

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**“EL ENFOQUE NARRATIVO DE LA TERAPIA FAMILIAR  
SISTÉMICA EN EL PROCESO DE DUELO: PROPUESTA  
TEÓRICA”**

T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
CARLOS HUMBERTO GONZÁLEZ MENDOZA

COMISIÓN DICTAMINADORA

ASESOR: EDUARDO CORTES MARTINEZ  
SINODALES: EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMIREZ  
HILDA TORRES CASTRO  
PATRICIA BAÑUELOS LAGUNES  
PEDRO VARGAS AVALOS

MÉXICO, 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

"Por alcanzar una meta y conquistar mi orgullo"

*A mi familia*

*Solo cinco palabras:*

"GRACIAS POR TODO, LOS QUIERO."

*Al profesor Eduardo Cortes Martínez*

*"Gracias por su apoyo, orientación y  
paciencia en el desarrollo de este  
trabajo"*

*A mis amigos*

*“Porque son una parte importante en mi vida, desde aquellos encontrados en la escuela “Q” , como aquellos que la vida ha puesto en mi camino.*

*A quienes no están*

*“Porque son el motivo que me llevo a realizar este trabajo y aunque ya no están aquí los llevo conmigo siempre. Dedicado a ustedes, dedicado a ti abuelo”.*

# **INDICE**

## **INTRODUCCIÓN**

**3**

## **CAPITULO 1: LA MUERTE**

A).- La Conceptualización de la Muerte

5

B).- La Muerte como Acontecimiento Biopsicosocial

8

C).- La Muerte y la Familia

15

1).- La Muerte de los Padres

17

2).- La Muerte de la Pareja

17

3).- La Muerte de un Niño

18

4).- La Muerte de un Hermano

20

5).- La Muerte Propia

20

## **CAPITULO 2: LA TANATOLOGÍA Y EL PROCESO DE DUELO**

A).- La Tanatología

22

2).- Instituto Mexicano de Tanatología A. C. (INMEXTAC)

24

1).- Asociación Mexicana de tanatología A. C. (AMTAC)

25

B).- El Proceso de Duelo

26

C).- Etapas del Proceso de Duelo según Elizabeth Kubler Ross

27

1).- Negación y Aislamiento

28

2).- Ira

28

3).- Negociación y Regateo

29

4).- Depresión

29

5).- Aceptación

30

## **CAPITULO 3.- LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y LA VISION POSMODERNA**

### **A).- Bases Teóricas**

1).- Consideraciones Significativas en el Surgimiento de la Terapia Familiar	32
1.1).- De 1920 a 1950	32
1.2).- De 1950 a 1960	33
1.3).- De 1960 a 1970	34
1.4).- De 1970 a 1980	36
1.5).- De 1980 a la Actualidad	37
2).- El Posmodernismo	38
2.1).- Constructivismo y Construccinismo Social	40
2.2).- Investigaciones desde la Visión Posmoderna y el Duelo	44
2.2.1).- Investigación 1	45
2.2.2).- Investigación 2	46
B).- Visión Posmoderna: El Enfoque Narrativo	48
1).- El Método Interpretativo	51
2).- La Analogía	52
2.1).- La Analogía de Texto	53
3).- Los Relatos Alternativos	54
3.1).- Tipos de Preguntas dentro del Enfoque Narrativo	56
4).- La Externalización	59
5).- Las Cartas	62
6).- Decir de Nuevo: ¡Hola!	63
6.1).- Entrevista, Sophia y Bill.	65

## **CAPITULO 4.- EL ENFOQUE NARRATIVO EN EL PROCESO DE DUELO: PROPUESTA TEÓRICA.**

A).- Consideraciones	75
B).- Propuesta Teórica	75
1).- Negación	77
2).- Ira	78
3).- Negociación o Regateo	79
4).- Depresión	80
5).- Aceptación	81

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>83</b>
---------------------	-----------

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>88</b>
-----------------------------------	-----------

## INTRODUCCIÓN

La muerte. Desencadenante de misterios, significados, creencias, mitos, rituales, miedos. Maquiladora de una extensa gama de sentimientos y emociones. Creadora de pensamientos y motivo de conductas que llevan al ser humano a tratar de enfrentar lo inevitable, lo único seguro después de haber nacido, nuestro propio acto de morir o la muerte del otro. Punto divergente de opiniones, críticas y análisis. Desde las más objetivas descripciones a los cuestionamientos más subjetivos y profundos. Pasando así, desde la ciencia médica más ortodoxa a las leyes, la política, la religión y los constructos sociales. De ahí que se considere a la muerte como un fenómeno biopsicosocial. En cada una de estas esferas de la vida del hombre el significado de muerte es distinto, los parámetros desde los cuales se define a la muerte son diferentes. González (2003) dice que para el aspecto biológico la muerte esta relacionada al cese de la actividad de sistemas u organismos vitales para el ser humano. Por otro lado, Cereijido & Cereijido-Blanck (2003) abordan el aspecto social tomando en cuenta aquellas manifestaciones que el hombre ha elaborado como rituales, costumbres o tradiciones, creencias, etc., y aunado a lo anterior, la muerte como un acontecimiento social que acerca al individuo a la conciencia de su mortalidad, de su finitud como ser humano. En el plano psicológico como lo menciona López (2004) se puede presentar una gran variedad de manifestaciones emocionales como miedo, negación, angustia, tristeza, soledad, depresión, ansiedad, etc., que van a repercutir de forma directa en la vida de cada individuo y en la forma de vivir la muerte.

Pero aunque a simple vista las divergencias puedan parecer tan disímiles, en realidad las ideas o formas de pensar acerca de la muerte, se reducen a solo dos opciones: entender la muerte como lo contrario de la vida, cuando esta se presenta, cerrar los ojos, voltear la mirada, guardarse las palabras y fingir que no pasa nada. Esta es una idea que a lo largo del tiempo ha sido cimentada poco a poco en el entendimiento del hombre. Por el contrario, el entendimiento de la muerte como parte de la vida, como una etapa más, como la condición de nuestra existencia, el punto final, pero al mismo tiempo el conocimiento de esta finitud es lo que le da un mayor sentido y valor a la vida, y así, aprender a no malgastarla en cosas sin importancia como dice Kubler Roos (1996). Aunque esto no es algo nuevo, las actuales condiciones de la vida moderna, entre otros aspectos, han orientado al hombre por un sendero distinto, donde la muerte no es una buena acompañante. La vida y la muerte son dos conceptos indisolubles, ya que para hablar de muerte se necesita la vida y la vida lleva inscrita en sí misma a la muerte. Y aunque actualmente se considere a la muerte como algo ajeno, impropio de la vida, la alternativa de poder reintegrarla, de unir ambos conceptos nuevamente puede generar la posibilidad de un mejor disfrute de la vida. Aspectos como los anteriores son revisados en el primer capítulo.

En el capítulo dos, al abordar un fenómeno de tal magnitud como la muerte, no puede dejar de considerarse la inquietud del ser humano por buscar una respuesta a lo que le resulta desconocido, de tal forma que dentro del campo de la muerte, ha surgido recientemente para su estudio y descripción la llamada disciplina tanatológica. Interesada en apoyar al paciente terminal en su proceso de muerte y a quienes sufren la pérdida de un ser querido o significativo y que a su vez inician su proceso de duelo, el cual, Elizabeth Kubler Ross (2006) describe en cinco etapas: negación, ira, negociación o regateo, depresión y aceptación, abordando en cada una de ellas las manifestaciones psicológicas, físicas y conductuales que configuran cada etapa dentro de este proceso. En México, la Tanatología como la disciplina encargada del estudio de la muerte es realizada por dos instituciones principalmente: el Instituto Mexicano de Tanatología A.C. (INMEXTAC) y la Asociación Mexicana de Tanatología A.C. (AMTAC).

En el tercer capítulo se da una breve descripción de algunas consideraciones significativas entorno al surgimiento de la Terapia Familiar Sistémica. Además de especial interés resulta la revisión de las ideas planteadas por el posmodernismo y el construccionismo social ya que a través de estos dos puntos se sustentan las bases teóricas sobre las cuales se desarrolla el enfoque narrativo de Michael White (1993) y las diferentes prácticas terapéuticas que emplea en su trabajo clínico. Se mencionan, además, algunas de las investigaciones poniendo especial interés en aquellas que han surgido basadas en una teoría sistémica o con una orientación posmoderna.

En el cuarto capítulo se revisa ¿cómo el enfoque narrativo podría brindar una alternativa para trabajar el proceso de duelo? Para elaborar la propuesta teórica, se retoman las manifestaciones mencionadas por Kubler Ross (2006) en cada una de las etapas del proceso de duelo: negación, ira, negociación o regateo, depresión y aceptación. En estas etapas se presentan emociones tales como: miedo, negación, angustia, tristeza, depresión, soledad, ansiedad, etc. estas emociones se asocian con alguna de las prácticas terapéuticas del enfoque narrativo, como: relato alternativo, sucesos extraordinarios, cartas, externalización, Decir de nuevo ¡hola!, etc., y es mediante estas prácticas que se pretenden abordar las emociones que presenta el proceso de duelo en cada una de sus etapas.

Considerar el proceso de duelo desde un enfoque narrativo es tomar en cuenta la función del lenguaje, de la experiencia y de las historias de cada individuo tiene cuando se enfrenta a la muerte o al proceso de duelo, donde cada persona percibe la situación de forma diferente, cuenta y narra su experiencia a través de un lenguaje que ha adquirido un significado importante, y a su vez este lenguaje describe la forma en que ha hecho frente a la muerte, en pocas palabras, se elabora una historia que esta en constante cambio, en una construcción y reconstrucción de su significado, donde adquiere gran importancia el lenguaje como factor trascendental de cambio del individuo. Aunado a ello, poder trabajar con una idea diferente de percibir a la muerte, es decir; la muerte como parte de la vida, es algo que se encuentra ya en el enfoque narrativo. Un enfoque que mediante sus prácticas terapéuticas trabaja con la idea de reintragar a la vida del individuo la relación perdida.

Una de las ideas principales del anterior planteamiento es que mediante este enfoque terapéutico no solo se trata de acceder a una etapa de aceptación, sino que se trabaja con la idea de reintegrar a la muerte como una parte más de la vida, lograr un entendimiento diferente en la forma de estar con el fallecido. No se pretende un eslabonamiento de etapa en etapa en el proceso, y esto a su vez sería una de las diferencias principales en relación a otros trabajos cuyo planteamiento marcan un sendero a seguir hasta la etapa de aceptación, trabajos que están orientados en la idea de aceptar la muerte y decir adiós (White, 1993).

El presente trabajo se establece desde un nivel teórico cuya finalidad principal es lograr una descripción más amplia de cómo trabajar el proceso de duelo, específicamente las emociones, a través de las prácticas terapéuticas del enfoque narrativo, brindar información sustentada teóricamente para aquellos que se enfrentan a la difícil tarea de trabajar con pacientes en estas características.

## CAPITULO 1 : LA MUERTE

### A) CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUERTE

Si es la muerte. Y ninguno de ellos lo sabe. No quieren saberlo. Juegan –y escuchaba a través de los intersticios de la puerta los borbotones de risas y de cantos-. Les da lo mismo; pero también ellos morirán. ¡Imbéciles! Yo me voy primero y enseguida les tocará a ellos el turno. ¿También ellos pasarán por todo esto? Pero ahora se regocijan ¡estúpidos animales! –la furia lo ahogaba; un peso inmenso lo aplastaba- ¿No es posible que todos estén destinados a conocer este atroz terror? Durante aquellos tres días, en el curso de los cuales el tiempo no existía ya para él, se debatía en aquel saco negro donde lo hacia entrar una fuerza invisible e invencible. Se debatía como se debate entre las manos el verdugo un condenado a muerte, sabiendo muy bien que no puede escaparse. ¡Se acabo! –dijo alguien-. El oyó aquellas palabras y las repitió en su alma. ¡Acabada la muerte! –se dijo- No existe ya”. Aspiro el aire profundamente, pero no acabo su aspiración, se puso rígido y murió. (Tolstói, 2003, p. 34)

En el anterior corolario Tolstoi (2003) sintetiza de forma de forma directa, llana y un tanto cruda lo que sucede alrededor de la muerte. Sentimientos, actitudes, pensamientos tanto de quien va a morir como de quienes le rodean. Lo relevante de ello, es que no se queda solo al margen de una novela, trasciende de un nivel ficticio y literario a la realidad concreta. La muerte, un acontecimiento en el que casi nunca se piensa y cuando las circunstancias de la vida llevan hacia ella, se desencadena toda una serie de manifestaciones emocionales, cognitivas y sociales. Sin embargo, esto no es nuevo, los cuestionamientos acerca de la muerte y sus manifestaciones han ido cambiando con el tiempo.

Cuando volvemos la vista hacia atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será. Desde el punto de vista de un psiquiatra, esto es muy comprensible, y quizá pueda explicarse aun mejor por el conocimiento básico de que, en nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos. Para nuestro inconsciente, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y si esta vida nuestra tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de fuera. En términos más simples, es inconcebible morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo. Los antiguos Hebreos consideraban que el cuerpo de una persona muerta era algo impuro y que no había de tocarse. Los primitivos indios americanos hablaban de los malos espíritus y disparaban flechas al aire para alejarlos. Muchas otras culturas tiene otros rituales para protegerse de la persona muerta “mala”, y todos se originan en este sentimiento de ira que todavía existe en todos nosotros, aunque no nos guste admitirlo (Kubler Ross, 2006).

En Occidente el hombre concibe a la muerte como una separación o una repentina desaparición de él mismo, algo destructivo que hay que evitar a toda costa, es un mecanismo de control psicológico enfocado en la cantidad de vida ignorando los valores de la calidad de vida. Y Por el contrario, civilizaciones más antiguas como la egipcia, la china, la tibetana, los indios del continente americano, los hindúes y otros pueblos de Asia, han concebido a la muerte como un aspecto de la vida; la muerte es tratada como una parte importante de la vida. (Martínez, 1997)

Se puede indicar entonces la existencia de dos posturas diferentes frente a la muerte; “como parte de la vida” y “como lo contrario de ella”. Sin embargo, a través del tiempo estas dos posturas no han permanecido inscritas en la cultura humana o en su entendimiento como dos posibilidades, por el contrario, el hecho de considerar a la muerte como algo malo o ajeno a la condición humana, ha causado que la idea de su integración

como parte de la vida sea rechazada, negada o incluso olvidada. De esta forma, día tras día se vive sin tener en cuenta la finitud de la vida. Se vive el hoy con la certeza de un mañana, sin pensar por un instante en la posibilidad de la muerte. Y el solo hecho de pensarlo aterra, angustia, causa miedo, ansiedad, y en todo caso, lo mejor es no pensarlo y negarse de cualquier forma esa posibilidad. Aunque en realidad la muerte es lo único seguro en esta vida, y como conciben algunos autores, la muerte también es parte de la vida. Trabajar sobre esta idea y su conocimiento, retomar la idea que fue desplazada de las antiguas civilizaciones con respecto a la muerte, podría ser una alternativa diferente en la forma de vivir y concebir la muerte.

Para O'Connor (2003) en vez de considerarse como una parte natural e inevitable de ser humano, de estar vivo, a la muerte se le contempla como un enemigo al que hay que conquistar a cualquier costo. No hace mucho tiempo, la muerte se consideraba como un parte normal del ciclo de la vida. La mayoría de las personas moría en casa, rodeada por la familia y los amigos, los niños presenciaban el proceso de la muerte y participaban en el funeral y los ritos del entierro. Hoy vivimos en una sociedad que desafía a la muerte. Combatimos y repelemos a la muerte, nos apresuramos a terminar con nuestro duelo y tenemos prisa por volver a la normalidad.

En razón de lo anterior, ante las posibilidades concretas en las que el hombre puede intervenir para salvar la vida o vencer a la muerte, ha logrado avances significativos. Las ciencias médicas permiten pensar en la posibilidad de una vida sana y prolongada. El combate contra las enfermedades es continuo y nunca para, los retos de las enfermedades mortales como el Cáncer, el SIDA, etc., aun continúan en pie. No obstante los logros en la ciencia, la sociedad pareciera estática, esperanzada en los avances médicos sin pensar por otro lado en la acción propia que contribuya a generar una cultura hacia la muerte. Una visión que integre a la muerte como parte de la vida de todo ser humano, que contribuya a la desmitificación y generación de alternativas al momento de hacer frente a nuestra propia muerte o la del otro, donde la angustia y el miedo que genera poco a poco se desvanezca, en virtud de un aprendizaje de la experiencia del morir, y de un entendimiento para los vivos de que la muerte no es dejar de estar, sino estar de una forma diferente.

Diversas investigaciones han demostrado que al hablar sobre la muerte en el hombre causa ansiedad y a su vez esta ansiedad es un estado cognoscitivo que se caracteriza por sentimientos de tensión produciendo cambios en la percepción y en el conocimiento, siendo el miedo lo que impide concebir la muerte como un fenómeno natural, como el destino de todos los seres vivos y como un factor fundamental en la naturaleza en su constante transformación de todo. (Mateos, en: Martínez, 1997)

La muerte ha sido siempre un tema de profundas reflexiones y meditaciones, en general y a pesar de que esta es una parte de la propia existencia, se produce un rechazo hacia ella, hacia las personas que se hallan cercanas al momento de morir y hacia todo aquello que las rodea. Lo anterior se debe a la ideología dominante en nuestros días sobre la enfermedad, según la cual esta debe de ser combatida y vencida negándose en consecuencia el hecho de que pueda conducir a la muerte, transformándose ésta de un acontecimiento natural a la obligación de buscar sofisticados sistemas para mantener viva a la persona (Latorre, en: Romero, 2000).

Sgreccia (en: Romero, 2000) alude que con el inicio del siglo XX los cambios tanto en la sociedad como en la medicina y sanidad, contribuyeron a crear una expectativa mayor de vida, la gente tiene que enfrentar rara vez la inminencia de la muerte en la edad temprana y es por ello que no esta preparada para aceptarla. El número de personas con un diagnóstico de enfermedad incurable va en aumento, pero los jóvenes y las personas de mediana edad, rara vez enfrentan la muerte cara a cara, e incluso, pueden pasar gran parte de su vida sin pensar seriamente en su propia muerte. Aunque la muerte es un proceso normal inherente a todo ser humano y es parte de su ciclo de desarrollo, se observa un tabú

a su alrededor, producto del requerimiento social de una medicina que asegure el bienestar físico, psíquico y social e incluso sin dolor.

Por medios educativos o culturales se ha enseñado que la muerte es lo contrario de la vida. Esta visión que separa muerte y vida como conceptos antagónicos ha sido difundida durante mucho tiempo, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, no siempre ha sido así. Algunas civilizaciones antiguas promulgaban la idea contraria, la muerte como parte de la vida. Y esta última idea, a pesar de que ya no ha sido tan difundida, integra en sí misma repercusiones importantes para la vida del hombre.

Al respecto Kubler Ross (1996) refiere: “La muerte es solo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia” y “El instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia”. La integración de la idea de muerte en el pensamiento de los hombres les permite erigir sus vidas de acuerdo con propósitos más conscientes, más meditados, alertándolos sobre el uso que hacen de ellas, no derrochando “demasiado tiempo en cosas sin importancia”. Nieto (en: Cerezo 2001) argumenta que la meditación sobre la muerte hay que considerarla como el posible amanecer existencial de un nuevo día, más que como el ocaso de la existencia.

Además, la educación sobre la muerte debería formar parte del currículum académico en todos los niveles de enseñanza y en todas sus dimensiones (biológica, psicológica, sociológica, económica). (López, 2004)

La muerte como acontecimiento inherente a todo ser vivo, pero particularmente al hombre, involucra el surgimiento de miedo, ansiedad, angustia, etc., pero si bien es cierto, el hombre siempre busca dar respuesta a todo aquello que no conoce, para ello investiga, describe, formula, elabora, expone, etc., tratando de brindarse a sí mismo las alternativas que le ayuden a hacer frente a dicho suceso, acontecimiento o fenómeno. La pregunta sería, ¿qué se ha realizado entorno al tema de la muerte?

López (2004) dice que la sociedad moderna evita la reflexión entorno a este tema con la esperanza de no obtener respuesta, a quienes plantean esas interrogantes les interesa algo más que un fenómeno biológico catalogable dentro de las constantes del tiempo y del espacio. La muerte, tema central de la vida del hombre, fue preocupación para quien se sabe finito, por lo que al intentar explicar este misterio se construye un pensamiento mágico, mítico, religioso, tocar la muerte constituye una tarea ardua y difícil. Se debe intentar poner a las personas en contacto con la muerte, tanto como un fenómeno de la naturaleza, pero sobre todo como parte de la experiencia personal de vida, y es en este sentido que la psicología, como disciplina, debe tomar medidas.

De acuerdo con Kastembau (en: López, 2004) la psicología en general no tiene a la muerte como uno de sus principales temas de estudio e interés, a partir de que la psicología se instituye como una disciplina científica entrando en un patrón funcionalista, pragmático y conductual, en donde ya no caben más la filosofía, la fenomenología y la introspección, prácticamente ya no hay lugar para el estudio de la muerte y los fenómenos relacionados con ella. Para esta psicología de corte objetivista, la muerte paso a ser un tema demasiado subjetivo y lleno de aspectos morales como para ser digno de investigación, a menos que pudiera ser limitado a cumplir con especificaciones objetivas, es decir, únicamente fenómenos observables y medibles, lo que deja fuera los pensamientos, sentimientos y preocupaciones con respecto a la muerte. En general la educación como psicólogos no nos prepara adecuadamente para este encuentro, y, dado que no se considera un tema relevante de estudio, tampoco se encuentra mucha bibliografía, pues las principales publicaciones no tienen mucho que decir al respecto.

En la búsqueda de validación como ciencia, la psicología en un primer momento dejó de lado aspectos de carácter subjetivo que no se concebían como importantes en el estudio de la muerte. Investigaciones realizadas bajo paradigmas netamente objetivos, que excluían

y limitaban los aspectos multifacéticos de la muerte a solo unos cuantos rasgos. Actualmente, dentro de la psicología se han desarrollado nuevos paradigmas que permiten una mayor amplitud en el trabajo sobre este tema, sin embargo, las dificultades no sean minimizado, por el contrario; como menciona Martínez (1997) la mayor parte de la literatura acerca de la reacción ante la muerte parte de una postura epistemológica tradicional y el investigador que decide abordar el tema de la muerte desde una postura constructivista enfrenta un serio problema; si se parte de que la realidad no existe y de que el concepto de normalidad es algo establecido arbitrariamente, como definir entonces que es una reacción normal ante la muerte. Especialmente cuando hasta ahora el criterio para juzgar si alguien ha superado una pérdida, es que la persona haya llegado al reconocimiento y aceptación de la realidad.

Aspectos como el anterior son los que ocupan a los nuevos paradigmas dentro de la psicología. A su vez, los conceptos de vida y muerte han generado dos ideas básicas a lo largo del tiempo, la muerte como parte de la vida y la muerte como lo contrario de la vida. A partir de estas ideas el hombre visualiza la muerte, su relación se establece a partir de estos dos supuestos. La tarea para el psicólogo o para quienes están interesados en el estudio o descripción de este fenómeno es ardua, buscar establecer a la muerte como parte de la vida requiere de una educación para muerte, de un trabajo continuo durante la vida. Pero no hay que dejar de lado que desde la psicología, tanto el hombre como la muerte son considerados como un ser y un acontecimiento, respectivamente, bio-psico-social. Cuando la muerte deviene cada una de estas esferas de la vida del hombre se desestabiliza, se tiene una reacción que es percibida tanto por quien muere (paciente moribundo), como por quien ve y acompaña en el proceso del morir a un ser querido (duelistas) y aun ante estos acontecimientos se continua promulgando la idea del rechazo a la muerte, se le niega o se finge que no es verdad o real lo que pasa, olvidando que una idea como tal, ha tenido repercusiones importantes en las diferentes esferas que integran la vida del hombre, la idea contraria, pudiera también repercutir de forma significativa y positiva en la vivencia de la muerte.

## **B).- LA MUERTE COMO UN ACONTECIMIENTO BIOPSIICOSOCIAL**

La muerte vista como un acontecimiento de cada ser humano, adquiere una relevancia trascendental que repercute en todas las áreas de vida de una persona. No es un acontecimiento que se pueda aislar en función de las repercusiones que tiene desde el individuo hacia su entorno, ya que tanto el paciente terminal como los familiares manifiestan emociones, conductas y pensamientos. Y aun siendo considerada la muerte como un suceso individual, las diferentes manifestaciones que presenta el individuo ante ella, están sujetas a la interacción de estos tres aspectos indisociables en la vida del hombre, el biológico, psicológico y el social. En cada una de estas esferas, el concepto de muerte es diferente y adquiere un significado por lo tanto diferente, desde el cual se visualiza y se relaciona uno mismo con el acontecimiento de la muerte.

Rebolledo(en: Sarabía, 2001) dice que la muerte ha de ser considerada como un fenómeno bio-psico-social, entendido como la pérdida de las funciones orgánicas (vitales) que se acompaña de la pérdida de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, provocando una ausencia que se prolonga en el tiempo y en la conciencia colectiva.

Para Duran (1991) la vida y la muerte van de la mano y todo ser humano tiene en un momento dado de su existencia tiene que enfrentarse a la muerte del otro y a su propia muerte. Así, el interés por la muerte se ha enfocado desde diferentes perspectivas, de este modo se trata de un fenómeno biológico, psicológico y social.

En este sentido, Thomas (1991) menciona que en una sociedad se tienen diferentes concepciones de lo que es la muerte, así, desde la perspectiva humana, se habla de la muerte física o caída en lo homogéneo y la entropía, que afecta al cuerpo, la maquina, de

muerte biológica, que culmina en el cadáver, el cual experimenta una prolongada tanatomorfosis; se habla de muerte psíquica, la del loco en cerrado en su autismo; el paso a la jubilación o el abandono en un asilo; a lo que se le podría agregar la muerte espiritual, la del alma en el pecado mortal, según la cual establece la doctrina cristiana.

Considerar a la muerte dentro de estos tres niveles significativos para la vida del hombre, es relevante en el sentido de que no solo es el hecho de morir lo que causa miedo o angustia. La muerte tanto de sí mismo como de alguien más, va a repercutir en cada persona dependiendo sus características. Además, el hecho de considerar a la muerte de esta manera, brinda la posibilidad de percibir como se ve afectada cada una de estas esferas y como se define a la muerte, en cada una de ellas. Es decir, por ejemplo, en el sentido biológico, para Thomas (1991) la muerte biológica se refiere a la detención completa, definitiva e irreversible de las funciones vitales, especialmente las del cerebro, corazón y pulmones; opera a nivel de célula, del órgano y, en última instancia, de la persona en su unidad y especificidad. Sin embargo, se determina el fallecimiento de un ser humano atendiendo al momento en que ha muerto su conciencia. Se le declara muerto no porque sus órganos hallan dejado de funcionar, sino porque ha muerto para la especie humana.

En un orden estrictamente biológico, González (2003) señala que la muerte es un proceso de varias muertes pequeñas de cada uno de los órganos del cuerpo humano, pero una muerte real se da, cuando se paran, de manera irreversible y permanente las funciones cardíacas, respiratorias y cerebrales. La muerte biológica corresponde a lo que ocurre al cuerpo poco a poco, es la que atañe a las partes del cuerpo. Una definición muy general sería que el cuerpo humano deja de tener vida "propia" (puede tener vida artificial) y este se encuentra inerte y sin ningún síntoma de vida: no respira, el corazón no late y el cerebro deja de realizar sus funciones primordiales. En este campo podemos señalar tres tipos de muerte: La somática, la celular y la cerebral.

La forma en que se considera a la muerte desde esta perspectiva, no deja lugar a dudas de sus implicaciones, tanto para el aspecto biológico o médico, la muerte esta sujeta al funcionamiento de los órganos vitales, el cese de alguno de ellos implica un alto riesgo para la vida o el comienzo de la muerte. En este caso, el aspecto médico y el ámbito hospitalario han ido cobrando gran relevancia dentro del papel que juegan con un paciente que se enfrenta a la muerte y su forma de manejo o tratamiento, pero cabe mencionar, que el personal médico se involucra tanto y de acuerdo con las posibilidades hospitalarias.

La medicina es una de las áreas que más se ha beneficiado con los avances de la tecnología, este desarrollo ha permitido en muchos casos mejorar las condiciones de vida de las personas enfermas o de edades muy avanzadas. Aparte de la dificultad que existe en las familias de la actualidad para hacerse cargo de sus enfermos, ancianos y moribundos, estos adelantos han popularizado al hospital como el sitio más adecuado para morir. No obstante los médicos no están preparados en absoluto para ayudar psicológicamente a los enfermos en sus últimos días. Para el cuerpo médico el prolongar la vida lo más que se pueda, sin importar que sea a través de una vida vegetativa, se ha convertido en la labor más importante dentro de un hospital. (Guerra, 2003).

La muerte en el hospital es a fin de cuentas, la muerte programada, organizada, planificada por una institución que hace de ella su objeto, mismo que no debe turbar las condiciones generales del lugar. La muerte solo se admite con la condición de que se encuadre en el orden de los procedimientos preestablecidos. (Thomas, 1991)

Habría que indicar que dentro de este ámbito puede darse uno de los fenómenos más controvertidos para la comunidad médica, la eutanasia, aunque en realidad debería ser un tema de carácter e importancia social, las más de las veces solo se reduce a los familiares de los pacientes y a los pacientes mismos, que están en condiciones de alto riesgo de muerte, que permanecen en el hospital bajo condiciones altamente delicadas,

donde incluso, puede existir la prolongación de la vida de forma artificial mediante una sofisticada gama de aparatos y procedimientos médicos que resultan altamente invasivos.

Una definición completa de eutanasia es la que brindan Muñoz, (en: Chanes, 2002, p. 28) "... toda actuación cuyo objetivo es causar la muerte de un ser humano para evitar sufrimientos, bien a petición de este, bien porque su vida carece de calidad mínima para que merezca el calificativo de digna".

Por otro lado, Martínez (1997) menciona que la muerte sin dolor, que sobre viene como un sueño, se ha convertido en una especie de doctrina de algunos médicos modernos que sostienen el derecho de provocar la muerte para evitar los sufrimientos inútiles de un paciente, en el caso de las largas y atroces agonías determinadas por un mal incurable. Vargas (en: Martínez 1997) considera que de acuerdo a la consideración médica: "debe quedar claro que la lucha de la medicina no es contra la muerte, es a favor de la vida, pero a una vida sana y plena, libre de enfermedades somáticas y psíquicas, vida útil constructiva basada en una escala de valores donde lo que se es, como ser humano, ocupa un sitio superior a lo que se posee. La vida fecunda se justifica a sí misma y se eleva por encima de su intrascendencia biológica y su insignificancia cósmica.

Referirse entonces a la muerte biológica o médica, implica estar en consonancia con esta gama de posibilidades, de conductas y actitudes bajo las cuales se adscriben el personal médico y las circunstancias hospitalarias. Ideas deferentes de concebir la vida y la muerte, donde la prolongación de la vida es un éxito (sin importar las condiciones) y la muerte puede llegar a ser considerada como un fracaso. Y a pesar de que la consideración médica establezca no estar en contra de la muerte, la idea más difundida en el ámbito hospitalario, es exactamente la contraria. En un estado de ansiedad generalizada, se mira a los médicos, familiares y pacientes, unidos en la lucha por la vida. Médicos sin saber como establecer una comunicación abierta con su paciente, y familiares en una absurda negación de la realidad con comentarios desde "todo va a estar bien" o "échale ganas", generando así, a través de su misma negación un estado de angustia y ansiedad que llevan paciente al fortalecimiento o construcción de una realidad, de miedo hacia la muerte o, a un estado de aislamiento, donde se percibe solo en su actual condición. Este es un cuadro claro de hasta donde se ha llegado con la negación de la muerte y el miedo que provoca, la serie de circunstancias que enfrentan los pacientes, familiares y los médicos. La pregunta sería ¿esto es causa o consecuencia de la manera en que se ha entendido la muerte en la vida del hombre? Podría entenderse como una consecuencia al dejar de lado la importancia de hablar de la muerte entre todos los involucrados, es decir; hablar de forma clara y abierta de los miedos que provoca en los pacientes terminales, los familiares e incluso en el cuerpo médico. Abordar temas como la ansiedad, el aislamiento o soledad en que cada uno de los implicados vive el proceso del morir. En este sentido los familiares estarían más atentos en aspectos como la dignidad y la calidad de vida para el paciente, negación u obstinación que presentan al aferrarse o aferrar a alguien a la vida y olvidar a fin de cuentas, que es una etapa más de la condición de estar vivo.

