

# Huella de la Palabra

Revista de Investigación Educativa

Universidad La Salle Pachuca

lahuelladelapalabra@lasallep.edu.mx

Teléfono: 01(771) 717 02 13 ext. 1406 Fax:

01(771) 717 03 09

ISSN: En trámite

México

<https://doi.org/10.37646/huella.vi10.348>

2016

Juan Trejo Anaya

**Análisis de un caso clínico sobre duelo familiar no resuelto:  
Un proceso desde la terapia sistémica**

Huella de la Palabra, año 2016, número 10

Universidad La Salle Pachuca

pp. 19-28

19

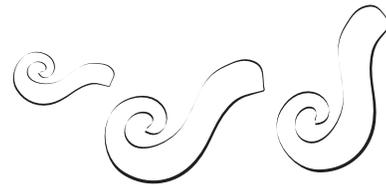


Copyright (c) 2016 Juan Trejo Anaya. Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



# Análisis de un caso clínico sobre duelo familiar no resuelto: Un proceso desde la terapia sistémica

Juan Trejo Anaya<sup>1</sup>



## Resumen

En este trabajo se presenta el proceso llevado a cabo durante un tratamiento de psicoterapia bajo el modelo de soluciones, para esto se comienza exponiendo los fundamentos del enfoque y posteriormente se analiza lo ocurrido durante las sesiones. De manera general se partió de construir objetivos junto con el paciente para llegar como meta final a la potencialización de habilidades sociales y reencuadre de acontecimientos vinculados al afrontamiento de una pérdida. Se observa cómo se utilizan diversas técnicas para que el paciente reencuadre y modifique su conducta y relaciones sociales.

## Introducción

El modelo que sustentó la intervención del paciente se basa en la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), y que, según Montero y León (2001), puede definirse como un estudio descriptivo no estructurado que se refiere a una única unidad muestral, bien sea una persona, un grupo, una organización, etc.

Para Venegas (2009), la Terapia Breve Centrada en Soluciones es uno de los enfoques conocidos como terapias de sistemas, que se han desarrollado en los últimos 50 años, primero en los Estados Unidos y, finalmente en todo el mundo, incluida Europa.

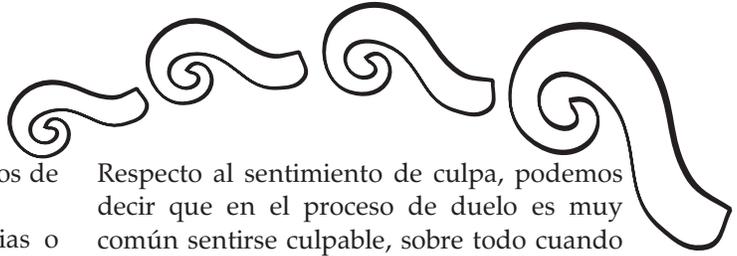
Según el mismo autor (2009), la TBCS y los pasos específicos que intervienen en su práctica, fueron atribuidos a Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Estados Unidos.

El terapeuta Centrado en Soluciones ayuda a que el paciente pueda identificar los momentos de su vida actual que están más cercanos al futuro deseado, y examinar qué es diferente en tales ocasiones. Al tomar conciencia de estos pequeños logros y ayudar a repetir las cosas que pueden lograr cuando el problema no existe o cuando no es tan grave, los terapeutas ayudan al paciente a dirigirse hacia el futuro preferido que han identificado (Venegas, 2009).

El tratamiento fundamentado en soluciones puede ser visto como una forma de tratamiento que se centra exclusiva o principalmente en dos objetivos: 1) Apoyar a las personas para que exploren su futuro preferido, y 2) Explorar cuándo, dónde, con quién y cómo algunas partes de ese futuro al que aspiran ya se están dando (Aponte, 2011).

Según Haley (1976), la terapia puede denominarse estratégica si el clínico inicia lo que sucede en ella y diseña un enfoque particular para cada problema; motivo por el cual, el terapeuta debe ser capaz de identificar los problemas resolubles, establecer metas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, en última instancia, examinar el resultado de la terapia con el fin de ver si ha sido eficaz. Es decir, que el terapeuta debe ser agudamente sensible y receptivo al paciente y a su campo social, pero él mismo tiene que determinar su modo de proceder.

<sup>1</sup> Pasante en Psicología. Universidad La Salle Pachuca y estudiante de la Maestría en Psicoterapia Familiar.



