive el sujeto melancólico, donde el objeto perdido se retiene por una incorporación agresiva de este y así calmar el temor de no tenerlo.

El melancólico carece de la posibilidad de experimentar deseo, el que se ha ido extinguiendo en algún momento dejándolo en una posición de sentirse identificado al dolor. Así lo explica Eisenberg (2015) al afirmar que el dolor de existir tiene el mismo estatuto que el dolor de ser, y teniendo en cuenta que Lacan nos propone que no hay más ser que el de la falta en ser, por ello el revestimiento narcisista ayuda a camuflarlo con su desconocimiento.

La melancolía, per se, no es diagnosticada como un trastorno en el Psicoanálisis, pero sí está asociada al diagnóstico de depresión. En la escuela psicoanalítica existen manuales diagnósticos que son usados junto con los clásicos manuales de salud como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Estos son consultados para un mejor discernimiento y abordaje clínico en el trabajo psicoterapéutico.

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) es el manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Los conflictos psicodinámicos básicos están descritos fenomenológicamente. En el caso específico de la melancolía se contrasta con las características vinculares como la capacidad para internalizar objetos que es un requisito para poder involucrarse emocionalmente con otros de manera real. El opuesto lo constituye la capacidad de separarse y de poder despedirse.

Por ejemplo, si se encuentra un nivel bajo de integración “no existen las experiencias internas de duelo en relación con separaciones y despedidas; las separaciones reales pueden desencadenar de la misma manera depresiones o desorganizaciones”. (OPD-2, p. 497)

El Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM 2) es un manual que se enfoca en el funcionamiento psicológico y en trastornos psicopatológicos. De carácter psicodinámico y psicoanalítico, abarca distintas dinámicas emocionales y relacionales de la persona en sus diversas etapas del desarrollo. Junto con el trabajo diagnóstico también propone estrategias enfocadas a potencializar su eficacia y compromiso con el proceso terapéutico.

En el PDM 2 (2017), la melancolía se asemeja a las características que presentan los individuos que padecen depresión de tipo anaclítica¹ en donde predomina los sentimientos de inadecuación, vacío y necesidades de relación e intimidad, muestran una alta reactividad a los eventos de la vida como la pérdida, la separación y el duelo, que para ellos son particularmente difíciles de elaborar y aceptar. Las características principales de su condición depresiva son sentimientos de desesperación y quejas de desesperanza y soledad.

De la observación en los pacientes que son diagnosticados con depresión con características melancólicas se aprecia que el paciente melancólico se menosprecia a sí mismo, habla de sí mismo en términos de desprecio, se siente moralmente reprobable e indigno del amor de otra persona. La afección se acompaña de trastornos alimentarios, insomnio y pérdida de las ganas de vivir.

¹ Término acuñado por R. Spitz (1946) para designar un cuadro depresivo que se origina en los primeros meses de vida del niño por la separación prolongada de la madre y la consiguiente deprivación de cuidados emocionales y físicos que ello conlleva. Se conoce también como síndrome de hospitalismo, por ser el abandono del recién nacido a los cuidados de una institución la circunstancia prototípica en la que fue descrito.

Por su parte Lear (2015) alude que Freud explicaba este rasgo de la depresión como expresión de una escisión de la personalidad, es decir, que una parte opera separadamente de la otra. Una parte puede criticar y humillar a la otra, haciendo que el paciente se sienta solo, sin valor, infeliz y culpable de todo tipo de miseria

La pérdida de la motivación es la anulación del placer en su estructura mental, este es un factor medular que hace reactivo el paso al desarrollo de una elaboración del duelo y que se analizará en adelante.

1.2 El Problema del Duelo.

Rolón (2020) define el duelo como un proceso que tiene tres tiempos, el primero alude al impacto que produce la pérdida. No toda pérdida es capaz de generar un impacto semejante.

El impacto del que habla Rolón es un factor común en las diferentes definiciones que hay para explicar las “fases del duelo”. El estupor que se experimenta ante aquello que se poseía y no está más es una respuesta natural ante nuestra habituación, sentido de pertenencia y de significación que hemos ido desarrollando en el tiempo con el objeto depositario de nuestro interés y afecto.

El concepto clásico de duelo es el que Freud elabora en *Duelo y melancolía* en el que lo define 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. No se considera un estado patológico” (Freud, 1917, p. 241).

Entonces cuando se habla de duelo se habla de una pérdida significativa, aunque en psicología y psiquiatría está más asociado al tema de la muerte. La mayor cantidad de

literatura acerca del duelo ha dedicado sus investigaciones al dolor y tratamiento que ha de afrontar quien ha sufrido la desaparición de una persona. El deudo, agenciado de sus propios recursos deberá luchar con las exigencias que deja la muerte para que progresivamente vuelva a encontrarse con la pulsión de vida, reconectando con sus actividades y continuando su propia existencia.

Desde una visión constructivista. Neimeyer (2001) considera al duelo como proceso central que implica el intento de reafirmar o reconstruir un mundo de significados que ha sido desafiado por la pérdida. El dolor es una característica compartida tanto del duelo como de la depresión por ello hay que guardar cautela en el diagnóstico diferencial ya que este dolor puede manifestarse con tal intensidad que podría asemejarse a las que se presentan en el Trastorno Depresivo Mayor. Wakefield, citado por Gil-Juliá et al. (2008) indica que los episodios depresivos sin complicaciones desencadenados por duelo y por otras pérdidas guardan similitudes con síntomas propios de este, razón por la que sugiere no excluir únicamente del diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, el duelo no complicado, sino que también debería aplicarse a las reacciones ante otras pérdidas.

Para complementar esta reflexión de la presencia del dolor y el diagnóstico clínico se puede considerar la observación de Sizook (2009) cuando refiere que el duelo comparte muchas características de las enfermedades físicas, tales como una etiología conocida (en este caso, la muerte de un ser querido), la angustia, una sintomatología y un curso relativamente predecibles y deterioro funcional.

Si bien es cierto esta conmoción inicial que forma parte del duelo puede llevarnos a estados donde el dolor aparece en formas muy intestas, como expone Kristeva (1997), del que se apuntala a este como una intolerancia a la pérdida del objeto y del desfallecimiento del significante para asegurar una salida compensatoria a los estados de retraimiento a los cuales el sujeto se refugia en inacción, hasta hacerse el muerto o hasta la muerte misma.

La propuesta para poder transitar este momento crítico es el trabajo terapéutico del duelo.

II. METODOLOGÍA.

2.1 Diseño.

Esta investigación es de tipo cualitativa. Maletta (2011) señala que cuando la investigación no presenta datos estandarizados, formalizados, referidos a tipos específicos de análisis, se impone un tratamiento cualitativo. Es importante enfatizar, como señala Icart (2012) que en la investigación cualitativa no pretende que los participantes sean estadísticamente representativos de la población, si los participantes del estudio son heterogéneos y típicos, posibilitará el traslado de los resultados a contextos y poblaciones similares. En función al objetivo principal el diseño empleado es fenomenológico; ya que enfocado en la información que brinda la experiencia individual desde la realidad de cada participante, ella conduce a la descripción e interpretación de estas.