Aunado a ello, al aumentar el número de personas que ingresaban a los hospitales, primero el personal médico y después los familiares, asumieron de manera negativa la inminencia de la muerte. La persona en agonía empezó a ver la muerte como un enemigo y a luchar en su contra. La lucha por la vida ante las circunstancias adversas siempre ha sido la última batalla perdida, el último fracaso. La comunicación entre el ser querido y los miembros de la familia se fue modificando. La verdad cambió, en el intento por "no afectar los sentimientos" de la persona, las mentiras se introdujeron en el proceso del fallecimiento: Los doctores mentían, las enfermeras mentían, los miembros de la familia mentían y, a la larga, la persona en agonía también mentía. El tema se volvió tabú, encubierto con secretos y engaños. Todo el mundo fingía que la muerte era algo irreal, una ilusión. (O'Connor, 2003)

Entonces, es importante considerar que las repercusiones de la muerte en este rubro no solo adquieren un sentido biológico, el aspecto psicológico al sobrevenir la muerte, al

enfrentarse una persona a la muerte, puede desencadenar manifestaciones como las que señala Robolledo (en: Cadena de los Santos, 2003) en el plano psicológico despierta distintos tipos de miedo: a lo desconocido, a la destrucción, a la pérdida del cuerpo, al dolor (representa uno de los dolores más fuertes del ser humano, aunado a la desesperanza), a la soledad, a perder el control, a dejar sin resolver pendientes. La muerte psicológica comprende la ausencia de los fenómenos cognitivo-afectivos. Se pierde la estructura del pensamiento y los sueños; cesa la personalidad, la expresión, termina la comunicación con uno mismo y con los demás.

Si se refiere específicamente a las emociones, Cerezo (2001) hace una revisión acerca de la muerte y habla de diferentes manifestaciones emocionales que pueden presentarse tales como: “el miedo y sus diferentes tipos con respecto a la muerte”, “angustia”, “ansiedad”, “desesperación”, “frustración”, “depresión”, “evitación”, “negación”, “duelo”, “soledad”, “culpabilidad” y aceptación y sus diferentes tipos, “afrontamiento”, entre otros.

En relación a lo que se citó anteriormente, las investigaciones de psicología relativas a la muerte ahora ya abarcan temas como las actitudes, sentimientos, emociones, pensamientos, etc., estos estudios no solo operan dentro del nivel psicológico individual sino también integran aspectos de carácter social.

Schulz (en: López, 2004) comenta que los estudios y áreas de investigación psicológica en relación con la muerte son, por lo tanto, escasos y casi exclusivos de la llamada “Psicología de la Muerte” y la Tanatología. Dichas áreas de investigación son según Kastambaum (en: López 2004) las siguientes:

- 1.- Las actitudes ante la muerte, en donde se hacen investigaciones sobre el concepto de muerte, el miedo y la ansiedad.
- 2.- Fase terminal de la vida, en la que se describe y analiza la trayectoria del enfermo terminal, así como las actitudes que el personal sanitario y la familia tienen hacia ese tipo de pacientes; el tema central del estudio y la aplicación de la Tanatología.
- 3.- El suicidio principalmente en conexión con la adolescencia, la ancianidad o la drogadicción.
- 4.- Las actitudes después de la muerte, como son los procesos de aflicción y duelo de los familiares y amigos del difunto.

Sin embargo, algunas teorías psicológicas han hecho contribuciones al tema de la muerte que son de gran importancia e interés, principalmente en cuanto a la pérdida y el proceso de duelo. Dichas contribuciones han sido valiosas para el apoyo que se le da actualmente, a través de la Tanatología y la psicoterapia, a los enfermos terminales, moribundos y duelistas que así lo solicitan, y quienes representan, hasta ahora, el principal grupo de personas a las que se dirige esta área de estudio, investigación y aplicación de la psicología.

Como se menciona, el fenómeno de la muerte por sus características debería ser un tema de importancia primordial para la psicología, sin embargo, la participación del psicólogo en este campo de estudio es mínima. Si bien, las investigaciones realizadas adquieren un valor significativo, en el mejor de los casos solo adquieren un carácter descriptivo de su objeto de estudio. Trabajar con el tema de la muerte nos enfrenta con un acontecimiento netamente cualitativo y suele haber un choque con la visión objetivista que requiere de datos y resultados concretos, medibles y cuantificables. Pero más allá del compromiso de la psicología con la ciencia objetiva, el compromiso es con la sociedad, en este caso, con cada individuo que sufre o enfrenta el proceso de muerte y que provoca el surgimiento de sentimientos, actitudes, pensamientos, conductas, cada una de ellas en función de las características de cada persona.

Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc., y su forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto, cuando experimentamos la muerte de una persona querida estos factores son los que determinan las diferencias en nuestra reacción. (O'Connor, 2003)

La muerte desde un punto de vista social nos acerca como dice López (2004), a la muerte del otro. Esta afecta en dos niveles. Por un lado, a la tristeza por la pérdida de un ser querido (cuando sea el caso), ante lo cual se vive un proceso de duelo. Por otro lado se encuentra el enfrentamiento con el fenómeno de la muerte, y la certeza de la finitud de todos los seres, sobre todo la propia.

Al observar la muerte del otro comprendemos, que el hombre muere y que la muerte es un final. Esto podría llevarnos a reflexionar que hacer con la vida, como vivirla, qué hacen por nosotros los demás, cómo la muerte esta cerca de nosotros a cada instante. Claro que con nuestra cultura, en donde la muerte es un evento rechazado, terrorífico, quizá esta reflexión se sustituya por: "que terrible evento tan desafortunado, tan insoportable, desearía poder olvidarlo". Lo cierto es que de una u otra forma el contacto con la muerte afecta al que presencia el morir, al que tiene una experiencia de casi muerte o el que sabe que se va a morir.

La posible reflexión que en algún momento podría suscitar la muerte en los seres humanos es retomada por Thomas (en Sarabía, 2001) al considerar importante tomar en cuenta que ahora todo lo relacionado con la muerte, desde el temor hacia esta, hasta el entierro y el duelo, en cierta manera se exige que sea tratado lo más discretamente posible, a diferencia de los rituales practicados por culturas antiguas donde se hacia participe no solo a la familia, sino a la comunidad completa. Ahora han aparecido nuevos ritos funerarios, cada vez más se opta por la incineración en lugar de la inhumación, con lo que se busca desaparecer total y definitivamente los restos mortales para olvidarlos. Los rituales que en algún momento facilitaban el desahogo de las emociones, ahora en la actualidad al realizarse de forma muy breve dificultan este proceso. Además, algunos de los factores que más han influido en el cambio del significado y de la forma de experimentar ahora la muerte, son la industrialización y los adelantos tecnológicos.

Por lo general en los países urbanizados e industrializados, las personas mueren a edades cada vez más avanzadas en hospitales lejos de su hogar. Sin embargo, no todos se benefician por igual de los progresos de la medicina. Un factor determinante es el económico: la atención médica, las instalaciones y los medicamentos necesarios para atender ciertas enfermedades suelen ser muy costosos, por lo que solo quienes tienen los ingresos suficientes pueden recibir el tratamiento adecuado, cosa que no sucede mucho en sociedades pobres o países subdesarrollados. (Guerra, 2003)

Las implicaciones de la muerte en el aspecto social esta llena de formas y matices, unos están en función de la reflexión o el darse cuenta de nuestra finitud como seres humanos, de la incertidumbre de algún día enfrentar este hecho inevitable. Por otro lado, las diferentes manifestaciones sociales como los rituales, que con el paso del tiempo se van modificando o perdiendo hasta desaparecer, sin saber, que cumplían con una función de apoyo ante la situación de sufrimiento por la pérdida. En otro sentido las repercusiones que han tenido los avances científicos que de primera mano han contribuido a crear una expectativa mayor de vida, pero que a su vez, han venido a reforzar la idea en el ámbito médico y en la sociedad, de esta lucha contra la muerte, en la que no hay que olvidar que no todos pueden acceder por sus altos costos, lo que hace pensar una vez más en la frase: "la vida cuesta".

Y ante esta imposibilidad de cubrir los costos médicos, una de las alternativas, dicho de otro modo, un punto de apoyo o de consuelo frente a la cruda realidad es acercarse a la religión. Este aspecto es importante por la trascendencia y repercusión que ha tenido a lo

largo de la historia de la humanidad. Mediante la religión, el hombre ha encontrado una respuesta a muchas de sus preguntas que a la fecha aun no logra responder de forma objetiva o creíble. Mediante la religión se han elaborado distintos sistemas de creencias, cada uno, con sus respectivos dioses, sus leyes, y su respuesta de lo que sucederá a cada individuo después de morir, pero siempre tomando en cuenta el cumplimiento de los deberes que estima el profesar una religión. Además la importancia de la religión no solo se encuadra en la búsqueda de respuestas, cumple también una función de apoyo emocional o psicológico, ya que las personas que se sienten angustiadas, desesperadas pueden recurrir a ella en busca de ayuda, en el caso de la muerte, las personas se acercan para pedir por la salud del enfermo, sanar su alma y su cuerpo, o en último caso, para que dios se haga cargo del alma del difunto mediante la redención de su cuerpo humano. En pocas palabras, tras la creación y desarrollo de las diferentes religiones, en las cuales sus adeptos encuentran apoyo a sus dificultades y al vivenciar la muerte como un proceso doloroso y difícil se acercan a ella. Como indica Cadena de los Santos (2003); la finalidad de la religión es ayudar al ser humano a crecer espiritualmente, a vivir planamente y aceptar la muerte como parte de la vida.

La muerte como parte de la vida, esta idea se poder ser difundida de forma clara a todos los creyentes de alguna religión, sin importar la que fuera, tendría probablemente repercusiones importantes en la vida del hombre, afrontar el fenómeno de la muerte desde una perspectiva en la que primeramente no se le niega o se le considera algo extraño, malo o ajeno, abriendo así la posibilidad de comunicar sus sentimientos, pensamientos e incluso sus miedos, se podría hacer del proceso de morir una etapa más vivible y en lo posible menos sufrible, hacer de esa etapa una experiencia enriquecedora a través de la cual se logre paulatinamente una mejor comprensión de la finitud de la vida y del valor de la misma. Este trabajo comulga con esta idea, aunque desde el punto de vista psicológico. Desde la importancia que tendría para cada individuo lograr un entendimiento de esta concepción de la muerte frente a la vida. Hay que aclarar, que la religión, llámese cristianismo, budismo, etc., en el intento de lograr la finalidad antedicha han generado toda una serie de respuestas, de historias, mitos, creencias, de lo que sucederá después de morir. Y cada una de estas respuestas es diferente dependiendo del sistema religioso al que se pertenece, generando como resultado más incertidumbre, ansiedad, miedos, debilidad de la fe, pero sobre todo el reforzamiento de la idea de la negación de la muerte como parte de la vida.

Tocante a lo anterior Cereijido, y Blank-Careijido (2003) dice que para apaciguar las angustias producidas tanto por la certeza de la muerte, como por la ignorancia del qué sucederá más allá, se han generados mitos: no hay una cultura sin religión, y no hay religión sin un núcleo que provea una explicación específica para la muerte. No es exagerado afirmar entonces que el temor a la muerte ha inclinado a muchos a creer en la inmortalidad y las religiones, historias y mitos tratan de negar la muerte, creando la noción del alma inmortal.

Se han concebido y elaborado sistemas de creencias, a veces sumamente complejas, para preservarse de los efectos disolventes de la muerte: la inmortalidad del alma, la resurrección de los muertos, la fusión con el Uno-Todo, etc. estos sistemas de creencia ayudan a dar tranquilidad al hombre, y a normar las relaciones entre los vivos y los muertos. Además de que las personas muy allegadas a la iglesia, así como las que son ateas, son las que menos ansiedad les produce la muerte, mientras los que se hallan en el nivel intermedio de religiosidad, sufren de mayor ansiedad. Abengózar (en: López, 2004)

En este sentido, en el mundo occidental, donde se enfatiza el campo científico versus el campo teológico Toynbee (en: Espinosa 2000), dice que trae como consecuencia un empobrecimiento de las creencias conceptuales profundas, debilitamiento del sostén filosófico y religioso que ayudaba al hombre a trascender su muerte personal. Así empezaron los tabúes acerca de los procesos de la muerte y del duelo. La muerte y sus concomitaciones se "aislaron" de sus cualidades ritualísticas vivenciales y solo así entraron en la era despersonalizada de la tecnología (Weisman, en: Espinosa, 2000).

En este rubro Blanck-Cereijido y Cereijido (en: Guerra, 2003) menciona que una de las formas en que las sociedades han ejercido su saber sobre la muerte es a través del lenguaje, con la creación de religiones, historias y leyendas que en cierta medida permiten satisfacer su curiosidad sobre ella y desarrollar estrategias para posponerla, todo esto con el afán por disminuir la angustia que genera la certeza de la muerte y la incertidumbre de lo que pasará después.

La religión entonces puede cumplir una función de ayuda o autorregulación emocional, cada vez que los fieles se acercan a sus dioses. Habría que destacar el hecho de que en muchos de los casos la gente le atribuye a la religión más credibilidad y confianza, y es razonable en el sentido de que aun antes de haber ciencia ya existía la religión.

En este sentido González (2003) comenta que de esta manera podemos ver que a pesar del desconocimiento de lo que depara al hombre después de la muerte, existe en el pensamiento cultural religioso la idea de que todavía hay un camino que seguir cuando esta se produce, creencias que incluso en la actualidad siguen vigentes y se manifiestan en las actividades que se llevan a cabo dentro de nuestras tradiciones, que tal vez no sean idénticas a las de nuestros antepasados, ni estén tan impregnadas de las posturas religiosas, pero que en el fondo tienen características de ambas.

Pero más allá de la religión, de la diferencia de conceptos entre los diferentes campos que estructuran la vida del hombre, Frankl (1987) aduce lo siguiente acerca de la vida y propone reflexionar acerca de ella cuando escribe: "Lo que de verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud hacia la vida. Tenemos que aprender por nosotros mismos y después, enseñar a los desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros. Una vida cuyo último y único sentido consistiera en superarla o sucumbir, una vida, por tanto, cuyo sentido dependiera, en última instancia, de la casualidad no merecería en absoluto la pena de ser vivida". Esta idea es importante en función de que al aceptar la muerte como parte de la vida, esta última sería llevada a cabo de la forma más plenamente posible.

De los primeros dos apartados, al hacer referencia de las diferentes ideas de muerte y de cómo se configuran estas a través del tiempo, aunado a las manifestaciones biopsicosociales del hombre ante la muerte, se brinda una perspectiva sobre este fenómeno que permite visualizar como a través de las ideas y de los diferentes contextos el hombre da sentido y forma al acto de morir y a la muerte misma. De esta manera cobra relevancia lo que expone Sádaba (en: Guerra, 2003), la muerte se encuentra inscrita en nuestro lenguaje, como modo de comunicación, como expresión de horror, amenaza, chiste, exclamación o negación. De acuerdo con este autor, esto no debería de ser así, ya que "un lenguaje que sabe tratar con dulzura a la muerte y que al mismo tiempo, se resiste a banalizarla, es la mejor manera de expresar el sentido que hemos de dar a la vida, por mucho que esta no se separe nunca de la muerte. El lenguaje en suma, es uno de los lugares donde debemos ejercitar nuestro saber sobre la muerte. A partir del lenguaje se describe la forma en que se vive la muerte de uno mismo o del otro. Se definen formas de pensar y de entender a los demás, lo cual crea el contexto de interacción donde el individuo vive y se relaciona.

Hasta aquí se ha abordado al hombre de forma individual en razón de sus ideas de muerte, se ha descrito la participación de los aspectos biológico, psicológico y social. Sin embargo, no hay que olvidar que el hombre forma parte de un subconjunto de la sociedad muy importante llamado familia, y ante la muerte, la familia es la base o el apoyo principal de una persona, además de ser un promotor en el entendimiento de la idea que se tenga sobre la muerte. Este punto se describirá en el siguiente apartado.

### **C) LA MUERTE EN LA FAMILIA**

La familia es la base de la sociedad, a partir de ella sus integrantes adquieren, construyen y dan forma a su percepción de la vida. En la familia se aprenden valores, actitudes, formas de pensar o actuar, formas de sentir, de hablar, en pocas palabras la familia es un determinante importante en la configuración de la personalidad de cada individuo. Es en familia donde se aprende a hacer frente a algunas de las situaciones más difíciles en la vida, ya sean estas de carácter emocional, social o económico. Para Gutiérrez (1993) la familia siempre ha sido un soporte seguro para la persona a la hora de morir. Sin embargo, en la actualidad, el fenómeno de la muerte hospitalaria sitúa esta relación y reacción en un contexto distinto, en el que se suman una serie de variables y factores psicosociales como culturales que intervienen como obstaculizadores para la elaboración favorable de la pérdida de un ser querido, por una enfermedad crónica o terminal.

Pero ¿que hay de la familia cuando se enfrenta a la muerte de alguno de sus integrantes? La muerte dentro de un núcleo como este, adquiere y repercute de diferentes formas, dependiendo quien sea el fallecido. No es lo mismo que muera un hermano a que muera el padre o la madre, así como tampoco es lo mismo que muera un hijo o uno de los integrantes de la pareja. Es difícil enmarcarlo de esta manera, pues es importante cualquier pérdida dentro de la familia. Y aun la familia en su conjunto presenta manifestaciones muy particulares ante la muerte de alguien cercano o emocionalmente significativo.

En relación con el enfoque narrativo que es donde se fundamenta de este trabajo (que se abordará más adelante) y donde la familia adquiere un papel significativo para el trabajo terapéutico, es conveniente ubicar y definir, por lo tanto, a la familia bajo esta perspectiva para que se entienda cual es la importancia al hablar de ella y sus reacciones, ante la muerte. Ya que de ser entendida la familia con un conjunto relacional, podrán entenderse mejor las repercusiones que tiene la muerte dentro de un sistema tal. Por ello, Andolfi (1994) menciona que para analizar la relación que existe entre comportamiento individual y grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir; como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Por ende si queremos observar la interacción humana, y más en particular la familia, siguiendo un enfoque sistémico, debemos aplicarle diversas formulaciones y las deducciones de los principios validos para los sistemas en general. Así, partiendo de las afirmaciones de Bertalanffy (en: Andolfi, 1994) para el cual todo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones reciprocas, del mismo modo se puede considerar a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre si e intercambio con el exterior.

Con lo anterior queda claro entonces que un suceso va a afectar a toda la familia y esto, a su vez, va a estar en interacción con un contexto social (exterior). Ramón (2003), apunta que la visión de sistemas familiares tiene implicaciones para la psicoterapia del duelo, que para explicar el modo de reaccionar del doliente ante la muerte de un ser querido, considera las redes familiares y sus redes de apoyo mismos que presentan influencia mutua, así mismo toma en cuenta contextos más amplios, al considerar el efecto que tiene la cultura en la forma de expresar el duelo dentro de un determinado contexto social.

Agrega además que uno de los factores que afectan las relaciones entre la familia doliente es la cultura de evitación hacia el tema de la muerte, ante la pérdida de un ser querido es común tanto que se niegue la muerte, como que los miembros de la familia prefieran no comunicar sus sentimientos a los integrantes de la familia para evitar generarles angustia. Por otro lado, los miembros de la familia pueden presentar diversas reacciones físicas, conductuales y emocionales en diferentes momentos, incluyendo sentimientos complicados y mezclados de enojo, desacuerdo, necesidad de ayuda, culpa y abandono.

Aunado a ello, Duran (1991) anota que no es lo mismo la reacción que se presenta frente a la muerte de los padres cuando la familia tiene poco de haberse formado, ya que con ello se pierde el sostén económico. La muerte de un hijo que para los padres es importante y puede afectar hasta por años a la familia. En algunas muertes solo se atraviesa por el periodo normal de dolor y duelo, lo cual se presenta en casos en que las personas hayan sido queridos, ayudando con la economía familiar; dentro de este periodo se encuentran las muertes que son un alivio para los demás, personas que no fueron vitales en el funcionamiento familiar, o bien en algunas ocasiones después de estas muertes, el funcionamiento de la familia tiende a mejorar.

De acuerdo con Bowen (en: Espinosa, 2000) el tiempo que se requiere para que la familia restablezca nuevamente su equilibrio emocional, dependerá de su integración emocional que poseía antes de la pérdida y la intensidad con que viva el trastorno.

También plantea que ante las pérdidas se presentará en la familia *la onda de choque emocional*, entendida como un choque que actúa sobre la base de una red subterránea de recíproca dependencia emocional entre los miembros del grupo, esto es: la dependencia emocional se ve negada, presentándose frecuentemente en familias con un alto grado de fusión. El dolor por el que se atraviesa en esos momentos dependerá de quien haya sido la persona que falleció, la función instrumental y el rol emocional que jugaba dentro del núcleo.

Para que la familia cumpla con su función tendrá que oscilar a lo largo de su evolución dentro del continuo de interacción centrípeta – centrífuga. La organización centrípeta, se caracteriza por una alta cercanía y dependencia entre los miembros de la familia y un alejamiento con respecto al exterior del sistema. En el otro extremo del continuo se encuentra la organización centrífuga o en la que la cercanía e interacción con el medio exterior es mayor, mientras que la dependencia y la cercanía entre los miembros de la familia es mucho menor. (Jordan, Kraus y Ware, 1993; en: Ibarra, 1997)

Los tipos de respuesta anteriores dice Bowen (en: Ibarra, 1997) pueden clasificarse como un intento por formar sistemas de relaciones más cerrados, en el primero la familia pone una barrera entre ella y el exterior, en el segundo las barreras son puestas entre los individuos, Existe un tercer tipo en el que se crean barreras dividen el interior y el exterior de la familia. Estas barreras pueden ser creadas como una manera de protegerse ante las emociones y ansiedad de los demás. En este proceso de creación de barreras, la división de las emociones y el aislamiento que provoca del resto de la familia puede llevar al individuo a un duelo o aflicción interminable, en el que existen síntomas de depresión severa que impiden reanudar las actividades cotidianas (Rosen, en: Ibarra, 1997)

A la par con las diferentes manifestaciones que se han mencionado dentro de la familia, se aúnan varias características propias de cada uno de los integrantes de la familia y que también repercuten en la vivencia de la muerte. Estas características las menciona Fonnegra (en: Cadena de los Santos, 2003) cuando dice que es importante tomar en cuenta el impacto que provoca tanto la muerte propia como la de los seres queridos y que se ve influido por factores como: 1) Sexo al que se pertenece (en las mujeres es permitido expresar el dolor por medio del llanto), 2) edad (todo es relativo, el concepto de muerte es distinto para un niño, un adolescente, un adulto o un anciano), 3) Nivel económico, 4) Nivel cultural o estado civil, 5) umbral de dolor, 6) nivel de frustración, 7) concepto personal de muerte, 8) cambios físicos y psicológicos (en caso de enfermos terminales que tengan que sufrir mutilaciones), 9) manejo de conflictos, 10) madurez emocional (elementos del sujeto en el manejo de pérdidas), 11) vínculo (tipo de relación que se tiene con el enfermo), 12) periodo de advertencia previo al suceso, 13) relación muy íntima o muy hostil, 14) quien es para el doliente el difunto, que representa, 15) responsabilidades impropias, 16) tipo de muerte (inesperada, repentina o por enfermedad aguda, violenta, aborto, suicidio).

Es necesario retomar algunos aspectos para describirlos de forma particular en relación con las manifestaciones ante la muerte y desde la posición o rol que desempeñan cada uno de los integrantes, padres, pareja, hijos, hermanos, y la muerte propia. En los siguientes apartados se refieren de forma específica las reacciones o modos de afrontamiento que tienen lugar desde dicha posición.

## **1) LA MUERTE DE LOS PADRES**

La muerte de los padres afecta íntima y profundamente porque son insustituibles; por lo tanto, siempre se notará la sensación de orfandad. La relación con los padres, tiene siempre una carga emocional, pues, son las primeras figuras de autoridad. Cabe mencionar que la madre representa el amor, la sobre protección, el padre representa la seguridad y amenaza. Por ello, no significa lo mismo el deceso de uno u otro, tienen diferentes implicaciones perder a un buen progenitor que a uno que no lo es, tampoco es lo mismo perder a uno de ellos en la niñez, adolescencia o edad adulta. Es un suceso que resiente toda la familia; por lo que es necesario involucrar a toda la familia en el proceso, y tomar en cuenta que cada uno pierde algo diferente, el hijo a un padre, la pareja al suegro, los nietos al abuelo, y los amigos también sufren su partida. (Lee, en: Cadena de los Santos, 2003)

## **2) LA MUERTE DE LA PAREJA**

Rosenblatt (1997) menciona aspectos importantes acerca de la pérdida de la pareja y de las consideraciones que deben tomarse en cuenta ante la pérdida. Cuando la vivencia de la muerte ha sido algo muy fuerte o significativo como en el caso de la pérdida de la pareja, por ejemplo: una viuda en duelo, la desolación personal que vive la lleva a una transformación de sí misma, pero esto a su vez, requiere de una transformación de la relación que ella establece con la muerte a través del significado que esta tiene para ella.

La muerte de la pareja, es un golpe psicológico grave, una de las pérdidas más grandes de la vida, la aceptación y el reajuste a la realidad es un proceso prolongado, lento y doloroso; no se tiene la preparación para experimentar la devastación emocional que este deceso produce, tomando en cuenta que incluye la pérdida física. Que implica quedarse solo, cambio de roles, planes, proyectos, la vida emocional, la sexualidad, aumentan las responsabilidades al llevar a una familia solo y mucho más. Aparece la culpa por las cosas que no se debieron hacer, o por las cosas que debieron hacerse y no se hicieron suficientemente, esto incluye actos, omisiones, palabras e incluso pensamientos. Los resentimientos (por haberme dejado solo), son otro componente de este acontecimiento, cuando ha muerto la pareja no hay posibilidades de reconciliación (la muerte es absoluta y aceptarlo es doloroso), se pierde el equilibrio porque la relación termina de una forma no esperada. No se deja de amar a la pareja fallecida y su recuerdo perdurará, ser viudo(a) es ser soltero(a), y se debe valorar la conveniencia de una nueva pareja. (Fonnegra, en: Cadena de los Santos, 2003)

Según Duran (1991) entre las reacciones más comunes están: insomnio, deterioro de la salud, pérdida del contacto con la realidad, sensación de la presencia del marido, apatía, falta de interacción social, hostilidad e irritabilidad. Las viudas al mismo tiempo que deben abandonar la creencia de que la pérdida no es real tienen necesidad de compañía y comprensión. Así, la incapacidad de las viudas para relacionarse con los demás, los problemas económicos y las limitaciones impuestas por la crianza de los hijos son algunos de los factores que pueden llegar al aislamiento social. Sin embargo la mayoría de las mujeres ancianas que hemos asistido en la consulta privada, retoma con más facilidad las riendas de su vida; mientras que al anciano varón le resulta más difícil integrarse a otros subsistemas de apoyo y compañía. Sin embargo cuando llegan a sufrir la muerte de algún hijo, sobre todo si cumplía funciones de sostén importantes, son las mujeres quienes presentan –aparentemente- mayor dificultad para superar el dolor. (Duran, 1991)

Para Ibarra, (1997) en el caso de parejas recién formadas su meta principal es consolidar sus pautas de interacción hacia un modo mucho más centrífugo. La muerte de un miembro de la familia de origen puede revertir este tipo de relación y hacer que el cónyuge dirija su atención y su lealtad a la familia de origen y complicando a su vez la adaptación a una vida autónoma y las relaciones con la familia política pueden volverse conflictivas.

### **3) LA MUERTE DE UN NIÑO**

Duran (1991) refiere puntos importantes a considerar ante la muerte de un niño, ya que al igual que la muerte de algún miembro de la familia cambia la estructura familiar, provocando con ello una reorganización. El duelo familiar dependerá también del tipo de muerte: por suicidio, muerte súbita, muerte accidental, aborto, nacido muerto y muerte neonatal.

Las reacciones psicosociales sobre la muerte se dividen en efectos primarios o directos en el hermano sobreviviente y efectos secundarios de los padres cuando el que fallece es uno de los hijos.

Los efectos primarios dependen de 4 factores:

- 1.- Etapa del desarrollo
- 2.- Medio ambiente
- 3.- Experiencia en la vida
- 4.- Las actitudes de los padres

Los efectos secundarios en el niño sobreviviente son el resultado de los cambios en los padres y los subsecuentes cambios en la forma en que ellos se relacionan con sus hijos sobrevivientes. Los padres afligidos por su propia pena presentan poca energía, comprensión, confort o paciencia hacia sus otros hijos.

Los padres ante su dolor empiezan a utilizar tácticas defensivas para tranquilizar su angustia, algunos padres se sienten responsables por la muerte del hijo y son incapaces de hablar o explicar la muerte a sus hijos sobrevivientes. Otra forma de protección o defensa de la familia es la de reubicar al niño sobreviviente en un lugar especial, mediante amparo y la sobre protección paternal.

Fonnegra (en: Cadena de los Santos, 2003) por su parte agrega que nada llena el lugar de un hijo fallecido, el papel de los padres es amar, proteger, enseñar y cuidar a su hijo, esperar morir antes que él, el duelo por un hijo es el de los más prolongados y una de las mayores pérdidas. Este deceso ayuda a los padres a confrontar su propia muerte, a intentar comprender su significado real; es importante que los niños con una enfermedad terminal sean tratados con honestidad y sinceridad como todo moribundo, también tienen que hacer su trabajo de muerte y elaborar su proceso de duelo. La mayoría de ellos tienen una sabiduría superior, a causa de sus sufrimientos físicos han desarrollado una comprensión de sus capacidades espirituales e intuitivas. Cereijido y Blank-Cereijido (en: Cadena de los Santos, 2003) mencionan que para un niño, entre el primer y tercer año de vida, la muerte equivale a partir. La noción de muerte personal aparece entre el quinto y el noveno año; alrededor de los diez, la muerte es comprendida como una disolución corporal irreversible, semejante a la de un adulto.

Ibarra (1997) en términos de reorganización familiar dice que esta se dificulta, en particular a lo que se refiere a la creación de nuevas pautas de interacción con la pareja y con los hijos sobrevivientes, las emociones predominantes pueden ser la tristeza y el humor depresivo, Esta etapa tiende a ser de relaciones centripetas, si la familia tiene la misma reacción, entonces se tiene el apoyo mutuo necesario para adaptarse a la pérdida. Y en el caso de la muerte de un adulto joven, se demanda una interacción centrífuga, ya que esta puede llegar a dificultar la salida del sistema, pues la familia tiene que enfrentar dos

demandas apoyar a todos los que viven la aflicción de la pérdida y permitir la salida del adulto joven.

En este punto cabe hacer mención de dos aspectos a considerar: 1) por un lado la manifestaciones emocionales que se presentan a partir de la muerte de un niño o bien de un hijo, son muy fuertes y que requiere de una reestructuración familiar complicada, pero por otro lado, 2) es necesario retomar las ideas con las que se inicio esta capitulo, la muerte como lo contrario de la vida o la muerte como parte de ella. Entonces surge la pregunta ¿Cómo enseñamos o mostramos a los niños nuestra relación con la muerte? Si consideramos a los niños como un factor determinante en la subsistencia de nuestra cultura, entonces de nosotros depende como se relacione el niño con la muerte y con todos los rituales o sucesos alrededor de ella. Es a partir de nuestra comprensión como adultos, de que la muerte es parte más de la vida, como podemos fomentar en los niños los inicios de una nueva cultura hacia la muerte.

