



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de investigación

2018

Juan Carlos Villa Díaz, Juan Pablo Rivera Salazar & Lina María Solarte Burbano

EL TRABAJO DEL DUELO COMO REVERSO AL PROCESO DEL DUELO

Revista Affectio Societatis, Vol. 15, Nº 29, julio-diciembre de 2018

Art. # 3 (pp. 55-83)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

EL TRABAJO DEL DUELO COMO REVERSO AL PROCESO DEL DUELO

*Juan Carlos Villa Díaz*¹

Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán
juan.villad@campusucc.edu.co
ORCID: 0000-0002-6594-0920

*Juan Pablo Rivera Salazar*²

Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán
juan.riveraz@campusucc.edu.co
ORCID: 0000-0003-3655-2344

*Lina María Solarte Burbano*³

Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán
lina.solarteb@campusucc.edu.co
ORCID: 0000-0003-0946-7427

DOI: 10.17533/udea.affs.v15n29a03

La salud mental se define por el silencio de los órganos, pero está el inconsciente que nunca calla y así no ayuda para nada la armonía

Jacques-Alain Miller, *Introducción a la clínica lacaniana*

-
- 1 Profesor. Investigador y coordinador de investigaciones en el programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán, e integrante del Semillero de Investigación Psicoanálisis y Violencias. Director del Grupo de Investigación PSIEDU. Magíster en Psicología, Universidad San Buenaventura, Cali. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, Universidad San Buenaventura. Psicólogo, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
 - 2 Psicólogo en formación de décimo semestre de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán. Integrante del Semillero de Investigación Psicoanálisis y Violencias, adscrito al Grupo de Investigación PSIEDU.
 - 3 Psicóloga en formación de décimo semestre de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán. Integrante del Semillero de Investigación Psicoanálisis y Violencias, adscrito al Grupo de Investigación PSIEDU.

Resumen

El artículo presenta una clínica de caso ordenada en la lógica singular de la experiencia de duelo en una mujer trabajadora de la salud mental, que solicita ser escuchada en el contexto de un Batallón del Ejército Nacional de Colombia. La investigación reflexiona de manera crítica entre teoría y práctica, a la vez que pro-

pone un debate desde el psicoanálisis en el marco de la salud mental y sugiere a partir de viñetas clínicas, el trabajo del duelo como reverso al proceso del duelo.

Palabras clave: Salud mental, singularidad, particularidad, psicoanálisis, trabajo del duelo y proceso del duelo.

THE WORK OF MOURNING AS REVERSE OF THE PROCESS OF MOURNING

Abstract

This paper presents a case report of the singular logic of the mourning experience of a woman working in mental health, and who asks for being heard in the context of a Battalion of the National Army of Colombia. The research reflects critically on theory and practice; it also proposes a debate from psychoanalysis

in the framework of mental health; and it suggests, from case reports, the work of mourning as reverse of the process of mourning.

Keywords: mental health, singularity, particularity, psychoanalysis, work of mourning, process of mourning.

LE TRAVAIL DU DEUIL COMME ENVERS DU PROCESSUS DU DEUIL

Résumé

L'article présente une clinique de cas qui suit la logique singulière de l'expérience du deuil chez une femme travaillant dans le domaine de la santé mentale. Cette femme demande à être entendue dans les installations

de l'Armée Nationale de Colombie. Des observations critiques au sujet de la théorie et la pratique sont présentées, tout en proposant un débat sur la santé mentale dans une perspective psychanalytique. A partir de

vignettes cliniques, le travail du deuil est suggéré comme envers du processus du deuil.

Mots-clés : santé mentale, singularité, particularité, psychanalyse, travail du deuil, processus du deuil.

Recibido: 25/6/2017 • Aprobado: 25/1/2018

Introducción

Inspirados en la investigación *¿Víctimas o sujetos?*, de Ángela Jaramillo (2013) y en la pregunta: ¿cómo llevar a cabo una intervención con sujetos afectados por los eventos característicos de las violencias contemporáneas, poniendo en primer plano de dicha intervención a la subjetividad?, el semillero de investigación Psicoanálisis y Violencias realiza reflexiones teórico-prácticas sobre el tema. Se actualiza esta reflexión con la experiencia de investigación en un periodo de año y medio que tienen los autores de este artículo en el contexto de una práctica formativa en el área clínica, con el acompañamiento de un grupo interdisciplinar de docentes y practicantes de diferentes instituciones de educación superior.

Se interroga acerca de cómo es necesario proceder teórica y metodológicamente cuando se pretende contar con la subjetividad en una intervención clínica sobre el duelo, a propósito de una urgencia subjetiva que se presentó en un batallón de la Tercera División Popayán Cauca del Ejército Nacional de Colombia. Se tiene en cuenta esta experiencia y el uso de este material en función de la enseñanza para fines de un psicoanálisis didáctico que interrogue la teoría, transmita una enseñanza y formalice un saber. La reflexión crítica del artículo propone, entonces, un debate cortés desde el psicoanálisis con la actual propuesta de salud mental, y se interroga el llamado “proceso de duelo” en su dimensión clínica, teórica y epistemológica.

Considerando lo anterior, se plantea el problema: ¿cómo la reeducación del sujeto en los procesos de duelo propuesta por la salud mental se aleja más del trabajo del duelo y de la singularidad del sujeto? Inicialmente se hará un abordaje de cómo se presenta la lógica del caso; se ubicará el concepto de salud mental; se diferenciará el proceso de duelo del trabajo del duelo a partir de viñetas ordenadas en una clínica del caso y por último las conclusiones.

Son dos los principios que han orientado el análisis de los autores en nombre del psicoanálisis, en esta clínica del caso y en la formulación teórica del problema planteado. El primer principio sostiene que la clínica entraña siempre una investigación, por lo que la clínica

del caso ubica un trayecto de investigación en el campo del dispositivo clínico; el segundo principio ubica el problema en el que la salud mental y la subjetividad convocan una tensión que no se puede explicar describiendo las implicaciones emocionales del individuo afectado por el duelo, sino analizando las afecciones del sujeto dividido por su pérdida (Gallo, 2009, p.94).

De lo particular a lo singular: la clínica del caso

Pasar de lo particular del duelo a lo singular de la pérdida en ese acontecimiento es un esfuerzo que se intenta precisar en esta primera parte, para entender el lugar que tiene la clínica del caso en el psicoanálisis.

Si bien “caso” no es exclusivo de la investigación psicoanalítica, el caso, como lo plantea Vicente Palomera (2002), es aquello que se articula en ideas, pensamientos, en los usos de la lengua, caso remite tanto a suceso como a causalidad; en otros términos, el caso representa un acontecimiento que da testimonio del encuentro del sujeto con lo real bajo transferencia (p.6). Como lo plantea Héctor Gallo (2012) en el texto “Estudio de caso, entrevista investigativa y clínica del caso en psicoanálisis”: “El ‘caso’ lo entenderemos entonces como parte de la experiencia del sujeto, representa la escritura de un acontecimiento que da testimonio de su propia intimidad, en este sentido el caso se construye y no representa un saber constituido.” (pp.69-70). La teoría del conocimiento nos habla del saber constituido que se transmite, entre otras formas, a lo largo de la historia de la filosofía. Para Jean Piaget (1979), la epistemología es el estudio del pasaje de “(...) los estados de menor conocimiento a los estados de conocimiento más avanzado”. (citado en Marti, 1991, p.110).