2.2 Participantes y Contexto

El criterio de selección de los participantes fue que pudieran garantizar veracidad en el estudio y que mostraran disponibilidad para su desarrollo. El estudio está conformado por diez participantes cuyo rango de edad es de 28 a 33 años, quienes residen en la ciudad de Lima. Todos cuentan con educación superior y están empleados. Todos los participantes reciben psicoterapia individual de orientación psicoanalítica por más de ocho meses, una vez por semana, hasta la actualidad.

Un requisito de gran importancia para ser incluidos en la investigación es la del Diagnóstico clínico de Depresión con características melancólicas (F.32.9) referido por un Psiquiatra con el que son derivados a psicoterapia.

Ficha sociodemográfica de los participantes

Nombre	Edad	Profesión	Motivo de Consulta	Estado Civil
María Gracia (MG)	29	Administradora de Empresas	Finalización de noviazgo de cuatro años.	soltera
Amelia (AM)	28	Programadora de Sistemas	Duelo por un aborto no consensuado con ex pareja.	soltera
Lisette (LS)	32	Secretaria	Muerte reciente de la Madre (4 meses al empezar la Terapia)	soltera
Mariana (MR)	33	Médico (Residente IV)	Separación de una relación sentimental de dos años y medio	soltera
Stefania (ST)	29	Docente (Asistente de cátedra)	Retorno involuntario al país de origen	Relación sentimental a distancia
Ángel (AG)	32	Arquitecto	Cambio de trabajo inesperado a otra área	casado
Andrés (AD)	29	Community Manager	Diagnóstico de una enfermedad degenerativa	soltero
Luciano (LC)	31	Médico (Residente III)	Muerte de pareja sentimental (siete meses antes de la Terapia)	soltero
Omar (OM)	30	Ingeniero de Sistemas	Finalización de una relación sentimental de cuatro años y medio.	soltero
Miguel (MG)	32	Gerente de ventas	Pérdida de su propio negocio	soltero

2.2.1 Criterios de inclusión en la Investigación.

Jóvenes adultos entre 28 y 33 años.

Vivir en la ciudad de Lima.

Tener un Diagnóstico realizado por un médico psiquiatra de Depresión con características melancólicas.

Estar recibiendo psicoterapia de orientación psicoanalítica por más de seis meses.

2.2.2 Criterios de exclusión en la Investigación.

No tener ningún diagnóstico de trastorno bipolar, comorbilidad con trastornos de personalidad, abuso de sustancias, psicosis o trastornos psicóticos (esquizotípico, psicótico breve, esquizofreniforme, esquizoafectivo y esquizofrenia) ni deterioro cognitivo.

2.2.3 Criterios de valoración de la investigación.

La validez de esta investigación radica en el nivel de sinceridad del participante y lo relevante se asienta en los datos singulares y trascendentes que se desarrollan en el proceso de transcripción de las entrevistas y la clasificación de las respuestas, las que generaran hipótesis y permiten la exploración de puntos comunes en los participantes.

2.3 Técnica de recolección de la información

La guía de entrevista semi estructurada.

Una de las técnicas de recolección de información que se utilizó para esta investigación fue la entrevista semiestructurada que se diseñó elaborando una guía de entrevista basada en la información brindada y fue validada por las psicoterapeutas quienes hicieron los

ajustes y correcciones respectivos para realizar las preguntas que serían útiles para la investigación.

En su elaboración se consideró también algunos estudios de caso, junto con la revisión de la literatura especializada. Por medio de la lectura sistemática de las transcripciones de las entrevistas, se clasificó las respuestas hasta encontrar coherencia en la búsqueda. El hallazgo de contenidos latentes en las intervenciones de los participantes, permitió delimitar los temas recurrentes y relevantes en la investigación para elaborar los ejes comunes que respondieran al objetivo general de la investigación.

Como señala Lartigue (2005) El trabajo del investigador es compilar y organizar la información que brinda el participante, pues esta guía es también una orientación para el entrevistador de cómo codificar la pérdida para construir la clave psicodinámica complementando el diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente se acordó la versión modificada y aprobada por las especialistas que consta de diecisiete preguntas que se ubican en cuatro dimensiones, la que se adjunta como apéndice (ANEXO C.) que certifican el cumplimiento de los objetivos de investigación, Esta misma fue validada por un Jurado de Expertos como requerimiento en la entrega del Proyecto de Tesis, en ella se trabajan las cuatro dimensiones con sus respectivos ítems para obtener las preguntas finales.

Dimensiones de la guía de entrevista semiestructurada.

- Dimensión Interpersonal.

Ítems:

-Percibe alguna alteración en sus relaciones vinculares después de la pérdida (si frecuenta amistades, recibe visitas, se reúne con alguien o en grupo)

-Ser consciente de alguna modificación en su desempeño laboral (si su rendimiento laboral ha disminuido, si puede concentrarse en sus deberes, si no encuentra ningún cambio después de la pérdida).

-Observar que tiene menos tolerancia en la interacción con los demás. (Si se siente irascible o le perturba relacionarse con sus compañeros).

-Vínculos familiares. La relación con quiénes habita se ha vuelto: más estrecha, lejana, no ha sufrido variación desde la pérdida

Identificar qué ha cambiado en sus hábitos y o actividades recurrentes (si ya no sale a lugares que frecuentaba o ha dejado de realizar actividades como deportes, pasatiempos, estudios, etcétera) desde que ocurrió su pérdida.

- Dimensión Intrapersonal.

Ítems:

-Autopercepción integral. Reconoce cambios en lo físico (apetito, peso, sueño, deseo sexual, etc.) y en lo emocional desde la pérdida

-Identificar los sentimientos que son constantes desde la pérdida hasta la actualidad y profundizar la descripción de estos.

-Analizar e identificar el nivel de disfrute, la indiferencia o pérdida del placer hacia determinadas actividades.

-Explorar y considerar el compromiso con el tratamiento psicofarmacológico (si lo cumple lo ha cumplido o lo ha abandonado).

-Realizar introspección sobre lo que siente por el objeto de la pérdida en la actualidad (culpa, abandono, rabia, dolor).

-Analizar la capacidad de verbalizar el impacto de la pérdida del objeto significativo.

- Con respecto al objeto de la pérdida

Ítems:

-Observar el reconocimiento del nivel de aceptación de la pérdida del objeto, lo que implica el inicio y desarrollo del trabajo de duelo

-Explorar y profundizar sobre su negativa a la aceptación de la pérdida del objeto. Identificar los posibles mecanismos de defensa usados por el participante.

-Establecer frecuencia de la evocación del objeto perdido analizar si existe alguna fijación con este.

- Con respecto al trabajo terapéutico

Ítems:

-Explorar y analizar las razones que motivan al participante a asistir a sus sesiones de psicoterapia.

-Observar y analizar la percepción que tiene el participante hacia su terapeuta para identificar la dinámica transferencial.

-Identificar y examinar las expectativas que tiene el participante sobre el su propio proceso terapéutico.

La Ficha Sociodemográfica.

Se diseñó una ficha sociodemográfica para obtener información de los participantes y estuvo compuesta por los siguientes requerimientos: Nombre (seudónimo), edad, distrito limeño donde reside, composición familiar, estado civil, profesión, diagnóstico y tratamiento.