Madanes (1989) propone cuatro objetivos de la Terapia Centrada en Soluciones:

- a) Modificar los marcos de creencias o constructos del paciente (individuo o familia) que se pueden considerar relacionados con el modo en que se perciben, encaran y mantienen las dificultades.
- b) Modificar las sentencias repetitivas que rodean el problema, derivadas de aquellos marcos.
- c) Modificar las posiciones y los enfoques del terapeuta que se vuelvan partes de un patrón que se autorrefuerza entre el terapeuta y el paciente.
- d) Modificar la relación del paciente (y quizá del terapeuta) con los sistemas globales de la familia, vecindario o la profesión.

Gregory Bateson (citado en Halley, 1989), considerado como el padre de la teoría de la comunicación, ya hacía referencia a la importancia de estar atento a los cambios cuando dice que: “como terapeutas tenemos un deber muy claro. Primero, conseguir claridad en nosotros mismos, y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás y apoyarlos y reforzarlos en todo lo que haya de sano en ellos”.

En la psicoterapia sistémica se cuenta con un procedimiento para neutralizar las resonancias del caso en el terapeuta, que según Pinto (2003), cumple con las siguientes funciones:

- a) Proteger al terapeuta de la equifinalidad del sistema.
- b) Identificar procesos familiares invisibles para el terapeuta.
- c) Preparar intervenciones.
- d) Reflexión personal del terapeuta.

En cuanto a tiempos para resolver el duelo, algunos autores afirman que un duelo se puede resolver plenamente en un año o antes, y que un punto clave para decidir si el duelo se ha terminado o no es cuando el sobreviviente puede pensar en el fallecido sin un sentimiento de dolor.

Respecto al sentimiento de culpa, podemos decir que en el proceso de duelo es muy común sentirse culpable, sobre todo cuando se recuerdan los últimos momentos con la persona fallecida. Sentir que no se hizo lo suficiente y llenando de culpas con las cuales a veces nos resulta más difícil manejar el proceso de duelo.

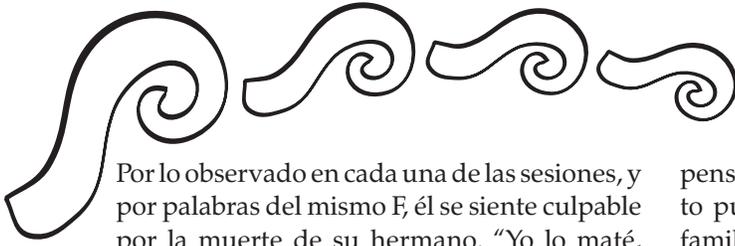
Estos sentimientos son muy comunes y dependerán de cuán cercana era la persona fallecida para sentir su intensidad, y, como se ha dicho arriba, la culpa va desapareciendo a medida que se va confrontando con la realidad y se va aprendiendo a tomar conciencia de ello.

#### **Presentación del caso**

F es un hombre de 26 años de edad, aunque aparenta menos (22 aproximadamente); tiene cabello café claro, tez blanca, estatura media (1.60m.). Su vestimenta es acorde a la edad que tiene.

Desde la primera sesión, F se manifiesta como una persona colaborativa, interesada en el proceso terapéutico, ya que responde oportunamente a las preguntas que se le van haciendo. Mentalmente F es una persona bien estructurada, sin daños graves, con excelente memoria a largo, mediano y corto plazo, ya que en su discurso narra episodios tanto del pasado como del presente en forma clara y bien estructurada.

F acude a terapia para trabajar el Duelo no Resuelto por la muerte de su único hermano, acaecida hace cuatro años aproximadamente, momento que marcó fuertemente al paciente, hasta el límite de olvidarse de sí mismo, de su arreglo personal en lo sucesivo por casi dos años. “No quería hacer nada, solo quería dormir, y para ello me encerré durante dos meses cuando mis papás fueron a arreglar los papeles de la muerte de mi hermano. Cerré las cortinas, no sabía si era de día o de noche. Solo quería dormir para olvidar” (Sic. Paciente).



Por lo observado en cada una de las sesiones, y por palabras del mismo F, él se siente culpable por la muerte de su hermano. “Yo lo maté, porque no estuve cerca de él cuando más me necesitó”. Incluso en su discurso insistió varias veces sobre la culpa por la muerte de su hermano.