Comprender el acontecimiento de duelo en un sujeto implica ubicar en el relato consciente de su experiencia aquella subjetividad que se articula con una fenomenología común que expresa la pérdida y que da cuenta del duelo en la dimensión particular del individuo. Este tipo de comprensión privilegia la representación social como mirada predominante en el campo de las ciencias sociales, un ejemplo de esto es el estudio de caso en la investigación cualitativa.

El estudio de caso promueve la comprensión de diferentes fenómenos sociales, como objetos de estudio o como estrategia en la investigación. El estudio de caso prioriza la comprensión de esos recortes empíricos de la realidad (Gallo, 2012, p.71) un despliegue de saber-hacer que es acumulado y se representa en categorías conceptuales de la realidad; el propósito de esto es privilegiar el caso como unidad de comprensión común o particular donde se pueda explicar y permita que “muchos casos se sientan reflejados”. (Galeano, 2004, p.63).

Reconociendo la diferencia entre el estudio de caso y la clínica del caso, se considera que en esta última se ordena y se demuestra la lógica del inconsciente funcionando (Palomera, 2002, p.129). En la clínica del caso nos orientamos hacia lo singular y no a lo particular; porque lo particular, al hacer un recorte empírico de la realidad, toma distancia de lo universal, pero no excluye lo común dentro de esa realidad recortada, sin embargo lo singular es justo lo que no es común, y tampoco universal, es un resto que no entra en los espejismos de la comprensión cualitativa. Lo singular de un sujeto en el acontecimiento del duelo se presenta como aquello que no vale más que para él, es singular porque no se parece a nada; el fragmento de un material clínico que se extrae en la clínica del caso no se mide con respecto a ninguna totalidad, este es el valor de la clínica del caso (Mazzuca y Lutereau, 2014, p.7).

Una función epistemológica y de vigilancia con el fenómeno de duelo consiste en demarcar los límites, prácticas y reflexiones que se hacen en la psicología y en el psicoanálisis sobre los conceptos que conducen a las críticas de los fundamentos disciplinares (Duque, Laso y Orejuela, 2011, p.33). En este sentido, demarcar la diferencia entre lo particular y lo singular nos permite considerar sus relaciones en los campos disciplinares abordados en este artículo.

Lo particular y lo singular se relacionan con la subjetividad. El estudio de caso, en las ciencias sociales, investiga lo particular para hacer emerger la subjetividad, tratada como algo común que subyace en el recorte de la realidad. La clínica del caso, en la investigación psicoanalítica, ubica lo singular de la subjetividad para hacer emerger al sujeto que escapa de lo común privilegiando su estructura psíquica,

su lógica, que no entra en ninguna clase establecida de comprensión cualitativa; por lo tanto no generaliza una teoría, ni busca representar otro caso.

Para la formación de la escucha en la clínica del caso es necesario entender que; el investigador psicoanalítico evita la tipificación porque deja de lado lo particular, que induce a colocar al sujeto como ejemplo de una clase o comunidad, como ilustración de otros casos y generalización de una teoría. Una clínica del caso que enseña sobre la escucha singular en el fenómeno del duelo no busca tipificar lo íntimo mediante un diagnóstico, y tampoco usa lo común de la subjetividad para consentir etapas irrespetando los tiempos lógicos de la singularidad que se pone en los acontecimientos del duelo. El psicoanálisis entiende el diagnóstico "(...) como un arte, exactamente, como un arte de juzgar un caso sin regla y sin clase preestablecida, lo que se distingue por completo de un diagnóstico automático, que refiere cada individuo a una clase patológica" (Miller, 1998, p.255).

Después de sostener epistemológicamente la tensión entre lo particular y lo singular, cabe considerar que la investigación psicoanalítica se pone a prueba con el fenómeno del duelo, a partir de una clínica donde el sujeto que emerge, en medio de ese acontecimiento, puede trabajar su singularidad, sin ser su subjetividad una categoría técnica que se precisa para la explicación del fenómeno en general. En la investigación psicoanalítica del fenómeno del duelo, el sujeto es el protagonista que trabaja y reconoce su duelo, esto implica que se escuche la lógica singular que el sujeto del caso expone.

Salud mental y la reeducación

La salud mental es ciega en cuanto exige un bienestar para todos, una suerte de equilibrio bio-psico-social común, es un imperativo categórico que excluye lo singular bajo la comprensión de la escucha de la subjetividad común, forcluye al sujeto singular que hace el trabajo del duelo, es decir la propuesta de la salud mental se hace desde la particularidad del individuo. Sus intereses diagnósticos y de trata-

miento en el fenómeno del duelo tienen como finalidad establecer un proceso de duelo como razón de extensión que mida la experiencia de un individuo en el duelo, para que represente un beneficio social y la calidad de vida prefijada en los ideales de bienestar de cada época; en nuestra época es muy importante el incremento del funcionamiento social y la productividad, una propuesta que encaja con el paso de las sociedades disciplinares, planteadas por Foucault, a las sociedades de rendimiento propuestas por el modelo neoliberal, como lo plantea (Byung-Chul Han, 2012, p.25). A partir de allí habría que preguntarse: ¿aquella persona que no posea un completo bienestar físico, mental, social, o que no pueda afrontar las presiones normales de la vida, posee una buena salud mental?, quizá el supuesto de salud mental es inalcanzable hasta el punto de cuestionarnos con cierta ilustrada sinceridad, ¿los trabajadores de la salud, realmente, tienen salud mental?

A continuación se presenta una revisión conceptual a partir del surgimiento y evolución de la noción de salud mental con el fin de determinar su dimensión política y dar cuenta del fenómeno del duelo que es entendido como heterogéneo e interdisciplinar.

Tanto en la lectura de Michel Foucault (1964) como de Juan Fernando Pérez (2010), se hace evidente que antes de que la locura pasara a ser un problema perturbador en Occidente, hubo otras representaciones del mal. A mediados del siglo xv, Europa se hallaba poblada de dispositivos para la reclusión de los leprosos, espacios que eran de exclusión social. A finales de la Edad Media la lepra desaparece y se produce lo que Foucault denomina “el gran vacío”, aquellos dispositivos quedan vacíos y son sustituidos por imaginarios colectivos de la lepra.

El periodo comprendido entre los siglos xvi y xvii es el momento al que Foucault llamó “el triunfo de la razón”, el nacimiento de “la época de la ciencia”, donde el espacio moral de reclusión es ocupado por los incurables y los locos. La locura se convierte en un fenómeno de orden público asumido por la Policía, y es así como aparece el fenómeno propio de la era de la razón, la pérdida fundamental de lo que podríamos llamar el bien máspreciado para el sujeto moderno, el uso adecuado de la sinrazón (Pérez, 2010, pp.9-19).