2.4 Procedimiento.

Se estableció el contacto con el Centro Psicoterapéutico y se presentó el plan de Tesis a la Psicóloga encargada de la Dirección. Los psicoterapeutas tratantes son lacanianos y de la escuela inglesa (Klein y Winnicott). Luego de recibir la autorización para desarrollar el estudio, los participantes fueron seleccionados bajo los criterios anteriormente expuestos y con ayuda de dos psicoterapeutas. Los datos de las historias clínicas y las baterías de test proyectivos con las que fueron evaluados al inicio de la terapia (Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test Desiderativo y Test de Apercepción Temática) fueron brindados previamente al encuentro con cada participante y posteriormente se convino una reunión individual con cada uno de ellos, en la que se les explicó en qué consistiría la investigación. A quienes accedieron se les pidió firmar el consentimiento informado. Se realizó un piloto de la entrevista semiestructurada a fin de encontrar algunos elementos que puedan ser corregidos. También se les fue entregada la ficha sociodemográfica para ser obtener los datos requeridos. Se llevaron a cabo dos reuniones más para terminar con la recolección de la información.

La información fue registrada y organizada por la autora de esta investigación y finalmente se realizó el análisis del contenido junto con la asesoría de los terapeutas. Como criterio principal del estudio se tomó en consideración el Principio de Confidencialidad, que pone a buen recaudo todo dato que involucre la integridad de la identidad del participante. Los archivos transcritos y registrados en audio de las entrevistas tuvieron como fin único el desarrollo de esta investigación, los que al finalizar el estudio fueron destruidos. Este trabajo contó con la participación voluntaria de las personas cuya identidad se resguarda con un nombre ficticio que garantiza el anonimato del participante.

2.5 Aspectos éticos de la Investigación.

Se tomaron en cuentas las variables Bioéticas siguientes:

Principio de Autonomía

El principio de autonomía se remite a la libertad de decisión del participante y esto implica la existencia del consentimiento informado. A su vez como señala Sobrevilla (2014) se entiende el respeto a la persona, a sus convicciones, opciones y elecciones en tanto sus decisiones no perjudiquen a otros.

Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia se remite al juramento hipocrático de no maleficencia. Para el principio de beneficencia se requiere de un cálculo de costos y beneficios de la intervención en favor de los demás. En este caso, la investigación apunta a intentar contribuir a la profundización del estudio de la depresión con características melancólicas.

Principio de justicia

Se refiere a dar a cada cual lo suyo (Guarglia, 2011) de modo que hay que tratar de manera equitativa a cada participante de la investigación. Es la imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios.

2.6 Análisis de la Información

Se realizó una exploración, análisis y agrupación de algunas definiciones comunes en cada entrevista transcrita para construir las categorías del objeto de la investigación e inclusión de viñetas representativas a cada una. Se tuvo en cuenta el contraste respectivo entre los resultados que se fueron encontrando y los resultados generados, con la literatura existente sobre el tema, de este modo prevaleció la consistencia del marco teórico y la información recolectada. Las conclusiones tuvieron como soporte datos obtenidos en la investigación.

III. EJES DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación, se presentan los ejes de este estudio que también serán discutidos. De los participantes se ha hallado dos grupos que son: los participantes con diagnóstico de depresión con características melancólicas que han decidido elaborar su trabajo de duelo y lo están realizando en sus sesiones de psicoterapia.

El segundo grupo está formado por los participantes con el mismo diagnóstico que el primer grupo pero que muestran resistencias para realizar un adecuado trabajo de duelo, pero siguen asistiendo con regularidad a sus sesiones psicoterapéuticas.

El trabajo del duelo puede ser definido de la siguiente manera: La prueba de la realidad muestra que el objeto amado ya no está. La realidad exige el retiro de las inversiones. Durante este tiempo, el objeto perdido continúa su existencia.

De ambos grupos se establecen los siguientes ejes comunes que son expuestos a continuación.

3.1 El retiro de la sensación de placer. La Anhedonia.

En esta categoría se señala dos factores reiterativos como manifestaciones melancólicas de la pérdida del placer en ambos grupos y donde se observa la intensidad con la que es vivida por los participantes, cualidad que evidencia el afrontamiento o la evasión en el trabajo de duelo.

Uno de los indicadores más patentes en el diagnóstico de depresión con características melancólicas es la ausencia de sentimientos placenteros como experiencias de vida. Existe una suerte de indiferencia mórbida que no está sujeta a los estímulos que circundan al individuo, se habla de la incapacidad para disfrutar de las cosas. Lo que lo definiría como síntoma depresivo es su temporalidad prolongada.

Es necesario precisar que “el no disfrute” de los estímulos sucede en circunstancias regulares de la existencia como en la preocupación, tristeza, irritación, cansancio, etc. Sólo que estas pueden ser superadas por la persona a corto plazo, no anulándola y haciéndola reconectar con las experiencias placenteras.

Sarbia (2002) presenta una lectura del duelo propuesta por Lacan en el nudo borromeo² que produce un desorden en la trama simbólica y su desubicación, de este modo el dolor del duelo recae sobre un cuerpo imaginario. La pérdida es real, el objeto ya no está allí.

De este postulado lacaniano se desprende la importancia del duelo como un desafío para la propia estructura psíquica, en donde se pondrán en juego los recursos para subjetivar la pérdida ocurrida y ponerle palabras a aquello que nos duele e impacta.

“Lo que más me gustaba de viajar era explorar nuevos sabores, la comida típica del lugar. Desde lo que desayunábamos, lo que nos decían que podíamos encontrar en algún mercado, eso me llenaba de emoción y ahora sencillamente no lo hago, como otras cosas que ya no me interesan más. Quiero decir, no viajo, sólo si tengo que hacerlo por una emergencia. Lo de la comida, al principio creo que por el trabajo ya se habían desordenaron los horarios y no tenía tiempo, pero cuando me di cuenta de que sólo había tomado un café y era de noche y sólo había picado una fruta, tal vez me preocupé. Había comido no porque tuviera hambre, y me estaba acostumbrando a hacer eso”. (María Gracia, 29 años).

Lo manifestado por María Gracia se ajusta a la pérdida de aquello que solía disfrutar en compañía de su pareja de quien se separó y posteriormente finalizaron la relación sentimental. Desde entonces empezó presentar síntomas de depresión melancólica y de anorexia. Las actividades que destacaban como placenteras para María Gracia estaban relacionadas con la alimentación y el turismo gastronómico.

Menciona Recalcati (2019) que Lacan sostiene que la anorexia es una forma de melancolía atípica que se puede incluir dentro de las formas psicósomáticas más graves

² Borromeo es el nudo constituido por tres aros enlazados de tal manera que, si se saca uno de los tres, se liberan los otros dos. Para Lacan este diagrama lo compone: Lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico, cuyo triple enlace define el objeto.

y de las toxicomanías. Como plantea el autor italiano, en esta dinámica de las anorexias melancólicas el sujeto experimenta la emergencia de la carencia y del deseo no en la mortificación real de su propio cuerpo sino en la privación e inactividad.

La consciencia de la enfermedad la llevó a trabajar psicoterapéuticamente el dolor del término del vínculo afectivo de cuatro años y esto le está permitiendo aceptar, paulatinamente, la pérdida del objeto amado y la resignificación del acto nutricional. Worden (En Kosminsky & Jordan, 2016) sugiere que la curación de la pérdida implica la finalización de una serie de tareas, entre ellas aceptar la realidad de la pérdida, procesar el dolor de la pérdida, y adaptarse a las nuevas circunstancias de vida impuestas por la pérdida

Mas la aceptación a elaborar una pérdida no tiene las mismas respuestas, no al menos en un tiempo rígidamente establecido.