Barco, (2003) argumenta un aspecto importante a considerar en la educación y forma de vivir el duelo frente a los niños. Él dice que al morir un familiar o alguien cercano, muchas veces se le oculta al niño la verdad. En la familia y la escuela no hay educación para vivir a plenitud, no se le enseña al niño a enfrentar el dolor, la pérdida o la aceptación de la muerte. "Para que los niños se desarrollen dentro de un equilibrio emocional es preciso que sepan que los adultos son seres humanos, no superhombres perfectos, ni robots insensibles. Lloramos cuando nos duele algo, nos comportamos a veces de manera irracional o nos dejamos llevar por un arranque de cólera, y reímos e incluso hacemos tonterías cuando estamos felices. Todas esas emociones son parte de la vida y es aconsejable que los niños nos vean mientras las vivimos, y que las compartamos con ellos.

Kubler Ross (2006) agrega que el hecho de que se permita a los niños permanecer en una casa donde ha habido una desgracia y se los incluya en las conversaciones, discusiones y temores, les da la sensación de que no están solos en su dolor y da el consuelo de la responsabilidad compartida y del duelo compartido. Les prepara gradualmente y les ayuda a ver la muerte como una parte de la vida. Es una experiencia que puede ayudarles a crecer y a madurar.

#### **4) LA MUERTE DE UN HERMANO**

Cuando se presenta la muerte de un hermano, los demás enfrentan la posibilidad de la propia, ya que siempre esperan tener una larga vida en común con los demás hermanos y la muerte produce un shock emocional que los desestabiliza, les resulta inexplicable y les crea confusión; los sentimientos de culpa están siempre presentes, porque entre hermanos es común la rivalidad en alguna etapa de la vida. (Fonnegra, en: Cadena de los Santos, 2003)

Otros aspectos a considerar son los que sugiere O'Connor (2003) al decir que cuando los niños pequeños sufren la pérdida de un hermano o hermana, con frecuencia les resulta un misterio confuso. Pueden sentir que pudieron hacer algo heroico para salvarle la vida, o en caso de un accidente, sienten que ellos son quienes debieron haber muerto en lugar del otro. En razón de ello, es muy importante explorar estos sentimientos con los niños, platicar con ellos y permitirles expresar sus sentimientos, tanto negativos como positivos, hacia el hermano fallecido.

Cuando fallecen los hermanos adultos, el impacto emocional casi siempre se reduce. Por lo general, la vida los ha llevado en direcciones diferentes y se empieza a desvanecer la intensidad de las conexiones de la infancia. Suele presentarse una profunda sensación de tristeza y pena, más bien como si se perdiera una parte de uno mismo pues, de hecho significa perder una parte del pasado, de las experiencias que se vivieron juntos, además, las relaciones fraternales son las más prolongadas en nuestra vida. Por supuesto, la

diferencia es marcada si se está durante un periodo largo de enfermedad y deterioro gradual; entonces el impacto de la muerte será más significativo que si han estado separados durante años y/o a distancia.

## **5) LA MUERTE PROPIA**

Los temores más fuertes para el hombre son la muerte, el sufrimiento, y la desesperanza; las fantasías y conceptos en relación con la muerte y el acto de morir son que la muerte es un descanso eterno y total porque es el final de todo. Cuando alguien sabe que su muerte se aproxima, el presente se vuelve intenso, se valora cada instante que se tiene para sentir, para saberse vivo y saber de los demás. Cuando alguien va a morir, se es lo que se es y no se puede ser otra cosa. (Rebolledo, en: Cadena de los Santos, 2003)

Lo anterior queda dentro de las consideraciones para un enfermo terminal, además de que se presentan la preocupación por el deterioro físico, la apariencia, el dolor, la idea de morir solo en una institución, sin el amor que se desea; se genera una crisis por el conocimiento de que la propia muerte está próxima, surge la necesidad de reorganizar los planes, metas, actividades y relaciones; se piensa en la familia y en sus consecuencias, aparece la preocupación por el futuro. Esto se va dando poco a poco y por etapas. (Reyes, en: Cadena de los Santos, 2003)

Sin embargo, suele ocurrir frecuentemente que el individuo tiende a silenciar su muerte y esto puede llevarlo a que carezca de conocimiento, experiencia y sobre todo medios para lidiar con su muerte o muerte de alguien cercano en el momento en el que ésta se presenta. Utilizar esta estrategia para liberarse de la angustia de muerte en vida, aumenta la angustia en el momento de la muerte; no hay nada más angustiante que lo desconocido. (Thomas, en: López, 2004)

Alizalde (en: López, 2004) menciona que en una cultura en la que no se habla de la muerte, en donde ésta no es algo familiar, la muerte de alguien cercano es casi lo único que nos remite a lo certero de nuestra propia aniquilación. Claro que como la idea de no existir es rechazada, negada, entonces al tener contacto con la muerte del otro "...el yo recrea su inmortalidad desde sus raíces inconscientes". A veces incluso hay un cierto dejo de alivio cuando fallece una persona conocida, pues "ha muerto otro, no yo".

En este sentido Freud (en: López, 2004), dice que la relación que mantenemos con la muerte no es sincera, "aparentamos estar dispuestos a aceptar que la muerte es el desenlace natural de toda la vida, y que todos debemos estar preparados para morir. Pero en realidad nos conducimos como si fuera de otro modo. Mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida. Hemos intentado silenciarla e incluso decimos, como frase proverbial, que pensamos tan poco en una cosa como en la muerte, menos aun en la nuestra, naturalmente. La muerte propia es, desde luego, inimaginable, y cuantas veces lo intentamos, podemos observar que continuamos siendo en ello menos espectadores. Así, la escuela Psicoanalítica ha podido arriesgar el acierto que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad.

De esta forma la idea de la muerte como lo opuesto de la vida, esta ya muy difundida, aceptada y establecida. El concepto de muerte ha adquirido con el tiempo muchos matices es su entorno como: misterio, miedo, angustia, desesperanza, tristeza, etc., el solo hecho de hablar de ella es negado por la gente y por uno mismo, logrando con esto reprimir y contener los sentimientos y pensamientos que provoca. De esta manera cada individuo se vuelve responsable de cómo enfrentar la muerte, desde una percepción de soledad donde lo único que podría compartir con los demás, ya todos lo saben: la negación, callar porque se

tiene que ser fuerte y leyendo entre palabras lo que se quiere dar a entender: Ya se que te causa miedo, pero no lo digas.

Y por otro lado, la muerte como parte de la vida. Una visión que se ha perdido o transformado con el paso del tiempo, las trasmutaciones culturales, los avances en la ciencia y la tecnología pero sobre todo en la medicina, estos pueden ser factores importantes que influyeron o están influyendo en ese cambio. Pero no hay que olvidar que el hombre a través de un análisis constructivo puede generar también la pauta para la reintegración de la muerte a la vida (aunque suene contradictorio), el comienzo de una cultura hacia la muerte, de una educación para la muerte. Ya que hablar de muerte no solo implica manifestaciones emocionales o ideas culturales, hablar de muerte implica todo aspecto relacionado con la vida del ser humano y la trascendencia que ha tenido en cada uno de ellos hasta llegar a la unidad fundamental de la sociedad y del hombre: la familia. En la familia, la muerte es vivida de formas muy particulares por cada integrante, pero no se deja de tener un resultado en conjunto, como un todo.

El análisis y descripción de estos factores en relación con la muerte no es algo nuevo para el hombre, aunque recientemente haya adquirido su aceptación de carácter científico a través de la disciplina tanatológica. La tanatología hace un énfasis importante en el apoyo a los pacientes con una enfermedad terminal que están en proceso de duelo y del apoyo a sus familiares. Describe una metodología de trabajo y en México se apoya en dos instituciones. La tanatología es el estudio de la muerte, y se abordara en conjunto con los anteriores puntos en el siguiente capítulo.

## **CAPITULO 2.- LA TANATOLOGÍA Y EL PROCESO DE DUELO**

### **A).- LA TANATOLOGÍA**

La tanatología es el estudio científico o de carácter objetivo de la muerte. Si bien los requerimientos de la sociedad actual han llevado a esta disciplina a institucionalizarse, los planteamientos realizados, las dudas, las reflexiones, en si su objeto de estudio, sigue siendo el mismo que ya en la antigüedad preocupaba a los pensadores: ¿Qué es la Muerte? A partir de allí, devienen una cantidad infinita de preguntas. La tanatología como disciplina tiene una vida muy corta pero ha tenido avances significativos al centrar buena parte de su atención en el cuidado y apoyo de enfermos terminales. En función de ellos se ha estudiado la ansiedad, el miedo, las diferentes actitudes frente a la muerte, al apoyo de la familia, etc., pero sobre todo y de gran interés para este trabajo, la tanatología de la mano de su precursora Elizabeth Kubler Ross (2006), ha trabajado sobre la idea y difusión de integrar a la muerte como parte de la vida. Que sea entendida esta como una parte más, como una experiencia que puede ser enriquecedora para todos los involucrados, en donde la muerte se puede vivir de una forma digna, donde los miedos se ven minimizados y la comunicación acerca de cómo se van los seres queridos y la persona en proceso de morir adquiere una importancia sumamente relevante, con ello, contradice o se opone a la idea generalizada actualmente acerca del rechazo hacia la muerte. Además, el trabajo de Kubler Ross (2006) describe las manifestaciones que puede presentar un paciente terminal al enfrentar su muerte, y de igual forma, las manifestaciones que puede presentar la familia durante el proceso de morir de un ser querido o después de la muerte de este, a las que denomino: "proceso de duelo".

La descripción del proceso de duelo y la forma en que concibe la muerte Kubler Ross es importante revisarla, ya que a partir la forma en que aborda y explica dicho proceso, se elabora la propuesta del presente trabajo.

Haciendo un poco de historia acerca de la tanatología se encuentra a Ortiz (2000) quien dice que antaño se nacía y moría en casa; hoy, nacer y morir son actos que se realizan en un hospital. Estos cambios obligaron al médico, entre otras cosas, a tratar al moribundo. Aparecieron, entonces, en la literatura médica científica, artículos pioneros sobre el tema de la muerte: Lindeman en 1944, los de German Feifel en los años cincuenta, y más tarde los de Norman Farberow, Edwin Shneideman y Richard Kalish. En 1969 Elizabeth Kubler Ross escribió su famoso libro la muerte y los moribundos. Poco a poco se desarrollo una nueva especialidad: La tanatología.

La tanatología o estudio de la muerte y la agonía, esta surgiendo como un punto de interés que ya se comienza a reconocer la importancia de integrar la muerte dentro de la vida. Elizalde (2002) menciona que la tanatología es una ciencia humanística que tiene como objeto de estudio, según Martínez Bouquet, a la muerte.

Con el inicio del siglo XX los cambios tanto en la sociedad como en la medicina y sanidad contribuyeron a crear una expectativa mayor de vida, la gente rara vez tiene que enfrentar la inminencia de la muerte en la edad temprana y es por ello que no esta preparada para aceptarla. El numero de personas con un diagnostico de enfermedad incurable va en aumento pero los jóvenes y las personas de mediana edad rara vez enfrentan la muerte cara a cara, e incluso, pueden pasar gran parte de su vida sin pensar seriamente en su propia muerte. La tanatología o estudio de la muerte y la agonía está surgiendo por la importancia de integrar la muerte dentro de la vida. Romero (2000)

Actualmente en México la tanatología ha dirigido su atención hacia el paciente terminal y su familia, desafortunadamente no se le ha dado la importancia que merece, pues, la sensibilización con respecto a la muerte promovería la salud mental, y en el ámbito de prevención primaria, la aparición de trastornos como la depresión producto de la

imposibilidad de elaborar adecuadamente la pérdida del ser querido (Bravo, en: Romero, 2000).

La sociedad española de tanatología (2000) concibe a la tanatología como una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que interrelaciona (multidisciplinar). El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales y además aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada en los debates sobre el derecho a una muerte digna que no buscan otra cosa que repensar y resimbolizar. Sin embargo el principal fin de la tanatología del que hacen eco, es el de desmitificar la muerte y el morir, aprendiendo a convivir con ella. En este sentido participan de la opinión de educar para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural, social y a la luz de la ciencia todos podamos no solo vivir sino también morir con dignidad.

Elizalde (2002) elabora un concepto en el que integra aspectos de suma importancia. Para él la tanatología es una ciencia que percibe al hombre como un todo, sus necesidades y realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales. Se encarga no solo del estudio de la muerte sino también de sus manifestaciones, del enfermo terminal y sus seres cercanos; así como del suicidio y los individuos que hallan tenido una pérdida significativa, para lo cual analiza los aspectos antropológicos y culturales que guarden relación con las costumbres y los ritos en torno a la muerte. Ayuda a los enfermos terminales, a sus familiares y amigos a disminuir su sufrimiento y aceptarla, con lo cual se busca tener una muerte digna, no obstante, contempla antes que nada al enfermo terminal y luego a quienes le rodean. Busca que el enfermo terminal viva el tiempo que le queda con dignidad, respeto, plenitud aceptación y amor a la vida. Además se encarga de enseñar el buen morir pero, paradójicamente, lo hace a través de enseñar el buen vivir es decir, para que halla una comprensión de la muerte antes debe haber una comprensión de la vida. Con ello queda claro que no solo los pacientes terminales pueden beneficiarse del trabajo tanatológico sino la población en general.

López (en: Romero, 2000) dice que para hacer posible la comprensión del quehacer tanatológico es necesario definir tanto el concepto de enfermo terminal como el de cuidados paliativos, estos últimos son factores clave en el tratamiento del enfermo y sirven para brindarle calidad de vida durante su proceso de muerte. En términos médicos un enfermo terminal es aquel cuyo padecimiento tiene una evolución progresiva que conducirá a la muerte en un plazo relativamente corto, aproximadamente dos o tres meses. Gutiérrez (1993) menciona que la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical tanto para el afectado, como para la familia y su entorno. Y de acuerdo con Martínez (en: Romero, 2000) uno de los principales puntos de trabajo de la tanatología según Cicely Saunders es el apoyo a la familia considerando que cada cual reacciona de acuerdo a su estructura psicológica y a sus vínculos con el enfermo.

A lo anterior es necesario agregar que si la persona no sabe del proceso de morir, si sus familiares se encuentran llenos de ambivalencia y culpa, su médico debiera ser capaz de poderlo orientar y darle un sentido a la experiencia, así como guiar a los familiares en el manejo de sus propias vivencias y para el apoyo del moribundo. La creencia actual de ésta, se relaciona con la atención y cuidados que deben ser proporcionados no solo a los pacientes diagnosticados con enfermedad terminal, sino, a la familia y amigos que conviven con ellos. (Scheiner, en: Romero, 2000)

Con lo anterior queda claro cual es el objetivo de la tanatología, ahora bien, en México la tanatología es introducida e impartida actualmente por dos instituciones, El Instituto Mexicano de Tanatología A. C. y La Sociedad Mexicana de Tanatología A. C. como resulta lógico pensar cada una de estas instituciones tiene formas de trabajo diferente que las distinguen, pero que a su vez las enriquecen y que es elemental su revisión.

## 1).- INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGÍA A. C. (INMEXTAC)

Es necesario prestar la atención debida a la Tanatología, ya que la muerte es un fenómeno de todas las estaciones de la vida humana. Esto quiere decir que su fuerza directiva está presente en todos nosotros, sanos y enfermos, jóvenes y viejos. Por tanto se deben analizar y reformular las connotaciones negativas de la muerte ya que suelen asociarse con sentimientos de desarraigo y de enfrentamiento a lo desconocido. (Kübler-Ross, en: Espinosa, 2000)

La finalidad de la tanatología es proporcionar al hombre que muere, una buena muerte, una muerte apropiada, con el menor sufrimiento posible ayudándole a solucionar sus conflictos y a vivir con calidad, ésa su última etapa de vida. También los sobrevivientes cercanos son objeto de la tanatología: es importante que ellos puedan aceptar y procesar la pérdida de un ser querido (Teresita, 2003). La anterior definición es el entendido de cómo el instituto mira a la tanatología.

Romero (2000) explica tomando como base los manuales de consejería tanatológica del INMEXTAC (1997, 1998, 1999) que se pueden citar como fases en el proceso de intervención las siguientes:

- ▶ **Fase de interrelación:** caracterizada por la compenetración emocional que se establece entre el consejero y el usuario, teniendo como meta el establecimiento de un encuentro genuino que proporcione comprensión y calidez humana.
- ▶ **Fase de catarsis:** en ella se pretende que el usuario exprese sus sentimientos e ideas, el requisito fundamental es que el terapeuta sepa escuchar, esté concentrado y se identifique con las expresiones del usuario mientras habla.
- ▶ **Fase de interposición o insight:** en un sentido estricto esto se refiere a la exploración de la conciencia por ella misma, en esta fase cuanto mayor sea el nivel intelectual tanto del usuario como del consejero mayor será la capacidad para profundizar y explorar en sus conflictos y como consecuencia habrá mayor enriquecimiento del encuentro; la dimensión pedagógica es la fase mas difícil de alcanzar ya que implica crecimiento, transformación de ideales espirituales y existenciales además de encontrar un nuevo proyecto de alternativas que lo lleve a considerar la posibilidad de poder hacer algo por él mismo.

En cada una de estas fases un aspecto importante es la comunicación franca integradora y sobre todo humanizadora ya que ésta permite al tanatólogo adentrarse en el mundo interno del paciente y contribuye además a discernir sobre las posibilidades de tratamiento y alivio del sufrimiento.

## 2).- ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA A. C. (AMTAC)

La tanatología es introducida en México por la Asociación Mexicana de Tanatología Asociación Civil (AMTAC) la cual de acuerdo con Reyes (en: Elizalde, 2002) "Nació para llenar un vacío existente y existencial en todo México". Esta Asociación es civil y no lucrativa, multidisciplinaria. Su fundación se remonta al 18 de Noviembre de 1988, por el Dr. Luis Alfonso Reyes Zuribía. La ideología bajo la cual se guía contiene los siguientes principios:

- a) La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos. Eliminar estos miedos es dar vida: vida a plenitud, vida llena de calidad.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir, en la mayoría de los casos, quienes tienen ideas suicidas prefieren recibir ayuda adecuada, en lugar de fabricar su propia muerte.
- c) Por último siguiendo las enseñanzas de Klubler Ross, consideran que el amor incondicional es un ideal asequible.

Conforme a estos principios, las metas de la AMTAC son:

1. Ayudar a combatir el miedo a la muerte para lograr una mejor calidad de vida.
2. Prevención, Intervención postvención en casos de suicidio.
3. Lograr que el paciente deseché las emociones negativas que han sido reprimidas en el pasado para ayudarlo a vivir libre, feliz, en paz consigo mismo y con los demás.

En esta asociación la meta del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza real. En ella está contenida el verdadero sentido de la vida que incluye una mejor calidad de vida, la muerte digna y en paz.

En México, a partir de la fundación del Instituto Mexicano de Tanatología (INMEXTAC) y de la Asociación Mexicana de Tanatología A. C. (AMTAC) se han abierto las puertas a todo tipo de profesionales para formarse como tanatólogos. En pocas palabras, cualquier persona que esté interesada sobre la tanatología puede hacerlo. Esto último no puede ni debe ser negado a nadie, sin embargo, ejercer como tanatólogo si debe restringirse a un grupo de profesionales cuya preparación y formación profesional les permitan manejar óptimamente estos conocimientos.

Según Noyola (en: Elizalde, 2002) entre los profesionales cuya formación previa puede ser completada con la formación Tanatológica se encuentran: los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, asistentes religiosos y psicólogos. Para estos últimos, el fungir como tanatólogo es necesario contar con un adecuado nivel de análisis, a través del cual verdaderamente se comprenda la situación del enfermo y se elaboren preguntas o realicen comentarios coherentes y oportunos al discurso o silencio del paciente. Esto implica, percatarse de indagar cuáles son las condiciones sentimientos y comportamientos que el paciente experimenta en su situación presente, para que a partir de estos elementos pueda dotársele de las habilidades necesarias para afrontarla con el menor dolor posible.

Dice Elizalde (2002) que aun cuando el trabajo tanatológico es casi desconocido en nuestro país, la AMTAC ha propuesto un tratamiento tanatológico para cada una de las emociones que tiene lugar durante el proceso de muerte. Y Por otro lado el Instituto Mexicano de Tanatología ha decidido llevar a cabo la tanatología en un nivel de consejería enfatizando la necesidad de contar con características que le permitan al tanatólogo comprender los estados afectivo y emocional por los que atraviesan, tanto pacientes como familiares.

La AMTAC y el INMEXTAC tiene notables diferencias referentes al ejercicio de la tanatología, debido a que la primera enfatiza en los aspectos místicos y religiosos, mientras que la segunda propone una intervención mucho más sistemática y científica, ambas coinciden en que el tanatólogo puede valerse de los cuidados paliativos para lograr una

muerte digna del enfermo terminal y a su vez cobra gran relevancia el proceso de duelo considerado por Kubler Ross (Romero, 2000).

A pesar de las diferencias que son mencionadas, cada institución ha realizado investigaciones relativas a la muerte, sobre las circunstancias que la rodean, además, ambas retoman el proceso de duelo descrito por Kubler Ross, el cual también se revisará más adelante, pero con antelación a ello se brinda en el siguiente apartado una perspectiva general de lo que involucra el duelo.

## **B).- EL PROCESO DE DUELO**

La mayoría de nosotros desconocemos lo que es el duelo hasta que lo experimentamos en carne propia. Cuando alguien muere, es posible que observemos un cambio en nuestras relaciones con los demás; nuestras familias y amistades ya no son lo mismo debido a las alteraciones que trae consigo la pérdida de uno de los miembros. En años recientes, la investigación ha revelado que existen patrones emocionales identificables durante el duelo (O'Connor, 2003)

En relación a lo anterior Neimeyer (en: Ramon, 2003) dice que acorde con sus postulados, la psicoterapia constructivista del duelo, identifica al ser humano como un agente activo que intenta asimilar los eventos en sus sistemas personales y de creencias, mismos que pueden ser cambiados por una experiencia de pérdida. Hay que considerar que desde la postura relacional o sistémica se propone que el duelo es un proceso activo, cambiante y que ocurre en el campo de una amplia red de relaciones (Walsh y McGodrick, en: Ibarra, 1997)

Desde esta postura entonces el duelo puede ser entendido como un proceso que repercute no solo a nivel individual, sino también a nivel familiar o social, esto va a depender del contexto en el que desenvuelva el duelo y de aquellos con quienes este en contacto.

Elizalde (2002) agrega que en este estado, los deudos se sienten privados de un ser querido y abarca diferentes emociones tales como llanto, negación, aturdimiento, etc. estas emociones producen diversas manifestaciones que alteran la conducta rutinaria de la vida, ya que aparecen en los sentimientos, pensamientos y actividades, y de ellas se enlistan las siguientes:

- ▶ Sentimientos: hay tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, y autorreproches.
- ▶ Sensaciones físicas: Estomago vacío, tirantez en el tórax o la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo y tos seca.
- ▶ Cogniciones o pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- ▶ Comportamientos o conductas: se sueña con el fallecido, hay trastornos del apetito como deficiencia o exceso, conductas dañinas para la persona (p. e. actos temerarios), aislamiento social, suspiros, hiperactividad, llanto y frecuentación de los lugares que acostumbraba el fallecido.

Ante la manifestación de algunos de los aspectos anteriores, Romero (2000) dice que lo importante es permitir que la persona manifieste libremente todas sus emociones y pensamientos que se vayan presentando con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida. Todas las personas en duelo tienen necesidades concretas que es importante que se puedan cubrir para facilitar su proceso.

Kubler Ross (en: Acevedo, 1994) habla también de que los asuntos inconclusos es importante que se concluyan para que el doliente pueda retirar la energía depositada en el

ausente. Si estos asuntos inconclusos no se terminan, la persona estará permanentemente tratando de satisfacerlos en la fantasía sin avanzar en el proceso de aceptación.

Ya que las manifestaciones son diferentes para cada individuo, lo anterior es solo una posibilidad dentro de toda la gama de sentimientos, sensaciones, pensamientos, o conductas. Sin embargo, el fin o la meta siguen siendo la misma, poder llegar a aceptar la pérdida, pero al mismo tiempo esto se convierte no solo en una meta individual, sino que adquiere una dimensión más grande que involucra a la familia.

Desde una visión sistémica, el reto básico que enfrenta la familia ante la muerte de uno de sus miembros es la reorganización del sistema de tal manera que pueda subsistir como tal. Tal reorganización implica que la familia cumpla con una serie de retos o tareas de desarrollo, pues la adaptación implica cambio y por lo tanto crecimiento o desarrollo. De tal manera que los individuos y la familia como totalidad buscan activa e intencionalmente esta adaptación, no se trata pues de un proceso pasivo pues “contrariamente a la creencia popular, el tiempo, por sí solo, no cura” (Rosen, en: Ibarra, 1997)

En última instancia, el duelo debería conducir a un nuevo reto, el establecimiento de nuevas relaciones afectivas, la realización de nuevas metas tanto personales como familiares (Leick y Davidsen-Neilsen, en: Ibarra, 1997).

En este apartado se mencionaron varias de las manifestaciones que se presentan durante el proceso de duelo. Ahora habrá que revisar de que forma se presentan en el proceso de duelo de Kubler Ross.

### **C).- ETAPAS DEL PROCESO DE DUELO SEGÚN ELIZABETH KUBLER ROSS**

A Elizabeth Kubler Ross, una psiquiatra suiza se le considera la madre de la psicología de la pérdida y la muerte, se le conoce ampliamente por haber despertado el interés por este tema, descubrió que muchas personas acogen muy bien la oportunidad de hablar directamente de su condición y que están enteradas de la proximidad de su muerte, aunque no se les haya dicho nada acerca del tema. (Romero, 2000)

Kubler Ross (en: Acevedo, 1994) alude específicamente cómo ayudar al paciente terminal a elaborar el duelo por su propia muerte. Afirma que el duelo sigue 5 pasos los cuales serán descritos más adelante, y propone que la escucha y el reflejar las emociones que va experimentando el paciente es el arma más útil para ayudarlo.

#### **1).- NEGACIÓN Y AISLAMIENTO**

Kubler Ross (en: Romero, 2000) dice que la primera reacción tanto de pacientes terminales como de personas que sufren una pérdida es de negación. No pueden aceptar que esto les está ocurriendo a ellos, por lo general creen que quien les informa de su enfermedad, está en un error.

El hombre tiene que defenderse psicológicamente contra este mayor miedo a la muerte por la mayor incapacidad de preverla y protegerse contra ella. Psicológicamente, puede negar la realidad de su propia muerte durante un tiempo. Como en nuestro inconsciente no podemos percibir nuestra propia muerte y creemos en nuestra inmortalidad, pero podemos percibir la muerte de nuestro vecino, las noticias de muertes en combate, en las guerras o en la carretera, solo sirven para reforzar la creencia inconsciente en nuestra propia inmortalidad y nos permite –en la intimidad y el secreto de nuestro inconsciente– alegrarnos de que “le ha ocurrido al vecino y no a mí” (Kubler Ross, 2006).

Kubler Ross (2006) menciona que esta etapa de negación y aislamiento funciona como un amortiguador tras una noticia inesperada e impresionante, permitiendo recobrase

y movilizar otras defensas menos radicales (¡No, yo no, no puede ser verdad). Generalmente la Negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

Delgado (1998) en un análisis que hace acerca del proceso de duelo desarrollado por Kubler Ross, menciona que a la primera fase se le llama de Negación y Aislamiento y agrega a lo ya mencionado en esta etapa que lo fuerte de la negación dependerá de cómo se le diga el diagnóstico al enfermo, de cuanto tiempo quede, y de cómo se ha ido preparando a lo largo de la vida. En esta etapa se sufre de angustia. A veces, el paciente tendrá gran necesidad de ser escuchado, lo cual hay que hacerlo, no cuando el oyente lo desee, sino cuando el enfermo lo necesite. Normalmente el aislamiento se vive mucho después.

## **2).- IRA**

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente surge la siguiente pregunta: “¿Por qué yo?”. En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

En cuanto al proceso de morir, el proceso de dolor siempre lleva consigo algo de ira. Como a ninguno de nosotros le gusta admitir su cólera respecto de una persona muerta, estas emociones a menudo son disfrazadas o reprimidas y prolongan el periodo de dolor o se manifiestan de otras maneras. (Kubler Ross, 2006)

Elizalde (2002) haciendo referencia a Kubler Ross menciona que cuando es imposible continuar manteniendo la negación, es sustituida por esta fase en la que se experimentan y manifiestan sentimientos incontrolables e irracionales de ira, rabia, envidia, y resentimiento, que surgen ante la percepción de injusticia que el paciente tiene por su muerte próxima en un plazo corto.

Es difícil soportar esa fase, el problema radica en que son pocos los que pueden ponerse en lugar del paciente. El enfermo se puede irritar si le muestran la parte alegre de la vida; alzará la voz, pedirá cosas, se quejará y pedirá que se le atienda, quizá como un último grito: “Estoy vivo, no se olviden de eso. Pueden oír mi voz. ¡Todavía no estoy muerto!. Kubler Ross insiste: un paciente al que se le comprenda y respete se sentirá un ser humano valioso. Lo malo es que no pensamos en las razones del enojo. La rabia puede venir por problemas inconscientes que comienzan desde la misma infancia, o por la constante frustración en la que vive el paciente. Es muy importante nuestra tolerancia ante la rabia, racional o no, del paciente. Debemos ser conscientes de que el alivio que experimenta al manifestarla la ayudará a aceptar mejor su próxima muerte. Esto solo lo logramos si somos capaces de afrontar nuestros propios miedos y temores respecto a la muerte (Delgado, 1998).

## **3).- NEGOCIACIÓN O REGATEO**

Esta tercera fase es importante por que demuestra un interés por buscar otra salida, el siguiente paso puede ser “si me esta ocurriendo a mi pero...”, el pero es una tentativa de negociar el tiempo, generalmente el paciente pone como limite una fecha importante para él, pretende ganar tiempo diciendo que si Dios le concede este deseo ya no pedirá más. Esta fase evoca sentimientos de culpabilidad que van ocultos en las promesas, por eso es importante escuchar al paciente o doliente para aminorarlos. (Kubler Ross, en: Romero, 2000)

Delgado (1998) complementa citando a Kubler Ross, Durante breves periodos de tiempo es una breve negociación que se hace con "Dios"; "si enojándome no conseguí lo que quería, a lo mejor logro ser recompensado si guardo una buena conducta". Lo que quiere lograr el enfermo, o el familiar, es más vida, o al menos, menos dolor. En realidad es un intento de posponer los hechos; incluye un vencimiento impuesto por el propio paciente y una promesa de no volver a pedir algo más. Las promesas que se hacen, las cuales según Kubler Ross solo son conocidas por el sacerdote, pueden relacionarse con ocultos sentimientos de culpa.

#### **4).- DEPRESIÓN**

En esta etapa las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida, al expresar la profundidad de su angustia pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor. (Kubler Ross, en: Romero, 2000)

Kubler Ross (en: Elizalde, 2002) indica que en esta etapa no se puede continuar negando su enfermedad y destino. Entonces su ira y rabia son sustituidas por una gran sensación de pérdida (p.e. económica, afectiva, del empleo, del hogar, de algún órgano y, la más dolorosa, la del propio ser). Con la que comienza un periodo depresivo que trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. Otros síntomas de la depresión como son la pérdida de interés, la incapacidad para gozar de las cosas y el embotamiento de las emociones se debe totalmente a los malestares físicos que afectan a los pacientes. En esta fase hay tres diferentes depresiones: La depresión reactiva, la depresión ansiosa y la depresión anticipatoria o preparatoria.

En la fase de depresión predomina una gran sensación de pérdida, en un principio el paciente requiere de mucha comunicación (sobre todo en lo que concierne a la reorganización del hogar), esto se denomina depresión reactiva dentro de esta misma fase se presenta la depresión preparatoria que es más silenciosa, en ella el paciente empieza a preocuparse más por lo que espera que por lo que deja a tras. (Kubler Ross, en: Cadena de los Santos, 2003). Una persona comprensiva puede ayudar muy bien al paciente que sufre de depresión reactiva. En cuanto a la primera, no se necesitan palabras sino sentimientos manifestados. La depresión anticipatorio es necesaria y beneficiosa, según Kubler Ross, es el único modo que hay para que le paciente muera en fase de aceptación y paz (Delgado, 1998).