Este mal, a diferencia de la lepra, se ha vuelto asunto médico (Foucault, 1964, p.19), iniciando con ello la invención de tratamientos cuando la preocupación por la cura y la exclusión se unen (Foucault, 1964, p.24) y con ello, aparece “el gran encierro”, el acto masivo de encerrar a los locos que se produce como resultado del triunfo radical de la razón y de la ciencia, específicamente la medicina (Pérez, 2010, pp.9-19). La Policía cede el poder de los manicomios a la medicina, y surge el concepto de salud mental, el cual es entendido por la Organización Mundial de la Salud como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (...) Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos” (2011, p.1). En este rastreo histórico se hace evidente una relación contundente entre salud mental y orden público, como lo plantea Jacques-Alain Miller en *Introducción a la clínica lacaniana*. (2006, p.5)

La salud mental sostiene un lenguaje globalizado, por lo cual Castro (2013) considera: “(...) la OMS reconoce la diversidad y pluralidad cultural respecto al significado de la salud mental, se introduce una definición que condensa un ‘significado universal de sentido común medular’ de la ‘salud mental positiva’”. (p.79). En este sentido, y retomando a la idea del duelo, la salud mental positiva, o salud mental para todos, se interesa por lo común del duelo, negando toda posibilidad de brindar un lugar para el sujeto singular a quien acontece la pérdida.

Si bien es cierto que la OMS plantea una definición de salud mental, esta no es la única, puesto que cada país, ciudad y municipio, posee una definición. Para la Alcaldía Municipal de Popayán, salud mental es “(...) condición fundamental del desarrollo armónico del individuo como ser social y productivo y por ello, del bienestar general de las personas, las sociedades y los países.” (2015, p.6). La salud mental se convierte, entonces, en un imperativo, pues la “condición fundamental” no es más que una ley imperante que se establece con el fin de generar protocolos en torno a la preocupación de adaptar al sujeto como ser social.

En relación con la productividad y la preocupación de adaptar a los individuos, encontramos en la historia que a partir del momento

en el que la medicina hereda el poder del control social, se establecen diversos modelos y tratamientos a partir de categorías que abarcan el tema de la enfermedad mental; es así, por ejemplo, aparece el primer DSM en 1950. Según Adolfo León Ruíz (2010), los manuales se crean como propuesta de reunir segmentos y organizar un panorama que la psiquiatría consideraba confuso, partiendo de la idea de incluir etiología, factores y determinantes de las enfermedades. A mediados del siglo XX, la dimensión de las doctrinas psiquiátricas y los desacuerdos en relación con la causalidad de las enfermedades llevaban a dificultades para tener diagnósticos confiables, como consecuencia, la psiquiatría no podía incluirse en el campo de la medicina⁴ cuando el empuje cientificista y los procesos en el conocimiento de la biología molecular y la genética aumentaban (Ruíz, 2010, pp.33-44).

Posteriormente, en 1980, surge el DSM III, el cual se incluye en un modelo sindrómico (manifestaciones típicas de trastornos se agrupan y constituyen síndromes) generado a partir de la crítica por parte de la OMS para seguir los lineamientos de manuales diagnósticos y responder a la demanda de la medicina. (Ruíz, 2010, pp.33-44).

En 1994 nace el DSM IV, se incluye la descripción psiquiátrica de comportamientos sociales y se empiezan a generar actualizaciones periódicas de dicho manual que contiene nuevas categorías con la pretensión de unificar lo normal y lo patológico en torno al diagnóstico (Ruíz, 2010, pp.33-44). En esta época se habla de trastornos mentales, para diagnosticar, evaluar y medicar con el fin de mejorar los síntomas. Lo paradójico es que desde 1980 no se sabe qué es un trastorno mental, basta con revisar su definición en el DSM-IV-TR:

4 Se recomienda ver el documental *La psiquiatría: Industria de muerte*, usa imágenes históricas y contemporáneas de más de 160 personas entre doctores, abogados, educadores, sobrevivientes y expertos en la industria de la salud mental y sus abusos; este impresionante documental pone en tensión a la psiquiatría como una pseudo ciencia y denuncia el fraude de miles de millones de dólares que se han eclipsado con el mercado de la salud mental, allí se evidencia como ejemplo, que la psiquiatría no explica la etiología del TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y que no tienen pruebas de las llamadas enfermedades mentales.

El término ‘trastorno mental’ implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos ‘mentales’ y ‘físicos’ (...). El problema planteado por el término trastornos ‘mentales’ ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo. A pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto ‘trastorno mental’. El término ‘trastorno mental’, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. (DSM IV-TR, 2002, p.XXIX)

A partir de la revisión teórica sobre la salud mental y su preocupación por la cura, se encuentra que esta no solo sostiene una dimensión política sino también mercantil, puesto que a partir de sus pretensiones ideológicas saca provecho económico del tratamiento y la rehabilitación de dichos trastornos; con ello su tarea es la de particularizar los fenómenos mentales en la estrategia de orden público, y el fenómeno del duelo no escapa a esos intereses.

El duelo ha sido tratado por varios autores a través del tiempo, aunque es Freud uno de los primeros en hablar sobre el tema en su texto “Duelo y melancolía” donde afirma que: “(...) el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (1980/1917, p.241); posteriormente aparecen otros autores que han generado aportes significativos al fenómeno del duelo, tales como: Erich Lindemann (1944, pp.141-148), John Bowlby (1961, pp.317-340), Elisabeth Kübler-Ross y David Kessler (2006, pp.17-23) o William Worden (2009, p.18), los cuales coinciden en que el duelo es la respuesta general ante la pérdida de un ser querido, siguiendo la idea ya planteada por Freud, pero además lo consideran como un proceso necesario en el individuo que se da en determinado tiempo con diferentes síntomas generando malestar e induciendo un cambio significativo; así lo plantea Fauré: “El duelo es un proceso necesario e ineludible para salvaguardar, tanto como sea posible, el equilibrio interior después del cataclismo que engendra la muerte de un ser querido” (2004, p.14). De acuerdo con lo anterior, aquello que es consi-

derado como un malestar en respuesta a la pérdida y al desequilibrio interior, para manuales como el DSM-IV-TR el duelo es una categoría que puede usarse cuando el objeto de atención clínica es la reacción a la muerte de una persona querida (2002, p.827). En el DSM-V (Z63.4), se considera que el duelo es una reacción ante una pérdida. Así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo sentimientos de tristeza, con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso (2014, pp.716-717).

El duelo como objeto de estudio ha sido definido como un proceso común que abarca una serie de etapas o fases; según R. Morla, citando a J.T Brown y A. Stoudemire, el proceso de duelo consta de 3 fases: choque, preocupación y resolución (2008, p.333); para J. Bowlby, el proceso tiene 4 fases: el shock, el anhelo, la desesperanza y la reorganización (1961, pp.317-340); de igual manera, N. O'Connor considera que son 4 etapas: ruptura de antiguos hábitos, inicio de reconstrucción de la vida, búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos y terminación del reajuste (2007, pp.30-40); por su parte E. Kübler-Ross y D. Kessler dividen el proceso en 5 fases: negación, ira, negociación, depresión, aceptación (2006, pp.23-39).

Cada fase tiene diferentes síntomas que difieren en cuanto intensidad y duración, estos generalmente vienen acompañados de signos como el insomnio, la falta de apetito, la tristeza y otros cambios en el comportamiento. En cuanto a la duración, B. Raya considera que el duelo dura "entre 6 meses y un año, (...) Algunos signos o síntomas del duelo pueden persistir mucho más de 1 o 2 años" (2003, p.78); mientras, según Bowlby, "el duelo en sujetos sanos dura con frecuencia más tiempo del que se ha sugerido y muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en sujetos sanos" (citado en Pérez, 2006, p.455).