“Hace unos meses, antes que termináramos, habíamos hablado (con su ex pareja) de poner un negocio de venta de software y videojuegos. Cuando paso por la calle donde íbamos a alquilar la tienda me da rabia y tristeza al mismo tiempo. Ya no juego nada. Si mi celular tiene alguno instalado, creo que ni me he enterado. Me molesto muy rápido si me consultan algo en el trabajo. Sólo espero que el día se pase volando para volver a mi casa y no hacer nada porque termino cansado. Me canso, me aburro rápido, así me aburrí de las chicas con las que estuve saliendo después que ya no estaba con mi ex, porque no era nada serio. Me da igual si tengo o no algo físico con una mujer en este momento de mi vida. Tengo que trabajar como cualquiera”. (Omar, 30 años).

La actividad lúdica en la infancia es una manera de expresar el goce y el de recrear la realidad como la experimenta el niño. El vínculo de Omar y su ex pareja inició de manera

virtual. Ambos se conocieron por un discord de un videojuego en línea que disfrutaban mucho, ya que siempre formaban equipos y se escribían diariamente. Luego llevaron la relación a un plano presencial, duró cuatro años y medio y finalizó porque él le fue infiel a su novia.

Lo narrado por Omar coincide con lo que alude Olivares (2007) sobre el concepto de anhedonia, en donde se observa el sentimiento de cansancio, la desaparición del deseo sexual y la desorganización de los deseos y satisfacciones sociales, con riesgo de transformarse en defectuosos o incluso desintegrarse.

La inhibición de la libido, la fatiga y el desgano como ruptura del principio del placer, junto con la irritabilidad y otros síntomas depresivos (melancólicos) hicieron que él iniciara un camino psicoterapéutico en donde la meta es el trabajo de duelo. Los mecanismos de defensa que presenta Omar como la negación, desvalorización e identificación proyectiva hacen que la resistencia a la elaboración del duelo no se desarrolle de forma completamente eficaz en la terapia.

3.2 El Sentimiento de culpa.

En la depresión melancólica el sujeto, inmerso en el dolor reiterativo de la pérdida y la vivencia de la ausencia de “aquello” que no puede hallar, se ve sumido en un estado que le cuesta mucho trabajo superar. El recurso que encuentra para poder sobrellevar esto es la identificación con el objeto significativo evanescente. En la añoranza y deseo de la presencia que ya no puede estar a su lado, sufre y la evoca, cuestionándose si esta separación podría ser consecuencia y responsabilidad del propio sujeto doliente. Surge entonces la culpa.

“Ya cuando no podía dormir era que me sentía peor. O si dormía un poco tenía la misma pesadilla. Mi bebé salía debajo de la cama, con un ropón de lana y yo

quería levantarme a recogerla y me caía sobre ella y la aplastaba. Todavía lloro, ahora un poquito menos, pero pienso mucho, le pido perdón a Dios. Si me hubiera negado a que me lo bajaran de esa manera, pero nadie quería apoyarme para tener a mi bebé, tal vez me faltó coraje para que no sucediera así. Él (la pareja) no quería que yo lo tuviera, mis abuelos también me dieron la espalda. Fui al psiquiatra, después de todo eso, porque no dormía nada. Yo sí quería tener a mi bebé, pero me sentí muy sola y con mucho miedo. Cuando estoy trabajando y veo algo de bebitos en YouTube, de casualidad, ahí también me doy cólera a mí misma”.

(Amelia, 28 años).

Los pensamientos recurrentes de dolor que narra Amelia son los de un aborto al que se vio forzada a realizarse al no encontrar redes de apoyo. El sentimiento de culpa es uno de los síntomas que resalta en su diagnóstico de depresión melancólica. La definición que nos propone el Manual de Diagnostico Psicodinámico es ilustrativo cuando señala sobre este tópico lo siguiente, que “el sentimiento de culpa se presenta cuando se ha dañado – objetiva o subjetivamente– a otras personas, cuando se han restringido sus necesidades o derechos. En general, se observa en este conflicto una relación entre tendencias egoístas y pro-sociales”. (OPD-2, p.272).

Es importante incluir los elementos que se internalizan como sentimientos de culpa que pueden estar asociados a lo que culturalmente pueda asumirse trasgresor en la vivencia del sujeto.

En este caso se entendería como la moral internalizada el hecho de que Amelia haya crecido con una formación religiosa, como la católica, que contribuiría a la presencia del sentimiento de culpa. También es de consideración el reproche que ella se hace de no haber sido más determinante para hacer prevalecer su deseo de maternidad. Cabe resaltar

que el haber acudido al psiquiatra fue el primer paso para la elaboración de su proceso de duelo. Por sugerencia del especialista ella inició la psicoterapia junto con la terapia psicofarmacológica y ha expresado su intención de continuar el tratamiento hasta lograr una mejora.

Cuando el sujeto sufriente se empieza a culpar por la ausencia del ser amado, la que confunde con abandono, todo este caos introyectado puede, potencialmente, activar la identificación con el objeto perdido, entonces el vínculo y todos esos afectos son volcados hacia sí mismo.

Como refiere Buchely (2013) “El melancólico se identifica tanto con el objeto de deseo perdido, que el objeto de deseo terminará siendo él mismo. Es ese placer lo que permite entender la melancolía como un mecanismo de defensa” (p.138)

“No he cambiado nada del cuarto de mi mamá. Todo está igual. Hay ropa de ella que ya es de mi talla, yo ahora en estos meses soy “S” porque me he bajado de peso, así que me entra su ropa. A mis hermanos no les gusta la idea de que me haya pasado a su cuarto, ni tampoco que use sus cosas, dicen que no respeto su memoria, a mí sólo me hace gracia que hablen así. Dejo cocinado por la noche, igual que ella, para que todos tuviéramos la lonchera. Ella también comía poco. Claro, cuando una cocina ya no da tantas ganas de comer. No sé, cuando regreso en el bus y escucho alguna canción antigua me acuerdo de ella y lloro. No pude ganar el suficiente dinero para dializarla más, pienso que le pude haber donado mis riñones, pero en esa clínica dijeron que no era compatible. Su vida era más necesaria que la mía ¿Y si hubiera pagado otras clínicas? Me entristezco, pero ella se pondría más triste si me viera mal. Así que debo ser tan fuerte como ella”.

(Lisette, 32 años).

La introyección de la madre muerta en la vida melancolizada de Lissette hace que ella no pueda aceptar completamente su ausencia. Realizando las actividades que ella hacía, vistiéndose como ella, habitando su dormitorio, se mimetiza con la madre que ya no está. Hay momentos en que la culpa la desborda en su relato. Lissette se hace responsable del no haber podido sostener el tratamiento de su madre por razones económicas, se culpa por no haberla podido “salvarla” de morir. Se desvaloriza, fantasea con haberle podido dar sus dos riñones, lo que implicaría que ella tomaría su lugar.