La depresión ansiosa, es una depresión cargada de dolor. Consiste en que la persona quiere morir. La ansiedad en que todo el ser quiere vivir. Y esto provoca una guerra total en el interior del sujeto, además de llenarlo de tristeza generalmente su primer síntoma es la aparición de hipocondría (Zuribía, en: Delgado, 1998).

#### **5).- ACEPTACION**

Finalmente las personas pueden reconocer "mi tiempo esta muy cercano ahora, y esta bien". No es necesariamente una época feliz pero la gente que ha trabajado a través de su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallecen con un sentimiento de paz consigo mismos y con el mundo. (Kubler Ross, en: Romero, 2000)

Según Kubler Ross (en: Elizalde, 2002) la aceptación puede ser de dos tipos. Neutral, en la que no se teme a la muerte aunque tampoco es bienvenida sino simplemente se le acepta como uno de los hechos inherentes de la vida y se procura sacar el máximo provecho a esta última. De acercamiento, en la que se presenta la creencia de una vida feliz después de la muerte. Cabe señalar que la aceptación no es una fase feliz (¿quién se alegra de morir?), aun cuando aparentemente se encuentra desprovista de sentimientos y pareciera que el dolor ha desaparecido hay variedad de ellos como producto de la despedida de todo aquello y aquellos que se ama.

Kubler Ross (en: Cadena, 2003) dice que en la fase de aceptación el destino inevitable no le deprimirá ni le enojará, habrá podido expresar sus sentimientos de envidia, coraje, habrá llorado todas sus pérdidas (personas, objetos, lugares) contemplara su próximo fin con relativa tranquilidad; se trata de una fase casi desprovista de sentimientos cuando se ha encontrado cierta paz y aceptación de la muerte, la capacidad de interés disminuye, se a separado poco a poco de todo lo que le rodea, incluidos sus seres queridos.

Arriaga (2005) señala que las etapas formuladas por Kubler Ross también suelen aparecer en familiares y allegados, pero no al mismo tiempo que en el paciente terminal; aun más; por razones obvias las fases finalizan en el paciente al acabar su vida, sin embargo, el proceso en los familiares y allegados continua más allá de este momento, generándose un proceso de duelo, con las siguientes etapas:

**EMBOTAMIENTO MENTAL:** caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la capacidad de aceptar la realidad.

**ANHELO Y BÚSQUEDA DEL REFERENTE PERDIDO:** aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, y culpa con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico hablamos de un duelo patológico).

**DESORGANIZACIÓN Y DESESPERACIÓN:** suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal.

**REORGANIZACIÓN:** si se van superando las fases poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión/ distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas puedan ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte.

Debido a que existen diferencias individuales no se debe suponer que todas las personas atraviesan por cada una de las etapas en el orden descrito por la autora, pues las personas agonizantes pueden mostrar una mezcla de conflictos o reacciones alternas que van de la negación a la aceptación con variantes tremendas que son afectadas por la edad, el sexo, la raza, el grupo étnico, la posición social y la personalidad.

Kubler Ross (en: Acevedo, 1994) dice que es importante que la persona se sienta apoyada, que sepa que su reacción es normal y que “esta bien”, y que no trate de encubrir sus emociones. Esto puede llegar a dificultarse debido a la reacción de las personas cercanas a él. La comprensión empática y el hacer sentir al paciente que puede manifestar sus emociones es el medio para lograr la aceptación. Sin embargo es importante que la persona que esta apoyando (el psicólogo por ejemplo) este consciente de cual es su propia actitud ante la muerte y la pérdida, y como vive él su propio duelo. Esto último es particularmente importante ya que, como afirma Cassem (en: Acevedo, 1994) la empatía con una persona en duelo nos enfrenta con la pérdida de nuestras fantasías de vulnerabilidad.

El proceso de duelo que describe Kubler Ross no solo adquiere un carácter teórico funcional para la tanatología, además, es una herramienta de trabajo en la que se apoyan tanto el INMEXTAC como la AMTAC para trabajar con los enfermos terminales y brindar apoyo a sus familiares en el enfrentamiento a la muerte y después de ella en el proceso de duelo. Se reviso brevemente la ideología y la forma de trabajo de cada institución que estudian y enseñan lo concerniente a la tanatología. Por ello, para los fines de esta revisión teórica es de especial interés abordar a profundidad las bases teóricas sobre las que se apoya el modelo terapéutico de la terapia familiar sistémica y la terapia narrativa, ya que la revisión y análisis del presente trabajo esta en función de dicha teoría. Por ello en el siguiente capítulo se revisaran sus bases teóricas.

## CAPITULO 3: LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y LA VISIÓN POSMODERNA

### A).- BASES TEÓRICAS

#### 1).- CONSIDERACIONES SIGNIFICATIVAS EN EL SURGIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

En este apartado se mencionan aquellos datos que se consideran relevantes para el sustento del presente trabajo, motivo por el cual, no han de considerarse como los más importantes o los únicos hechos que dieron pie al surgimiento de la terapia familiar. La finalidad es presentar algunos de los hallazgos que permiten dar un panorama general de cómo se fue desarrollando ésta, a través de la interacción de diferentes posturas y enfoques que año tras año han ido enmarcando y definiendo las bases de este tipo de terapia.

##### 1.1).- De 1920 a 1950

De acuerdo con Frzzetti y Jacobson (en: Godinez & Gutiérrez, 2003). Los orígenes de la Terapia Familiar se ubican en el movimiento de trabajo social del siglo XIX cuando empieza a gozar de popularidad como una alternativa terapéutica. Una de las principales razones por las cuales tardó en desarrollarse, fue por la teoría psicoanalítica de Freud, que estaba centrada en los problemas individuales e intrasíquicos más que en la idea de sistemas y relaciones.

Sánchez y Gutiérrez (2000) dice que la profesión de consejero familiar surge como un apoyo a profesiones como la psiquiatría, la psicología, la pedagogía y la sexología. Es a finales de la década de 1930 cuando se independiza de todas estas especialidades y se pronuncia como una disciplina con fundamentos teóricos. Godinez & Gutiérrez (2003) hace referencia de algunos sucesos importantes que extrae de Sánchez y Gutiérrez (2000):

FECHA	Iniciadores de la Consejería Familiar
1929 – 1933	Hirschfeld y sus estudios de la familia (Sexología).
1930	Paul Popenoe en E. U. funda la clínica del Instituto Americano de Relaciones Familiares.
1932	Emily Hortshone Mudd. Establece la práctica en terapia familiar y desarrolla un programa de evaluación. Funda la American Association of Marriage Counselors.
1938	David y Mera Mace forman en Londres el primer Marriage Guidance Council
1942	Ernest Groves, propone el establecimiento de una asociación profesional de orientación familiar.
1944	Se establecieron lineamientos para formar orientadores familiares, AAMC
1949	Abraham Stone y Hannak, edita trabajos en orientación familiar.

Fuente: Sánchez (2000; en: Godinez, 2003)

Por otro lado, Nathan W. Ackerman, según Hoffman (2001) es considerado como la más importante figura que ha surgido del establecimiento psiquiátrico del nordeste de los Estados Unidos. Aunque empleando formulaciones psicodinámicas para escribir su obra, no obstante creó un arte de la psicoterapia que chocó con toda tradición conocida. Empezando a finales de los treinta con un artículo sobre la familia como una unidad biosocial – emocional, fue uno de los primeros en analizar a las familias en la clínica durante los cincuenta. Ackerman, sostiene que existe una constante interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el conflicto interpersonal procede del conflicto intrapsíquico, que no es sino el resultado de conflictos intrapersonales interiorizados (Ochoa de Alda, 1995).

## 1.2).- De 1950 a 1960

Para el año de 1952, John Bell, acuña el término Terapia Familiar para designar una nueva modalidad terapéutica. También realizó publicaciones en el *Saturday Evening*, motivo por el cual se le puede llamar padre de la terapia familiar moderna. En 1953 el Dr. Bell hace su primer reporte a un grupo de colegas, indicándoles el uso de nuevas técnicas de terapia familiar aplicadas a todo el grupo familiar que anteriormente las veía con técnicas individuales y grupales. (Ochoa, en: Godinez & Gutiérrez, 2003)

Sin embargo, se le atribuye a Bowen (1991) el primer punto de partida importante en el desarrollo de la teoría familiar aplicada en una investigación, dirigida por el Instituto Nacional de Salud Mental durante los años de 1954 – 1959. En este estudio las familias enteras vivían en la sala hospitalaria con los pacientes esquizofrénicos. La línea de base para esta investigación había sido desarrollada por el trabajo clínico con esquizofrénicos en la Clínica Menninger durante el periodo de 1946 – 1959. El proyecto en vivo sirvió de origen para el conocimiento de muchos hechos nuevos sobre la esquizofrenia. En 1955 condujo al desarrollo de un método de terapia familiar.

Hoffman (2001) dice que el enfoque de Bowen ha que sido el de mayor influencia entre las terapias históricas. Puesto que, por confesión propia, no subraya los síntomas, ni los problemas, más bien se le puede colocar con justicia en el momento en que incluye las “terapias de crecimiento” orientadas hacia el individuo. Su método de asesorar a los miembros de la familia para que vuelvan a sus familias de origen, ofrece un camino para la individuación y la autonomía personales, aunque por la vía de la familia.

La terapia Boweniana esta destinada a identificar las pautas originadas en el pasado, pero que ejercen un dominio sobre las personas en el presente, y ayudar a las personas a zafarse. Así, Bowen insiste en buscar claves para miembros vivos de la familia extensa, especialmente de las generaciones más viejas, para trazar una pauta y de ser posible alterarla. Si la familia es, como lo siente Bowen, una enorme red interconectada, las repercusiones en un extremo podrán sentirse en otro extremo muy lejano, si no a través de toda la red. Aun los recuerdos de relaciones con los padres o parientes hoy muertos pueden ser influidos o cambiados, al menos en la mente, con resultados útiles.

La forma más común de la terapia Boweniana es la búsqueda de la diferenciación del Self. Y una diferencia importante entre el enfoque de Bowen y los enfoques Estructural y Estratégico es que la terapia no cesa al desaparecer los problemas. Es aquí, claramente, donde la terapia Boweniana se aproxima más al modelo psicodinámico, ya que el resultado deseado es un Self maduro y autónomo para cada miembro de la familia.

En 1956 Bowen realizó estudios informales con pacientes ambulatorios menos graves de enfermedad emocional. Otro proyecto paralelo, tuvo que ver con la aplicación de los resultados de otras investigaciones en familias nucleares y extensas. Durante los años de 1955 y 1956, hubo presentaciones informales de pequeños grupos profesionales, pero la primera presentación formal en congresos nacionales se produjo en la primavera de 1957. Y posteriormente, un artículo titulado “Psicoterapia Familiar” que se publicó finalmente en enero de 1961.

Por otra parte en el año de 1952 (a 1962) se forma un primer grupo de investigación en Palo Alto, con Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland y otros. Los cuales constituyeron sus posiciones iniciales en este grupo con teorías científicas que fueron proporcionadas por las ciencias sistémicas, como son: la Teoría de la Información, la Teoría del Juego, la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. (Stierlin, en: Godinez & Gutiérrez, 2003) El interés de Gregory Bateson radicaba en la teoría de sistemas y en la clasificación por jerarquías, especialmente la de los tipos lógicos, que lo llevaron al uso de la paradoja. Esta consiste en dos aseveraciones simultáneamente contradictorias que no admiten comparación porque forman parte de dos niveles lógicos: el explícito (estoy

mintiendo) y el implícito (espero que tu creas lo que yo te digo). Estos dos niveles están presentes siempre en todos los discursos humanos. El fenómeno es explicado de la siguiente manera: cuando el metamensaje es explicitado la afirmación original pierde de alguna manera su poder o sus cualidades paradójicas, asumiendo las cualidades de un simple par de aseveraciones contradictorias (A es verdad / A es falso). Bateson se interesa por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a paradojas. La paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva. (Eguiluz; 1991)

En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson comenzando a estudiar la comunicación de los psicóticos y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión “doble vínculo” alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

Posteriormente, Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962. El trabajo experimental se orienta a estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo, buscando las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y no sintomáticas.

Dentro de este contexto, Don Jackson, quien interviene como consultor en el proyecto de Bateson, funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI), el cual se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de los sistemas. El grupo inicial estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. (Ochoa de Alda, 1995)

### **1.3).- De 1960 a 1970**

Tres años después de la fundación del Mental Research Institute, en 1961 se incorporó Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Jay Haley y John Weakland (Ochoa de Alda, 1995). Jackson como sus colegas en el instituto, se interesó en un fenómeno hasta entonces indescriptible: las secuencias que recurrentemente cambiaban y que, sin embargo se entrelazaban; el comportamiento de familias que de alguna manera tenían correlación con un síntoma. Jackson sintió que alterando un elemento de la pauta podía alterar otros, según esperaba, también se alteraría el síntoma. (Hoffman, 2001).

Según Boscolo & Bertrando (2000) el grupo MRI se inspiró en las ideas y técnicas terapéuticas de Milton Erickson, se orientaron hacia las terapias individuales breves, en las cuales el individuo era observado dentro del sistema significativo conectado con el problema presentado. Generalmente el terapeuta del MRI, trataba de interrumpir las pautas (patterns) de relación conectadas con los problemas presentados valiéndose de técnicas como la prescripción del síntoma, la paradoja, las prescripciones de comportamiento y el reencuadre (reframing). Y, coherentemente con una óptica sistémico – cibernética, operaba de manera que emergieran pautas nuevas y más deseables. Los integrantes de este grupo consideran que debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc. Defienden que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo.

En el grupo MRI surgieron diferencias, así Jackson, Watzlawick y Haley, coinciden en centrarse en el contenido manifiesto, utilizan los principios de la cibernética, juzgan irrelevante la historia familiar e intentan facilitar el cambio por medio de intervenciones terapéuticas cuidadosamente planificadas, en absoluto relacionadas con el insight. Cuando

Satir fundamenta su terapia de la comunicación lo hace en la psicología del yo y en los principios de la gestalt, empleando un enfoque educativo basado en el insight. (Ocha de Alda, 1995)

En 1962 surge nuevamente Nathan W. Ackerman quien en compañía de Don Jackson crean la revista *Family process*, la cual contribuye a consolidar la terapia familiar, que había comenzado su gestión en los años cincuentas. A partir de esa década la familia se define como: un grupo natural, en contraposición a los grupos artificiales que se utilizan con fines terapéuticos. El núcleo de tratamiento ya no es el individuo ni un sistema general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear y extensa. Por primera vez comienzan a delinearse claramente las estructuras de las familias. Sin desestimar la importancia de mantener los "límites" entre las generaciones, se enfatiza progresivamente en el hecho de que toda organización es jerárquica. Los años ochenta y noventa se caracterizan por el constante desarrollo de las concepciones particulares de cada uno de los autores, que anteriormente aunaron sus esfuerzos para sacar adelante el recién creado movimiento de la terapia familiar (Ochoa de Alda, 1995). Aunado a ello Hoffman (2001) menciona que Ackerman estaba avanzado hacia lo que después sería conocido como un enfoque "estructural" de la terapia familiar, enfoque que vincula los síntomas con estructuras familiares disfuncionales. No por casualidad el inventor de tal escuela, Salvador Minuchin, fue introducido en la terapia familiar por Ackerman a comienzos del decenio de los cincuentas, cuando Minuchin fue invitado a unirse a Ackerman en su obra con adolescentes varones.

En 1968, año en que falleció Don Jackson, las ideas del MRI cruzaron el océano, esto condujo a que especialistas de la familia como Mara Selvini Palazzoli, analista de niños, en Italia, decepcionada de su trabajo se interesaran por los estudios de Palo Alto. En este mismo año, Palazzoli organizó el Instituto de Estudios Familiares en Milán, donde se le unieron 4 psiquiatras: Luigi Boscolo, Giuliana Prata Gianfranco Cecchin. Este grupo trabajo unido durante más de 10 años, creó un enfoque de sistemas familiares que se utilizó con familias de anoréxicos y con familias de niños con grandes desordenes emocionales. Los asociados de Milán despertaron gran interés en toda Europa por utilizar un formato insólito, trabajaban en dos parejas, con una mujer y un hombre terapeuta en la habitación con una familia y un hombre y una mujer tras una pantalla unidireccional (Hoffman, en: Godinez & Gutiérrez, 2003)

Sobre el grupo de Milan influyó enormemente la obra del MRI, en particular el libro de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin *Pragmatics of Human Communication*. Se estimaba que el enfoque psicodinámico era incorrecto porque se centraba en el individuo como contenedor de la patología. A su juicio, su tesis sustentaba que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problemática cambiaría igualmente. (Boscolo, 1987)

En esta misma época pero en el año de 1962 Salvador Minuchin, junto con E. H. Auerswald y Charles King, lanzó un proyecto de investigación para estudiar y trabajar con familias de muchachos delincuentes en la Wiltwick School. Las personas que recluto representaban una diversa y brillante gama de talento. Reunidos se encontraron investigadores y clínicos como E. H. Auerswald, Richard Rabkin y Braulio Montalvo. De todos los colaboradores de Minuchin, tal vez sea E. H. Auerswald quien más se interesó en utilizar un enfoque de sistemas para transformar la estructura de los programas de psiquiatría comunitaria en marcos públicos.

El enfoque de "sistemas ecológicos de Auerswald, como el lo llamó, iba dirigido al campo total de un problema, incluyendo otros profesionales, la familia extensa, figuras de la comunidad instituciones como las de beneficencia y todas las traslapantes influencias y fuerzas con las que tendría que enfrentarse cada terapeuta que trabajará con familias pobres. Además, ataca la idea de que para crear un sistema de atención de salud plenamente logrado basta con reunir a un equipo de profesionales, cada uno basado en una

disciplina diferente. Lo que se necesita, dice Auerswald, es un nuevo tipo de profesional de la salud que adopte una visión holista "sistémica" del problema. (Hoffman, 2001).

Minuchin trabajó durante breve tiempo con el modelo ecológico, pero lo abandonó para concentrarse en problemas infantiles dentro de la familia nuclear y para elaborar el enfoque "estructural" por el cual es hoy ampliamente conocido. Según este modelo, una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados. El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños las tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos. Varía grandemente el grado en que se admiten parientes o agentes de instituciones sociales en general. Desde este punto de vista estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modo normativo. Desde luego la suposición es que un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, y que si la organización familiar se vuelve más "normal" el síntoma automáticamente desaparecerá (Hoffman, 2001).

#### **1.4).- De 1970 a 1980.**

En este periodo el debate entre el modelo psicoanalítico y el modelo de los sistemas familiares se trasladó a Milán, donde se estudió seriamente si ambos eran o no compatibles. En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin -que los juzgaban incompatibles- se escindieron del grupo original, con el propósito de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar o, como lo llamaron ellos después, sistémico. El nuevo grupo fundó en Milán el Centro Peril Studio della Famiglia. En sus comienzos tuvo como consultor Paul Watzlawick, del MRI.

Durante la mayor parte esta década, el grupo actuó como un grupo de terapia que se reunía dos días por semana, y veía, como promedio, a dos familias por día. Cada sesión se dividía en cinco partes, conforme a un plan: reunión previa en la entrevista, intervalo para debate, intervención y debate final. En la reunión previa, el equipo formulaba una hipótesis preliminar acerca del problema que aqueja a la familia. Solo dos miembros del equipo entrevistaban a esta. Durante la entrevista propiamente dicha, los integrantes del equipo confirmaban, modificaban o sustituían la hipótesis. Al cabo de unos cuarenta minutos, el equipo en pleno se reunía a solas para discutir las hipótesis y llegar a una intervención. Luego los terapeutas que trataban a la familia regresaban junto a ella y pronunciaban la intervención que podía consistir una connotación positiva o bien un ritual que la familia debía de cumplir; este último retomaba la situación problema y tenía como fin introducir un cambio en ella. Finalmente el equipo se reunía para analizar las reacciones de la familia y programar la próxima sesión. (Boscolo, 1987)

Los integrantes del equipo estaban de acuerdo en varias ideas que Bateson formulaba en su teoría de la patología, centrada en la comunicación de doble vínculo. Aunque el proyecto MRI recogió muchas ideas propuestas por Bateson, los dos se basaban en filosofías diferentes. El MRI adoptó una posición esencialmente "estratégica, en tanto que Bateson experimentaba profunda desconfianza por el empleo manipulador de cualquier tecnología, física, social, o psicológica. (Boscolo, 1987)

En este mismo decenio de 1970, el equipo de origen (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata), que utilizaba un modelo de sistema cibernético, intentó descubrir el modo en que se organizaba cada familia y que modelos emergían simultáneamente con los síntomas.

Resultados: “una hipótesis sistémica” y una “intervención final” (reencuadre o prescripción) que el terapeuta comunicaba a sus asistidos.

### **1.5).- De 1980 a la Actualidad**

En 1980 el equipo Milanes se separó. Selvini primero con Prata y después con otro equipo continuó sus investigaciones en este terreno (Boscolo, 1998). Posteriormente, Haley continuó sus investigaciones bajo un enfoque al que fue el primero en acuñar el término “Estratégico” para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. El término ha llegado a ser identificado con la labor de Weakland, Watzlawick y Fish. A estos terapeutas no les interesa la estructura familiar ni el sistema familiar. En contraste con Minuchin, quien empieza a nivel abstracto y trabaja hacia dentro, ellos empiezan a nivel más específico y lo elaboran. Utilizando el modelo de la secuencia autorreforzante, este grupo presupone que el síntoma esta siendo mantenido por el comportamiento mismo que trata de suprimirlo por la solución.

Adoptan una posición fuerte al desafiar constantemente el deseo de cambiar de la familia e insisten en sus mínimos poderes para ayudar. Esto no solo mantiene el control del terapeuta sino que se basa en cualidades oposicionales de la mayor parte de las familias con síntomas psiquiátricos, casi obligándolas a cambiar al resistir a toda orden de no hacerlo. La contribución de la escuela estratégica ha consistido en crear un modelo elegante y ahorrativo para el cambio (Hoffman, 2001).

Boscolo & Bertrando (2000) hacen notar como el nuevo interés por el individuo y su mundo interno esta inscrito en una evolución más general de la teoría y de la práctica sistémica, que comenzó en la década de 1980. Desde la década de 1960 hasta mediados de la década de 1980, el modelo sistémico – cibernético introducido por Gregory Bateson y sus colaboradores inspiró el trabajo de la mayoría de los terapeutas de familia y de pareja. Con el correr de los años la cibernética, núcleo central (aunque no único) de la terapia sistémica, ha experimentado una serie de vicisitudes. Se ha asistido a una convergencia de intereses entre diversas orientaciones terapéuticas. Algunos terapeutas que tradicionalmente se habían dedicado a la terapia individual se abrieron incluso a la terapia de familia y de pareja (inspirándose en ciertos casos en la visión sistémica). Por ejemplo, psicoanalistas, terapeutas cognitivos y ericksonianos han mostrado interés en las contribuciones de la visión sistémico relacional en la práctica terapéutica, mientras que muchos terapeutas familiares sistémicos, han prestado más atención al individuo y a las emociones.

Al respecto Ochoa (en: Godinez & Gutiérrez, 2003) dice que en la década de los ochenta y los noventa, se caracteriza por un constante desarrollo de enfoques terapéuticos. Es así como podemos mencionar la terapia Centrada en Soluciones, en donde se encuentra a O’Hanlon y Weiner – Davis; y la Estratégica con Jay Haley y Cloé Madanes.

Durante las décadas pasadas algunos teóricos provenientes de distintas áreas de investigación han influido en la terapia familiar sistémica, entre los que se puede considerar a Heinz von Foerster, Maturana y Varela (Stierlin y Weber, en: Godinez & Gutiérrez, 2003)

Con respecto a la evolución que se menciona ha tenido la terapia familiar, Mills & Sprenkle (1995) dicen que la evolución de la terapia familiar ha sido tremendamente influenciada por las circunstancias posmodernas en dos formas:

Primero: Las familias están cambiando. En la sociedad americana, la idea de familia y lo que la constituye, esta aparentemente abierta a una nueva interpretación y los terapeutas familiares podrían distinguir varios aspectos a considerarse dentro de esta nueva idea de familia.

Segundo: Al final de la década pasada, las explicaciones teóricas sobre como es entendida la realidad o de cómo sabemos lo que sabemos, llamo fuertemente la atención de los terapeutas familiares y con ello se enriqueció el campo metafórico contextual para el trabajo con familias en la era posmoderna. Las teorías que más influyeron fueron, la Cibernética de Segundo Orden, el Constructivismo y finalmente el construccionismo social. Dicha influencia ha repercutido radicalmente en la práctica actual de la terapia familiar llevándola a enfocarse de manera importante en el lenguaje. Desde esta postura se apoya que tanto el significado que las personas atribuyen a su vida, así como, la forma en que las personas expresan ese significado a través del lenguaje, es lo que puede facilitar un cambio en el paciente.

Si bien el surgimiento de la terapia familiar se ve envuelto en la interacción y el desarrollo de varias posturas y enfoques, ahora con el advenimiento de la era posmoderna, se abren nuevos campos de estudio y la apertura para integrar nuevas consideraciones entorno terapia familiar, sea de origen sistémico o no. El enfoque narrativo se erige como una de las posturas que destaca en esta era posmoderna, no obstante, no es el único que ha logrado relevancia, sin embargo, es a través de este enfoque que se sustenta el presente trabajo y por lo cual se aborda en el siguiente apartado.

## **2.- EL POSMODERNISMO**

En los 80's se producen un conjunto de movimientos nuevos y creativos, que reciben el nombre de "posmodernismo". Existen dos movimientos básicos, además de una "condición posmoderna", un "posmodernismo reaccionario" y un "posmodernismo de consumo". La teoría posmoderna es consecuencia de la obsesión de este siglo con el lenguaje. Los pensadores más importantes del siglo XX –Bertrand Russell, Ludwig Wittgenstein, Martin Heidegger y otros- Prestaron menos atención a las ideas de la mente y se concentraron en el análisis del lenguaje en el cual se expresa el pensamiento. La teoría posmoderna tiene sus raíces en una escuela de lingüística formal, el Estructuralismo, fundada principalmente por un profesor suizo, Ferdinand de Saussure (1857-1913). El estructuralismo analiza lo sincrónico (lo que existe ahora) antes de lo diacrónico (lo que existe y cambia a lo largo del tiempo) (Appignanesi, 2002).

Se considera también que aparece como respuesta o alternativa frente a la crisis de la psicología con respecto al conocimiento individual y surge como una alternativa de conocimiento social. Se plantean la idea de que el individuo no puede ser separado de su contexto y de que todo conocimiento se da en relación con los demás, con nuestro entorno. "conocemos al mundo solo a través de nuestra experiencia de él; nuestra experiencia del mundo es todo lo que tenemos, y es lo único que podemos conocer. Lo mejor que podemos hacer es interpretar la experiencia de los otros, es decir, las experiencias de sus experiencias".(White, Epston y Murria, en: Cordero & Ramirez, 2003).

Boscolo, (2000) retoma lo que dicen Varela, Thompson y Rosch (1991) al definir al posmodernismo como caracterizado por la "ausencia de fundamentos que ellos asocian sea con las nuevas vertientes de la hermenéutica, de la filosofía de los mundos posibles de Goodman (1978), y del neopragmatismo de Rorty (1979), sea con el éxito de corrientes filosóficas que se remontan a Nietzsche y Heidegger y han sido llevadas al extremo por el deconstruccionismo de Derrida y por el Pensamiento de Vattimo. En todo caso se trata de superar (negar) las grandes narraciones que dieron lugar al modernismo.

La visión posmodernista es una nueva forma de percibir la ética y la estética, con una inédita ecologización que retorna hacia lo natural. La posmodernidad se puede ver como un filtro para aceptar o rechazar las grandes narrativas, teniendo como premisa la aceptación de la pluralidad de culturas y discursos. La caída de la gran narrativa, es una invitación directa a la cohabitación entre varias narrativas pequeñas (locales, culturales, étnicas, religiosas e ideológicas). El posmodernismo cuestiona la verdad única en la

búsqueda y la posición social, a través del cuestionamiento de los textos; cuestiona la realidad ya establecida. Postula la narrativa en contra del discurso; es el divorcio de lo estructural, e intenta acabar con la premisa del discurso del texto. Es la muerte de la hegemonía de lo escrito y de la objetividad. Se proclama la muerte de la modernidad y la aparición de nuevas perspectivas. Sería posible decir, sin exagerar, que muchos partidarios del posmodernismo han tomado como propio el proyecto de dismantelar los fundamentos filosóficos del pensamiento occidental. En terapia familiar esto significó un ataque a la concepción cibernética de que la familia es un sistema homeostático. Como las ideas posmodernas se originaron en grupos de personas que trabajan en semiótica y crítica literaria es cada vez más frecuente hablar de narración o de texto en el campo de la ciencias sociales. Lynn Hoffman (1996; en: Gergen & McNamee, 1996)

Los trabajos sobre posmodernismo suelen centrarse en ideas vinculadas al texto y la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales *versus* las jerárquicas y especial atención en el proceso y no en los objetivos. Además, en este campo los escritos suelen caracterizarse por poner el ascenso sobre las siguientes cuestiones: no se concibe el yo como una entidad cosificada, sino como una entidad narrativa; el texto no es algo a interpretar sino un proceso de desarrollo; no se considera al individuo como una entidad intrapsíquica sino que se aborda dentro de un contexto de significado social; y el conocimiento científico o los hechos considerados innegables, contribuyen al conocimiento narrativo, con especial énfasis sobre las creencias colectivas acerca del funcionamiento del mundo. (Lax, 1996)

Los terapeutas posmodernos han abrazado esta perspectiva. En conjunto pacientes y terapeutas hablan piensan y se entienden dentro de esquemas culturales y de relaciones históricas que les son propias. Verdaderamente la terapia posmoderna abrió nuevas dimensiones de colaboración en el campo de la terapia, aceptando y trabajando con las diferencias en el entendimiento y la comunicación con los clientes, llevándolos a la donde las nuevas formas de entendimiento y acción entre paciente y terapeuta pueden ser construidas y deconstruidas. (Strong, 2004)

Para Gergen (en: Lax, 1997) El posmodernismo es una compilación de ideas, tomadas de múltiples fuentes, con raíces en la fenomenología, el existencialismo, el estructuralismo francés, la teoría crítica y el marxismo.

Recientemente el campo de la terapia familiar ha empezado a tomar un giro más posmoderno, debido sobre todo a la aparición del Grupo de Milán y su vuelta al pensamiento de Bateson (Selvini et al., 1980; Boscolo et al., 1987), y al trabajo teórico de terapeutas como Tom Andersen (1987, 1991), Harold Goolishian y Harlene Anderson (1987, 1990), Lynn Hoffman (1988, 1990) y Michael White (1989, White y Epston, 1990). Esta transición significó la incorporación de diversos cambios significativos. Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas (y no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones), y se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él (Anderson y Goolishian, 1988, 1990; Epstein y Lax, 1989; Lax, W. 1996; en: Gergen & McNamee, 1996).

Gergen & McNamee (1996) agrega que el pensamiento posmoderno rechaza las metanarraciones, término con el que se denomina a los sistemas globales que se presentan como absolutos y verdaderos. Para los posmodernos, que en cada teoría y en cada sistema solo de pensamiento solo ven una narración, es más importante concentrarse en las narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas que se presentan como simples y no aspiran a la verdad absoluta, ni a la universalidad. El posmodernismo sustituye la Historia única y progresiva por la genealogía, un proceso fluido que no acoge solo a las grandes historias, sino también lo disperso, marginal, *alternativo*. White y Epston (1993) se

inspiran en esta idea de la genealogía cuando definen la terapia como la recuperación de los “resultados únicos” y la creación de “historias alternativas”.

Boscolo (2000) sintetiza lo anterior y hace notar la evolución que se ha tenido en terapia familiar a través de la influencia de los diferentes paradigmas como la cibernética de segundo orden, el pensamiento constructivista y el pensamiento construccionista; Esta evolución, en lo que concierne a los terapeutas sistémicos, ha sido posible gracias a la revolución epistemológica que se produjo con el advenimiento de la cibernética de segundo orden y del pensamiento constructivista, que han puesto al observador –es decir, al individuo- en el plano, y más tarde del pensamiento construccionista, que fue más allá de la dicotomía individuo familia poniendo al lenguaje en el centro de todo.