Durante estos cuatro años F ha experimentado todo un proceso psicológico, físico y emocional, que va desde el total abandono de sí mismo, hasta el intento de suicidio en dos ocasiones, sin obtener resultado; desde las consecuencias médicas por la falta de alimentación durante ese tiempo (problemas digestivos, cardiovasculares, etc.), el deseo de hacer algo por sí mismo y la lenta pero evolutiva recuperación de F, hasta que por él mismo decidió tomar terapia para trabajar su situación personal.

#### Explicación de la problemática

Bowlby (1980) considera que el duelo es “el proceso psicológico que se pone en marcha a causa de la pérdida de una persona amada”, un proceso que afecta de manera fundamental a la red de relaciones de la persona que muere y a cada individuo que forma parte de ella.

Es decir, que el proceso de duelo depende básicamente de factores culturales, de pertenencia social, de género y del grado de espiritualidad del sujeto. Para Bowen (1976), el equilibrio de una familia se ve perturbado cuando se añade un miembro, por un nacimiento o una nueva alianza; y, con más razón, cuando la muerte priva a la familia de uno de sus miembros.

La amplitud de este *shock* puede variar con relación a la importancia funcional de la persona perdida y al clima emocional del momento; es decir, de acuerdo al papel que desempeñe la persona en el sistema familiar, es la magnitud del duelo en uno o varios de sus miembros. Según lo antes dicho, se puede

pensar que los papeles asumidos por el difunto pueden ser depositados en el resto de la familia.

En suma, la familia tiene que realizar una adaptación a una nueva realidad en la que el ser querido estará ausente.

Raya, B (2003), en Caso Clínico “El Duelo”, al hablar de las manifestaciones emocionales y comportamentales que experimenta la persona que enfrenta el duelo ante una pérdida significativa, propone las siguientes:

- **Autorreproches:** centrados en actos relativamente triviales que se hicieron o que no se realizaron con el difunto.
- **Rabia:** consecuencia natural a toda privación.
- **Culpa:** provocada por el sentimiento de alivio de que sea la muerte del otro la que se ha producido y no la propia. Se le ha denominado “culpabilidad del superviviente”, a veces manifiestan que ellos deberían haber muerto y no la persona querida.
- **Negación:** intentos de perpetuar la relación perdida, es frecuente la aparición de “objetos de vínculo”, objetos que le gustaban al difunto o que lo recuerdan.
- **Sensación de la presencia del familiar fallecido:** puede ser tan fuerte que provoque ilusiones o alucinaciones, tales como oír la voz del difunto o sentir su presencia, la persona reconoce que estas percepciones no son reales.
- **Fenómenos de identificación:** el superviviente puede adoptar cualidades, gestos y características de la persona fallecida.
- **Ansiedad:** desde un sentimiento de



inseguridad hasta un ataque de pánico. Los dolientes temen no poder cuidarse ellos mismos y temen no ser capaces de vivir sin la persona que han perdido.

Para hablar de una adecuada elaboración del duelo que permita que el doliente se acomode al mundo sin la presencia del fallecido, es necesario que éste adopte nuevos roles y actividades, a la vez que redefine su identidad sin la presencia del fallecido.

Hablando de lapsos para salir del duelo, algunos consideran que este proceso dura entre seis meses y un año sin la presencia del familiar fallecido, y que algunos signos o síntomas del duelo pueden persistir mucho más de 1 o 2 años hasta que la persona recupere su ánimo productivo y de relativo bienestar.

### Descripción del caso

Para el estudio del caso se realizaron cinco sesiones terapéuticas, en las que se fueron analizando puntos importantes del proceso. Por cuestiones de confidencialidad, y por mantener la privacidad del paciente, familiares, terapeuta y asesor se otorgan claves para hacer referencia al paciente y otros personajes inmiscuidos en el mencionado proceso.

Para la transcripción de las sesiones se identificaron a los participantes de la siguiente manera: Terapeuta (T), Paciente (F), Asesor (A)

### Descripción por Sesiones

#### Sesión 1.

En la primera sesión, se realizó con el paciente el encuadre sobre la forma en que se iba a trabajar durante el proceso: se acordó con él el horario y número de sesiones. Se le avisó también que se tomaría nota y grabaría cada sesión, esto con el fin de no perder detalles en lo sucesivo.

T: Seis sesiones, en estas sesiones lo que se va a

hacer es: de este lado estamos nosotros, al otro lado del espejo está mi maestro o asesor moderador con quien te acabas de presentar, él va a estar checando también, con la experiencia que tiene, por si algún detalle se pasa, él me va a decir: 'pues vete por aquí o pregunta esto o haz esto'. Más o menos a la mitad de la sesión, se va a hacer una pausa como de unos cinco minutos para recabar información con él y para planear el rumbo de la sesión. Un poquito antes del final de la sesión se va a hacer otra pequeña pausa para ver más o menos las áreas que se van a tratar para la siguiente sesión. No sé si tengas alguna pregunta al respecto.