Por lo anterior, lo común del proceso del duelo representa para Worden una desviación del estado de salud y bienestar, por lo que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, y de un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar (1997, p.26).

Además, A. Fernández y B. Rodríguez agregan que “se trata de un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación.” (2002, p.1).

El proceso del duelo desde el discurso de la salud mental requiere de un diagnóstico y tratamiento. Los protocolos sirven como guía para generar herramientas diagnósticas y los tratamientos como técnicas y tareas que buscan reeducar al individuo. La reeducación en el proceso de duelo, según las etapas presentadas, consiste en enseñarle a las personas que lo que ha muerto se ha ido y no volverá más, por lo que deben cambiar sus pensamientos y sentimientos para superar su duelo. La reeducación sería, entonces, un proceso significativo en la vida de una persona porque supone que ella ha pasado por una etapa previa de educación, ha perdido ese aprendizaje y debe ser reeducada para adaptarse y continuar con su funcionalidad.

El proceso del duelo se realiza bajo la premisa de que el duelo es común y particular en los seres humanos, por ello se resuelve a partir de la respuesta común del individuo, y es la forma en que las personas deben adaptarse nuevamente al medio y ser socialmente funcionales, excluyendo por completo el sujeto singular. ¿Quién es el sujeto singular y por qué es excluido en el fenómeno del duelo?, Freud presenta el inconsciente desde una consistencia teórica, pero es Lacan quien plantea el inconsciente estructurado como un lenguaje y al significante como dominante en el campo del lenguaje (López y Mazzuca, 2014: p.21).

El significante manda porque en el signo lingüístico el significante no remite a un significado común o para todos de forma natural. El significante es una representación que habita en el campo del lenguaje. El sujeto del psicoanálisis “nunca puede ser representado en su totalidad por ningún significante, siempre es incomparable y al estar habitado por una opacidad inextirpable nunca es idéntico a sí mismo” (Alemán, 2012, p.13).

Desde el psicoanálisis el sujeto singular ocupa un lugar en el fenómeno del duelo, Freud consideró el duelo como la reacción del sujeto frente a la pérdida: “el duelo trae consigo graves desviaciones de la

conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento” (1980/1917, p.241), con lo cual ubicó dicha reacción como algo natural, que acontece en la vida cotidiana y no con la morbidez que lo plantea la psicopatología. El fenómeno del duelo para la psicología, es objeto de atención clínica, porque lo sintomático del duelo es aquello que no produce armonía y equilibrio, condiciones que hereda de la noción del síntoma en el campo de la medicina; es por esto que lo sintomático del fenómeno del duelo es perturbador y la mayoría de terapeutas pueden coincidir con su eliminación, tachando por completo el sujeto singular. Por esta razón, el psicoanálisis hace una escucha de la reacción singular del sujeto ante la pérdida; para el psicoanálisis no se trata de concebir el proceso de duelo a partir de sujetos universales, abstractos en lo individual y constituidos por una finalidad fundamentada en las políticas de salud mental (Alemán, 2012, p.8). Más bien se considera que una escucha orientada por el psicoanálisis puede hacer que el sujeto extraiga o elabore un saber sobre su sufrimiento, trabaje su pérdida fundamental que lo compromete con un saber sobre el fracaso, permitiendo emerger en él algo nuevo, la posibilidad de un nuevo amor de cierta identificación pacificante.

El trabajo del duelo en el psicoanálisis también busca producir otra posición en el clínico, el reverso de esta terapéutica permite tratar al síntoma como vía del inconsciente; pese a que el sujeto que reacciona ante la pérdida sólo quiera hacer desaparecer dichos síntomas, el analista se alejará del interés educativo e ideal de armonía y bienestar del proceso de duelo y producirá otra posición, como lo plantean M. López y M. Mazzuca, hacer de los síntomas nada más y nada menos que la brújula y el motor del tratamiento (2014, p.24).

La oposición cortés que tiene el *trabajo del duelo* en el psicoanálisis con la noción de *proceso de duelo* en psicología se inspira en el principio de que “no hay ningún punto técnico en el análisis que no se vincule con la cuestión ética” (Miller, 1997, p.13). Es por esto que el trabajo del duelo en el psicoanálisis no es una gestión profesional, y no se hace para la gestión de la salud mental; lo singular que atraviesa el trabajo del duelo no se concibe como un subsistema de la realidad, lo que aparece del sujeto en el trabajo del duelo es “un fragmento de

su ser" (Freud, 1980/1914, p.154), aparece de manera inédita la experiencia del sujeto frente a la pérdida en su devenir hablante y desde esta nueva posición ética el clínico no tacha al sujeto singular.

Proceso de duelo y trabajo del duelo: una clínica del caso

A continuación se expondrán en este manuscrito las viñetas ordenadas de una clínica del caso a la luz de la teoría, para precisar su lógica singular; nos enfocaremos en cómo el sujeto tiene un primer encuentro con lo real a partir de la pérdida, entra en el duelo, hace un examen de la realidad, da un lugar al objeto amado, hace un retiro de la libido, hace una identificación con el objeto, y tiene un segundo encuentro con lo real de la muerte.

Nos encontramos con Daniela, a quien nombraremos de esta forma durante este manuscrito, asignada a un batallón del Ejército Nacional de Colombia, allí se encontraba realizando su práctica formativa y hacía parte de un grupo interdisciplinar de practicantes del campo de las ciencias humanas, el cual se encargaba de fortalecer el Programa de Salud Mental del Ejército, grupo al cual también pertenecía uno de los autores de este texto, como psicólogo practicante.

Un día todos los practicantes se reunieron para compartir sus experiencias en torno a las prácticas formativas, debido a que para algunos, incluyendo a Daniela, era la primera oportunidad de enfrentarse a la realidad profesional. Durante la reunión se habló de diversos temas; en medio de ese encuentro surge una conversación entre el psicólogo practicante y Daniela, que se aparta del tema central, donde Daniela es convocada por una experiencia íntima de duelo y decide manifestar no creer en la psicología por haber asistido a procesos terapéuticos y no recibir ayuda para superar su pérdida. Es importante precisar que la íntima relación de Daniela con la pérdida la convoca a una conversación donde consiente hablar sobre el acontecimiento que intenta narrar, pero se le quebranta la voz y enseguida llora como si tuviese un nudo en la garganta, pero en presencia de alguien, quien supone la escucha.

Ante aquella urgencia subjetiva, se avala tal demanda a partir de la mirada y la escucha, posibilitando que algo nuevo emerja en la relación que tiene con su pérdida; así Daniela elige hablar acerca de la muerte de su hermano y de lo que no anda bien en ella. Es decir que en su condición de practicante, investida como trabajadora de la salud mental, y en un contexto en el que funge como agente de control para la prevención y la promoción de la salud mental, algo no anda bien. De acuerdo con Miller, “el sujeto llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto evaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa auto evaluación (1997, p.17). La autoevaluación de Daniela nos dice que, pese a su condición, investidura y rol, algo no anda bien en ella y que se relaciona con su pérdida.