A continuación se revisan los puntos importantes del construccionismo social y se realiza una breve diferenciación del constructivismo, ya que muchas veces se consideran como sinónimos el uno de otro por su semejanza semántica, pero en realidad parten de supuestos muy diferentes y surgen de filosofías muy diferentes uno del otro.

## **2.1).- El Constructivismo y El Construccionismo Social**

Pakman (1997) habla de que el constructivismo y el construccionismo social no son tanto una posición acerca de lo que el mundo es sino acerca de cómo puede ser cuando trabajamos hacia ello. Tanto el constructivismo como el construccionismo social, a pesar de sus profundas diferencias en muchos aspectos, comparten un terreno común en que promueven la reflexión. El constructivismo trajo la noción de segundo orden a la cibernética, o sea la necesidad de incluirnos a nosotros mismos como observadores en las observaciones que hacemos, una necesidad que reclama que nos veamos a nosotros mismos de modo reflexivo. El construccionismo social, como ha dicho repetidamente K. Gergen, tiene sus principales raíces en el pensamiento crítico, ya sea social, cultural, político o lingüístico. El pensamiento crítico es por definición un intento de revisar nuestros propios sesgos, determinantes y supuestos. En ambos casos la reflexión no es algo que hacemos en aislamiento, sino un proceso social de aprendizaje mutuo.

Además, agrega que para que las prácticas constructivistas/construccionistas constituyan metodologías para la acción en el terreno de la psicoterapia, tienen que ser modos de organizar diálogos como proceso reflexivo de cambio, o sea como proceso social crítico. Un proceso social crítico de esta clase tiene que estar abierto para reflexionar sobre diferentes tipos de historias a través de las cuales reorganiza nuestra experiencia humana.

En este sentido la teoría de la construcción social postula que las personas como seres sociales, están muy influenciadas en su pensamiento, percepción e interacción. De esta forma el lenguaje esta inmerso en el pensamiento y la acción de las personas y es el vehículo por el cual damos significado a nuestras vidas. (Gottlieb, D. & Gottlieb, C., 1996)

Aunado a ello, Mills & Sprenkle (1995) dice que el construccionismo social esta sujeto a la filosofía social y a sus procesos. Considera a la realidad como una construcción social y se cuestiona acerca de la existencia del si mismo y de los otros.

Morales (2002) indica que aunque el construccionismo y el constructivismo se basan en una misma epistemología (ambas se oponen a la idea modernista de que exista un mundo ideal y real que se puede conocer con precisión objetiva) provienen de paradigmas totalmente distintos; mientras el construccionismo esta más ligado a la sociología del conocimiento, el constructivismo se asocia a teorías cibernéticas y pondera el trabajo de autores como Jean Piaget y Milton Erickson.

Esta ha sido una de las pequeñas confusiones alrededor de la diferencia entre constructivismo y construccionismo social. Estos términos han sido usados de forma

intercambiable, especialmente en la década de los 80's cuando ambas teorías fueron simultáneamente contribuyendo a la generación de cambio en los sistemas de pensamiento de los terapeutas. La principal diferencia entre estos enfoques radica en su origen teórico; el constructivismo afirma tener sus raíces dentro de la biología y las propiedades físicas de la percepción, mientras que el construccionismo social surge de la filosofía social. El constructivismo es una metáfora científica que trata de explicar con precisión la realidad científica, como un resultado de un proceso individual y únicamente humano. (Mills & Sprenkle, 1995)

En lo referente a la epistemología constructivista se considera que los sistemas humanos se orientan proactivamente hacia la atribución de significado de la experiencia, dentro de los discursos culturalmente disponibles. En esta posición el significado depende del lenguaje, es relacional, precede a la experiencia e inunda toda nuestra actividad como seres sociales (Botella, Pacheco y Herrero, en: Ramon, 2003).

Cabe mencionar que Neimeyer (2005) considera al constructivismo como algo plural, que encuentra su valor en una diversidad de diferentes teorías y enfoques de la vida humana, pero esto no quiere decir que todas las teorías de psicoterapia sean equivalentes o intercambiables la una por la otra. Por el contrario, cada teoría construye al ser humano de forma diferente. Este punto es importante ya que ubica a las teorías en caminos diferentes, se establecen relaciones de forma diferente en congruencia con su forma de entender la realidad.

Dicho énfasis hacia la característica humana de construir la realidad, es un aspecto fundamental al adentrarnos en el campo de la psicoterapia, ya que desde un punto de vista constructivista el cliente y el terapeuta se unen para construir una alternativa de la realidad, presentándose una orientación hacia las ideas y significados. Al respecto, "los terapeutas de familia constructivistas dirigen su atención hacia los procesos mediante los que las familias negocian una realidad común. De esta forma la psicoterapia se convierte en un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados (Inter) personales... una especie de colaboración en la construcción y reconstrucción del significado, una sociedad íntima pero temporal en un proceso evolutivo que continuará mucho tiempo después de que acabe la terapia formal (Neimeyer, en: Ramón, 2003)

Hoffman (en: Ramón, 2003) menciona las características del enfoque constructivista.

- a) Evita la idea de que hay que arreglar algo que ha sido descompuesto
- b) Intenta no juzgar o despreciar
- c) No tiene una orientación hacia controlar
- d) Muestra una estructura lateral en lugar de jerárquica
- e) Evita ser una influencia intencionada
- f) Se centra en múltiples puntos de vista
- g) No propone un supuesto de objetividad o verdad.

El constructivismo dejó abierta la dicotomía entre observador y observado, concebidos como diferentes (Fruggeri, en: Boscolo & Bertrando, 2000). De tal modo, la perspectiva sistémica se desplazó de una visión externa (outsight) a una visión interna (insight) del individuo. La superación de esta dicotomía requirió un cambio ulterior de perspectiva, del constructivismo al construccionismo social.

El construccionismo social, acentúa el aspecto de intercambio y de génesis social del conocimiento. Lynn Hoffman (en: Boscolo & Bertrando, 2000) teórica y terapeuta muy atenta a los cambios epistemológicos, sintetiza de esta manera las diferencias entre los dos modelos, casi homófonos:

Las convicciones representadas por el constructivismo tienden a promover la imagen representada por el sistema nervioso como una maquina cerrada. Según esta visión, los preceptos y construcciones toman forma en el momento en que el organismo cae en su propio ambiente. En cambio, los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son comunicados a través del lenguaje. Los construccionistas sociales sostienen que todos los conocimientos evolucionan en el espacio entre las personas, en el dominio del “mundo común” o de la “danza común”. Solo a través de la conversación continua con sus íntimos el individuo desarrolla un sentido de identidad o una voz interna.

White (en: Cordero & Ramírez, 2003) dice que el construccionismo aparece como una respuesta o alternativa frente a la crisis de la psicología con respecto al conocimiento individual y surge como una alternativa de conocimiento social. Se plantea la idea de que el individuo no puede ser separado de su contexto y de que todo su conocimiento se da en relación con los demás, con nuestro entorno. Conocemos el mundo solo a través de nuestra experiencia de él; nuestra experiencia del mundo es lo único que tenemos, y es lo único que podemos conocer. Lo mejor que podemos hacer es interpretar la experiencia de los otros, es decir, las expresiones de sus experiencias.

Según Gergen (en: Cordero & Ramírez, 2003) El construccionismo surge del intento por superar la dualidad objeto sujeto desarrollando una teoría alternativa del funcionamiento de la ciencia y desafiando la idea del conocimiento como representación mental. Esta postura se ocupa más de las redes de relación que de los individuos y cuestiona la posición de superioridad reclamada por quienes actúan según el modo científico tradicional. “El construccionismo sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posee en la cabeza, sino algo que la gente hace junta: “el lenguaje es esencialmente una actividad compartida”. Además dice que el construccionismo social busca explicar como las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Y para ello toma en cuenta cuatro premisas:

- ▶ Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de premisas generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo: expresiones como “hombre”, “mujer” o “enojo” están definidas desde un uso social de los mismos.
- ▶ Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación. Ejemplo: “niño”, “amor”, etc. varían en su sentido según la época histórica.
- ▶ El grado hasta el cual una forma dada de comprensión, prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.) Ejemplo: interpretar una conducta como envidia, enojo, o coqueteo puede ser sugerida, afirmada o abandonada conforme las relaciones sociales se desarrollan en el tiempo. Esta negociación de la realidad da paso a una epistemología social.

Las ideas del construccionismo se centran en nociones vinculadas al texto y la narración, dando una gran importancia a las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales contra las jerarquías, y especial atención en el proceso de conocimiento y no en los objetivos (Lax, 1996)

El desarrollo de una narración, de un relato, es algo que hacemos conjuntamente con otras personas. Es el proceso de definir quienes somos, en interacción con los significados que perciben acerca de nosotros. Se trata de un proceso recursivo. Moldeamos el mundo en

el que vivimos y, por ende, creamos nuestra propia "realidad", dentro del contexto de una comunidad de otros individuos. (Lax, 1996)

La formación de significado es central para los constructivistas sociales, quienes se esfuerzan por entender los procesos de formación de significados, como son las representaciones simbólicas o el lenguaje, que según piensan, es donde se crean los significados. Para ello, entonces son fundamentales la prioridad del significado personal y el papel activo de la persona como creador del significado. (Velasco, 2004)

Gergen (en: Velasco, 2004) por su parte dice que el constructivismo social visualiza los discursos acerca del mundo, no como una reflexión o mapa del mundo, sino como un artefacto de intercambios comunales. Como nosotros nos movemos a través del mundo, construimos nuestras ideas acerca de ello en las conversaciones con otras personas.

Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros, alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras. Ejemplo: las metáforas usadas en psicología (hombres maquina, mente infantil, etc.)

En otras palabras, mientras que el constructivismo pone el acento en el observador y en sus construcciones mentales, el constructivismo social pone en primer plano la idea de relaciones, pero de relaciones vistas bajo una clave diferente de la adoptada por la primitiva teoría cibernética; es decir, ya no como expresiones de estructuras o pautas de conducta, sino de sistema de lenguaje y significado.

A decir del constructivismo social, la experiencia humana es relacional y el desarrollo del sentido es discursivo. Ya que es al contexto interaccional y comunal el que produce significación. El constructivismo social no trata de simplificar la conducta a solo el contexto o hacerla solamente relativista. Más bien conceptualiza el contexto como un lugar donde se encuentran, múltiples relaciones y dominado por el lenguaje, donde las conductas, los sentimientos, las emociones y las comprensiones son relaciones ya que ocurren dentro de un conjunto muy variado de relaciones sociales, y dentro de prácticas y discursos tanto locales como más amplios. (Cordero & Ramírez, 2003)

McNamee (en: Gergen, 1996) desde la posición del constructivismo social cuestiona la tradición de preguntar porque y actuar como si el discurso científico solamente pudiese dar respuestas a los problemas sociales. Concentrándose en las prácticas discursivas, los constructivistas sociales se interesan por los procesos que construyen nuestro conocimiento acerca del mundo social.

Finalmente se puede decir que las diferentes teorías psicológicas únicamente aportan esquemas interpretativos para tratar los casos problemáticos, si bien la psicología en general pretende servir como legitimador de los procedimientos establecidos por la sociedad para el mantenimiento y reparación de la identidad, no es de extrañar que existan tan diversas formas de interpretación y que cada una intente definir los problemas (socialmente situados) de una manera universal y se olvida de los elementos subjetivos. Finalmente, cada nuevo surgimiento teórico en psicología no obedece más que a los cambios de identidad históricos que los construyen. (Morales, 2002).

En este sentido, es necesario decir que en los últimos 10 años las nuevas teorías basadas en la centralidad del lenguaje, la hermenéutica y el constructivismo social han permitido conectar al individuo con el grupo. Estas teorías se distinguen por la elegancia, la simplicidad y la creatividad con que enfrentan el problema de la complejidad. Algunos terapeutas destacados han abandonado en mayor o menor medida la terapia sistémico-cibernética y abrazado con entusiasmo estas nuevas teorías (Lynn Hoffman, Harry

Goolishian, Tom Andersen, Harlene Anderson); otros, aunque inspirándose todavía en el modelo sistémico han centrado su interés en la narrativa y enriquecido su pensamiento con las contribuciones de Foucault o Derrida, como Michael White y David Epston. (Boscolo & Bertrando, 2000)

## **2.2).- Investigaciones Desde la Visión Posmoderna y El Duelo**

Dentro de la nueva visión posmoderna se hallaron 2 investigaciones cuyo tema principal es el duelo. En la primera de ellas se revisa el concepto de duelo a través de las visiones de la moderna a la posmoderna. En la segunda se retoma la teoría constructivista narrativa para abordar el proceso de duelo mediante la asignación de significados, lo que se reporta es un estudio de caso. Cabe mencionar que estas investigaciones, tanto el caso transcrito por Ramon (2003) y el de Botella y Herrero, no fueron realizadas en México.

### **2.2.1).- Investigación 1**

Este trabajo lo realiza Ramon, H. C. en el 2003, una investigación (tesina) que se intitula, "Transición del Modernismo al Posmodernismo en la Psicoterapia del Duelo, El Construccinismo en la Psicoterapia Posmoderna del Duelo". Esta autora realiza una amplia descripción sobre la transición hacia el posmodernismo y cuales son las nuevas perspectivas terapéuticas que han surgido alrededor de esta nueva visión. Con referencia al duelo menciona las alternativas que se pueden utilizar desde este enfoque, específicamente, desde la teoría del construccionismo social. A su vez menciona a Neimeyer (2001) autor que ha llevado a la aplicación la teoría construccionista en la intervención del duelo, además de ser uno de los más importantes investigadores en cuanto al duelo y su tratamiento psicológico con técnicas tomadas del posmodernismo. Así mismo, menciona que al utilizar una postura de trabajo basada en el construccionismo social, los paradigmas convencionales que establecen una serie de etapas por las cuales se atraviesa ante la pérdida de una persona querida son dejados de lado, y en cuanto a los significados Neimeyer (en: Ramón, 2003) identifica a las emociones o sentimientos que se experimentan durante el duelo como señales de nuestros esfuerzos por atribuir significado y propone una redefinición de las emociones que suelen vincularse con la pérdida tales como:

**1.- La Negación:** Incapacidad del individuo para asimilar la muerte en un momento dado.

La persona no cuenta con la estructura de significados necesaria para percibir completamente la pérdida y las implicaciones que esta tiene para continuar con la vida, por lo tanto, constituye un intento de "posponer" un acontecimiento que resulta imposible de asimilar, hasta que pueda captarse su significado con toda claridad.

**2.- Depresión:** Intento de limitar la atención, restringiendo el campo al cual se aplica, para poder hacer el mundo más manejable.

**3.- Ansiedad:** Aparece cuando un individuo toma conciencia de que la muerte supera ampliamente su capacidad para explicar, predecir y controlar el mundo.

**4.- Culpa:** Reconocimiento personal de no haber sido capaz de vivir según lo propios estándares respecto al rol que debe desempeñar en su relación con los demás.

**5.- Hostilidad:** Intento de forzar los acontecimientos para adaptarse a las construcciones que tenemos de ellas.

**6.- Amenaza:** Conciencia de la inminencia de un cambio generalizado dentro de las estructuras nucleares de la identidad.

La redefinición de emociones que se manifiestan ante el evento de pérdida y su relación con el significado propuesto por Neimeyer, refleja el énfasis que se coloca en el proceso de construcción y reconstrucción sucesiva que hace el ser humano de su experiencia. Dicho proceso sitúa al cliente y al terapeuta como coparticipes de un proceso dual al que podría llamarse dialógico, de construcción, donde para cada uno la presencia, conducta y lenguaje del otro supone una experiencia a construir, noción que sitúa al cliente y al terapeuta en un mismo nivel, que reconoce un saber mutuo y complementario, donde se revisa el sistema de construcción para promover el desarrollo de alternativas conductuales más viables y adaptadas al entorno del cliente (Fiexas y Villegas, en: Ramón, 2003).

Con esta perspectiva del proceso de duelo, desde la visión construccionista de Neimeyer, Ramón (2003) transcribe un caso de duelo, en el que Neimeyer (2001b) trabajó con las siguientes estrategias de carácter construccionista narrativo:

**1.- Co – construcción de la alianza terapéutica:** que se refiere a establecer la alianza terapéutica, negociar metas y tareas implícitas en la terapia.

**2.- Elicitar las narrativas dominantes:** Es promover la generación de narrativas que den sentido a la situación del paciente, mediante el dialogo terapéutico y con el uso de técnicas que propicien la generación de significados.

**3.- Deconstrucción:** de la narrativa dominante. Aquí la labor terapéutica se encamina a facilitar que el cliente haga explícitas las narraciones que implican la discrepancia entre las versiones previas y actuales.

**4.- Fomentar la emergencia de narrativas subdominantes:** Con el objetivo de fomentar la reflexión, se propicia que surjan nuevas narraciones. En esta etapa se utilizan estrategias que conducen a la deconstrucción y reconstrucción de los discursos narrativos dominantes de la familia.

**5.- Validación de la narrativa alternativa:** se fomenta la reflexión sobre las narrativas de cómo otros miembros de la familia entenderían el problema. Lo anterior permite detectar patrones de incoherencia narrativa, ampliando la visión del problema hacia puntos de vista menos limitadores.

**6.- Se promueve la puesta en práctica de narrativas alternativas:** La generación de nuevas narrativas permite la comprensión del pasado y son fuente de acciones futuras, de este modo se desarrolla una narrativa más útil que se enfoca hacia sentimientos y acciones.

**7.- Fomentar la reflexividad:** En esta fase se le pide al cliente o familia que redacte una narración sobre su historia en la terapia, dado que ello contribuye a externalizar su capacidad de cambio y los factores que han contribuido a ella.

En este proceso terapéutico se han revisado las técnicas utilizadas dentro de este modelo, mismas que se enfocan a la estructuración de narrativas que incluyan los nuevos significados generados durante el proceso terapéutico.

La parte final del proceso se orienta a identificar los beneficios conductuales que traen los nuevos significados, así como integrar el pasado, presente y futuro para desarrollar una comprensión distinta y un sentido más amplio del evento de la pérdida.

## **2.2.2).- Investigación 2**

Por su parte Luis Botella y Olga Herrero (De la Facultat de Psicologia i Ciències de l' Educació Blanquerna, de la Universidad Ramon Llull) Realizaron una investigación basados también en la teoría narrativa y el abordaje del duelo. Esta investigación lleva por título: "El Duelo desde una Perspectiva Constructivista Narrativa: De la Ausencia de Significado al Significado de la Ausencia". Es un estudio de caso donde describen la importancia de trabajar con los significados que el paciente tiene acerca de su proceso de duelo y como puede desarrollarse la terapia desde en enfoque narrativo. Botella y Herrero, de forma semejante a la investigación anteriormente presentada y realizada por Neimeyer(2001b) y transcrita por Ramón (2003), utilizan las siguientes técnicas en el trabajo de duelo desde una visión construccionista:

- ▶ **Licitar las narrativas dominantes**
- ▶ **Deconstruir su narrativa dominante**
- ▶ **Fomentar la emergencia de narrativas subdominantes**
- ▶ **Validación de la narrativa alternativa**
- ▶ **La puesta en práctica de las narrativas alternativas**
- ▶ **Fomentar la reflexividad**

Además, en ese trabajo, Neimeyer, Keesee y Fortner (en: Botella y Herrero, Sin año) proponen seis supuestos básicos para la elaboración de un modelo conceptual constructivista narrativo del duelo, que se han utilizado para su aplicación a una investigación cualitativa de estudio de caso con resultados prometedores:

- ▶ La muerte, como cualquier acontecimiento, puede validar o invalidar las suposiciones que forman la base sobre la que organizamos nuestra vida, o puede constituir una experiencia nueva para la cual no tenemos construcciones.
- ▶ El duelo es un proceso personal, idiosincrásico, íntimo e inextricablemente unido a nuestro sentido de identidad.
- ▶ El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos hace.
- ▶ El duelo es el acto de afirmar o reconstruir un mundo de significado que ha sido desafiado por la pérdida.
- ▶ En el duelo los sentimientos tienen sus funciones y deben ser entendidos como señales de nuestros esfuerzos por atribuir significado.
- ▶ Todos construimos y reconstruimos nuestra identidad como supervivientes de la pérdida en negociación con los demás.

No se han abordado todas las investigaciones con respeto a la muerte, sin embargo, solo se retomaron aquellas que por su contenido teórico brindan una alternativa o propuesta de intervención en el proceso de duelo desde un enfoque sistémico, constructivista o construccionista. Con esto no se quiere dar por entendido que son las únicas investigaciones, por el contrario, existen más investigaciones, pero están realizadas con una teoría diferente o no están elaboradas en México y para los fines de este trabajo solo se

contemplaron aquellas que están realizados dentro de la terapia familiar o desde la visión posmodernista y que sea una investigación mexicana, o en su defecto, que sean retomadas por un investigador mexicano como fue el caso.

De la revisión de las investigaciones anteriores se pueden extraer los siguientes puntos de análisis:

1.- La concepción del duelo esta cambiando, dentro de esta postura posmodernista no se le considera como un proceso eslabonado, sino como un proceso de deconstrucción y co-construcción del significado a través del lenguaje. Con esta postura se contradice lo que expone el proceso de duelo de Kubler Ross (2006) y retomado por el instituto y la asociación de tanatología, pero al mismo tiempo se da la apertura para buscar nuevos campos de intervención desde la perspectiva posmoderna, que es lo que se quiere lograr con el presente trabajo.

2.- En ambas investigaciones se realiza la intervención en el proceso de duelo utilizando estrategias semejantes, basadas en la asignación de significado por medio del lenguaje. Sin embargo, cuando se describen las técnicas que fueron utilizadas, pareciera que más bien son las metas a alcanzar dentro de la terapia, por que no se habla de cómo llegar a ello, es decir, que puede permitir la intervención con una técnica como las que mencionan. En este sentido, este aspecto se retoma en este trabajo.

3.- Las investigaciones presentadas no fueron aplicadas a población mexicana, son estudios realizados en el extranjero, en donde el aspecto cultural puede resultar una variable importante. Como también es importante retomar estos estudios elaborar propuestas nuevas, pero entonces, esto nos remite a la pregunta ¿Por qué se han realizado escasas propuestas de intervención basadas en la terapia familiar o la perspectiva posmoderna?

Con base en lo anterior, es oportuno mencionar que el presente trabajo se interesa particularmente por la teoría narrativa desde el enfoque de Michael White y David Epston (1994). Dos teóricos que han aportado prácticas importantes de trabajo terapéutico, apoyados en el construccionismo social. Dando a través de estas una imagen clara de la trascendencia que ha tenido el construccionismo en la terapia familiar a solo unos años de inicio, y destacando la importancia del lenguaje y el significado en la práctica terapéutica. Acerca de este enfoque se escribe en el siguiente apartado y de algunas de las prácticas que se consideran importantes para los fines que acompañan al presente trabajo.

## **B).- VISIÓN POSMODERNA: EL ENFOQUE NARRATIVO**

Dentro de la terapia familiar sistémica se encuentran diferentes enfoques, De Alda (1995) menciona: La Terapia del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto, que es un enfoque de terapia breve creado en torno al año de 1968, después de la muerte de Don Jackson quien fundo el grupo del MRI. Actualmente Watzlawick, Weakland, Fish y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute. Encontramos también la Terapia del Grupo de Milan, que estuvo integrado por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata, y Boscolo. Influidos por Bateson, en el año de 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares. Otro enfoque de la terapia sistémica es la Terapia Centrada en Soluciones. Steve de Shazer el impulsor de este enfoque, desarrolla su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. Autores como O'Hanlon y Weiner-Davis se han sumado a su labor y han contribuido en la difusión de la nueva orientación centrada en las soluciones que emplean las personas para resolver sus problemas. La Terapia Estructural, también forma parte del la terapia sistémica y es desarrollada por Minuchin entre los años 1965 y 1970. Jay Haley y Cloe Madanes desarrollaron un enfoque de Terapia Familiar Estratégica muy influido por la terapia de Milton Erickson.

Strong (2004) resalta que los pioneros de la terapia familiar posmoderna –Steve deShazer, Michael White y Harlene Anderson (por nombrar solo algunos)- contribuyeron a crear el espacio para los nuevos caminos del conocimiento y de la práctica terapéutica dentro de esta visión, además lograron el establecimiento de tres enfoques terapéuticos: La terapia enfocada en soluciones, la terapia narrativa y la terapia colaborativa, respectivamente, basadas en los sistemas del lenguaje.

Solo recientemente, con el surgimiento del pensamiento posmoderno, la sociedad en general empezó a prestar más atención a esas ideas y prácticas marginales y periféricas. En el pensamiento y las prácticas psicoterapéuticas se puede observar este cambio con la aparición de enfoques actuales que se enmarcan en una orientación posmoderna y constructorista social, como por ejemplo: el proceso reflexivo, los abordajes conversacionales, la terapia centrada en la solución y el enfoque narrativo de White y Epston. Estos enfoques expresan el desplazamiento desde la visión del individuo como la morada del problema hacia la comprensión de que las redes relacionales sociales e históricas y las prácticas lingüísticas son fundamentales tanto para la formación de los problemas como para su resolución; ponen de relieve nuestra naturaleza relacional mutua y señalan que los problemas surgen (y se resuelven) a través del lenguaje y de las interacciones sociales. Gergen (en: Lax, 1997)

El concepto de Narrativa aplicado a la terapia familiar y de pareja, ha sido relativamente reciente. Freud hablaba ya de la novela familiar en cuanto a una fantasía, un discurso o una concepción de la vida familiar en que se había desarrollado el individuo; mediante ella el niño podría compensar la rivalidad con sus hermanos o bien sustituir las carencias de sus padres por fantasías idealizadas.

En años recientes, el concepto de narrativa se ha apoyado en algunas ideas de Foucault (en: Velasco, 2004) sobre el relato y el poder, y también en aportaciones de Derrida sobre la deconstrucción, representando una vertiente importante del constructorismo social, que considera que nuestro mundo social es constituido por una red de historias múltiples o narrativas, lo que le da importancia a la vida relacional y que recuerda el concepto de Bateson de que la mente es social.

Brunner (en: Velasco, 2004) concibe la narrativa como una de las dos formas de conocer: una, la del pensamiento paradigmático que sería la lógica científica con los que se resuelven los problemas prácticos de la vida diaria, y la otra, el modo de pensamiento narrativo, menos conocido pero más antiguo y primitivo, que consiste en “contarse historias de uno mismo a uno mismo y a los otros; al narrar estas historias vamos construyendo un significado, con el cual nuestras experiencias adquieren sentido”. La construcción del significado surge de la narración del continuo actualizar nuestra historia. El pensamiento narrativo es un pensamiento de imágenes que no sigue una lógica lineal sino que es analógica, funciona por analogías y por semejanzas.

Dado que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere de un acto de interpretación. Bateson afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, esta determinada y restringida por su contexto receptor; es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. Comparando estos mapas con pautas, argumento que la interpretación de todo acontecimiento esta determinada por la forma en que este encaja dentro de pautas conocidas, y llamo a este proceso “codificación de la parte a partir del todo” (White & Epston, 1993). Al respecto Ernst von Glasersfeld (en: Walzlawick, 1992) dice: el saber es construido por el organismo viviente para ordenar, tan ampliamente como sea posible, el flujo, informe en sí y por sí, de lo que se vive, en experiencias repetibles y en relaciones relativamente seguras entre éstas.

De es forma, dentro del proceso terapéutico se desarrolla una dinámica entre paciente y terapeuta que llega a ser significativa tanto para quien pregunta como para quien

recibe el mensaje; en este caso, tanto uno mismo como el otro están siendo afectados por el intercambio de información. El mensaje se está construyendo y negociando socialmente durante un proceso de comunicación. (Neimeyer, 2002)

Con respecto a la terapia familiar, el método interpretativo, sostendría que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Como las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la “supervivencia” y a la “carrera” del problema. Se da mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida, que es el elemento vital, siendo los puntos de unión entre los diversos aspectos de la experiencia vivida los generadores de significado. Es decir, en el modo narrativo se sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo. Es un mundo de actos interpretativos, un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva, un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la re-escritura, y por tanto en el modelado, de sus vidas y sus relaciones. (White & Epston, 1993).

Para dar significado a nuestra experiencia según Epston, D, White M, Murray K. (1996), debemos organizarla, enmarcarla o pautarla. Para comprender un aspecto de nuestra experiencia, debemos ser capaces de enmarcarla dentro de un modelo de experiencia que conozcamos; debemos ser capaces de identificar aspectos de la experiencia dentro del contexto de modelos de experiencia conocidos. Andersen (1994) comenta que un significado comprende la descripción y la explicación pero es algo más. La descripción y la explicación tiene un cierto significado para la persona. Este significado es la base de cómo la persona se relaciona con la “cosa” que se describe y explica en términos de algún tipo de actuación. El contenido de la palabra “comprensión” está cerca del de “significado”.

En el enfoque narrativo, las personas como seres sociales, dan significado a su mundo a través del lenguaje y del entendimiento de sus historias personales. Estos significados informan acerca de nuestras acciones en nuestro contexto social. (Gottlieb, D. & Gottlieb, C., 1996)

En este sentido, se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas (y no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones), y se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él. (Anderson y Goolishian, en: Lax, 1996)

De esta manera puede considerarse que uno de los puntos importantes del lenguaje es que no solo es el medio por el cual los hombres se comunican, el lenguaje crea la realidad a la que se refiere (o que enuncie). No se trata de minimizar otras dimensiones de la experiencia comunicativa sino de poner de relieve que una experiencia ingresa a la dimensión comunicativa a través de una forma lingüística/conversacional (Fuks, 2000)

El pensamiento narrativo se centra en las prácticas lingüísticas basadas en el modo subjuntivo para crear un mundo de significados implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades a través del desencadenamiento de la presuposición, para introducir la perspectiva múltiple, y para encaminar a los lectores hacia representaciones únicas de significados. Estas prácticas lingüísticas tienen en cuenta la complejidad y la subjetividad de la experiencia. En vez de preferir el uso unívoco de las palabras, se aprovecha su polisemia. Se fomenta más de una línea de interpretación o lectura en cada momento, y se ensancha el abanico de realidades posibles a través del aumento de los recursos lingüísticos. Se favorece el carácter extraordinario de las descripciones técnicas, y la conversación se hace más exploratoria y menos dirigida a un propósito determinado (White & Epston, 1993).

## 1).- EL MÉTODO INTERPRETATIVO

Los expertos en ciencias sociales se refieren al método interpretativo cuando estudian los procesos por los cuales desciframos el mundo. No obstante el concepto de narración tiene algunas ventajas sobre el de mapa, ya que requiere la localización de los acontecimientos en pautas transtemporales. La narración incorpora la dimensión temporal. La temporalidad es una dimensión crítica en el modo narrativo de pensamiento, pues en éste los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo. Esta secuencia lineal de los eventos en el tiempo es necesaria para que se pueda dar un relato "con sentido". Las historias tienen un principio y un final, y entre estos dos puntos transcurre el tiempo (White & Epston, 1993).

Bateson (en: White & Epston, 1993) Al afirmar que toda información es necesariamente la "noticia de una diferencia", y que es la percepción de la diferencia la que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio. "...Los órganos de los sentidos del ser humano solo pueden recibir diferencias, y las diferencias deben codificarse en formas de acontecimientos en el tiempo (es decir, en cambios) para que sean perceptibles

Con respecto a la terapia familiar, el método interpretativo, sostendría que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Como las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la "supervivencia" y a la "carrera" del problema. Este enfoque se interesa por las exigencias del problema para su supervivencia, y por el efecto que tiene esas exigencias sobre las vidas y las relaciones de las personas. Se ha propuesto que las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema. Además White & Epston (1993) ha propuesto la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones saturadas por el problema de sus vidas y relaciones. La analogía del texto proporciona una segunda descripción de la manera en que las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas. A través de esta analogía, se puede considerar que esta organización refleja la interacción de lectores y escritores en torno a ciertos relatos o narraciones.

Tratando de sintetizar de forma breve los aspectos que trata de realzar una terapia basada en el enfoque narrativo, White & Epston (1993) brinda los siguientes puntos a considerar de relevancia:

1. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona
2. Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal;
3. Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples;
4. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos;
5. invita a adoptar una postura reflexiva y apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos;
6. fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.

7. reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el "objeto" se convierta en autor privilegiado;
8. Introduce constantemente los pronombres "yo" y "tu" en la descripción de los eventos.

## 2).- LA ANALOGÍA

Actualmente se acepta que toda formulación que postule significado es interpretativa: que estas formulaciones son el resultado de una indagación determinada por nuestros mapas o analogías o, como dice Goffman (en: White & Epston, 1993) por nuestros marcos interpretativos. Por lo tanto, las analogías que empleamos determinan nuestro examen del mundo: las preguntas que formulamos acerca de los hechos, las realidades que construimos y los efectos reales experimentados por quienes participan en la indagación. Las analogías que usamos determinan incluso las propias distinciones que extraemos del mundo.

Nuestras preferencias por ciertas analogías vienen determinadas por ciertos factores, incluyendo los ideológicos y las prácticas culturales imperantes. Al preferir una analogía sobre otra, no podemos recurrir a criterios tales como su corrección o exactitud, dado que estos atributos no se pueden establecer para cualquier analogía. Pero podemos, al menos en alguna medida, investigar las analogías a través de las cuales vivimos, situando nuestras propias prácticas dentro de la historia del pensamiento social, y examinando y criticando los efectos de esas prácticas.

**TABLA DE ANALOGÍAS**

ANALOGÍAS EXTRAIDAS DE:	ORGANIZACIÓN SOCIAL CONSTRUIDOS COMO:	PROBLEMAS SOLUCIÓN CONSTRUIDA	CONSTRUIDA COMO: EN TERMINOS DE:
1. Ciencias Físicas Positivistas	Maquina elaborada constituida a base de mecánica e hidráulica.	Colapso, inversión, insuficiencia, avería.	Causa aislada, análisis preciso, reparación, reconstrucción, corrección.
2. Ciencias Biológicas	Cuasi-organismo	Sintomatología de un problema subyacente, con una función y una utilidad.	Identificación de la patología, diagnóstico correcto, operación y eliminación de la patología.
<b>3. Ciencias Sociales</b>			
3(a) Teoría del juego	Juego de Carácter Serio	Estrategias movimientos	Competición, contrajugadas, estrategia.
3(b) Drama	Drama de salón	Papeles, guiones, actuaciones.	Revisión de los papeles, selección de formas dramáticas alternativas.
3(c) Proceso Ritual	Rito de Pasaje	Transición – separación, reincorporación.	Señalización y establecimiento de distinciones entre status 1 y status 2
3(d) Texto	Textos de comportamientos	Representaciones de historias o acontecimientos entendidos como depresivos o dominantes	Espacio disponible para la elaboración de Historia alternativas.

Fuente: White & Epston (1993)

La tabla de analogías refleja el intento de considerar las construcciones unidas a algunas de las analogías adaptadas por las ciencias sociales en su relativamente breve historia. La analogía esta especificada en la primera columna; la manera en que la analogía construye la organización social en la segunda; la probable interpretación de los hechos presentados como problemáticos en la tercera; y en la cuarta, la soluciones características ante los hechos problemáticos generados por la analogía. Esa tabla no presenta en modo

alguno, todas las analogías que han sido empleadas en la historia de las ciencias sociales. White & Epston (1993)

## 2.1).- Analogía de texto

White & Epston (1993) menciona que esta analogía hizo también posible concebir la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos. En la medida en que cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por lo tanto, una nueva forma de escribirlo. En su esfuerzo de dar sentido a su vida, las personas se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. Para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe relatarse, y es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia. El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores. Por supuesto que todos los relatos tienen un comienzo (o historia), un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales está tan determinada por el pasado como moldeada por el futuro.

Al respecto Bruner (en: White & Epston, 1993, p. 28) menciona textualmente: “las estructuras narrativas que construimos no son narraciones secundarias acerca de los datos sino narraciones primarias que establecen lo que habrá de considerarse como datos. (...) La experiencia vital es más rica que el discurso. Las estructuras narrativas organizan la experiencia y le dan sentido pero siempre hay sentimientos y experiencias vividas que el relato dominante no puede abarcar. (...) algunas experiencias son rudimentarias, en el sentido de que simplemente no entendemos lo que estamos experimentando, o bien porque esas experiencias no son narrables, o bien porque carecemos de los recursos representativos y narrativos, o porque nos falta vocabulario”.

De todo esto White & Epston (1993) desprende que la analogía del texto propone la idea de que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y su organización, y que la evolución de las vidas y de las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones. Sin embargo los relatos están llenos de lagunas que las personas deben llenar para que sea posible representarlos. Estas lagunas ponen en marcha la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión, las personas reescriben sus vidas. La evolución vital es similar al proceso de reescribir, por el que las personas entran en los relatos, se apoderan de ellos y los hacen suyos.

¿Cómo se explica entonces la experiencia que una persona acerca de sus problemas y la representación de éstos para la terapia? Podríamos asumir que la experiencia de una persona es problemática para ella, por ejemplo, porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos por la persona. Si aceptamos los supuestos, podremos dar también por sentado que, cuando alguien acude a terapia, un resultado para el podría ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ello posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto (White & Epston, 1993)

White & Epston (1993) dice que aspecto útil de la analogía del texto es que nos ayuda a analizar los relatos que proporciona el contexto sociopolítico de la experiencia de la persona. Permite también estudiar la acción y los efectos del poder sobre las vidas y las relaciones. En este sentido es importante la obra de Michael Foucault. Por lo general se afirma que el poder es represivo en su acción y en sus efectos, y negativo en su fuerza y

carácter. Se dice del poder que descalifica, limita, niega y contiene. Sin embargo Foucault sostiene que nosotros experimentamos sobre todo los efectos positivos y constitutivos del poder, que estamos sujetos al poder por medio de verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Estas verdades, a su vez, se construyen o producen en el funcionamiento del poder. Así, al revisar los efectos positivos del poder Foucault no hace referencia a lo positivo en el sentido usual, es decir, a lo positivo como algo deseable o beneficioso. Se refiere más bien a que el poder es constitutivo o determinante de las vidas de las personas.

En la exposición de la analogía del texto se ha sostenido que el significado se consigue a través de la estructuración de la experiencia en relatos, y que la representación de esos relatos es constitutiva de las vidas y las relaciones. Existe una reserva de discursos culturalmente asequibles que se consideran apropiados y relevantes para la expresión o representación de determinados aspectos de la experiencia. Así, nuestra comprensión de nuestra experiencia vivida, incluida la que conocemos como autocomprensión, está mediatizada por el lenguaje. Y es de suponer que estos discursos de verdad de los conocimientos unitarios y globales contribuyen significativamente a esta mediación de la comprensión y a la constitución de las personas y las relaciones.

Lax (en: Gergen, 1996) dice que la analogía textual para los seres humanos adquiere una complejidad mucho mayor que en la literatura. Los clientes no son textos pasivamente inscritos, que esperan que un lector los interprete, aun cuando la interpretación no sea una idea fija, correcta o privilegiada. Cada lectura es diferente, según la interacción entre terapeuta y el cliente. El cliente no tiene una historia singular y “verdadera” independientemente del “lector” a quien se la está contando. Es en la interacción misma donde el texto existe y donde emerge la nueva narración de la propia vida.

### **3).- LOS RELATOS ALTERNATIVOS**

Muchos científicos sociales han propuesto la idea de que es el relato o la narración o la historia lo que suministra el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar sentido o significación y que es por obra de los relatos o historias como las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido en su experiencia.

La metáfora narrativa propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginados, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida. Las historias de las personas rara vez están constituidas (si lo están alguna vez) “radicalmente”, es decir, no están hechas según un molde. Las historias culturalmente accesibles y apropiadas sobre la personalidad y sobre las relaciones se elaboran históricamente y se construyen en el seno de comunidades de personas y dentro del contexto de estructuras e instituciones sociales. De este modo, tales historias están inevitablemente estructuradas por nuestros conceptos culturales dominantes.

Sin embargo a pesar de que tales historias contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida, rara vez abarcan todas las contingencias que aparecen en la “vida como se vive” de una manera total. Lo mismo que ocurre en los textos con referencia a la vida tal como está se vive, las historias que las personas refieren están llenas de lagunas e inconsistencias y además topan constantemente con contradicciones (White, 1994).

White & Epston (1993) dice que una gran parte de la experiencia vivida queda inevitablemente fuera del relato dominante acerca de las vidas y las relaciones de las personas. Estos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación, o regeneración de relatos dominantes.

Si se considera que dentro del relato dominante se construye el problema, o aun más, el relato dominante es narrado en función del problema, de esta manera se pasan por alto aspectos significativos que contradicen al relato dominante y que podrían generar la construcción de un relato alternativo. (Payne, en: Porter, 2006) dice que cuando se cuenta nuestra historia de vida, o en el caso de los pacientes que llegan a consulta, en la historia o narración del problema solo se perciben algunos eventos mientras que otros se omiten. En ocasiones suele percibirse que el problema se presenta por si mismo, mientras que por otro lado, no se perciben aquellas ocasiones en las que el problema pudo presentarse pero no lo hizo. Estos son aspectos que cobran relevancia en dentro de la terapia narrativa.

Goffman (en: White & Epston, 1993) ha llamado a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante "acontecimientos extraordinarios", a su vez afirma que en la estructuración de la experiencia en «el entramado social del desarrollo de una persona a lo largo de la vida...los acontecimiento extraordinarios son ignorados a favor de aquellos cambios en el tiempo que son básicos y comunes para los miembros de una categoría social, aunque sucedan independientemente para cada uno de ellos». La identificación de los acontecimientos singulares puede facilitarse mediante la externalización de la descripción dominante "saturada de problemas", de la vida y de las relaciones de una persona. Una vez identificados los acontecimientos extraordinarios, se puede invitar a las personas a atribuirles significados. Para que esta asignación de significado pueda realizarse, es necesario que los acontecimientos extraordinarios se organicen en un relato alternativo. En este proceso reconoce Víctor Turner (en: White & Epston, 1993), que imaginar desempeña un papel importante. Se pueden introducir diversas preguntas que ayuden a comprometer a las personas en esta adscripción de nuevos significados, preguntas que las involucren activamente en la reescritura de sus vidas y de sus relaciones.

"Cuando se identifican acontecimientos extraordinarios, puede estimular a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. Esto requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona. He denominado relato extraordinario a esta historia alternativa y he elaborado un modo de plantear preguntas que aliente a las personas a localizar, generar o resucitar historias alternativas que expliquen lo acontecimientos extraordinarios. Otras llevan a las personas a investigar que indican estos nuevos datos acerca de los atributos y cualidades de ellas mismas y de sus relaciones". (White & Epston, 1993, p. 33)

Conforme las personas se separan de las historias dominantes o "totalizantes" que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Y son ellas las que suministran una puerta de entrada, a lo que podríamos considerar los territorios alternativos de la vida de una persona (White, 1994).

A medida que los relatos alternativos se prestan a ser representados, es posible expresar y difundir ciertos aspectos, amables pero anteriormente negados, de la experiencia de la persona. Invitar a las personas a convertirse en espectadores de su propia representación de estos relatos alternativos favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de la agencia personal.

La resistencia de los nuevos relatos y su elaboración pueden también favorecerse reclutando un público externo. Este proceso tiene una doble vertiente. En primer lugar, el hecho de asistir a la representación de un nuevo relato, el público contribuye a la escritura de nuevos significados; esto tiene efectos reales sobre al interacción de la audiencia con el sujeto del relato. En segundo lugar cuando el sujeto del relato lee la experiencia que la audiencia tiene de la nueva representación, ya sea a través de la reflexión sobre estas experiencias, ya sea por una identificación más directa se embarca en revisiones y extensiones del nuevo relato.

La identificación de los acontecimientos extraordinarios puede facilitarse mediante la externalización de la descripción dominante, saturada de problemas, de la vida y de las relaciones de una persona. Además de que también juega un papel importante el proceso de interrogar, de formular y estructurar preguntas en el desarrollo de la terapia. Enseguida se muestra una tabla donde se presentan algunos de los tipos de preguntas utilizados en el enfoque narrativo, de acuerdo con su nombre y función, esta información fue extraída de White (1994).

### 3.1.- Tipos de Preguntas dentro del Enfoque Narrativo.

TABLA DE TIPOS DE PREGUNTAS			
NOMBRE	FUNCIÓN	TIPO	EJEMPLO
Preguntas sobre logros aislados.	Incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen a la descripción saturada de problemas de la vida de la familia, esos "milagros atemporales" que de otra manera pasarían inadvertidos.	Directas	¿puede recordar usted alguna ocasión en la que pudo caer en el problema pero no cayó en él?
		Indirectas	Según usted, ¿Qué parte de los hechos que refirió me dice que usted todavía tiene cierta influencia en la perduración del problema?
Preguntas relativas a la explicación única	Instan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizado dentro de una pauta o clases de sucesos que están relacionados en el tiempo y el espacio.	Directas	¿Qué le parece que podría haber estado haciendo usted a fin de prepararse para dar este paso?
		Indirectas	Según usted, este logro entendido como una guía decisiva, ¿Qué me dice a mi sobre la naturaleza de su nueva decisión?
Preguntas relativas a la redescrípción única	Estimulan a los miembros de la familia a dar significado a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrípción de si mismos, de los demás y de sus relaciones.	Directas	¿Qué le dice a usted sobre si mismo que resulte importante que yo conozca?
		Indirectas	¿Qué cree usted que estos nuevos cambios me dicen sobre usted como persona y que es importante que yo conozca?
		Preguntas referentes a la relación con el sí mismo	¿En qué medida saber esto sobre usted influye en la manera en que se perciba a si mismo?
		Preguntas referentes a la relación con los demás	¿Cómo estos descubrimientos acerca de la influencia que usted tiene en la perduración del problema afectan su relación con las personas cercanas a usted?
		Directas	¿De qué manera conocer esto sobre sí mismo influye para que dé el próximo paso?

<p>Preguntas sobre posibilidades únicas</p>	<p>Incitan a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones, lo cual esta relacionado con explicaciones únicas y redescripciones únicas.</p>	<p>Indirectas</p> <p>Preguntas referentes a la relación con el sí mismo</p> <p>Preguntas referentes a la relación con los demás</p>	<p>¿Puede apreciar algunas de las nuevas posibilidades que yo creo que usted tiene para reconstruir su relación?</p> <p>¿En qué medida aprovechar algunas de estas nuevas posibilidades puede afectar la relación que usted tiene consigo mismo?</p> <p>¿Qué efecto tendrá en su interacción con la gente que le rodea el hecho de que siga algunas de estas nuevas posibilidades?</p>
<p>Preguntas relativas al panorama de acción</p> <p>Preguntas relativas al panorama de conciencia</p>	<p>Esta clase de preguntas pueden referirse al pasado, al presente y al futuro y son eficaces para dar nacimiento a relatos alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal.</p> <p>Llevan a las personas a pasar revista de los hechos que se desarrollaron en el otro panorama de acción y determinar qué podrían revelar estos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La naturaleza de sus preferencias y sus deseos.</li> <li>b) El carácter de las varias cualidades personales y de relación.</li> <li>c) La constitución de sus estados intencionales.</li> <li>d) La composición de sus creencias preferidas</li> <li>e) La naturaleza de sus empeños.</li> </ul>	<p>Concentradas en logros aislados</p> <p>Con la inclusión de personas significativas.</p>	<p>Justo antes de dar este paso, ¿no estuvo usted apunto de echarse atrás? Sí fue así, ¿Cómo se abstuvo de hacerlo? ¿Qué advirtió usted en su conducta que pudiera haber contribuido a este resultado?</p> <p>¿Qué vio usted que hacia su esposa recientemente y que pudiera arrojar alguna luz sobre su capacidad de dar este paso? ¿Alguna otra persona contribuyo a ello? Y si fue así, ¿De qué manera?</p> <p>Reflexionemos por un instante en estos hechos recientes. ¿A qué nuevas conclusiones podría usted llegar sobre sus gustos, sobre lo que le resulta atractivo a usted, sobre aquello que le atrae?</p> <p>¿Qué le dicen estos descubrimientos sobre lo que usted desea en su vida?</p>

<p>Preguntas referentes a experiencias de experiencias. (Preguntas de Re-integración)</p>	<p>Estas preguntas facilitan mucho el proceso de recreación de vidas y relaciones. Incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas. Además:</p> <p>a) Incitan a las personas a remontarse a sus experiencias pasadas y a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados con el paso del tiempo.</p> <p>b) Ponen en juego la imaginación de las personas de maneras tales que constituyen experiencias alternativas de sí mismas.</p> <p>Estas preguntas deben formularse dentro del contexto del dialogo cordial y, cada una de ellas, debe estar en armonía con las respuestas suscitadas por la pregunta anterior.</p>		<p>a) Si usted hubiera sido un espectador de su propia vida cuando era un joven, ¿qué podría haber visto entonces que pudiera ayudarme a comprender que usted era capaz de realizar lo que realizó recientemente?</p> <p>¿Qué le parece que me dice esto acerca de lo que usted desea y aspira en su vida?</p> <p>¿Cómo cree usted que conocer esta circunstancia afectó la opinión que tengo de usted como persona?</p> <p>¿Qué cree usted que esto podría revelarme sobre lo que usted valora más en su vida?</p> <p>Si usted logra compenetrarse con este concepto sobre sí mismo durante una semana o dos, ¿qué influencia tendría ello en su vida?</p>
<p>Preguntas de influencia relativa</p>	<p>Se compone de dos conjuntos de preguntas:</p> <p>a) Anima a las personas a trazar el mapa de influencia del problema sobre sus vidas y relaciones.</p> <p>b) Los insta a describir su propia influencia sobre la vida del problema</p>		<p>¿Cómo había conseguido enfrentarse eficazmente al problema?</p> <p>¿De que forma el problema influye de manera negativa en sus vidas y relaciones?</p> <p>¿De que forma iba a repercutir en su relación con el problema saber lo que sabían ahora?</p> <p>¿En qué cualidades se estaban apoyando para conseguir estos logros?</p>

#### 4).- LA EXTERNALIZACIÓN

La externalización del relato saturado de problemas puede iniciarse fomentando primero la externalización del problema y rastreando después la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona. Se empieza por preguntar a las personas cómo ha estado el problema afectando sus vidas y sus relaciones. Esta externalización ayuda a

interrumpir la lectura y la representación habituales de estos relatos. Cuando las personas se separan de sus relatos, pueden experimentar un sentimiento de agencia personal; y a medida que se apartan de la representación de sus relatos, se sienten capaces de intervenir en sus vidas y en sus relaciones. (White & Epston, 1993)

Mark Beyebach & Rodriguez (1994) describe la externalización en el sentido de White & Epston (1993); dice que la externalización es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se "saca fuera" de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En terapia, externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas.

La externalización del problema ayuda a las personas a identificar los conocimientos unitarios y los discursos de verdad que las están sometiendo, y a liberarse de ellos. Al describir la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona, estos conocimientos unitarios pueden sostenerse en evidencia alentando a las personas a identificar ciertas creencias acerca de ellas mismas, los otros y sus relaciones, que se refuerzan y confirman continuamente debido a la presencia del problema. Por lo general estas creencias están vinculadas a una sensación de fracaso a la hora de lograr ciertas expectativas, cumplir con ciertas especificaciones y satisfacer determinadas normas.

A través de este proceso de externalización, las personas adoptan una perspectiva reflexiva respecto de sus vidas, y pueden considerar nuevas opciones para cuestionar las verdades que experimentan como definidoras y especificadoras de ellas mismas y de sus relaciones. Esto les ayudará a negarse a la cosificación de sus personas y sus cuerpos a través del conocimiento. Al ayudar a las personas a apartarse de estos conocimientos unitarios, la externalización abre un espacio para la identificación y la circulación de conocimientos alternativos o subyugados. (White & Epston, 1993)

Retomando la analogía del texto, la externalización aporta -o pretende aportar- un guión llamativo, un tema en torno al cual organizar la conversación terapéutica. De esta forma, la externalización se convierte en el hilo conductor de (parte de) la terapia. Además, se trata de un tipo de guiones con un gran arraigo en nuestra cultura, propensa a deificar las cualidades negativas y a crear "enemigos externos" a los que enfrentarse. Esto hace que sea más fácilmente asumible por nuestros clientes, proporcionando una base común en la que situarse. (Mark Beyebach & Rodriguez, 1994)

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se le atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así mismas menos constantes y restrictivas. A lo largo de sus trabajos White & Epston, (1993, p. 54) menciona, que ha observado que la externalización de los problemas ayuda a las personas en su lucha contra los mismos, y he llegado a la conclusión de que, entre estas cosas este abordaje:

1. Hace disminuir los efectos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quien es responsable del problema.
2. Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.
3. Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.

4. Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
5. Permite a las personas enfrentar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían terriblemente serios.
6. Ofrece opciones de dialogo, y no de monólogo sobre el problema.

En el contexto de las prácticas asociadas a la externalización de problemas, no son la persona ni la relación las que constituyen el problema. Es el problema lo que es el problema, y por tanto la relación de la persona con él se convierte en el problema. Puesto que las historias que crean las personas sobre sus vidas determinan tanto la atribución de significado a sus vivencias como la selección de aspectos de la experiencia vivida que van a expresarse, se sigue que estos relatos son constitutivos o modeladores de la vida de las personas. Las vidas y las relaciones de las personas se desarrollan a medida que vivimos o representamos estas historias. Aquí White & Epston (1993) parte del presupuesto general de que cuando las personas experimentan problemas por los que van a terapia:

- ▶ A).- las narraciones con las que están relatando su vivencia y/o en las que otros están contando su experiencia no representa suficientemente su experiencia vivida.
- ▶ B).- en este aspecto habrá aspectos significativos y vitales de su experiencia que contradigan estas narraciones dominantes.

Por ello la externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante. Cuando se identifican acontecimientos, puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. Esto requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona. He denominado –relato extraordinario- a esta historia alternativa. (White & Epston, 1993)

Mark Beyebach & Rodriguez (1994) habla de las posibilidades que ha estudiado en la aplicación de esta técnica y que le ha dado resultados satisfactorios. En seguida se mencionan dichas posibilidades, pero esto no pretende dar por hecho la eficacia en todos los casos, solo se quiere dar una perspectiva de la amplitud de aplicación de la externalización.

- ▶ a).- Podemos utilizar esta técnica siempre que queramos aumentar la responsabilidad que nuestros clientes tienen sobre la marcha del tratamiento, evitando a la vez la culpabilización. Puede ser recomendable, pues, en aquellos casos en que nuestros clientes se muestren pasivos y resignados o, simplemente, se sientan incapaces de hacer frente a su situación.
- ▶ b).- Otra situación en la que nos parece indicada la externalización es aquella en la que los clientes están paralizados por los sentimientos de culpa respecto del problema. Como hemos comentado más arriba, la externalización permite desplazar la culpa sobre lo externalizado y recuperar los recursos de las personas para que actúen sobre el problema.
- ▶ c).- Otro posible uso de la técnica tiene lugar cuando queremos que las parejas o familias desunidas trabajen en equipo. En este supuesto la externalización puede

tener un fuerte efecto reestructurante, ya que crea un enemigo común al que enfrentarse.

- ▶ d).- Nosotros tendemos a utilizar la externalización cuando las personas que acuden a nuestra consulta están fuertemente comprometidas con un diagnóstico, generalmente como resultado de la información que han recibido de otros profesionales, o a resultas de una convivencia particularmente larga con el problema.
- ▶ e).- A nuestro juicio, la externalización resulta especialmente útil en todas aquellas situaciones en las que queremos poner en cuestión las creencias de nuestros clientes sin que éstos se sientan atacados.
- ▶ f).- Finalmente, la externalización puede ser útil para trabajar con clientes cuya forma de expresarse es ambigua y poco concreta. Aunque en estas situaciones preferimos utilizar primero otros recursos. En estos casos, lo externalizado no se convierte en algo exterior a la persona, pero sí en algo distinto de la persona.

En cuanto a las contraindicaciones, la externalización puede ser peligrosa en casos de violencia física y sexual, esto es, siempre que exista una víctima que pueda correr algún tipo de peligro (White, 1994). En otro texto White & Epston (1993) agrega, cuando se identifican problemas de este tipo, el terapeuta tendera más bien a fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas, por ejemplo, la imposición del secreto y del aislamiento.

## **5).- CARTAS**

En el enfoque de la terapia narrativa cobra gran relevancia el lenguaje escrito a diferencia de otras tradiciones terapéuticas en las que se trabaja predominantemente con el lenguaje oral. En este sentido White (1994) menciona, en muchas circunstancias, lo escrito adquiere una insuperable autoridad, por el hecho de que no se oye, sino que se ve. Además, el uso de la tradición escrita en terapia promueve la formalización, legitimación y continuidad de los conocimientos populares y locales, la autoridad independiente de las personas y la creación de un contexto para el surgimiento de nuevos descubrimientos y posibilidades.

Por otro lado como el concepto de tiempo es lineal, requiere la capacidad de registrar secuencias de hechos (Stubbs, en: White, 1994), y como la escritura es el instrumento ideal para proporcionar tal registro, podría parecer que la tradición escrita fuera un importante mecanismo para la introducción de la concepción lineal del tiempo y, por ende, para la generación de significado en nuestras vidas. También proporciona el mecanismo mediante el cual puede incrementarse significativamente el contenido informacional de las unidades de idea, y a través del cual estas unidades pueden reorganizarse en diferentes relaciones de dependencia.

Según White (1994) las cartas son sobre todo un medio para un fin, y por tanto pueden emplearse con diversos propósitos. En una terapia relatada, las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o “relato” que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. Son una versión de esa realidad co-construida llamada terapia y se convierten en una propiedad compartida por todos los participantes. Las narraciones tienen algunas ventajas obvias. En primer lugar, sitúan la experiencia de una persona/familia en el curso del tiempo. A diferencia de los informes científicos, no tratan de hacer atemporal la experiencia; en vez de eso la temporalizan. En segundo lugar, como los relatos son más ricos y complejos que los breves esquemas explicativos, se pueden acomodar y dotar de significado a muchos más

acontecimientos de la vida de las personas. Las narraciones permiten, por tanto, que las vivencias queden interpretadas en el tiempo vivido y tomen sentido al incluirse en el relato.

Reescribir supone resituar la experiencia de una persona/familia en nuevas narraciones, de modo que el relato que era dominante se vuelva obsoleto. En el transcurso de esta actividad se re describen las vidas de la gente, sus relaciones y las relaciones con sus problemas.

Otro aspecto de la relevancia e importancia de las cartas dentro de este enfoque terapéutico fue revisado someramente por David Epston quien se embarco en una investigación informal acerca del valor de los documentos terapéuticos. Él le pregunto a la gente con la que había trabajado ¿El hecho de recibir la carta fue tan valioso para ustedes como una sesión de terapia? Algunas dijeron siete sesiones, otras diez, tres y hasta una. O sea que en promedio esta establecido que un buen documento terapéutico vale 4.5 sesiones de buena terapia. (White, 2002)

## **6).- DECIR DE NUEVO: ¡HOLA!**

Durante algún tiempo Michael White (1994) estuvo analizando la metáfora de “decir hola” y su aplicación al trabajo al tratar la aflicción. Se vio impulsado a esta indagación por determinadas experiencias de la terapia de quienes se habían diagnosticado en otros lugares “aflicción demorada” o “duelo patológico”. Generalmente estas personas están bien identificadas con el proceso del pesar informado por la metáfora de “decir adiós” y que pueden situar fácilmente su experiencia en relación con ese proceso. Comprenden claramente que en su evolución no han alcanzado la meta apropiada. “Saben que la llegada a esa meta estará evidenciada por el adiós” plenamente experimentado, por la aceptación de la pérdida definitiva del ser querido y por el deseo de emprender una nueva vida que no tenga relación con la persona muerta. Sin embargo, White, (2002) agrega que trabajar el duelo desde este enfoque es contradecir la idea de ayudar a las personas a atravesar las etapas de una travesía bien conocida para que puedan arribar a la aceptación de la pérdida y para que puedan entonces seguir adelante son sus vidas sin el ser ausente.

El primer contacto con la persona que padece de “aflicción demorada” o “duelo patológico” parece que hubiera perdido su propio yo con la persona amada. Sin que se les incite a hacerlo, esas personas exponen al terapeuta todo lo relativo a la pérdida sufrida con los consiguientes efectos que ella tiene en su vida; por su cuenta dan todos los detalles de su sensación de vacío de falta de valor de todas las cosas y de su depresión. En semejantes circunstancias puede esperarse que continuar trabajando según el modelo normativo –un modelo que especifica las fases del proceso de aflicción de conformidad con la metáfora de decir adiós- complicará aun más la situación en lugar de capacitar a esas personas a reaccionar y enriquecer sus vidas. La desolación que esas personas experimentan es tal que, en la terapia, crear un contexto para incorporar en él la relación perdida parece mucho más indicado que todos los esfuerzos tendientes ha hacer olvidar esa relación. Esta consideración impulso mi investigación de la metáfora de “decir hola”.

Al esforzarnos por dar sentido a nuestra vida debemos encarar la tarea de disponer las experiencias que tenemos de los sucesos en secuencia temporal a fin de poder llegar a

una exposición coherente de nosotros mismos. La estructuración de una narración exige recurrir a un proceso selectivo en el que expurgamos de nuestra experiencia aquellos hechos que no encajan con la versión dominante que desarrollamos y que nosotros y los demás tienen sobre nosotros.

Al inducir a las personas a remontarse a sus experiencias vividas, se pueden localizar y reelaborar nociones alternativas previamente perdidas y así pueden ser accesibles nuevas y enriquecedoras percepciones y validaciones de sí mismas. Al alentar a las personas a reivindicar las versiones alternativas que se hacen en este revivir la experiencia, he comprobado que otras preguntas también son eficaces. Estas preguntas incitan a las personas a rever esa experiencia y localizar esas otras versiones de sí mismas que presentan los “hechos” experimentados como más atractivos, “esos hechos que pueden ayudarlas a ellas y a otras personas a escribir” una nueva historia de sus vidas.

Se pueden hacer más preguntas para alentar a las personas a conservar más plenamente la medida de su papel en la producción de sus propias producciones, el grado en que están personalmente activas en la constitución y modelación de sus vidas. Tener conciencia de la producción de las propias producciones de uno abre nuevas posibilidades para que las personas dirijan el curso de sus vidas. Cuando las personas se dan cuenta del proceso en el cual son, por un lado, actores, y por otro, espectadores de sus propias realizaciones se les hacen accesibles nuevas opciones y entonces se sienten como las autoras de sí mismas.

“Por mi parte, creo que el proceso de la aflicción es un fenómeno en el que hay que “decir adiós y luego decir hola”. Cualquier experiencia de pérdida es única, así como son únicos los pasos necesarios para resolver cada pérdida. Una metáfora es eficaz solamente en la medida en que no se someta a las personas a especificaciones normativas”. (White, 1994)

En un trabajo posterior, White (2002) analiza las conversaciones de tipo “decir de nuevo hola” que anteriormente estaban orientadas por preguntas que denominaba preguntas de experiencia de experiencia y a las que ahora se refiere como preguntas de re-integración. Estas prácticas de re-integración generalmente posibilitan que la gente experimente, en su vida cotidiana la presencia más completa de figuras, aun cuando estas ya no estén materialmente disponibles (por ejemplo en el caso de las personas que han muerto o de quienes uno se ha separado) El sentimiento de estar unido a otros de este modo y de experimentar la propia vida descrita con mayor riqueza abre nuevas posibilidades para la acción en el mundo.

Al reexaminar esas asociaciones, aquellos saberes y habilidades y aquellas descripciones de la identidad pueden ser identificados y explorados en sus particularidades (los descubrimientos, los actos de darse cuenta, las conclusiones, los aprendizajes, las prácticas de resolución de problemas, etcétera que son significativos, quedan más densamente descritos) Esto contribuye muy significativamente a que la persona se sienta poseedora de un conocimiento, a dar nuevas propuestas para la acción en sus vidas y a que estas propuestas expresen de maneras específicas.