P: No

T: ¿No hay ningún problema en el que yo tome nota y vaya grabando?

P: No, adelante.

Se delimitó también el *motivo de consulta* del paciente:

T: ¿Qué te trae por aquí? ¿qué te gustaría tratar en este proceso?

P: Bueno, a mí lo que más me afecta, es que si igual me ha atrapado mucho, fue la muerte de mi hermano.

T: La muerte de tu hermano...

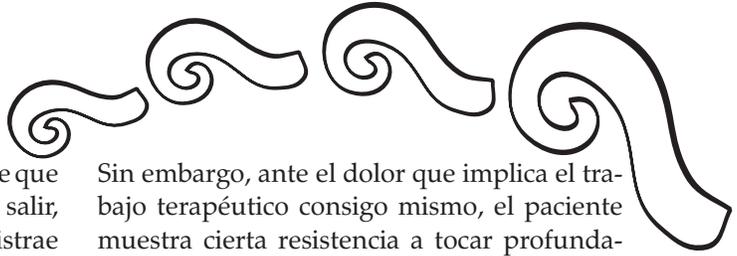
P: Así es

T: Muy bien, dices que fue hace cuatro años.

P: Así es.

T: Y a partir de eso se desató la situación.

P: Así es, yo me empecé a enfermar mucho, muy seguido, yo era normal, bueno muy sano digamos, era de fiestas, era de jueves, viernes, sábados irme a fiestas, antros, irme a bailar, pero después de que él falleció como que me apagué, como que se me vino todas las enfer-



medades, la edad, la vejez y todo, o sea, de que ya no aguanto desvelarme, ya no quiero salir, ya no quiero ir a la calle, o sea, me distrae mucho el trabajo, pero ya así que me digan “vamos a una fiesta”, “no gracias” “vamos a salir”, “no”, no me dan ganas ni con amigos ni con familiares, me fastidia mucho estar ahí con gente platicando, hablando porque no sé ni de qué hablar.

La primera sesión sirvió también para conocer la estructura familiar de F, sus relaciones y descubrir dónde nace el sentimiento de culpa que F siente por la muerte de su hermano: se le pide al paciente que identifique este sentimiento y que explique brevemente la situación.

Al final, se le encomendaron 2 tareas a F:

**T:** ¿Qué te parece si en esta semana vas haciendo un pequeño diario (cabe mencionar que se le encomendó la tarea del diario debido a que se buscaba que el paciente reconociera las excepciones ante la situación presentada.) de aquellas ocasiones en que te hayas sentido triste? Y aunado a la cuestión de los momentos que te sientes triste, ¿qué cosas te hacen sentir alegre aparte de estar con tu amigo y su familia?

Según lo observado en la sesión, se infiere que el paciente sufre depresión por la muerte de su hermano. Unido a ello se descubre también un fuerte sentimiento de culpa por lo ocurrido años atrás: “siento que yo lo maté” (Sic. Paciente). Debido al discurso que maneja, se infiere que hay un aislamiento total del paciente con las personas, lugares y actividades que lo rodean para no sentirse mal: “lo que antes me gustaba hacer, ahora me aburre pronto y prefiero alejarme pronto” (Sic. Paciente)

## Sesión 2

En esta sesión se observa en un primer momento que el paciente está más tranquilo, y se muestra interesado en lo que sigue.

Sin embargo, ante el dolor que implica el trabajo terapéutico consigo mismo, el paciente muestra cierta resistencia a tocar profundamente la herida que trae desde hace cuatro años, pues, en cierto momento prefiere dejar de lado la situación para plantear otro motivo de consulta.

**P:** ¿Se puede que cambiemos de tema?

**T:** ¿Te haría bien?

**P:** sí, porque lo de mi hermano no, no me gusta, me estresó mucho.

En esta sesión el paciente menciona la posibilidad de trabajar con otros temas durante el proceso terapéutico, y el resto de la sesión gira en torno a retomar la importancia de trabajar con lo planteado originalmente.

## Tercera Sesión

Se comienza planteando como opción cambiar el motivo de consulta.