Daniela habla acerca de la muerte de su hermano mayor, suceso que ocurrió dos años atrás. Manifiesta que un día ella va a buscarlo a su habitación y encuentra la puerta cerrada con seguro, que abre la puerta con un carné y, dice:

Yo empecé a retroceder para irlo a buscar a otro lado, pero, no sé, yo dije, yo voy a entrar a ver qué, cuando ya entré, pues lo encontré ahí, ya estaba prácticamente morado, tenía las manos hacia atrás, se las había pegado con cinta, tenía cinta en su boca y yo creo que estaba en frente del televisor, y tenía un busito azul, que era el que siempre se ponía (...)Entonces, o sea, yo no pude decir nada, lo único que yo hice fue gritar y desesperarme, no recuerdo muchas cosas, a mí se me borró la mente por poquitos(...) (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Daniela reacciona ante la pérdida respondiendo apasionadamente con angustia: “lo único que yo hice fue gritar”. Aquella señal de angustia se complejiza en el sentido que ella no sabe qué hacer, qué decir, como explicarle a su hija aquel acontecimiento; pues su hermano se ha ahorcado, hecho que la ha dejado perpleja. Este momento marca de entrada una reacción singular que se relaciona con la pérdida del objeto de amor, produciendo inhibición y tristeza, con lo cual ella se entrega al duelo, una “entrega incondicional que nada deja para otros propósitos” (Freud, 1980/1917, p.242).

Yo estaba muy asustada, yo como que no reaccionaba, no sabía dónde estaba. Yo nunca lloré, yo no pude llorar, lo que yo vi no quería que nadie más

lo viera, a mí me duele que mi sobrino haya tenido que presenciar las cosas, que ver a su papá así, que cargarlo, que llevarlo, esas son cositas que a mí me... me matan. (Clínica del caso. Popayán, 2015).

El examen de la realidad se impone con la fuerza como se impone la separación que tiene Daniela con su hermano, puesto que el mismo ya no existe más, de esta manera Daniela se entrega al duelo. Como lo plantea Freud “el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más” (1980/1917, p.242). *Llegó la policía, le hicieron... pues, ya lo bajaron, y a mí lo que más me duele es haberlo visto en esa bolsa plástica tan.... inmundada en la que los meten, lo pusieron ahí cerraron esa bolsa y lo subieron a ese carro* (Clínica del caso. Popayán, 2015).

El examen de la realidad anuncia la pérdida del objeto a partir del dato “haberlo visto en esa bolsa plástica tan.... inmundada”. Podríamos decir que fenomenológicamente el duelo es particular en los seres humanos en cuanto a que en algún momento nos encontraremos con la pérdida de algún ser amado, contingencia que considera el proceso de duelo para la resolución de la pérdida a partir de la respuesta común del sujeto; sin embargo, el psicoanálisis presenta otra posibilidad con su propuesta de trabajo del duelo, que consiste en hacer desaparecer la carga de anhelo (Gallo, 2007, p.93). Usando la respuesta del sujeto que es contundentemente singular y que la comprensión es un espejismo, pese a lo que todo el mundo dice:

Todo el mundo te dice: ‘¡Ya! ¡Tranquilo! Son las cosas de la vida, eso pasa... igual de eso se trata la vida’, y uno es como que... ajá, si vos lo decís debe ser porque es así... Nadie siente lo que uno siente y tampoco espera que lo sienta, porque, pues, no ha pasado por eso” (Clínica del caso. Popayán, 2015).

El examen de la realidad se subordina al testimonio del dato, pero el dato no logra subordinar la lógica de lo real, y ¿qué es esta lógica de lo real, que no se subordina al dato?, es cuando Daniela no hace una articulación entre las palabras y su pérdida, es decir se evidencia lo real cuando “hay algo que las palabras del lenguaje no alcanzarán nunca a nombrar” (Dassen, 2004, p.5).

El lunes fue el aniversario de la muerte de mi hermano, yo ese día vine acá al batallón, hice mil actividades, miraba a mi compañera de práctica, yo no

tenía ganas de hacer las cosas... yo quiero dejar de estar triste porque... o sea, mira, así me veas molestándote todos los días, me veas riéndome, yo no puedo... (llora)... (silencio), yo siento que tengo que sacar todo lo que no he podido porque no pude llorar, y no puedo llorar (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Este encuentro con lo real siempre es fallido, ningún sujeto está preparado para ello. El encuentro con lo real en Daniela nos muestra que hay algo que no anda bien, aparece en ella un saber que tiene sobre el fracaso, un saber sobre su sufrimiento.

El acontecimiento de la muerte de su hermano genera una respuesta inaugural en ella que se relaciona con su propia falta. Esto precisa que hay un abismo entre el examen de la realidad y el encuentro del sujeto con lo real, como lo indica Vargas, "(...) lo real que se hace evidente. Se abre el abismo entre lo real, la realidad y la verdad" (2009, p.4). Podemos, entonces, ubicar dos lógicas de la verdad: la que se relaciona con la realidad material y la otra que se relaciona con la respuesta del sujeto a lo real. La primera trata de entender el evento como una realidad material que alude al sentido común del duelo, esta lógica busca entender el proceso de duelo con el fin de generar homeostasis, adaptación, funcionalidad y bienestar, es decir, que el sujeto que sufre desplace la pérdida y tapone la falta; por el contrario, la segunda lógica muestra una verdad singular en la respuesta del sujeto a lo real, con ello el psicoanálisis va a consentir en la escucha de Daniela su encuentro íntimo con la falta, que no se puede taponar y que muestra una ausencia de articulación entre lo que siente y lo que dice, entre lo que hace y lo que piensa con un saber acumulado que no opera en ella como trabajadora de la salud mental. En la clínica de lo real emerge entonces el sujeto de la contradicción.

Ver a su hermano es enfrentarse al vínculo que supone el amor fraterno y a un real que produce cortocircuito donde no hay una concordancia entre las palabras y el cuerpo; en el caso de Daniela sucede cuando lo ve ahorcado, ese vínculo entre el sujeto y el objeto, entre el sentido y lo real, se ve sacudido. Freud considera que: "Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto" (Freud, 1980/1917, p.246). ¿Qué contempló Daniela, a partir de su falta, para

dar un lugar al objeto amado?: *Yo era muy pendiente de él, yo le daba, yo le traía, yo ¡caminá!, ve ¡caminá!, él me decía ¡caminá a montar!, y yo, bueno, ¡caminá vamos a comer!, ¡vamos a comernos un helado!, y entonces es que él, esa cosa de él, él era, él era así* (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Habría que decir que no solamente se trata de la conmoción por la pérdida del vínculo, como lo significa el proceso de duelo, también se habla del objeto de amor, aquel que el sujeto ha contemplado elegir como objeto, ligado a partir de la libido, como enseña lo enseña el psicoanálisis “el objeto amado surge, en los seres humanos, como consecuencia de repetidas situaciones de satisfacción” (Gallo, 2007, p.91); en el caso de Daniela es aquello que representaba su hermano para ella: quien la escuchaba, la entendía, la acompañaba.

Se sacude el vínculo de lo real y se evidencia, en la manera como Daniela siente más doloroso ver a su hermano en esa “*bolsa plástica tan inmundada*”, que verlo ahorcado. Lo que se sacude es por el sentido, es el significado de su hermano. Por lo anterior, el trabajo del duelo consiste en dar un lugar a la singularidad, una posibilidad que le permita a un sujeto hacer desaparecer la carga de anhelo, es decir, “llevar a cabo la tarea de matar el objeto en lo que respecta a todas aquellas situaciones en las que su presencia era de una elevada carga de anhelo” (Gallo, 2007, p.93); en la intervención clínica se sostiene, entonces, el carácter doloroso de la separación.