El sentimiento de culpa que experimenta es “canibalístico” acuñando el término de Pujante (2018) cuando refiere en una comparación muy potente del melancólico que se desprecia y se horroriza de sí mismo como el enfermo de Cotard³, que en su fantasía omnipotente de inmortalidad melancólica, devora su self, hasta vaciar su organismo, una y otra vez.

Lissette abandonó la medicación que le fue sugerida en su consulta psiquiátrica, luego del diagnóstico. Sólo recibe asistencia psicoterapéutica y asiste con frecuencia a sus sesiones. A pesar de ello el trabajo de duelo no puede progresar ante los mecanismos de defensa que presenta.

3.3 Sentimiento de vacío.

La experiencia del vacío es una respuesta universal de carácter existencial en la condición humana. Desde el campo de la Psicología experimental “vacío” en el ser tiene un significado vinculado a las emociones y vivencias del sujeto como la frustración, el

³El síndrome de Cotard es una rara condición neuropsiquiátrica caracterizada por una melancolía ansiosa, en la que el paciente niega la existencia del propio cuerpo hasta el punto de delirios de inmortalidad. Una de las consecuencias del síndrome de Cotard es la inanición debido a la negación de la existencia del yo.

abandono, entre otros. En el duelo aparece la sensación de soledad ante la pérdida de lo querido, pero la soledad es distinta del vacío. El vacío se evidencia ante la falta de algo importante; la muerte de un ser amado, el desempleo, una migración forzosa, la finalización de un vínculo, etc.

El vacío psicológico, como indica Lancer (2019), puede sentirse como inquietud, carencia o un hambre que puede conducir a un comportamiento adictivo. Los sentimientos de vacío, la muerte, la nada, la falta de sentido o el aislamiento pueden teñir un trasfondo constante de depresión. Alternativamente, estos sentimientos se pueden experimentar periódicamente, ya sea de forma vaga o profunda, por lo general provocada por una vergüenza aguda o pérdida.

“Mi pareja no entiende porqué fumo tanto, según ella es mucho. En realidad, yo no fumaba, sólo cuando alguien me lo ofrecía. Pero cuando el negocio quebró, me acuerdo que lo último que me llevé del escritorio fue la caja de cigarros de mi socio. Ni siquiera le siento el gusto, solo que cuando lo hago siento que me calma y ya no pienso. Yo lloraba cuando pensaba en todo lo que sucedería con este sueño, luego me daba cuenta que ya no tenía nada ni allá ni acá adentro. Iba a ser una marca reconocida en poco tiempo, pero como todo se fue al diablo, no salí de la casa. No sé si fue mi mala suerte, mi poca experiencia, la economía del país, no sé, pero todo se perdió. Hay días que sí tengo como “esperanza” y trato de imaginarme que todo lo que vendimos para pagar las deudas; el carro, mis cosas, las de ella, todo regresará. Mi más grande miedo es que ella se vaya también, porque ella creyó en mí”. (Miguel, 32 años).

La quiebra de la empresa de Miguel se podría interpretar como una quiebra simbólica de su self. El sentimiento de vacío lo verbaliza en la reiteración de las cosas perdidas: “luego

me daba cuenta que ya no tenía nada ni allá ni acá adentro”. Esto implica que esta pérdida concreta lo ha desajustado de las seguridades que le prodigaba la independencia económica y ha reactualizado la angustia de separación cuando señala que su máximo temor sería también perder a su pareja. En la depresión que le generó esta situación, Miguel incorporó el hábito-vicio del fumar tabaco de manera compulsiva, para llenar el vacío, paradójicamente, con algo que se desvanece, pero lo “necesita” como objeto compensatorio. Recalcati (2019) explica que las adicciones que surgen en un duelo ocurre por el vacío interno que permite el movimiento de la pulsión - vacío dejado por la pérdida del objeto parcial- se llena y el objeto tiende a funcionar como un obturador del vacío.

Después de recibir tratamiento farmacológico, Miguel, fue derivado por la psiquiatra a psicoterapia. Persevera en la asistencia a sus sesiones semanales y muestra voluntad en trabajar el duelo, abordando el tema en el proceso.

En la sensación de vacío se reconoce si el sujeto carece de los recursos internos y la conexión con el ser auténtico, su fortaleza yoica, para sostenerse en la pérdida y la capacidad de desapego del objeto perdido.

“Yo soy arquitecto, para eso estudié cinco años e hice una maestría. Siento que nada de lo que me costó tanto es tomado en cuenta en el lugar donde trabajo actualmente. La mayoría de días me levanto un par de horas antes que suene el despertador, en ese tiempo me pregunto ¿para qué voy a ese edificio? No hago lo que debería hacer un arquitecto. Me han mandado a un área administrativa, reviso papeles, contratos, no tiene sentido. Pero es el único trabajo que encontré hace un año. Cuando “escroleo” los estados de mis amigos en Instagram me siento muy mal. Siguen en el mismo estudio (de arquitectos) y cada uno con un nuevo proyecto. Yo no tengo claro por qué me despidieron. No gano mal ahora, aunque eso me da igual. No avanzo a tiempo lo que me piden en la oficina, pero no me

botan. A veces apoyo a algún colega para ir a la obra como lo hacía antes, sólo por recordar cómo era. Me causa mucha frustración esto. Tampoco he buscado otro trabajo, yo sólo quisiera volver al estudio donde comencé y fui realmente feliz”. (Ángel, 32 años)

La sensación de vacío experimentada por Ángel se expresa en la inadecuación por el cambio que ha sufrido su vida al tener que desempeñarse en una posición laboral en la que él no se “halla” como arquitecto. Pasa el tiempo comparándose con sus colegas, añorando el pasado, quejándose por lo que no puede realizar, desvalorizándose y no encontrándole sentido a sus actividades. La dificultad de asumir su pérdida lo petrifica en un lugar donde no ha explorado las posibilidades de desarrollar otras capacidades que posee. Según Klein (2011) este vacío es producto de un apego a los primeros objetos de afecto, en este caso a su primer lugar de trabajo, el que no puede duelar.

Al inicio del desarrollo de la personalidad de cada individuo, el amor por los padres o cuidadores es el que ayuda a forjar la seguridad, ella subsiste, pero se le sumará el amor por otros seres y objetos. Esta trascendencia del afecto vista en la difusión de las emociones es la que aligera la culpa derivada del apego, dota al sujeto de la independencia necesaria de las primeras personas que ama y así poder vincularse con los demás.

Ángel recibió asistencia psiquiátrica por síntomas de trastorno del sueño y del apetito. Aceptó la recomendación de tomar psicoterapia, a la que asiste con regularidad, pero aún le cuesta hacer un sólido trabajo de duelo.

En los tres ejes de la investigación se ha ejemplificado, con algunas de las respuestas de los participantes, la complicación para llevar a cabo un trabajo de duelo en la terapia.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica es un modelo terapéutico que se basa en los postulados freudianos y post freudianos, la escucha atenta y puntuales intervenciones por parte del terapeuta.

La narrativa del paciente ayuda a que él mismo pueda darse cuenta de los significados o patrones ocultos en lo que hace o dice, que pueden contribuir a sus problemas. Es esta comprensión de la conexión que existe de estos patrones y sus vivencias lo que le facilita tomar consciencia de aquello que permite o impide identificar los cambios que se pueden hacer en su vida y, a su vez, para aceptar lo que no se puede cambiar.