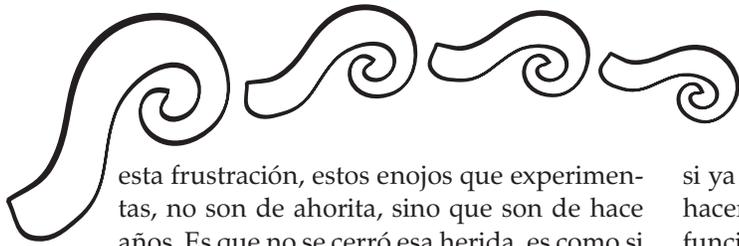
**T:** Dices que no quieres tratar el de tu hermano porque te estresó mucho. Ten en cuenta que estamos ya a la mitad del proceso y que, prácticamente en este momento ya estuviéramos avanzados.

**P:** Tienes razón, ¿ya para qué nos hacemos? Seguimos.

En la segunda parte de la sesión se utilizaron metáforas para explicar a F que lo que sucede es algo normal en el proceso, sobre todo cuando se tocan temas que duelen y que se creía ya habían pasado.

Ante la insistencia de abordar otros temas, hubo la necesidad de la intervención del asesor en la terapia, con el fin de reencuadrar el proceso:

**A:** Qué bueno. Lo que te decía el terapeuta básicamente es que, esta tristeza, este dolor,



esta frustración, estos enojos que experimentas, no son de ahorita, sino que son de hace años. Es que no se cerró esa herida, es como si solo hubiéramos cocido sin limpiar.

Entonces ahora que abriste la herida, y no es una herida nueva, la ves como la misma, pero ahora tienes la posibilidad de limpiar.

En este momento terapéutico tienes la posibilidad de limpiar esa herida, de poder, este, pues obviamente tienes la posibilidad de poder cerrarla para que cicatrice bien y ya vivas sin esa herida.

Obviamente te va a doler, porque, lo que no hiciste en su momento, de echarle alcohol es difícil, y el proceso terapéutico es un proceso de cambio, y los cambios no siempre se dan como miel sobre hojuelas.

Si ahorita nosotros te dijéramos “no te preocupes, mejor vamos a trabajar otra cosa”, es como si dejáramos la herida sin limpiar, y, pues ya que la abrimos, hay que limpiarla, hay que echarle ganas, aunque obviamente va a doler un poquito, pero mientras más se limpie ahorita, cuando tengas 30 o 35 años ya no va a estar ahí. Si no la limpiamos ahorita y la cerramos, pues, obviamente dentro de unos años vas a volver a ir a terapia y te va a seguir doliendo porque no trabajamos, solo la abrimos.

Ése es el asunto y el meollo de todo lo que venimos diciendo, es ir limpiando esa herida para que ya no te vuelva a molestar, y ¿cómo se va a limpiar? En primera hay que recordar que esta herida no es nueva, sino una herida vieja no curada bien; ¿qué hiciste para cerrar la herida en ese tiempo? ¿Qué intentaste hacer para superarla?

**A:** Entonces, que lo primero que hay que ver que lo que hiciste no funcionó, porque si hubiera servido, no estaríamos aún con la herida abierta; hay que evitar lo que hicimos para que la herida no se vuelva a abrir. Es decir,

si ya hice esto y no me funcionó ¿qué puedo hacer ahora, que sea diferente y que me pueda funcionar?

Con la intervención anterior se buscó encontrar las soluciones intententadas, y se buscaron nuevas soluciones que se manifestaran en la vida cotidiana del paciente. Para finalizar la sesión, se establecieron tareas que se debían realizar durante la siguiente semana, las cuales consistieron en hacer cosas que le gustaran y que había dejado de hacer hace tiempo, en este caso se acordó ir a un concierto y pasar más tiempo con la familia.

#### **Cuarta Sesión**

En esta sesión se hizo un recuento de la tarea que F debió realizar durante la semana, y se descubre un cambio en su actitud; se nota más alegre y confiado que en la sesión anterior.

**T:** ¿Cómo te sentiste en las actividades que fuiste haciendo?

**P:** Muy bien, mucho muy bien. La que más me gustó, como que me distrajo más fue el concierto.

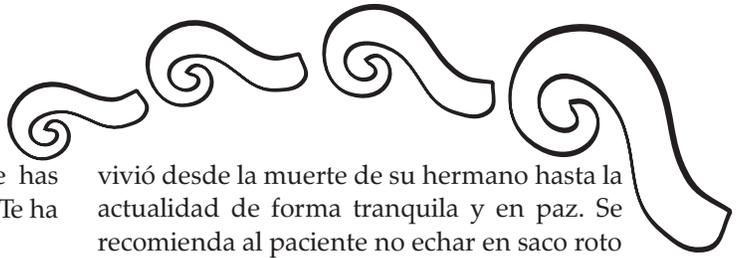
**T:** ¿Tenía tiempo que no ibas a un concierto?