En la clínica del duelo es importante precisar la diferencia entre la intervención del *trabajo del duelo* y la intervención del *proceso de duelo*, en el primer planteamiento es esencial ubicar al sujeto en posición de realizar su propio trabajo del duelo; como lo considera Mesa, la palabra es la única vía privilegiada para dar cuenta de aquello que el sujeto ha perdido con el objeto (2012, p.7). En este orden de ideas, el sujeto ha perdido algo que sus propias palabras no logran ubicar y dar consistencia, “*y entonces es que él, esa cosa de él, él era, él era así*”. Daniela se ha agujereado con el objeto que ya no está. Sin embargo, en el *proceso de duelo* se supone que la pérdida se encuentra del lado del objeto, como un simple dato de la realidad material, en este caso del ahorcamiento, y no del lado del sujeto; esta diferencia es fundamental para la clínica psicoanalítica en el trabajo del duelo porque el duelo es la respuesta

del sujeto frente a la pérdida de algo fundamental, la primera pregunta que ha de orientar el trabajo ha de ser “¿qué ha perdido con él? En él, más que a él” (Mesa, 2012, p.7).

¿Qué ha perdido Daniela con él? Daniela ha perdido un pequeño trozo de ella, un objeto que representa algo singular que permanece vivo en su memoria. Como diría Allouch, “el sujeto efectúa su pérdida suplementándola con lo que llamaremos un ‘pequeño trozo de sí’; éste es el objeto propiamente dicho de ese sacrificio de duelo, ese pequeño trozo ni de ti ni de mí, de sí; y por consiguiente, de ti y de mí pero en tanto que tú y yo siguen siendo, en sí, indistintos” (Allouch, 2011, p.10).

Él era muy pendiente de lo que yo le contaba, él tenía muy en cuenta lo que yo le decía... Y ahora a quién le cuento, a quién le digo, yo con quién hablo de lo que me está pasando. Entonces yo, yo sentía que él siempre tenía una solución para algo (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Como bien se ha dicho, se ha efectuado la pérdida, “el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto” (Freud, 1980/1917, p.242), retirar las cargas libidinales del objeto amado produce en Daniela, entre otras, dolor, negación y tristeza:

Le decía, ¡hey, Nano!, ¿por qué lo hiciste?, yo hasta ahorita no entiendo... (llora) No comprendo qué pasó, yo quiero entender qué pasó, por qué tuvo que llegar al punto del que, no, yo me tengo que quitar la vida y ya, punto... Yo sentía, él en algún momento va a llegar, entonces no es verdad, él no está muerto, en algún momento va a llegar, él en algún momento va a volver (Clínica del caso. Popayán, 2015).

El retiro de la libido que se precisa en la viñeta clínica presentada nos remite a lo expresado por Clara Mesa, quien considera que “el sujeto posee una tenaz adherencia a las fuentes de placer disponibles y la dificultad a renunciar a ellas es una tendencia general del aparato psíquico que se rige por principio del placer” (Mesa, 2012, p.4), Daniela no abandona la posición libidinal del objeto amado en el contenido psíquico, lleva más de dos años intentando resolver su duelo, esto implica un enorme costo de energía tratando de que esta pérdida

y ese dolor no influyan en su condición de trabajadora. Es un gasto que es propio de ella por el imperativo de la realidad en donde tiene la posibilidad de despertar y asumir el retiro de las cargas libidinales que representaban el objeto amado; como el mismo Freud considera: "Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura y entretanto la existencia del objeto perdido contenido en lo psíquico" (Freud, 1980/1917, p.243).

¿Por qué le es difícil a Daniela retirar las cargas libidinales del objeto de amor o renunciar a la investidura que le ha dado al hermano? Porque existe una relación de compromiso modulada por el principio de placer, pues ella misma sostiene una satisfacción con un objeto de amor que la escuchaba, la entendía, la acompañaba; esta forma en la que Daniela responde en el duelo es una tendencia general del aparato psíquico, hay una reacción en el sujeto ante la pérdida, pero por ser general no podemos establecer elementos particulares o comunes, como se intenta en el proceso de duelo, puesto que el no abandono de la posición libidinal nos precisa íntimas formas singulares de satisfacción en las que el sujeto sufre la pérdida, escapando de lo común.

Frente al trabajo del retiro de la libido nos encontramos con que es problemático articular a las formas singulares de satisfacción la temporalidad, característica que sí se articula en el *proceso de duelo* pero que no se presenta en el *trabajo del duelo*, intentaremos precisar esto.

En el *proceso de duelo*, el fenómeno de la pérdida es común o particular y mantiene una secuencia desde lo cronológico porque existe una temporalidad en la que aparecen las fases del duelo y se intenta reeducar y volver adaptable el proceso para que no se afecten los intereses de la salud mental, en esta lógica, la pérdida se subordina al objeto que aparece en la realidad material. Por el contrario, en el *trabajo del duelo* aparecen formas singulares de satisfacción que se relacionan con la pérdida en el sujeto, más que del objeto perdido, donde el retiro de la libido es atemporal; la pérdida en el sujeto representada en el objeto hace presencia en la realidad psíquica como un encuentro con lo que no se puede nombrar, por ello el tiempo es establecido por el sujeto en su realidad psíquica y no en la realidad material.

Una dificultad que se presenta con la temporalidad, al no precisar esta diferencia entre el *trabajo del duelo* y el *proceso del duelo*, es el hecho que en este último se considere objeto de atención clínica cuando la reacción a la pérdida excede el tiempo establecido por los ideales de adaptación y bienestar; sin embargo, en el *trabajo del duelo* no se patologiza porque hay una relación de compromiso con la satisfacción que es con o sin el objeto perdido, al punto que el sujeto no abandona la posición libidinal del aparato psíquico, la pérdida ya no es del objeto sino del sujeto por cuanto el objeto hace presencia en Daniela aún después de la pérdida.

Al respecto Abadí plantea que:

La aceptación de la pérdida acontecida no es automática. En un primer momento actúa el mecanismo de renegación o desmentida, (...) en este tiempo pueden tener lugar lo que Freud llama experiencias desviadas de la conducta normal: fenómenos alucinatorios o ilusiones donde el sujeto cree haber visto u oído la voz del muerto, así como la creencia de que la persona fallecida regresará. (2014, p.3).

Daniela presenta este fenómeno de ilusión cuando cree haber visto u oído algo de su hermano:

La risa de mi sobrino es muy parecida a la de mi hermano, y cuando él habla; entonces yo estaba durmiendo y sentía que él se reía, entonces yo me despertaba de una porque pensé que él estaba llegando, entonces yo sentía que no era verdad (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Cabe considerar que este fenómeno de ilusión se presenta como una reacción singular a la pérdida y no tiene el estatuto de ser objeto de atención clínica desde la mirada psicopatológica, porque el objeto hace presencia en la realidad psíquica independiente de que ya no aparezca en la realidad material: "Al imperativo de la inexistencia del objeto, le responde el sujeto conservando mientras tanto su existencia psíquica" (Mesa, 2012, p.5).