En este estudio se ha podido observar, dentro de la perspectiva psicoanalítica, que uno de los factores que se manifiesta como resistencias de los participantes para realizar el trabajo de duelo son los mecanismos de defensa, pero no de un modo saludable y adaptativo. Estos son entendidos por McWilliams (1997) como una forma inconsciente para defender al self contra las amenazas y así manejar algún sentimiento poderoso de dolor abrumador u otras experiencias emotivas desorganizadoras. Y los que destacan son los siguientes:

- Negación: Ignorar lo perturbador como si no existiera. Las situaciones displacenteras son manejadas negándose a aceptar lo que está sucediendo.
- Control omnipotente: Tratar al otro como una extensión del yo sin reconocer su separación. La consciencia o percepción de que existe un control focalizado en otro separado (fuera del self) no ha sido desarrollada.

- Desvalorización o Devaluación: Es la auto depreciación del self del sujeto que es una respuesta de la necesidad de idealizar. Cuanto más idealizado un sujeto, está expuesto a estar más radicalmente devaluado; las ilusiones más grandes son las que tienen caídas más duras.

- Introyección: Es el proceso por el cual lo que está afuera es mal entendido, mal percibido como que viene de adentro.

- Identificación proyectiva. El no reconocer aspectos perturbadores de sí mismos que se atribuyen a otros, que sean tratados en consecuencia hasta que los mismos sentimientos proyectados se despierten en ellos. Es la fusión de la proyección y la introyección porque son similares en cuanto a la confusión del adentro y el afuera.

Partiendo de la premisa que toda pérdida es una recreación de la pérdida primaria ¿el sujeto melancólico podría renunciar a estas defensas y permitirse simbolizar, desear y continuar su existencia? Es posible, siempre que dé el paso al doloroso proceso de la reconstrucción de su mundo interior dándole un sentido a su pérdida.

Se ha ido comprendiendo el concepto de trabajo de duelo en esta investigación, tomando la definición clásica de Freud, así Mazzuca (2005) se pregunta ¿en qué consiste el trabajo que el duelo opera? Y resuelve que se origina en un desfasaje que abre un tiempo, este será la temporalidad del proceso, intermedio donde se ubica la función del duelo. Este desajuste sucede entre el sujeto y el hecho de la pérdida es el que permite que exista un proceso que es el duelo.

El duelo puede ser difícil de expresar con palabras, como señala Bates (2021) y una forma para organizar todos esos pensamientos confusos, contradictorios, tumultuosos, rumiantes que desestabilizan emocionalmente podría ser tratando de poner algo por escrito para darle algún sentido, elaborar un significado.

Esta sugerencia es presentada al asumir que en este proceso el doliente ve destruido su argumento significativo y al no recibir respuestas ante el impacto del dolor de este suceso, se queda muchas veces no sólo sin palabras; experimenta el vacío (Emilger, 2010).

Como indica Bataglia (2021) el trabajo del duelo implica, por tanto, un trabajo psíquico donde el sujeto deba experimentar el dolor sin que ello conduzca a la clausura y al empobrecimiento emocional. Esto ha de suceder de manera gradual, confrontándolo con la pérdida, preparándolo para la aceptación de esta, al iniciar un progresivo retiro de la catexis libidinal de lo que concierne al objeto perdido.

En el sujeto con depresión con características melancólicas, en donde ocurre una relación narcisista y ambivalente con el objeto se puede encontrar dificultades en el proceso normal de superación del duelo, pero no lo anula, necesariamente.

El abordaje del trabajo de duelo desde un enfoque psicoanalítico se nutre de otros modelos para optimizar el proceso y alcanzar la resolución de este. Hagman (2017) afirma que “considerado como un complemento, en lugar de competir con los enfoques psicodinámicos de la psicoterapia, un modelo de reconstrucción del significado del duelo ofrece un marco flexible para abordar los objetivos específicos de la terapia del duelo”. (p.27).

Un cambio importante que propone William Worden (En Strobe et al. 2015) es separar al trabajo de duelo en tareas en lugar de las fases, como lo habían presentado otrora algunos teóricos, en términos de aceptación de la realidad de la pérdida, procesamiento del dolor, adaptación a un mundo manteniendo la conexión con el objeto significativo, mientras se embarca en una nueva vida.

Como se ha expuesto en esta investigación, las personas que tienen un diagnóstico de depresión con características melancólicas presentan diferentes motivos de pérdidas, y

razones de duelo a trabajar. No se circunscribe a una única realidad, por ello también se ha de considerar los elementos socio culturales que acompañan la realidad del doliente como mencionan Kominsky y Jordan (2016) “al mismo tiempo, la literatura sobre la terapia de duelo llegó a reflejar un consenso que, para aumentar su eficacia, las intervenciones para las personas en duelo debían adaptarse a las necesidades y preocupaciones particulares de los dolientes” (p.54).

Esto podría ir en paralelo con el tiempo que se requiera para la elaboración de este proceso pues a saber de Mazzucchelli (2011) las reacciones ante el duelo son siempre personales y subjetivas porque dependen de varios factores, estos están sujetos a factores como el modo particular que tiene el superviviente de afrontar la pérdida, el tipo de vínculo, etc. También señala una de las razones por la que las personas huyen del duelo, básicamente el no querer lidiar con el dolor y la tristeza, por lo que estos lo depositan en algún lugar dentro de sí mismos y esperan librarse de ellos.

Al inicio de esta investigación se planteaba las razones por las que los participantes que no se desvinculaban del objeto perdido y mostraban resistencias para la elaboración del trabajo de duelo, a pesar de ello no abandonaron la psicoterapia. A diferencia del grupo que presenta el mismo diagnóstico y sí está desarrollando su trabajo de duelo, estos participantes que tienen mayor dificultad, presentan características de personalidad donde la forma de vínculo es dependiente, de rasgos paranoides y una precaria fortaleza yoica, compensada con rasgos narcisistas y los mecanismos de defensa antes mencionados.

La perseverancia en la terapia se debe al rapport establecido con el terapeuta, donde es probable que el paciente (participante del estudio) haya encontrado en el terapeuta un objeto transferencial, probablemente como una representación sustitutiva. El inicio de su trabajo de duelo podría significar el fin de la fantasía del vínculo con el terapeuta y eso

junto con el propio dolor que lleva hacerse consciente y responsable de su pérdida, retrasa u obstruye el trabajo de duelo.

Sin embargo, una estratégica dirección de este rapport, en favor del consultante, puede ayudar a que el paciente revalorice y desestigmatice el tratamiento psicofarmacológico, que muchos de los participantes abandonaron por prejuicios o desinterés, ya que los que se resisten a la medicación han expresado que sentían que el uso solamente de los fármacos no les resultaba suficiente.

Aquí es dónde cabría preguntarse si debería existir una Terapia y por consecuencia, un terapeuta del duelo, aunque por teoría (desde una visión psicoanalítica) se entiende que toda búsqueda de soporte emocional esta gatillado por alguna pérdida.

Mas al sugerir la existencia de una terapia focalizada en el duelo de pacientes diagnosticados con diversos tipos de depresión, en este caso como el que tiene características melancólicas, se estaría proponiendo una especialización en este tipo de duelo y en un específico panorama clínico.