La metáfora de re-integración abre alternativas para la exploración de cómo está integrado el club de la vida de una persona, de como se constituye el club de la vida a través de la incorporación de sus miembros y de cómo los miembros de este club están dispuestos desde el punto de vista de la jerarquía o el estatus. Asimismo, esta metáfora sugiere posibilidades únicas para la acción, en la forma de prácticas de re-integración que informan un tipo especial de evocación. Además brinda a las personas la oportunidad de tener mayor poder de decisión acerca del estatus de determinados miembros de su club de vida. Por medio de las prácticas de re-integración, las personas pueden suspender o exaltar, revocar o privilegiar, y degradar o ascender a determinados miembros de sus vidas. Pueden

establecerse y otorgarse diversas clases de pertenencia honoraria, incluyendo la pertenencia vitalicia.

Guiado por esta metáfora, White (2004) elaboró y formuló preguntas que según esperaba, pudieran presentar la posibilidad de que dichas personas reivindicaran su relación con el ser amado y perdido.

Un ejemplo de esto es el siguiente (White, 1994):

Mary tenía 43 años cuando acudió en busca de ayuda terapéutica por lo que ella llamaba “una pérdida no resuelta”. Seis años antes su marido Ron había muerto súbitamente de un ataque cardíaco. Se trataba de un hecho enteramente inesperado. Hasta aquel momento toda la vida había sido excelente para Mary. Ella y Ron habían disfrutado de una relación “rica y amorosa”, una relación que ambos valoraban en muy alto grado.

Después de la muerte de Ron el mundo de Mary se derrumbó agobiada por la pesadumbre y sintiéndose entorpecida, atontada, desde aquel momento Mary “simplemente pasaba por la vida” sin experimentar consuelo de ninguna clase.

En mi primera entrevista con Mary, ella me declaró que había desechado casi toda esperanza de recobrar alguna vez siquiera la apariencia de bienestar. Le parecía que nunca sería capaz de decir adiós. Una vez que Mary me hubo expuesto su desesperación, la invité a que aludiera las consecuencias “terriblemente serias” de la muerte de Ron.

Le pregunté decididamente si decir adiós era de alguna manera una idea positiva y si no sería mejor decirle a Ron “hola”. Le dije luego que la desolación que experimentaba tan agudamente podría significar que ya había dicho “adiós” demasiado bien. Mary reaccionó con desconcierto y sorpresa.

Después le pregunté si le interesaba experimentar con esa idea de decir hola a Ron o si creía que este estaba sepultado demasiado profundamente para acariciar semejante idea. “Si, Ron está sepultado muy profundamente para mí”. Sonrió y luego dijo que podría ser útil excavar un poco y extraer algo de él. De modo que empecé a hacer algunas preguntas:

Si estuviera viéndose ahora a través de los ojos de Ron, ¿Qué rasgos de usted misma advertiría que podría apreciar? ¿En que se modificaría su modo de verse si usted estuviera apreciando esos rasgos ahora mismo?

¿Qué conoce de usted misma que pudiera despertar aquellas cosas gratas que Ron reconocía en usted?

Si mantuviera viva esta opinión sobre si misma en el curso de todos los días, ¿Qué modificación supondría esto para usted?

¿En qué manera podría influir esta manera de sentir en los pasos que pudiera usted dar para retornar a la vida?

¿Cómo podría hacer saber a otros que usted ha reivindicado algunas de las cosas descubiertas de si misma que eran claramente visibles para Ron y que a usted personalmente le parecen atractivas? ¿Cómo cobrar conciencia de que aquello que no ha sido visible para usted durante los seis años pasados puede capacitarla para influir en su vida?

¿Cómo puede influir lo que ahora sabe de usted misma en su próximo paso? Al dar ese paso ¿Qué otro rasgo cree que podría hallar que fuera importante que usted conociera?

Las preguntas que parecían más eficaces para ayudar a las personas a reivindicar estas importantes relaciones, eran aquellas que invitaban a relatar lo que las personas percibían como la experiencia positiva de ellas que tenía el ser querido. Ese relato era expresión de la experiencia que tenían de aspectos específicos de lo que experimentaba la persona fallecida. Estas preguntas tenían un efecto inmediato y visible. Los recuerdos evocados no se referían solo a sucesos históricos efectivamente ocurridos, sino que abarcaban también una experiencia vivida y plena, una experiencia que comprendía las partes afectivas y emotivas de la persona.

Con el ejemplo anterior White (2002) muestra el estilo de las preguntas de experiencia de experiencia y a las que posteriormente llama de re-integración, sin embargo, su aplicación no queda clara, por ello enseguida se transcribe un caso en el que White

(2002) da muestra de la aplicación de las preguntas de re-integración a través de la metáfora Decir de Nuevo: !Hola! en un caso de duelo.

### **6.1) Entrevista, Sophia y Bill**

Conocí a Sophia hace 15 años. En esa época, ella estaba lidiando con una depresión profunda y con una anorexia nerviosa que constantemente amenazaba con quitarle la vida. Esta lucha no era nueva. Durante muchos años, esta depresión y anorexia le habían inducido a actuar contra su propia vida y habían provocado internaciones en el hospital. Sophia se estaba cansando de esta lucha.

Al principio, Sophia no tenía ningún entusiasmo por reunirse conmigo y comenzar otra terapia más. No confiaba en que esta fuera a conducir a un resultado positivo, pero había decidido seguir con su pareja, Bill. Él se había negado a darse por vencido en sus esfuerzos por acompañar a Sophia en la búsqueda de una solución para la depresión y la anorexia nerviosa y había mantenido su creencia en que Sophia encontraría una vida mejor. Bill era una fuerza a favor de la vida.

En el transcurso de nuestras reuniones, Sophia identifico la voz del odio a si misma y la voz de la anorexia nerviosa, y gradualmente fue apartando su vida de ellas. A medida que lo hacia comenzó a explorar y adoptar otros relatos de su identidad. La contribución de Bill en esta etapa fue inestimable. Siempre estaba preparado para apoyar a Sophia en las conversaciones creadoras de sentidos en las que participábamos y en la exploración de propuestas para la acción en su vida que estaban informadas por el contenido de estas conversaciones. Y en ningún momento de este trabajo Bill supuso que él pudiera hablar por Sophia. A medida que Sophia comenzaba a abrazar la vida, Bill inicio una reflexión crítica acerca de sus modos de ser en relación con ella y, como consecuencia de ello, dio muchos pasos para asegurarse de que nada entorpeciera ese abrazo de Sophia a la vida. Esta era la oportunidad de Sophia y, de ser necesario, Bill movería montañas.

Para Sophia su abrazo a la vida no le representaba una recuperación de esta. Ella creía que jamás había llegado a asir la vida. Como parte de los que Sophia llamaba "haber nacido" como persona, desarrolló un interés en hacer pequeñas criaturas de trapo. Encontraba que esta tarea era una forma de dar vida y a través de este proyecto desarrollo nuevas conexiones con el mundo exterior. A medida que la vida de Sophia progresaba, tuvimos muchas cosas que celebrar juntos. En los años siguientes, de vez en cuando tenía noticias de Sophia a veces una carta, a veces una llamada. Y de este modo yo era una audiencia para muchas de las novedades en su vida, incluyendo su inscripción en un programa de estudios sobre la mujer. La voz de Bill también se oía en estas novedades, siempre estaba allí: siempre creyendo, siempre reconociendo.

Supe que Bill había decidido jubilarse anticipadamente en 1996. Él y Sophia esperaban pasar más tiempo juntos y habían planeado muchas aventuras para esta etapa de sus vidas. Inesperadamente, a principios de 1996, Bill murió de un paro cardiaco. Me llamo el médico de cabecera de Sophia. Ella estaba en el hospital, recuperándose de una fuerte sobredosis. En ese momento estaba fuera de peligro, pero deprimida y furiosa con él y el personal del hospital por haberle salvado la vida. Había intentado suicidarse y ahora le aseguraba a todo el mundo que esa intervención médica tendría por resultado una breve postergación. Sophia estaba decidida a tener éxito en su próximo intento de quitarse la vida y aseguraba que la intervención médica había prolongado su vida en cuestión de semanas, de ninguna manera meses ni años. Su deseo era estar dos metros bajo tierra, yaciendo junto a Bill. Este era el único lugar donde quería estar. Durante la conversación telefónica, el médico de cabecera me informo que Sophia había dicho que hablaría conmigo, pero de ninguna manera toleraría que nadie intentara convencerla de abandonar su decisión de reunirse con Bill. Conociendo a Sophia y a Bill como los conocía, yo sabía que esta decisión era un testimonio del enorme amor que se habían profesado el uno por el otro y la maravillosa contribución que cada uno había hecho a la vida del otro.

Visité el hospital y me senté junto a Sophia. Estaba realmente enojada y se le veía muy desdichada. Habló monótonamente de su desolación y de que su vida de había vuelto gris y de que el don de existir ahora le había sido arrebatado, de la imposibilidad de seguir viviendo sin Bill, de las expectativas para cuando el se jubilará, ahora frustradas. De su deseo de estar yaciendo junto a él y de su convicción de que nadie podría detener lo inevitable (la intervención médica la había salvado en esta ocasión, pero apenas había pospuesto lo que era inevitable). Sophia también dejo claro que no perdería su tiempo con nadie que tuviera el propósito de convencerla de abandonar su decisión de reunirse con Bill. Me comprometí a no hacer eso, pero le pregunte si le parecía bien que tuviéramos

algunas conversaciones sobre las alternativas que le permitieran estar con Bill nuevamente, experimentar su presencia, pero que no exigieran que estuviera a dos metros bajo tierra. Sophia consideró aceptable mi propuesta y entonces comenzamos una serie de conversaciones orientadas por la metáfora de “decir de nuevo hola”.

La siguiente transcripción pertenece a una entrevista que tuvo lugar nueve semanas después de la muerte de Bill y constituyó uno de los puntos de inflexión de nuestro trabajo. En esta entrevista, Sophia había estado hablando de los consejos que había estado recibiendo de muchas fuentes diferentes (que hiciera el duelo, que dejará ir a Bill, que aceptara la pérdida, que siguiera con su vida). Sophia solo sabía que este conocimiento de sentido común no era apropiado para ella. Exploramos entonces como es que Sophia había logrado respetar esta conclusión y descubrimos que lo había hecho porque mantenía su fe en su conocimiento poco común y confiaba en él.

## Entrevista

¿Es este un conocimiento que parece, de algún modo, un conocimiento común?  
¿Quieres decir que no es un conocimiento con el que todo mundo pueda conectarse?

*Es que parece que todo el mundo, a excepción de unos pocos amigos íntimos, cree que ya es hora de que mire para adelante y deje todo lo demás atrás.*

Deja esto atrás y sigue adelante ¿de esta es de lo que la mayoría de las personas parece pensar que se trata?

(Sophia asiente con la cabeza.)

¿En qué estás pensando en este momento?

*Estoy pensando en lo que Bill pensaría.*

Ajá. ¿Puedes decirme lo que pensaría?

*Bueno mi mamá y algunas personas consideran que estaría muy enojado conmigo por no seguir simplemente con mi vida. Pero yo no creo que lo estaría, en absoluto. Creo que el comprendería. No creo que estaría enojado en absoluto. (entre lágrimas.)*

¿Qué sientes cuando otras personas se erigen a sí mismas en autoridad sobre su voz? ¿Como es para ti cuando otras personas dicen estas cosas (que Bill habría dicho esto o aquello, que se habría enojado contigo por no...?)

*Me enferma*

Te enferma. . .

*El día del funeral, el marido de mi hermana me dijo: “Sal ahí afuera y sé fuerte. Bill hubiera querido que fueras fuerte por él”. Pero yo le contesté: “No, él hubiera querido que fuese yo misma”.*

¿Tu cuñado fue quien te dijo que Bill hubiera querido que fueras fuerte y salieras al mundo? ¿Y tu le dijiste: “No, él hubiera querido que fuera yo misma”? ¿Cómo calificarías el hecho de que otras personas de alguna manera crean que tienen derecho a ponerse en lugar de Bill? ¿Qué nombre lo pondrías a eso?

*Considero que es excepcionalmente egocéntrico por parte de la persona que lo hace.*

“Excepcionalmente egocéntrico”: es una descripción algo benévola. Es una descripción bastante benévola algo que francamente, me parece indignante. Pero tú sientes que Bill diría: “No, Sophia esta haciendo lo mejor para ella”. Si estuviera aquí, ¿es esto lo que diría?

(Sophia asiente con la cabeza.)

¿Tienes idea de que otras cosas diría si estuviera aquí? Si yo pudiera preguntarle ahora mismo: "Bill, ¿qué es lo más importante de lo que estuvo diciendo Sophia hasta ahora?" ¿Qué crees que diría sobre esto?

*Creo que querría que yo hiciera lo que necesitara hacer, por todo el tiempo que lo necesitara.*

Entonces, él diría "Sophia hará lo que necesite hacer y eso está bien". ¿Cómo reaccionaría él ante tu resistencia a todas esas otras personas que afirman poder hablar con la voz de Bill o pretenden saber qué es lo que te conviene? ¿Te apoyaría en esto o...?

*Me daría mucho apoyo.*

¿Cómo te apoyaría? ¿Qué diría?

*Me diría que escuchara mi propia voz.*

Te diría que escucharas tu propia voz.

*Sí.*

¿Qué más diría él en apoyo a tu resistencia? Le diré al grupo (dirigiéndome al grupo de reflexión que esta detrás del espejo unidireccional) que Bill era un hombre de pocas palabras, ¿verdad? Pero lo que tenía para decir era muy profundo, ¿no es así? Cuando hablaba, tenía un modo de decir las cosas que era muy fuerte, bastante sintético... pero fuerte. ¿Dirías que esto es cierto?

*Sí.*

Entonces, ¿Cuál sería una de sus declaraciones de apoyo a tu resistencia, sintéticas y fuertes, que podríamos oírle a Bill?

*Diría que solo yo se lo que me conviene.*

Eso diría: "Solo Sophia sabe lo que le conviene a ella".

(Sophia asiente con la cabeza.)

¿Se te ocurre algo más que él pudiera decir? Aparte de: "escucha a tu propia voz" y "Solo Sophia sabe lo que es conveniente para ella".

*Siempre me dijo que fuera yo misma.*

¿Qué seas tú misma? Bien... quisiera hacerte algunas preguntas más, pero antes quisiera saber cómo esta resultando esta conversación para ti. En la conversación que estamos teniendo aquí y ahora ¿estamos hablando de las cosas apropiadas, de las cosas que hay que hablar?

*Sí.*

¿Por qué?

*Por que estoy empezando a dudar de si lo que estaba haciendo está bien.*

Por que estás empezando a dudar de si lo que estás haciendo está bien. ¿Qué esta haciéndole esta conversación a esa duda?

*Esta reforzando la creencia en escucharme a mi misma y no a todos mis conocidos.*

¿Esta reforzando tu creencia en escucharte a ti misma y no a los demás?

*Me pase mucho tiempo haciendo lo que otras personas pensaban que debía hacer. Me tomo mucho tiempo resolver yo misma que hacer. Y me siento bien al hacerlo.*

¿Puedo anotar eso? Dijiste: "Me tomo mucho tiempo resolver yo misma que hacer". ¿es eso lo que dijiste?

(Sophia asiente.)

Luego dijiste algo más

*Me pase mucho tiempo haciendo lo que otras personas pensaban que debía hacer...*

¿Cómo ha sido para ti la experiencia de traer a Bill a la sala del modo en que lo hemos hecho, hablando conmigo sobre cuáles habrían sido sus reacciones ante nuestra conversación? ¿Ha sido esta una experiencia positiva o negativa para ti? ¿O ni lo uno ni lo otro? La de traer la voz de Bill aquí, claro.

*De todos modos yo sentía que él ya estaba aquí.*

¿Sentías que ya estaba aquí?

*Cuando estaba sentada en el piso de abajo.*

Cuando estabas sentada en el otro piso, ¿sentías que él estaba aquí?

*Es sólo que me hizo pensar en cuando veníamos aquí juntos*

¿Es una novedad para ti, sentir que él está contigo de este modo?

*No. las otras veces que vine también pasó lo mismo.*

¿Tienes esa experiencia cuando vienes aquí? ¿Tienes realmente la sensación de su presencia física? ¿Cómo es encontrarlo presente físicamente cuando vienes aquí?

*Me da apoyo moral.*

¿Te da apoyo moral? Y sientes que él está aquí con nosotros, de algún modo, como...

*Si. Donde siempre se sentaba, junto a mí.*

Sentado justo al lado tuyo. ¿Siempre del lado derecho?

*Sí, a mí derecha.*

¿Esto ha sucedido en algún otro lugar, o es únicamente al venir aquí que experimentas su presencia de este modo?

*Es solo aquí.*

¿Solo aquí?

*Pienso que es porque Bill cumplió un papel tan importante aquí, ayudándome a encontrarme a mí misma.*

Sí, realmente cumplió un papel bastante poderoso. Estoy anotando algunas cosas, por si logro usar algunas en alguna carta.

*Está bien.*

Si tuvieras esta experiencia también en otros lugares, no solamente aquí en el Dulwich Center, ¿sería algo positivo o negativo? Pensaba en lo que tu sabes acerca de tu propia recuperación.

*Sería algo positivo.*

"...sería algo positivo". (Escribiendo.)

*Una de las cosas que más me asustan es que él no está más ahí para ayudarme en el camino.*

Si el estuviera allí para ti, del mismo modo en el que esta aquí ahora, ¿sería una cosa positiva?

Sí.

¿En que sentido sería esto beneficioso para ti, en el sentido de ayudarte en el camino? ¿Si pudieras experimentar su presencia en tu vida, del mismo modo en que la experimentas aquí en esta sala?

*Es como cuando Bill estaba conmigo aunque no estuviera en el mismo lugar donde yo estaba... no necesariamente estaba físicamente... pero en mi cabeza, él siempre estaba ahí. Esto me producía una enorme seguridad.*

Seguridad. Quiere decir que no era necesario que estuviera contigo. Podía estar en cualquier otro lado. ¿No tenía que estar físicamente ahí, pero había un lugar que él ocupaba que te otorgaba seguridad?

*Creo que es un poco como tener un ángel de la guarda.*

¡Un ángel de la guarda! ¿Piensas que esto apoya tu visión acerca de lo que ayuda a tu recuperación: hacer que Bill participe más en tu vida, y no darle la espalda y seguir con tu vida?

*Creo que sí, porque de otro modo no sentiría su presencia tan fácilmente.*

En realidad... has hecho que la presencia de Bill sea más fuerte para mí, al contarme que sentías que estaba contigo aquí y en la sala de espera... (entre lágrimas) y puedo verlo perfectamente. ¿No solía palmearse la rodilla? ¿Recuerdas eso? ¿No era ese un gesto habitual, palmearse la rodilla? ¿Cuáles eran algunos de sus otros gestos habituales? Recuerdo ese tan claramente...

*Cruzaba y descruzaba las piernas.*

Es verdad. Cruzaba y descruzaba las piernas. Lo recuerdo bien. Y a menudo solía estar ligeramente fuera de la situación, reflexionando sobre ella, ¿verdad? Estaba todo el tiempo pensando.

*Muchas veces yo le estaba hablando y pensaba que no me estaba escuchando. Entonces decía: "¿quieres que siga diciendo lo que estaba diciendo o en realidad no quieres saberlo?" Y él me decía: "Te estuve escuchando todo el tiempo" Y yo le contestaba: "Ah, ¿sí? Entonces, ¿que dije?" Y él me lo decía. Es como si siempre estuviera escuchando y pensando al mismo tiempo.*

Esto me trae recuerdos de las veces que yo le estaba hablando a Bill aquí y pensaba que había dejado de prestarme atención.

*Pero no era así.*

No. Y yo le decía: "Bill, no se si estabas escuchando", y él me contestaba: "Sí, estaba escuchando". Y yo le preguntaba: "¿Qué acababa de decir Sophia?" y él era capaz de repetirlo palabra por palabra.

*(Sophia asiente con la cabeza)*

¿Cómo crees que me siento?

*Creo que tu también debes tener un sentimiento de pérdida. Pero al mismo tiempo, no es una pérdida total. (entre lágrimas.)*

Has dado justo en el clavo. Yo puedo hablar del modo en que puede no ser una pérdida total, pero tu me has ayudado a experimentar que no lo es. ¿Entiendes lo que quiero decir? Una cosa es decirlo, otra cosa es experimentarlo. ¿En que piensas ahora?

*En algunos momentos parece que para mí fuera una pérdida total.*

En algunos momentos. Sabes... tu has evocado su presencia aquí de un modo muy poderoso. Yo también la estoy sintiendo y me pregunto si sabes cómo lo haces. ¿Lo sabes? Porque sé que dijiste que en parte es venir aquí, pero también vas a otros lugares a los que ibas con Bill. ¿Sabes como lo hiciste? Dijiste que la primera vez que viniste aquí, hace un par de meses, experimentas su presencia

en la sala de espera. ¿Sabes como lo hiciste? ¿Fue algo en lo que pensaste antes de venir aquí o fue algo que sucedió espontáneamente cuando...?

*Sucedió espontáneamente cuando entre y me senté.*

¿Sabes en que tipo de estado mental estabas o ingresaste, que lo hizo posible? ¿Tienes alguna percepción de esto?

*Simplemente pensé en Bill y cuando pensé en él fue como si estuviera sentado ahí conmigo.*

Quiere decir que pensaste en él de un modo que no evocaba solo la pérdida: también evocaba su presencia.

*Solo pensaba en Bill, en su "ser", no pensaba en que ya no estaba aquí físicamente.*

Ajá, no estabas pensando en eso... pensabas en su ser. ¿En eso pensabas? Si esto pudiera funcionar para ti en otros sitios, si pudieras pensar en su ser del modo en que lo hiciste cuando te sentaste en la sala de espera, ¿sería positivo o negativo...?

*Creo que sería positivo.*

Puedo decirte que para mi ha sido positivo. Si bien ha sido muy emotivo, ha sido una experiencia positiva que introdujeras su ser aquí del modo en que lo hiciste. Me pregunto si podríamos imaginarnos cómo podrías trasladar a otros lugares, fuera de aquí, este sentimiento de que él esta contigo. Porque no es casualidad que haya sucedido aquí. Comprendo porque habrías de hacerlo primero aquí, por el papel que Bill desempeñó en que tu lograras tener una vida, tener una voz. Tan solo me pregunto que podría posibilitar que hicieras lo mismo en otros sitios. ¿Tienes alguna idea con respecto a esto? Dijiste que viniste aquí y que no estabas pensando... ¿en que dijiste que no estabas pensando?

*No estaba pensando en Bill necesariamente en relación con la pérdida. Simplemente pensaba en él.*

Pensabas en su ser... su ser.

*No estaba especialmente pensando acerca de que estaba muerto.*

Quisiera pensar en algunas preguntas que pudiera formularte, que me ayudaran a entrar más en contacto con esa habilidad de evocar la presencia de Bill del modo en que lo has hecho (tan solo para comprender mejor como lo hiciste). Entiendo que viniste aquí, te sentaste en la sala de espera y simplemente te pusiste a pensar en su ser, no en su pérdida, y eso es parte de la cosa. ¿Todavía sientes su presencia contigo, en este momento?

*Él está aquí todo el tiempo, en esta sala.*

Él esta aquí todo el tiempo en esta sala. Bien. Quiere decir que también esta presente lo que él sabía acerca de ti. La comprensión realmente importante que tenía de ti como persona, ¿también esta aquí?

*(Sophia asiente con la cabeza)*

En realidad, ya has mencionado algunas muestras de esa comprensión que él tenía de ti. Algunos de los conocimientos que el tenía de tu vida y lo que funciona para ti.

*Esa es una de las cosas que me dan miedo, porque no sé si yo pueda hacerlo.*

¿No sabes si puedes hacerlo?

*Yo sola sin tenerlo a él.*

Presente. Sí.

*Su apoyo su aliento y tan solo... tratar de entender. Sin necesariamente entender todas las veces, pero aceptando.*

Aceptando. ¿Y estuviste volviendo a experimentar su aceptación aquí? ¿Su aceptación hacia ti? ¿Su comprensión hacia ti? ¿Aceptando lo que no entendía? ¿Es así?

*(Sophia asiente con la cabeza)*

¿Cómo te afecta el experimentar esa aceptación? Como aquí mismo en este momento, en este momento. ¿Qué es lo que te produce estar experimentándola aquí?

*Es como una total afirmación de... mi persona*

¿Una total afirmación de ti?

*Sucediera lo que me sucediera, no importa con qué estuviera yo intentando lidiar, Bill simplemente afirmaba que se trataba de mi y que yo podría lidiar con eso. No me haría una mala persona. Simplemente yo. Quien soy hoy.*

De manera que Bill podría estar contigo también en otros sitios. Y hay algunas habilidades que tu utilizas para hacerlo presente, incluso para mí. ¿te parecería bien que habláramos de estas habilidades? ¿Te interesa?

*(Sophia asiente con la cabeza)*

*Podría ayudarme en otros sitios. Y cuando entro en espacios realmente negros podría ser útil intentar recurrir a esto.*

Sí. Es muy sensato. Bill murió hace dos meses, ¿es correcto?

*Hoy hace nueve semanas.*

Nueve semanas hoy.

*Son nueve semanas desde la última vez que lo vi con vida. En realidad murió el miércoles por la mañana.*

El miércoles por la mañana, hace nueve semanas. Su aceptación hacia ti no murió y su comprensión de ti como persona ha permanecido contigo porque tú la has vuelto a introducir hoy en esta sala.

Durante un tiempo nuestra conversación emprendió nuevas exploraciones de los saberes y habilidades que Sophia estaba expresando al recordar la presencia de Bill, y luego ella y yo nos convertimos en audiencia de las respuestas de los integrantes del equipo de reflexión/grupo de testigos externos. Sus ricas re-narraciones de las historias de vida de Sophia y Bill mostraron un poderoso reconocimiento de su relación y de las contribuciones que cada uno había hecho a la vida del otro. Estas re-narraciones también incluyeron relatos sobre el modo en que nuestra conversación había afectado la vida de algunos de los integrantes del equipo y les había presentado opciones para la re-integración de seres queridos ausentes en sus propias vidas.

Después de las re-narraciones del equipo de reflexión e inmediatamente después de la respuesta de Sophia a estas re-narraciones, me pregunte en voz alta si ella podía identificar algún objeto en la sala que pudiera llevarse consigo y que pudiera ser un símbolo de la presencia de Bill. Estaba pensando en Rupert. Rupert es uno de los integrantes de trapo de mi equipo. Me lo regalo Sophia hace más de 15 años, cuando estaba haciendo sus primeros pasos temblorosos hacia la vida: Sophia es la creadora de Rupert. Él es un oso extraordinario, que por más de una década y media ha venido haciendo maravillosas contribuciones a las vidas de otros, uniéndose con ellos en apoyo a sus deseos de liberarse de los problemas existentes en sus vidas.

En respuesta a mi pregunta, Sophia recorrió la sala con la mirada y concluyó: "No hay nada aquí que pudiera servir". Le pregunte si podría dar otra mirada. En respuesta, me preguntó: "¿Rupert esta aquí?". Estaba. Acaba de regresar del Dulwich Center después de haber estado con la familia de un niño pequeño. En su viaje de regreso, había sufrido un percance. Venía en el auto de la familia (algo que le encanta hacer) cuando perdió el equilibrio y se cayó, y fue arrojado por un ómnibus. Afortunadamente, Rupert esta hecho de material muy resistente, así rápidamente logramos que recobrara su forma. Sophia tenía ahora a Rupert sentado sobre su falda. Lo sostenía afectuosamente.

## Continuación de la entrevista

¿Decías?

*Bill era realmente elevado. Podría llevármelo y arreglarle la oreja (refiriéndose a Rupert)*

*Lo solíamos llamar Rupert el estúpido (se ríe.)*

¡"Rupert el estúpido"! ¿Te he contado todo lo que Rupert ha hecho por muchos de los niños que vienen aquí? ¿Lo sabes? ¿Sabes porque se conserva tan bien?

*Porque ha sido amado. (Ahora sonriendo.)*

Ha sido amado. Acompaña a su casa a algunos de los niños que vienen aquí y los ayuda con sus problemas. Y es realmente interesante... Tú estabas hablando de la aceptación de Bill, ¿sabes qué es lo que los niños experimentan con Rupert? Aceptación. Hagan lo que hagan, Rupert sabe que lo están intentando y lo respeta.

*No creo que sea para nada estúpido.*

No, no lo es. Creo que es un camarada de Bill. Creo que en cierto modo son colegas. O algo así.

*Este un muñeco algo diferente del que yo hice; yo siempre pensé que Rupert era un oso que parecía estúpido. Por eso lo llame Rupert el estúpido. (Se ríe)*

Resulto ser muy inteligente. No me cuenta mucho de lo que sabe (se lo guarda para si). Es una persona de pocas palabras, pero las suyas son palabras muy poderosas.

*!Como Bill!*

Sí.

*(Ahora Sophia esta acariciando tiernamente a Rupert.) Una de las cosas que realmente extraño es tocar a Bill.*

¿Piensas que llevarte a Rupert contigo podría contribuir a que pudieras producir la presencia de Bill en otros lugares?...

## Post scriptum

En las dos semanas siguientes, Sophia hizo un descubrimiento: comenzó a experimentar la presencia de Bill. En el jardín, especialmente cuando estaba cuidando los arbustos favoritos de él. Le pregunté cómo era que había logrado esto. La Respuesta se Sophia: "Cualquiera puede hacerlo. Es natural. Se trata solo de quitar las piedras del camino y ponerte en contacto con tus fortalezas". La pregunté a Sophia como llamaría a estas fortalezas y le pregunté que más estaba en juego aquí. "Otros pueden tener fortalezas similares. Sin embargo, a pesar de identificar esas fortalezas de este modo, experimentar la presencia de las voces de los seres queridos es un logro que puede resultar esquivo. ¿Podría hacerte algunas preguntas acerca de que es lo que tu aportas a estas fortalezas?" Sophia se mostró interesada y comenzó entonces una conversación que trataba de identificar algunas de las habilidades y saberes que ella estaba expresando al producir la presencia de Bill.

Fue en esta conversación que Sophia por primera vez tomó conciencia del hecho de que había guardado un lugar en su vida para la voz de su padre desde su muerte, cuando ella era una niña, hacía 28 años. Al hablar de esto, y de la vida de su padre, relato historias de sus tías, las hermanas de su padre, quienes se habían quedado en Holanda y a quienes no había conocido, pero cuyas imágenes la habían animado en los momentos difíciles de su vida. "¿Cómo es que los conocías tan bien, si nunca los viste? ¿Cómo explicas esto?", pregunté. Sophia habló entonces de las historias que su padre contaba de la vida en Holanda y el papel central que sus hermanas representaban en esas historias. Hablamos durante un rato sobre lo que había en las narraciones de su padre que lograba evocar tan vívidamente las imágenes de sus tías. Sophia concluyó entonces que su padre debía haber tenido las habilidades y saberes que le possibilitaban experimentar la presencia permanente de las voces de sus hermanas, estando tan lejos de ellas y de su lugar de

nacimiento, Holanda, y que esto debía haber sido un gran apoyo para él en su vida en Australia. Sophia también concluyó que su padre le había transmitido estos saberes y habilidades a ella y que había sido por medio de ellos que había logrado guardar un lugar en su vida para las voces de él y de sus tías, a pesar de todas las cosas por las que había atravesado. Además, en esta conversación Sophia avanzó más profundamente en el darse cuenta de que ella había estado poniendo estos saberes y habilidades en uso en mi consultorio y en su jardín, en su deseo que hacer que Bill volviera a unirse con su vida.

Al reflexionar sobre nuestra conversación, le pregunté a Sophia: “Si utilizaste estos saberes y habilidades para guardar un lugar en tu vida para tu padre durante 28 años, ¿crees que podrías hacer lo mismo por ti para mantener tu conexión con Bill? Y de ser así, ¿a qué edad deberías empezar a preocuparte acerca de si existe o no el riesgo de que pudieras olvidar a Bill?”. Sophia creía que estos saberes y habilidades seguirían estando a su disposición y suponía que no debía preocuparse por el riesgo de olvidar a Bill hasta que tuviera setenta y dos años. Este resultado un descubrimiento sorprendente, que le produjo un enorme alivio. A lo que Sophia más le había temido era que su vida fuera a seguir adelante y se olvidara de Bill.