En el *proceso de duelo* se cree que lo que se ha perdido ya no existe más en la conciencia, por ende se debe reeducar al individuo para que

salga de ese estado de “negación”, hacerle una intervención que le permita volver a tener una vida saludable y con ello pueda contribuir y adaptarse a la sociedad (Enciclopedia Culturalia, 2013, p.1). Está es una ceguera docta que propone el discurso de la salud mental, y que se avala en algunos contextos terapéuticos negando a toda costa la posibilidad de la existencia del objeto perdido en el aparato psíquico, excluyendo la singularidad del sujeto donde el objeto hace presencia.

A pesar de que el hermano de Daniela se suicidó, las representaciones de este objeto de amor hacen presencia: “Sólo vemos que la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos, aunque el sustituto ya esté aguardando” (Freud, 1980/1915, pp.310-311). *Entonces, mira, ya como que me iba parando ahorita un poquito, es por ellos, yo tengo que terminar mi carrera, yo tengo que salir adelante porque no sólo tengo una hija, tengo dos más, y son mis sobrinos*. (Clínica del caso. Popayán, 2015).

La libido se aferra al objeto perdido, se niega a abandonarlo aún teniendo la posibilidad de sustituir el objeto. En el caso se precisa una tendencia que empuja hacia “la vida y otra tendencia que empuja a mantenerse del lado de la muerte, del lado del objeto perdido” (Mesa, 2012, p.3); emerge entonces, nuevamente, el sujeto de la contradicción, que se identifica con el empuje hacia la vida cuando le viene bien imponerse responder por sus sobrinos, pero inevitablemente se identifica con el empuje hacia la muerte cuando conserva a toda costa aquellas inconsolables representaciones singulares puestas en los hijos de su hermano.

Detrás de lo nuevo encontramos siempre la mirada siniestra de la muerte, lo mismo, lo ineluctable, el marco sin el cual la vida misma no se llamará vida, su opuesto dialéctico. Esto es lo que hace Sigmund Freud, ir hasta el fondo de lo desconocido para encontrar algo nuevo, es lo que sirve de motor y curso para cada cura en particular (Mesa, 2012).

Lo que conserva Daniela con el empuje hacia la muerte no son sólo las representaciones singulares de su hermano, es su propia falta. La pérdida de un ser querido toca al sujeto en lo más íntimo de su ser, porque lo que se pone en juego es la pérdida de un pequeño trozo de sí.

Pienso en cómo él sufrió, ahí que intentó zafarse esa cuerda; yo le dije a mi mamá, yo me voy a volver loca, yo quiero dejar de pensar en las cosas mami, mami yo me quiero morir, yo ya no quiero pensar más en esto, yo ya no quiero acordarme más de esas cosas... (llora)... Se me olvidan las cosas, se me olvida lo que yo estoy hablando..., a veces ni siquiera como, no me dan ganas de nada, entonces yo como que lo único que a mí me sirve es encerrarme..., yo no estudiaba porque no me gustaba estar despierta (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Daniela se identifica con el hermano en ese pequeño trozo de sí que le representa el duelo. Antes de morir su hermano no dormía, dejó de comer, se encerraba en su habitación; ahora ella deja de comer, se encierra en su cuarto, no le gusta estar despierta y ante el recuerdo de lo acontecido queda devastada, y el recurso que tiene lugar en su singularidad hace emerger de nuevo lo viejo, la repetición, porque son ahora los hijos de su hermano sus hijos. Es muy importante notar que estos movimientos se hacen dentro de la realidad psíquica de Daniela y por fuera de tiempo, al punto que dicha repetición se presenta por fuera de las coordenadas supuestas de la realidad material del sujeto a las que se debe subordinar el proceso de duelo.

(...) poseemos un cierto grado de capacidad de amor, llamada libido, que en los comienzos del desarrollo se había dirigido sobre el yo propio. Más tarde, pero en verdad desde muy temprano, se extraña del yo y se vuelve a los objetos, que de tal suerte incorporamos, por así decir, a nuestro yo. Si los objetos son destruidos o si los perdemos, nuestra capacidad de amor (libido) queda de nuevo libre. Puede tomar otros objetos como sustitutos o volver temporalmente al yo (Freud, 1980/1915, p.310).

Hace rato que no lloraba así, no me salían las lágrimas; no sé, me parece tan extraño, como que apenas te vi, como que se me enlugararon los ojos, no sé..., cómo con tu mirada me dijiste 'yo sí te puedo ayudar, yo sí sé lo que estás sintiendo, yo sí sé lo que pasaste', entonces eso me hizo sentir como que me abrazaste y me dijiste 'bueno, sí te voy ayudar', como que me dijiste 'yo si te puedo ayudar', 'yo si te puedo decir, mira, yo estoy con vos yo si te entiendo', entonces como que yo te vi a los ojos, no sé, como que sentí ese apoyo (Clínica del caso. Popayán, 2015).

Al morir el objeto amado, la libido puede trasladarse a otros objetos que representen algo del objeto perdido. "Cuando él acabe de re-

nunciar a todo lo perdido, se ha devorado también a sí mismo, y entonces nuestra libido queda de nuevo libre para, si todavía somos jóvenes y capaces de vida, sustituir los objetos perdidos por otros nuevos que sean, en lo posible, tanto o más apreciables” (Freud, 1980/1915, p.311). ¿A qué renuncia Daniela? renuncia al objeto de amor, es un consentimiento a su pérdida que se ha tramitado a partir del dispositivo clínico y escucha brindado por el psicólogo practicante, lo que posibilitó que algo de esa libido pudiera trasladarse por la vía de la transferencia dando lugar a una experiencia de trabajo del duelo a partir del amor, consiguiendo un paso a la vez para descubrir el vínculo que supone el amor fraterno que representaba su hermano, atribuyendo y actualizando dicha investidura en él psicólogo a partir de la transferencia.

Daniela, en medio de su urgencia subjetiva, encuentra en la mirada del psicólogo un rasgo que le permite establecer un vínculo transferencial, la mirada tiene el estatuto pulsional que le permite hacer uso del dispositivo clínico y a partir de allí instaurar un espacio para la palabra con el cual su yo puede quedar sin la carga de lo anhelado y ser capaz de sustituir el objeto perdido por otros nuevos.

Consideraciones finales

La clínica psicoanalítica es una práctica que demuestra el saber del inconsciente en el *trabajo del duelo*, una postura diferente al saber psicológico; sin embargo estos campos tienen en común al sujeto, puesto que “el sujeto del psicoanálisis es el sujeto de la ciencia” (Askofaré, 2012, p.20).

La salud mental y la subjetividad se vinculan a la lógica de lo particular reconociendo una tensión perturbadora por la pérdida, en este sentido, encontramos que hay una ceguera docta cuando solo se intenta explicar la pérdida describiendo las implicaciones emocionales del individuo afectado por el duelo y con ello se generan guías diagnósticas de intervención que protocolizan el fenómeno, es así como la re-educación pretende adaptar y contribuir a la comunidad sin tener en cuenta las afecciones singulares del sujeto dividido por su pérdida.