Sobre este planteamiento, Auchter (2018) considera que en la relación terapéutica es muy importante identificar y apoyar en el duelo, que no siempre es evidente. Sugiere prudencia al responder sin apuro con una intervención, tomar en cuenta el acting del paciente que de repente se queda en silencio, sus ojos se humedecen y las lágrimas comienzan a fluir, entonces no solo él, sino también el terapeuta debe sostenerlo y sentirlo.

El adecuado manejo del dúo terapéutico “transferencia y contrasferencia”, la experiencia y la empatía del terapeuta, ayudaría a potencializar y viabilizar el proceso de duelo y optimizar el trabajo psicológico con este tipo de pacientes. Bataglia (2021) sobre la importancia del acompañamiento del terapeuta al paciente en el proceso de duelo con respecto a una persona, situación o condición personal como perdida, considera que el

terapeuta debe acompañar, sostener y ayudar al paciente a reconocer, sufrir y tolerar el dolor viviendo también momentos de presencia inactiva, estos son los momentos en donde la contención es medular, antes que una apresurada interpretación o una comprensión de todo lo que sucede como una forma de finalizar la intervención.

Cuando existe un espacio acogedor donde hay un compromiso entre terapeuta y paciente, estos que comparten “in primis” la condición humana de finitud, el trabajo terapéutico se fortalece. Agostini (2021) menciona que, con la llegada del psicoanálisis relacional contemporáneo, el paradigma psicodinámico trae consigo cambios donde se incluye la teoría del apego y la regulación del afecto. Esto ha vuelto positiva la dinámica de la diada analítica, que se construye mutuamente en el campo intersubjetivo. Así, los reguladores afectivos e integradores del estado del self, la empatía y el compromiso son más eficaces que las interpretaciones clásicas.

4.2 Conclusiones

En esta investigación los resultados hicieron posible establecer dos grupos de participantes con un mismo diagnóstico, pero con diferentes respuestas a la psicoterapia para realizar el trabajo de duelo. Así, se observa que los sujetos que están elaborando su duelo construyen y organizan sus relaciones interpersonales de formas más sociables, dando énfasis a problemáticas distintas, expresando deseos de lograr una mejoría en el tratamiento, a pesar de la persistencia de algunos síntomas propios del diagnóstico.

Por su parte, los participantes con resistencias al trabajo de duelo manifiestan la necesidad de aprobación y de ser validados. Esta herida narcisista hace que el sujeto doliente manifieste sentimientos de desvalorización del self, autorreproches, profundo sentimiento de culpa y un anclaje con el pasado que le genera frustración y no le permite salir de un discurso de autocompasión. En sus relaciones interpersonales se distancia y se encapsula porque no encuentra en los demás la satisfacción a sus demandas.

Ambos grupos han sido diagnosticados por un médico psiquiatra y a la mayoría de ellos se les indicó medicación para paliar los síntomas de la depresión, básicamente el tratamiento consistió en antidepresivos y ansiolíticos. El grupo de participantes que está en trabajo de duelo continúa su tratamiento psicofarmacológico o han concluido con este, según lo establecido por el especialista. Por el contrario, los que muestran resistencias al trabajo de duelo, expresaron que sólo asistieron a un par de consultas, toman la medicación de forma intermitente o simplemente abandonaron el tratamiento.

En ambos grupos se puede evidenciar mecanismos de defensa en su camino terapéutico, sin embargo, en el segundo grupo los que son patentes son los que se asocian a rasgos de personalidad paranoides y una precaria fortaleza yoica, compensada con rasgos narcisistas. En este estudio se ha considerado a este tipo de mecanismos de defensa como elementos obstruccionistas del trabajo de duelo.

Los participantes que muestran resistencia al trabajo de duelo, presentan un modelo vincular de tipo dependiente, de esta observación se sugiere que la perseverancia en la asistencia a la psicoterapia se deba a la relación transferencial desarrollada con el terapeuta y que, potencialmente, con elementos que puedan incorporarse en la terapia de orientación psicoanalítica, como los que brindan otras corrientes terapéuticas, podría evolucionar el curso del tratamiento psicológico. De este modo se espera hacer factible en el paciente el desarrollo de su capacidad de simbolización y afrontamiento de la realidad de su pérdida.

Esta investigación ha permitido una aproximación al diagnóstico de depresión no muy común en el contexto de la clínica en la ciudad de Lima. El marco fenomenológico y epistemológico junto con la revisión de los casos de los participantes fueron factores que facilitaron la transversalidad de estos y su relación con el contexto.

Las limitaciones encontradas en la realización de esta investigación estuvieron específicamente relacionadas con la escasa bibliografía sobre la investigación del abordaje psicoanalítico en este tipo de depresión, en Latinoamérica y particularmente en la ciudad de Lima.

Se propone realizar investigaciones sobre la depresión con características melancólicas en el proceso terapéutico del duelo y la consideración de incorporar estrategias de otros modelos terapéuticos, para ganar mayor conocimiento de la eficacia de estas en la labor clínica. El psicoanálisis moderno enfatiza el aspecto relacional, incluso cuando se trata de la experiencia y el procesamiento del duelo. Hagman (1995) afirma que, al evaluar el proceso de duelo, debemos considerar variables individuales, familiares, dependientes de la situación, culturales y religiosas. El doliente debe encontrar nuevos roles y un nuevo contenido en la vida y a eso apunta el trabajo de duelo.

Finalmente se sugiere profundizar en la posibilidad de una formación psicoterapéutica especializada en duelos de este tipo particular y enriquecer la información de la experiencia por medio de debates, publicaciones, formación académica, congresos, etc. También se sugiere que el personal de salud integral (física y mental) tenga conocimiento de esta condición, su dinámica y su estrecha relación con otros trastornos afectivos.

Referencias bibliográficas

Agostini, N. (2022). *Loss, Trauma and self disclosure working with dreams and imagination. In Loss, Grief and Transformation The Therapist's Personal Experience in Psychotherapy and Psychoanalysis.* Edited By Shoshana Ringel. DOI:10.4324/9781003219514-4

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría

Auchter, T. (2018). *Entrevista a Thomas Auchter, psicoterapeuta psicológico y psicoanalista: "Ante todo, hay que respetar el duelo".*
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/203831/Interview-mit-Thomas-Auchter-Psychologischer-Psychotherapeut-und-Psychoanalytiker-Trauer-muss-zunaechst-einmal-respektiert-werden>

Bataglia, D. (2021). *Il lavoro del lutto.* Società Psicoanalitica Italiana.
<https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/il-lavoro-del-lutto-cura-di-d-battaglia/>

Bates, S. (2021) *A Grief Companion: Practical support and a guiding hand through the darkness of loss (Languages of Loss).* Hodder & Stoughton. Edición de Kindle.

Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX.* Fondo de Cultura Económica.