**P:** Menos de un mes. Me gustó mucho, me distrajo mucho, me siento. Se me olvidó todo

**T:** ¿y en las otras actividades?

**P:** El día de la nevería fue saliendo de aquí, salí con unos amigos, muy poco, me distraje. No me dieron ganas de salir. El viernes fue en la noche, también muy tranquilo, estuve en paz. El lunes fue el concierto de música clásica; estuve muy a gusto y después nos fuimos a cenar con mi familia.

Se evaluó también la actitud de F comparada con la sesión anterior, con el fin de hacerle caer en cuenta que va avanzando mucho en el proceso terapéutico.



**T:** ¿Qué diferencia ves en todo lo que has hecho y como te sentías la vez pasada? ¿Te ha ayudado en algo?

**P:** Me ha servido para distraerme, me siento más tranquilo, con más ánimos.

Antes de cerrar la sesión de F hizo un recuento del proceso que vivió desde la muerte de su hermano hasta la actualidad, razón por la cual se intuye que ha crecido mucho en su proceso de duelo para aceptar poco a poco que tiene que vivir en adelante sin la presencia del hermano.

### Quinta Sesión

Por razones personales y de trabajo, F no se presentó a la sesión, aunque avisó que no podría presentarse. Por tal motivo no se pudo hacer el cierre del proceso terapéutico con él.

### Conclusión

La aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones dio resultados positivos en este caso, lo que demuestra que es un modelo efectivo; sin embargo el procedimiento debió adaptarse a las particularidades del caso y apoyarse en algunas técnicas provenientes de diversos modelos, como el uso de la metáfora y el uso del diario, para que así se puedan cumplir los objetivos planteados.

Con las tareas realizadas durante la terapia, las intervenciones del asesor y las tareas que se le encomendaron entre sesión se vio un avance significativo en su trabajo de duelo, se le ayudó a externalizar sus sentimientos hacia la muerte de su hermano.

En el momento en que F llegó a la sesión triste y enojado, se buscó reencuadrar su situación con el apoyo del asesor, con el fin de retomar la paz y confianza en sí mismo.

En la última sesión se pudo observar el avance cuando F fue capaz de narrar el proceso que

vivió desde la muerte de su hermano hasta la actualidad de forma tranquila y en paz. Se recomienda al paciente no echar en saco roto lo que ha aprendido de sí mismo mediante el proceso, ya que puede caer en la misma situación otras veces mientras no se dé el tiempo para trabajarlo profesionalmente.



## Fuentes de consulta

- Aponte, V. (2011) *Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Patológico*.
- Bowlby, J. (1980) *Apego y la Pérdida*. Paidós. Barcelona.
- Bowlby, J. (1993) *La pérdida afectiva*. Paidós. Barcelona.
- Bowen, M. (1976) *Family reactions to Death*. in P. Guerin (eds.), *Family Therapy. Theory and Practice*. Lakeworth, Florida: Gardner Press
- Espina, A (2005), "Sobre la elaboración del duelo en Terapia Familiar". *Revista de Psicoterapia* Vol. IV-No 13
- Freud, S. (1975) *Duelo y melancolía*. En: *Obras completas*. Tomo VI. Madrid. Biblioteca nueva.
- Grinberg, L. (1994) *Culpa y depresión*. En *Estudio Psicoanalítico*. Ed. Alianza Editorial Textos. Madrid.
- Haley, J. (1976) *Terapia para resolver problemas*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Madanes, C. (1989) *Terapia familiar estratégica*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Montero, I. y León, O. G. (2001). *Usos y costumbres metodológicos en la Psicología española: un análisis a través de la vida*. *Psicothema*. 671-677.
- Pinto, B. (2003). "La Psicoterapia Relacional Sistémica y el Psicoterapeuta". *Revista Electrónica Ajayu*, 2004. 2 N° 2. La Paz Bolivia.
- Raya, B (2003). *Caso Clínico El Duelo*. Norte de Salud mental. 74-91
- Tizón, J.L (2004) *Pérdida, pena, duelo*. Ed. Paidós. Barcelona.



Copyright (c) 2016 Juan Trejo Anaya



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para **Compartir** —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y **Adaptar** el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

**Atribución:** Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)