La clínica del psicoanálisis posibilita que el sujeto que emerge en medio de ese acontecimiento pueda trabajar su singularidad, sin ser su subjetividad una categoría técnica que se precise para la explicación del fenómeno en general y sin la pretensión comprensiva de un proceso común de duelo. El *trabajo del duelo* en el psicoanálisis se aleja del interés educativo y del ideal de armonía y bienestar del *proceso de duelo* y produce otra posición, hacer de la pérdida nada más y nada menos que la brújula y el motor del tratamiento. El *trabajo del duelo* en el psicoanálisis no se hace para la gestión de la salud mental, lo singular que atraviesa el trabajo del duelo no se concibe como un subsistema de la realidad, lo que aparece del sujeto en el trabajo del duelo es un fragmento de su ser, contrariamente a las políticas de la salud mental que son equivalentes al discurso del orden público, por que excluyen lo singular del sujeto, el saber de su fracaso y de su sufrimiento.

Investigar desde el psicoanálisis la clínica del duelo, posibilita una nueva posición ética del clínico, porque no se tacha al sujeto singular para hacerlo una categoría técnica, la postura ética del psicoanálisis implica estar a la altura de las lógicas del sufrimiento en su época. Pensar qué trae de nuevo el duelo en la sociedad es pensar en las formas de atención y evaluación dirigidas por protocolos que intentan modificar las modalidades del sufrimiento particular, que no se interesan por lo viejo, por lo más íntimo de cada sujeto, en cuanto a que la reeducación del sujeto por la vía de la salud mental en los procesos de duelo se aleja de la perspectiva del *trabajo del duelo*; pues la pérdida no puede reeducarse, la reeducación es ciega, niega el objeto perdido en el aparato psíquico, tachando por completo al sujeto singular, “pero está el inconsciente que nunca calla y así no ayuda para nada la armonía” (Miller, 2006, p.131).

Por último ¿En el contexto del pos-acuerdo en Colombia, aun será perturbador para el sanitario moderno encontrarse con sujetos y sus propios colegas, que manifiesten formas singulares de sufrimiento en el fenómeno del duelo, que escapan a todo intento de regulación por medio de los imperativos de la salud mental?

Referencias bibliográficas

- Abadí, B. (2014). El duelo y su objeto. *Revista de Psicoanálisis*, 71(4), 745-759.
Recuperado de: <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?e=d-01000-00---off-0revapa--00-2----0-10-0---0---0direct-10-AA--4-----0-11--11-es-Zz-1---20-about-%22PSIQUE%22--00-3-1-00-0-0-11--0--0-0-&a=d&c=revapa&cl=CL3.63.2&d=20147104p0745>
- Alcaldía Municipal de Popayán. (2015). *Política pública salud mental Popayán*.
Recuperado de: <http://docplayer.es/6609926-Politica-publica-salud-mental-popayan.html>
- Alemán, J. (2012). *Soledad: común. Políticas en Lacan*. Madrid, España: Clave Intelectual.
- Allouch, J. (2011). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires, Argentina: El cuenco de plata.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. España: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Askofaré, S. (2012). *Clínica del sujeto y del lazo social*. Bogotá, Colombia: Colección Estudios de Psicoanálisis.
- Bowlby, J. (1961). Process of Mourning. *International Journal of Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 31(576), 17-340. Recuperado de: <https://www.pep-web.org/document.php?id=paq.031.0576a>
- Byung-Chul, H. (2012). *La sociedad del cansancio*. España: Pensamiento Herder.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Universidad ICESI*, (2), 73-114. doi: 10.18046/recs.i11.1567
- Dassen, F. (2004). *La actualidad de la clínica psicoanalítica*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia - Departamento de Psicoanálisis.
- Duque, J., Lasso, P., Orejuela, J. (2011). *Fundamentos epistemológicos de las psicologías: con énfasis en psicología transpersonal*. Cali, Colombia: Editorial Bonaventuriana.
- Enciclopedia Culturalia. (2013). Cuáles es el significado de Reeducación. Concepto, definición, que es reeducación (Mensaje en un blog). Recuperado de: <https://edukavital.blogspot.com.co/2013/01/concepto-y-definicion-de-reeducacion.html>
- Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo: la pérdida de un ser querido*. Barcelona, España: Editorial Kairos.

- Fernández, A, y Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *MEDIFAM*, 12(3), 218-225. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. París, Francia: Plon.
- Freud, S. (1980/1914). Recordar, repetir y reelaborar. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trad.). *Obras completas* (Vol. XII, pp.145-157). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1980/1915): La transitoriedad. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trad.). *Obras completas* (Vol. XIV, pp.305-313). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1980/1917). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trad.). *Obras completas* (Vol. XIV, pp.235-247). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. En giro en la mirada*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Gallo, H. (2007). *Afecciones contemporáneas del sujeto*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Gallo, H. (2009). El psicoanálisis y la investigación de fenómenos sociales. En Hoyos, J. (ed). *Perspectivas de la investigación psicoanalítica en Colombia* (pp.94-99). Medellín, Colombia: Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia.
- Gallo, H. (2012). Estudio de caso, entrevista investigativa y clínica del caso en psicoanálisis. En Orejuela, J., Moreno, M. y Salcedo, M. (ed.) *Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad* (pp.67-86). Cali, Colombia: Editorial Bonaventuriana.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Jaramillo, A. (2013). *Mujeres maltratadas: ¿víctimas o sujetos?* Medellín, Colombia: Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia.
- Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona, España: Editorial Luciérnaga.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.
- López, M. y Mazzuca, M. (2014). Síntoma e inconsciente: una pareja desapareja. En Lombardi, G., Soler, C., Mazzuca, M., López, M., Mordoh, E., et al. (Ed.). *Usos del síntoma. Posiciones del sujeto en el deseo* (pp.21-35). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Martí, S. (1991). *Psicología evolutiva. Teorías y ámbitos de investigación*. España: Editorial Anthropos.

- Mazzuca, M. y Lutereau, L. (2014). Usos del caso clínico. En Lombardi, G., Soler, C., Mazzuca, M., López, M., Mordoh, E., et al. (Ed.). *Usos del síntoma. Posiciones del sujeto en el deseo* (pp.7-20). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Mesa, C. (2012). El duelo es un trabajo. *Iatreia*, 14(2), 1-10. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/2887>
- Miller, J-A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J-A. (1998). "El ruiseñor de Lacan", *conferencia inaugural*. Buenos Aires, Argentina: ICBA.
- Miller, J-A. (2006). *Introducción a la clínica lacaniana*. España: Escuela Lacaniana de Psicoanálisis RBD.
- Morla, R. (2008). Duelo. En Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (Ed). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3ª ed., pp.331-336). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Editorial Trillas.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Salud mental. Recuperado de: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Palomera, V. (2002). *La presentación de casos hoy*. III Jornada clínica de la sección clínica de Barcelona: Discusión sobre el seminario de casos del SCFB. Recuperado de: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=169&rev=26&pub=1>
- Pérez, J. (2010). Acerca del concepto de salud mental. En Ruíz, A. (2010). *El silencio de los síntomas* (pp.9-19). Medellín, Colombia: Asociación Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano.
- Pérez, S. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. España: Editorial Desoléc de Brouwer S.A.
- Raya, B. (2003). Caso Clínico el Duelo. *Norte de Salud Mental*, 5(17), 74-8, Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/80938769/Un-Caso-Clinico-de-Duelo>
- Ruíz, A. (2010). *El silencio de los síntomas*. Medellín, Colombia: Asociación Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano.
- Vargas, D. (2009). El duelo: un-a batalla. *Affectio Societatis*, 6(10), 1-13 Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/5314>
- Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Worden, W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.