Buchely, L. (2013). La melancolía y el estado. Reflexiones desde el psicoanálisis aplicado. *Revista De Estudios Sociales*, 1(46), 134–144.
<https://doi.org/10.7440/res46.2013.13>

- Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). (2008). Herder
- Díaz, A. (2007). *El diagnóstico de la depresión desde Kraepelin hasta la CIE-10 y el DSM-IV-TR*. Psiquis. Vol. 16 Núm.2; 16(2) 29.
- Eisenberg, E. (2015). *El dolor psíquico. Angustia neurótica. Dolor melancólico. Masoquismo perverso*. Editorial Universitaria de Buenos Aires
- Emilger, M. (2010). *La subjetivación del duelo en Freud y Lacan*. Revista Mal-estar e Subjetividade. Fortaleza. Vol. X. Nº 1 (19), 13-33
- Ferrandéz, M. (2012). *Sandor Radó: aportaciones a la psicodinámica de la melancolía*. Informaciones Psiquiátricas. (207): 53-80
- Freud, S. (2015). *Más allá del Principio del Placer*. Amorrortu.
- Freud, S. (1993). *Duelo y Melancolía*. Amorrortu.
- Gil-J, Bellver, A y Ballester, R (2008) *Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento*. Psicooncología. Vol. 5, Núm. 1: (104), 103-116
- Guariglia, O. Vidiella, G. (2011) *Breviario de ética*. Edhasa,
- Hagman, G. (2017) *New Models of Bereavement. Theory and Treatment: New Mourning*. Routledge.
- Hagman, G. (1995). *Mourning: a review and reconsideration*. Int J Psychoanal 1995; 76.
- Icart, M. et al. (2012) *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesis y una tesis*. Univesidad de Barcelona, Editores.
- Klein, M. (2011) *Amor, culpa y reparación*. Paidós.
- Klein, M. (1950) *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. Revista de Psicoanálisis 7:415-449

Kosminsky, P, J, Jordan. (2016). *Attachment-Informed Grief Therapy. The Clinician's Guide to Foundations and Applications*. Routledge

Kristeva, J. (1997). *Sol negro. Depresión y Melancolía*. Monte Ávila Editores.

Lacan, J. (2006). *Seminario X: La Angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Lancer, D. (2019). *Perspectives on Emptiness*. Psychol Behav Sci Int J. 12(4): 555844.

DOI: 10.19080/PBSIJ.2019.12.555844

Lartigue, T. (2005) *Guía para la entrevista clínica psicodinámica de los estados depresivos con base en el modelo de Hugo Bleichmar*. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*. N^o 021. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000351#nota1>

Lingiardi, V, McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2 second edition*. The Guilford Press

Lear, J. (2015). *Freud*. London, Routledge

Mazzuca, R. (2005). *Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía*. Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacanaiana. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/544/dossier-depresion/clinica-psicoanalitica-de-la-depresion-y-la-melancolia>

Maletta, H. (2011). *Epistemología Aplicada. Metodología y técnica de la producción científica*. Universidad del Pacífico. Centro de Investigaciones.

Mazzucchelli, L. (2011). *Il rifiuto all'elaborazione del lutto e le sue tappe*. <https://www.psicologo-milano.it/newblog/rifiuto-elaborazione-del-lutto-tappe/>

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York, Guilford Press.

Neimeyer, R. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.

Olivares, J. (2007). *Psicopatología de los estados de ánimo: Anhedonia*. *Informaciones Psiquiátricas* Tercer trimestre. Número 189.
https://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2007/03_189_06.htm

Osterweis, M, Solomon, F, Green, M. Editors (2003) Report on Bereavement and Grief Research. DOI: 10.17226/8

Pujante, D. (2018). *Oráculo de tristezas. La melancolía en su historia cultural*. Xoroi Edicions.

Radden, J. (2002). *The Nature of Melancholy: From Aristotle to Kristeva*. Oxford University Press.

Recalcati, M. (2019) *Le nuove melanconie. Italian Edition. Raffaello*. Cortina Editore. Edición de Kindle

Rolón, G. (2020). *El duelo. Cuando el dolor se hace carne*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Planeta

Sarbia, S. (2002) *Del trabajo de duelo a la función de duelo, con algunas diferencias*.
<https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/del-trabajo-de-duelo-a-la-funcion-de-duelo-con-algunas-diferencias/2251>

Sizook, Z. (2009). *Grief and bereavement: What psychiatrists need to know*. Article in *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*
DOI: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x

Sobrevilla, D. (2014). *Introducción a la Filosofía*. Editorial Universitaria. Universidad Ricardo Palma.

Stroebe, M, Schut, H, Boerner, K. (2015) *Bereavement* in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14061-9>

Vallejo, J. (2012) *Melancolía. Un tipo básico de depresión*. Editorial Médica Panamericana.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud mental. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Resistencia al trabajo de duelo en personas diagnosticadas con depresión con características melancólicas que reciben atención en una institución de orientación psicoanalítica de la ciudad de Lima– 2022

Nombre de la investigadora: Elizabeth Huaita Condorchua

Propósito del estudio: Explorar las resistencias al trabajo de duelo que puedan presentarse en su proceso terapéutico

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, sólo se le pedirá llenar la ficha.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede comunicarse al correo electrónico: elizabeth.huaita@gmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al, Presidente del Comité de Ética de la, ubicada en la, correo electrónico:

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

ANEXO B.**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nombre (seudónimo): _____

Edad: _____

Lugar de residencia: _____

Estado civil: _____

Composición familiar: _____

Nivel de educación: _____

Diagnóstico actual: _____

¿Cuál es el tipo de tratamiento que está llevando? (farmacológicos, terapias o ambos, etc.)

¿Hace cuánto recibe psicoterapia?

ANEXO C.

GUÍA DE ENTREVISTA

ESTABLECIMIENTO DEL RAPPORT. ¿Qué le animó a participar de este estudio?
¿Ha vivido siempre en la ciudad de Lima?

DIMENSIÓN	PREGUNTAS
I. INTERPERSONAL (CON EL ENTORNO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo ha sido su vida social después de su pérdida? 2. ¿Ha podido desempeñarse en su centro de trabajo como lo hacía antes de su pérdida? 3. ¿Siente que después de lo ocurrido (la pérdida) usted se enoja con mayor facilidad con los que le rodean? 4. ¿Cómo se muestra actualmente con las personas que vive? 5. ¿Qué actividades ha dejado de hacer desde que ocurrió su pérdida?
II: INTRAPERSONAL.	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Cómo se percibe a usted mismo en lo físico y en lo emocional después de ocurrida su pérdida? 7. ¿Qué sentimientos podría manifestar como los que predominan en usted en la actualidad? 8. ¿Qué actividades o cosas le generan satisfacción? ¿Podría contarme un poco más sobre su respuesta? 9. Después de que usted recibió su diagnóstico ¿continuó con las visitas al médico y el tratamiento farmacológico como se lo indicaron?
III. CON RESPECTO AL OBJETO DE LA PÉRDIDA.	<ol style="list-style-type: none"> 10. ¿Qué sentimientos experimenta cuando piensa en la razón (persona o situación) de su pérdida. ¿Podría hablarme un poco más acerca de ello? 11. ¿Qué ha significado para usted el haber pasado por esta pérdida? 12. ¿Usted puede afirmar que ya acepta o está aceptando su pérdida? 13. Si usted respondió que "No" o "Aún no" ¿Por qué cree que no lo ha hecho hasta este momento? 14. ¿Con qué frecuencia piensa en su pérdida?
IV. CON RESPECTO AL TRABAJO TERAPÉUTICO.	<ol style="list-style-type: none"> 15. ¿Por qué viene a terapia? 16. ¿Cómo se siente con su terapeuta? 17. ¿Qué espera de la terapia?