Cuando nuestra conversación giró hacia la contribución de Rupert, me di cuenta de que Sophia ya le estaba transmitiendo estas destrezas a su nieta, Latoya. Latoya se había encariñado mucho con Rupert y siempre que estaban juntos, ella le hablaba a Sophia de su “Poppy”. En los meses subsiguientes, la experiencia de la presencia de Bill fue cada vez más accesible a Sophia. Él fue re-integrado a su vida.

Después de la revisión de la entrevista anterior, de entrada hay que hacer una mención muy importante, White (1994) menciona la aplicación de la metáfora Decir de Nuevo: ¡Hola! en casos de duelo patológico, donde la elaboración del duelo se ha visto obstaculizada y no se ha logrado la aceptación de la pérdida. En contra parte, en la transcripción de la entrevista de White (2002) se habla acerca de la aplicación de la misma metáfora en un caso de duelo, guiada a través de las preguntas de re-integración, lo que cabe resaltar es que es llevada a cabo en circunstancias en las que (según el autor) solo han pasado aproximadamente dos meses desde la pérdida del ser querido (Bill).

Esto podría ser importante en la medida en que la aplicación de la metáfora: Decir de Nuevo: ¡Hola! podría ser aplicada no solo en casos de duelo patológico, sino también, como una técnica del enfoque narrativo que podría llegar a influir directamente en la elaboración del duelo.

Ahora bien, la aplicación de la metáfora Decir de Nuevo: ¡Hola! conlleva también la elaboración de preguntas de re-integración (o de experiencia de experiencia), la escucha atenta y reflexiva pero sobre todo no someter al paciente a ningún tipo de especificación acorde con algún lineamiento convencional de fases o etapas para el proceso de duelo. Y es justamente a través de este último punto donde el presente trabajo trata de enfocar su esfuerzo y repercusión y que se abordará en el siguiente capítulo.

## **CAPITULO 4.- EL ENFOQUE NARRATIVO EN EL PROCESO DE DUELO: PROPUESTA TEÓRICA.**

### **A).- CONSIDERACIONES**

Al retomar las etapas del proceso de duelo según la tanatología, no se quiere dar por entendido que esta propuesta se realizó para seguir un proceso eslabonado del duelo con prácticas terapéuticas del enfoque narrativo, ni mucho menos, para etiquetar o categorizar a las personas en proceso de duelo. Lo que aquí se sugiere, por el contrario, es tomar en cuenta las manifestaciones psicológicas, físicas, conductuales y sociales que pudiera presentar una persona en elaboración de su proceso de duelo, pero sin asignarle una determinada etapa dentro de dicho proceso. En otras palabras, como ya se mencionó anteriormente en el apartado dedicado al proceso de duelo, cada etapa conlleva una serie de manifestaciones las cuales son diferentes para cada persona, cada persona las enfrenta desde una perspectiva distinta, es decir, aunque dos hermanos estén viviendo el duelo de su padre, ambos tendrán una historia diferente que contar alrededor de su pena; aunque a ambos se les pueda situar en la etapa de negación. Y es precisamente a través de las manifestaciones con las que se elaboró este trabajo.

Aquí se toma en cuenta todo el proceso de duelo y las diferentes manifestaciones que podría haber en cada etapa, para sugerir posteriormente con que prácticas terapéuticas del enfoque narrativo podrían trabajarse dichas manifestaciones, no con la finalidad de lograr avanzar de etapa en etapa, sino tener una posible alternativa de trabajo cuando se tiene un paciente en proceso de duelo y se considera que está cursando por alguna etapa en especial o presenta algunas manifestaciones propias del duelo.

### **B).- PROPUESTA TEORICA**

En las siguientes tablas se presentan las prácticas terapéuticas de Intervención del Enfoque Narrativo, las Preguntas sobre el Proceso de Interrogar y las diferentes Manifestaciones que se presentan durante el Duelo. Cada una de estas es utilizada en la elaboración de la propuesta y se presentan con antelación para que se puedan distinguir con mayor precisión, además de poder apreciar la referencia bibliográfica.

<b>Prácticas Terapéuticas de Intervención</b>	<b>Autor y Año</b>
<b>Lograr una alianza terapéutica con el paciente</b> <b>Identificar el relato dominante</b> <b>Cartas</b> <b>Relato Alternativo</b> <b>Sucesos extraordinarios</b> Analogía de texto	White & Epston (1993)
<b>Decir de Nuevo: ¡Hola</b> <b>Externalización</b>	White (1994) White (1993/1994)
<b>Preguntas sobre el Proceso de Interrogar</b>	
<b>Preguntas de influencia relativa</b> <b>Preguntas sobre logros aislados</b> <b>Preguntas relativas a la redescritión única</b> <b>Preguntas sobre posibilidades únicas, en relación consigo mismo</b> <b>Preguntas relativas al panorama de conciencia</b> <b>Preguntas relativas al panorama de acción</b> <b>Preguntas sobre posibilidades únicas</b>	White (1994)
<b>Preguntas de experiencias de experiencias y preguntas de re-integración</b>	White (1994/2002)

<b>Etapas de Duelo</b>	<b>Manifestaciones Emocionales, Psicológicas y Conductuales</b>	<b>Autor y Año</b>
<b>Negación</b>	<b>Negación de la realidad, Aislamiento, Angustia.</b>	Delgado (1998) Kubler Ross (2006)
<b>Ira</b>	<b>Sentimientos de Ira, Rabia, Envidia y Resentimiento</b>	Kubler Ross (2006)
<b>Negociación o Regateo</b>	<b>Culpabilidad que va Oculta en las Promesas, Promesa de no volver a Pedir algo más, intento de Posponer los Hechos.</b>	Kubler Ross (en: Romero, 2002)
<b>Depresión</b>	<b>Afligirse, Expresar la Profundidad de su Angustia, Periodo Depresivo, Tristeza, Desinterés, Incapacidad de Amar e Inhibición Psicomotriz, Incapacidad para Gozar de las cosas y el Embotamiento de las Emociones.</b>	Kubler Ross (en; Elizalde, 2002)
<b>Aceptación</b>	<b>La creencia de una Vida Feliz después de la Muerte, aun cuando aparentemente se encuentra Desprovista de Sentimientos y pareciera que el Dolor ha desaparecido hay gran variedad de ellos.</b>	Kubler Ross (en; Elizalde, 2002)

De los primeros puntos que podrían considerarse al abordar el proceso de duelo en alguna de sus etapas con las prácticas del enfoque narrativo serían:

- a) **“Lograr una alianza terapéutica con el paciente”**, es decir; romper con la perspectiva de jerarquías entre el psicólogo y el paciente, y así, el psicólogo no funja como un validador del conocimiento del paciente, sino, como un escucha, una voz que contribuye de forma significativa a lo que el construccionismo social llama deconstrucción de la historia. Y entrar en una relación de persona a persona, en un ambiente de empatía y confianza.
- b) Tomando en consideración lo que dice White (1994), el primer contacto con la persona que padece duelo, sin que se les incite a hacerlo, exponen al terapeuta todo lo relacionado a la pérdida sufrida y con los consiguientes efectos que ella tiene en su vida.

Si bien esta es una posibilidad que se puede o no presentar en el inicio o durante la terapia, esta serviría para **“identificar el relato dominante”** del paciente, ubicando la narración que hace de su historia temporalmente y la serie de manifestaciones de duelo que acompañan su narración (analogía de texto). Además, con el apoyo de las preguntas de influencia relativa podría conseguirse alcanzar los anteriores puntos.

Estos dos primeros puntos, se mencionan de forma apartada ya que se considera que serían el punto inicial de apoyo al empezar a trabajar con un paciente, pues, se considera que podrían dar la pauta para poder aplicar posteriormente otras prácticas de intervención terapéutica. Además se presentan primeramente para no redundar tanto en estos dos puntos o resultar repetitivo a lo largo de la propuesta.

## 1).- NEGACIÓN

A través de los capítulos precedentes, se describieron las características que podría presentar una persona al estar a travesando por esta etapa. Si se considera a un paciente que presenta algunas características como: **negación de la realidad, aislamiento, angustia, sensación de vacío, etc.**, estas son las manifestaciones con las que se podría trabajar y a su vez quitarle la etiqueta de etapa de negación.

Después de considerar los dos puntos que se mencionaron al inicio sería importante la realización de **“preguntas de experiencia de experiencia”**, con la finalidad de buscar trabajar ya no con la ausencia, la negación o el vacío que dejó el fallecido, sino, con el significado, el valor o las creencias que tiene el paciente acerca del fallecido y de lo que el pensaría, sentiría, o diría sobre las condiciones actuales del paciente. Al abordar las manifestaciones de duelo de esta manera, se podría abrir la alternativa de trabajar, con la negación y las características que ella involucra.

Por otra parte, hablar de la historia del deudo, permitiría la ventilación o airamiento de las emociones que en algunos casos podrían no haber sido expresadas hasta el momento, ya que su contexto, y las personas que le rodean le exigen una conducta diferente o una respuesta distinta a lo que se quisiera mostrar en realidad, y que es reforzada socialmente mediante la frase: “Tienes que Ser Fuerte” “Ya No le Llores, Déjalo (a) Ir”, etc. Este aspecto podría o no presentarse, sin embargo, si llegase, sería substancial retomar algunas frases o palabras que le paciente ha mencionado en ese momento o a lo largo de la sesión, para a través de ellas, se elaboren **“cartas”**, que pudieran permitir la ampliación de lo que se esta trabajando con las preguntas anteriormente realizadas, o que mediante la escritura de ellas se invite al paciente a la reflexión y a la construcción de un nuevo significado para su actual condición.

En la búsqueda y construcción del **“relato alternativo”** se puede sugerir la indagación de **“sucesos extraordinarios”**, es decir, aquellos momentos en los que pareciera haber indicios de aceptación de la realidad o ausencia de los síntomas. Además como apoyo a la resignificación de los sucesos extraordinarios, podrían realizarse **“preguntas relativas al panorama de conciencia”**, y mediante ellas, someter a un proceso de deconstrucción el significado que tienen y construir uno nuevo o modificar el que se tiene.

Si se logrará dicha deconstrucción y construcción de significado, podría posteriormente utilizarse la metáfora **“Decir de Nuevo: !Holaj**. La finalidad sería que el nuevo significado, pudiera verse exteriorizado o reflejado en las conductas o relaciones personales del paciente. Esto podría lograrse a través de la invitación de las personas importantes para el paciente a alguna de las sesiones terapéuticas, o mediante la escritura de cartas por parte del terapeuta y el paciente, dirigidas a estas personas, donde se describan los logros a los que se ha llegado y lo importante de su apoyo para fortalecer dichos logros y la construcción del relato alternativo.

## 2).- IRA

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por **sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento**. La ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. A menudo estos sentimientos son disfrazados o reprimidos y prolongan el periodo de dolor o se manifiestan de otras maneras. (Kubler Ross, 2006)

Durante el trabajo con los dos primeros puntos y posteriormente durante las sesiones, sería importante, dar o permitir e incluso alentar el desahogo de las emociones que el paciente presenta, lograr que se manifiesten, que sean descritas, que se llore en silencio o a gritos, y a su vez, escuchar, acompañar y tratar de mostrarse empático en todo momento, pues, como se dice en psicología: “hace menos daño afuera que adentro”

Lo que se propone aquí para alentar esta situación de ventilación o desahogo de las emociones, sería trabajar mediante **“preguntas de influencia relativa”** entorno a la influencia y repercusiones que tiene la manifestación de la ira en su vida personal y consigo mismo. Ahora bien, si se piensa en esta etapa del duelo según Kubler Ross, estas manifestaciones de ira, de coraje, resentimiento, etc. podrían estar en función de la persona

fallecida y de la relación que hubo con ella, y emociones que pudieran estar solo en función consigo mismo. En tal caso tal vez resultaría significativo seguir trabajando con las **“preguntas relativas a la redescrición única”**, esto con la finalidad de hablar sobre las causas (emociones que el paciente tiene consigo mismo) y no sobre las consecuencias (emociones proyectadas como ira). En este punto pudieran resultar de apoyo la elaboración de **“cartas”** pero solo dentro de las sesiones terapéuticas, para que así, puedan trabajarse las manifestaciones de ira que el paciente pudiera presentar al hablar de sus sentimientos.

Para el inicio de la construcción de un relato alternativo, podrían promoverse la elaboración de **“preguntas relativas al panorama de conciencia”** donde se le daría una continuidad a la información que se ha trabajado, pero ahora para que el paciente describa como repercutiría este conocimiento que ahora tiene de sí mismo, en su vida, sus relaciones, y en la existencia de la ira. Teniendo en cuenta que las respuestas a estas preguntas son solo de origen verbal, sin que nada se lleve aun a la práctica. Posteriormente podrían realizarse **“preguntas relativas al panorama de acción”**, estas preguntas ya irían encaminadas a que el paciente lleve a cabo acciones en su vida.

Durante este proceso podría aplicarse la práctica de **“externalización”**, llevando al paciente a un proceso reflexivo sobre las repercusiones que tienen las manifestaciones de ira, en el significado de lo que le es grato o le gusta recordar, de lo que vivió él con el fallecido, es decir, mediante la externalización de la ira, revalorar el significado de las cosas que realmente valen la pena, y que las manifestaciones de ira solo minimizan.

Cabe mencionar, que desde la elaboración de preguntas relativas al panorama de conciencia, se está dando inicio con la construcción de un **“relato alternativo”**, que podría verse validado mediante las **“preguntas relativas al panorama de acción”** y la **“externalización”** de la ira, sin olvidar la búsqueda de **“sucesos extraordinarios”** que podrían ser un punto importante para iniciar la elaboración de un relato alternativo.

### 3).- NEGOCIACIÓN O REGATEO

Esta fase evoca sentimientos de **culpabilidad que van ocultos en las promesas**, por eso es importante escuchar al paciente o doliente para aminorarlos. En realidad es un **intento de posponer los hechos**; incluye un vencimiento impuesto por el propio paciente y una **promesa de no volver a pedir algo más**. Las promesas que se hacen, las cuales según Kubler Ross, pueden relacionarse con ocultos sentimientos de culpa.

Por las manifestaciones que caracterizan a esta etapa, cobrarían una particular importancia el trabajo de los dos primeros puntos: **“La alianza terapéutica con el paciente y la identificación del relato dominante”**, ya que mediante estos se podría crear un ambiente de confianza en el que el paciente se sienta libre y seguro al manifestar lo que piensa o siente durante las sesiones. Habría que considerar el uso de la analogía textual al momento de escuchar la descripción del problema, para así, posteriormente ubicar el relato dominante y sus manifestaciones mediante **“preguntas de influencia relativa”**, donde se buscaría encontrar los alcances o limitaciones, y la influencia que tiene en la vida del paciente la realización de promesas o la postergación de fechas para hacer frente a la pérdida del ser querido y a sus emociones. Sin embargo, cabe mencionar que no se busca enjuiciar las promesas o el aplazamiento que el paciente ha realizado, solo se busca tener una descripción lo más clara posible de su actual condición.

Tomando en cuenta lo anterior y después de identificar el relato dominante, podría resultar viable trabajar mediante **“preguntas relativas al panorama de conciencia” y preguntas sobre posibilidades únicas, en relación consigo mismo”** Con ellas se hablaría acerca de las promesas y de lo que el paciente espera encontrar, que sentimientos guarda, pensamientos que le acompañan y los resultados que el quisiera ver reflejados en su vida al cumplirse o no las promesas que realizó. Lo que se propone que se podría lograr

mediante estas preguntas, es generar en el paciente cuestionamientos acerca del significado de sus creencias, pensamientos y sentimientos, en relación con sus promesas, y ampliar más el campo de los alcances que estas pudieran tener mediante un proceso de deconstrucción del significado que tienen sus promesas.

Después, podrían elaborarse **“preguntas relativas al panorama de acción, preguntas relativas a la redescrición única y preguntas sobre posibilidades únicas”**, y así, trabajar con este nuevo significado y conocimiento de si mismo y la implicación que tiene en su vida y sus relaciones. En la generación de este nuevo significado, podría abrirse la posibilidad de crear un **“relato alternativo”** mediante la atribución de significado a los pequeños avances que el paciente pudiera ir presentando y a través de la identificación de **“sucesos extraordinarios”**.

Por otro lado, si se hallasen sentimientos de culpa, habría que ubicar temporalmente la narración del paciente e identificar como se genero o se genera el sentimiento de culpa y, las repercusiones que este sentimiento trae consigo mismo y en sus relaciones, además; del significado que se le esta otorgando. En este caso podría trabajarse de inicio mediante **“preguntas relativas al panorama de conciencia y preguntas de experiencias de experiencias”**, se cree que con estas preguntas se podría identificar como este sentimiento afecta la vida y las relaciones del paciente y se obtiene una descripción más clara del problema y del significado que este tiene. A la par se lleva la paciente a un proceso de deconstrucción y construcción de significado. Durante este proceso podría resultar útil la elaboración de **“cartas”** en las que el paciente describa las implicaciones de la culpa en su vida y las repercusiones que pudiera tener el nuevo significado en su vida, como una manera de fortalecer algunos sucesos extraordinarios donde la culpa ya no adquiere el mismo valor ni significado y a su vez se va estructurando el relato alternativo.

#### 4).- DEPRESIÓN

En esta etapa las personas necesitan **llorar, afligirse por la pérdida, expresar la profundidad de su angustia** (Kubler Ross, en Romero, 2000). Comienza un periodo depresivo que trae consigo **tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz**. Otros síntomas de la depresión como son la **perdida de interés, la incapacidad para gozar de las cosas y el embotamiento de las emociones** (Kubler Ross en Elizalde 2002).

De acuerdo con las características de cada paciente la aplicación de los puntos 1 y 2 podría verse limitada. Sin embargo, podría empezarse a trabajar realizando **“preguntas sobre logros aislados”**, esto con el fin de dar significado a la decisión del paciente para acudir a buscar apoyo terapéutico y, que identifique a aquellas personas o sucesos que le alentaron a tomar esa decisión y las posibles consecuencias que esto traería. Posteriormente podrían realizarse **“preguntas de influencia relativa”** para tener una descripción de como están influyendo los síntomas de la depresión en la vida y las relaciones de la paciente. En este sentido, sería importante tener una descripción clara de los alcances que han tenido los síntomas en la vida del paciente y del significado que esto tienen para él, ya que, como se mencionó en un inicio, los síntomas pueden ser muy variados, por ello, resulta importante identificar claramente en función de que síntomas se estructura el relato dominante y el significado que conlleva. También habría que considerar que los síntomas que pudiera estar presentando el paciente están en función de la pérdida de una persona significativa o una separación o rompimiento de una relación. Ya que en cualquiera de los casos, hasta en la pérdida de cosas materiales supone un duelo, aunque las repercusiones en la vida del paciente pudieran ser distintas.

Si se logra percibir de forma clara el relato dominante, la alternativa que se propone podría trabajarse es la realización de **“preguntas sobre el panorama de conciencia”** y aquellas encaminadas a buscar **“sucesos extraordinarios”**, con esto se pretendería que

el paciente lograra identificar aquellas cualidades, gustos, deseos, intenciones, motivaciones, etc., que le alientan en la vida y que a su vez podrían estar presentes durante la aparición de los sucesos extraordinarios, de esta forma se trabajaría con aspectos que posiblemente hasta el momento no se percibían y carecían de significado, y por lo tanto no lograban trascender positivamente en la vida del paciente.

**“Las preguntas sobre posibilidades únicas”**, podrían resultar útiles para ayudar a dar significado a los sucesos extraordinarios y lograr estructurar un relato alternativo, como resultado de la deconstrucción y co-construcción del relato dominante.

La construcción de un **“relato alternativo”** y de la asignación de significado a los sucesos extraordinarios, podrían realizarse con **“preguntas de re-integración”**, para que mediante estas, el paciente lograra incluir las vivencias y el significado de la relación perdida pero ahora con una visión que lo involucra como participe significativo que contribuye positivamente en la vida del paciente, haciendo que este re-integre para su vida conocimientos que a la fecha habían sido olvidados o que actualmente mediante las sesiones han adquirido un significado importante.

Si se encuentra la posibilidad de trabajar sobre la construcción de un relato alternativo, el enfoque narrativo ofrece dos opciones de trabajo que podrían considerarse para su aplicación:

**“La externalización”**, esta podría brindar la posibilidad de trabajar con aquellos síntomas depresivos que a pesar del trabajo realizado siguen ejerciendo una influencia importante en la vida del paciente. Esta práctica terapéutica permitiría establecer una separación entre él paciente y sus síntomas, y así, trabajar con ellos como una entidad separada, lo que a su vez liberaría al paciente sentimientos de frustración u agobio al no haber podido reestablecerse de la pérdida e involucrarse con una sintomatología depresiva que podría haber estado en contra de lo que el paciente quiere para si mismo.

Por otro lado, la externalización podría brindar la posibilidad de co-construir un relato alternativo o contribuir como apoyo a la creación de este, al invitar al paciente a describir de qué forma tomar distancia de los síntomas depresivos viene a repercutir en su vida y el significado que esto tiene para él. En este sentido, podrían aplicarse preguntas de re-integración que contribuyan con la nueva redescrición de la historia del paciente en relación con la pérdida sufrida.

Metáfora **“Decir de Nuevo: ¡Hola!”**. Esta podría resultar viable cuando la estructuración del relato alternativo ha resultado viable, pero, sin embargo, a pesar de que para el paciente resulta funcional el relato alternativo, hay síntomas de tristeza, añoranza, melancolía o una sensación de pérdida y adiós. Con esta metáfora se invita al paciente a re-integrar al fallecido en su vida, es decir; exaltar aspectos significativos de la relación pérdida que hasta el momento pudieran haber estado olvidados o aquellos que para el paciente carecían de significado y que no lograba percibir. Para la aplicación de esta metáfora White propone la realización de preguntas de re-integración, sin dejar de lado la posible realización de **“cartas”** destinadas al fallecido o a personas significativas para la vida del paciente e importantes en la co-construcción de su relato alternativo, en la re-escritura de su vida.

## 5).- ACEPTACION:

Aquí la muerte puede ser entendida como una parte más de la vida y se procura sacar el máximo provecho de esta última. Puede presentarse **la creencia de una vida feliz después de la muerte**, aunque cabe señalar que la aceptación no es una fase feliz (¿quién se alegra de morir?), **aun cuando aparentemente se encuentra desprovista de sentimientos y pareciera que el dolor ha desaparecido hay gran variedad de ellos**,

como producto de la despedida de todo aquello y aquellos que se ama. Kubler Ross (1993, en Cadena 2003) dice que en la fase de aceptación de la pérdida no le deprimirá ni le enojará, habrá podido expresar sus sentimientos de envidia, coraje, habrá llorado todas sus pérdidas (personas, objetos, lugares).

Aun cuando la pérdida haya sido aceptada, aun quedan sentimientos los cuales sería importante identificar, ya que puede aceptarse la ausencia de una persona, pero no es tan fácil olvidarla, menos aun, dejarla de querer. Esta clase de sentimientos dependen de las características de cada paciente, de su personalidad, sus recursos emocionales e intelectuales, del apoyo social con el que cuentan, etc., y la función de este trabajo no es presuponer cuales podrían ser, por tal motivo, lo que se propone en un primer momento para trabajar con las emociones que pudieran presentarse en esta etapa, es la **identificación del relato dominante** mediante **“preguntas de influencia relativa”**, para saber cual es la influencia y repercusión que estas tienen en la vida del paciente y sus relaciones. Sería importante conocer cual es el significado que acompaña al relato dominante y la descripción o asignación de un nombre para las emociones que pudiera mostrar.

Al conocer como estas emociones o pensamientos han repercutido en la vida del paciente, podría trabajarse en la búsqueda de **“sucesos extraordinarios”**, en los cuales, la presencia del problema o de las emociones no han ejercido un efecto o no ha resultado significativo. Con este trabajo puede fomentarse la búsqueda de significados para estas situaciones que quedan fuera del alcance de las emociones, pero que también están fuera del relato dominante y que podrían resultar valiosos en la estructuración de un relato alternativo. En este sentido podrían utilizarse **“preguntas de relativas al panorama de conciencia y al panorama de acción”**, estas preguntas alientan la asignación de significado y la creación de **“relatos alternativos”**.

Considerando que se trabajaría con las emociones que deja la aceptación de la pérdida, podrían elaborarse **“preguntas de re-integración”**, en función de dar o re-significar aquellos sucesos que hasta el momento se han encontrado significativos para la vida del paciente o aquellos que habían sido ignorados por la carencia de significado. Además, podría proponerse con el paciente el trabajo mediante la metáfora **“Decir de Nuevo: ¡Hola!”**, y con esta buscar fortalecer el relato alternativo, pero específicamente trabajar sobre aquellas emociones o pensamientos que pudieran indicar que el paciente trata de olvidar o despedirse definitivamente del ser querido que ha fallecido, invitándole a que re-signifique o de un nuevo significado a aquellas emociones o pensamientos que compartía con el fallecido y que el paciente no quiere olvidar, pero que recordarlos causa el surgimiento de alguna emoción no grata.

Como una forma de saber cual es la repercusión que ha tenido con el trabajo terapéutico, podrían emplearse **“preguntas sobre posibilidades únicas”** las cuales dan a conocer mediante la verbalización del paciente como este nuevo conocimiento de si mismo influye en su vida y sus relaciones futuras.

Kubler Ross menciona que estas etapas se presentan tanto en pacientes terminales como en los familiares, sin embargo, para los familiares existen otras cuatro etapas por las que atraviesan en su proceso de duelo.

**EMBOTAMIENTO MENTAL:** caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la capacidad de aceptar la realidad.

**ANHELO Y BÚSQUEDA DEL REFERENTE PERDIDO:** aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, y culpa con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico hablamos de un duelo patológico).

**DESORGANIZACIÓN Y DESESPERACIÓN:** suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal.

**REORGANIZACIÓN:** si se van superando las fases poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión/ distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas puedan ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte.

Al analizar las etapas anteriores, podría considerarse que la serie de manifestaciones emocionales que presentan son muy semejantes a las descritas en las primeras etapas del duelo, aunado a ello, esta segunda serie de 4 etapas para los familiares del fallecido, tiene cierta similitud en el orden en el que se describen las primeras, es decir; "Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación", solo que en esta parte adquieren un nombre distinto. Sin embargo, lo que resulta realmente importante para este trabajo, son las manifestaciones emocionales que se presentan en cada una de estas etapas, mismas que ya fueron abordadas en relación a su forma de trabajo con el enfoque narrativo, y en este sentido pudiera parecer repetitivo el abordaje teórico que podría realizarse con estas emociones que ya fueron descritas anteriormente.

## CONCLUSIONES

Todos los conceptos que han sido elaborados entorno a la muerte dejan una cierta incertidumbre. Sin importar la cantidad de explicaciones que se desarrollen para definir o concebir a la muerte, no se ha encontrado la respuesta que logre unificar creencias, pensamientos, actitudes y logre desvanecer los miedos, la angustia y todas esas dudas que a la fecha no se les ha dado respuesta.

Con el transcurrir del tiempo la muerte parece adquirir una multiplicidad de formas y significados, donde las personas deciden que hacer y que no hacer con ella, es decir; las personas que quedan en una situación dolosa deciden si realizar o no los rituales funerarios, si se llevan acabo los aspectos relacionados con costumbres, si se siguen las tradiciones o cultos de la región, de la ciudad, etc., o por otro lado, todas estas actividades son llevadas a cabo solo como un trámite en el que el significado esencial que es el acompañamiento familiar hacia los dolosos, apoyo emocional y comunicación, es reemplazado por la ansiedad o la premura de que todo termine para regresar lo más pronto posible a las actividades cotidianas. Estas condiciones han reafirmado incesantemente una de las ideas principales hacia la muerte, entenderla como algo ajeno a la vida, algo impropio del ser humano, que causa miedo, ansiedad, una negación rotunda por gran parte de la sociedad y en ocasiones reprimida por uno mismo. Sin embargo, la muerte esta inscrita en cada una de las esferas de la vida del hombre, la biológica, la psicológica y la social. En cada una de estas cuando se presenta la muerte repercute de forma significativa en la vida de cada individuo.

Trabajar en el entendimiento de la muerte como parte de la vida es un enfrentamiento directo con la cultura, las ideologías dominantes, creencias, opiniones, actitudes, valores, etc., en pocas palabras, es un enfrentamiento ante el conocimiento que tiene cada persona sobre la muerte. No obstante, promulgar la consideración de la muerte como parte de la vida no es algo nuevo, algunas de las civilizaciones más antiguas ya la consideraban de esta forma.

Con el presente trabajo se ha llegado a la consideración de que para alcanzar la difusión y aceptación de una idea como tal, no sería necesario esperar a que alguien muera o que uno mismo este ante las puertas de la muerte. Alcanzar este entendimiento requiere de trabajo, de trabajo constante durante la vida. Esto no solo compete a los psicólogos o profesionales de la salud, es una labor de cada individuo que implica abrir canales de comunicación respecto al tema de la muerte, hablar sobre las emociones, sentimientos y pensamientos que provoca, de los miedos que se tienen, las preocupaciones más grandes que despierta la propia muerte o la muerte de un ser querido. La desmitificación de la muerte sería uno de los más grandes retos a lograr, pues, se acabaría con los tabúes y creencias que forman el muro infranqueable que el hombre ha construido contra la muerte. Aunque esto puede parecer un reto utópico, lo que en realidad se necesita es de una educación hacia la muerte donde todos participen.

Pensar la muerte de esta forma es una tarea difícil y muy compleja, es un desafío ante posturas, dictámenes científicos o legales, pero sobre todo, es un desafío a la negación de la muerte, al miedo, la ansiedad y la angustia que provoca. Hablar de muerte no es muy común y aun menos de tanatología. El estudio y divulgación de esta disciplina se restringe en la mayoría casos a los ámbitos hospitalarios. El conocimiento de sus supuestos teóricos es limitado. En este punto cabe resaltar que en las dos instituciones más representativas de la tanatología en México, el INMEXTAC y la AMTAC, una de sus tareas principales de trabajo es la difusión del entendimiento de la vida como parte de la muerte, como una etapa más de la vida que puede ser enriquecedora tanto para quien muere, como para quien acompaña en la muerte. La falta de este conocimiento aunque parezca desalentador, habría que entenderlo como un compromiso de todos aquellos profesionales de la salud y en particular de los psicólogos, para contribuir en la difusión o por lo menos en el conocimiento

individual como parte de la formación profesional. Ya que el hecho de entender el acontecimiento de la muerte en vida, generaría una perspectiva diferente de la forma de vivir, en pocas palabras, se empezaría a dar mayor importancia a aquellas cosas o experiencias que se integran a la vida de cada persona por el significado que tienen y no por su costo monetario.

Una inquietud que podría surgir después de analizar la información presentada es: ¿Cómo es que se quiere elaborar una propuesta teórica con el enfoque narrativo en el proceso de duelo propuesto por la tanatología, siendo que esta marca lineamientos que ubican a las personas bajo determinadas categorías en sus etapas para el proceso, y por el contrario, el enfoque narrativo rechaza la asignación de categorías que enmarquen a las personas en una etapa determinada y sean sometidas a tratamiento terapéutico con dicha consigna?

Al anterior señalamiento habría que responder, que aunque de inicio, tratar de relacionar la tanatología con el enfoque narrativo puede parecer difícil. Es importante explicar como se abordó el tema; en este sentido, no se trabajó con las fases que propone Kubler Ross (2006) para el duelo, se trabajó con las manifestaciones emocionales que ella menciona, ya que para abordar el tema de la muerte o el duelo, es necesario retomar lo que ya se ha realizado de los investigadores más representativos del tema para no caer en divagaciones, en este entendido, Kubler Ross (2006) presenta un proceso de duelo y a su vez, una descripción de las emociones que se pueden presentar durante el mismo, tanto para quien va a morir como para los familiares. Dicha autora es considerada como uno de los pioneros en el estudio de la muerte y en el desarrollo de la disciplina tanatológica, por ello, se consideraron en este trabajo las emociones que ella menciona, ya que de lo contrario, la pregunta sería ¿Cómo o de qué forma se sabe que se presentan dichas emociones en el proceso de duelo? Aunado a lo anterior y de carácter sumamente importante, de Kubler Ross (2006) también se retomó la idea (válgame decir filosófica) con la que estudia y enseña el acontecimiento de la muerte y la vivencia del duelo. Dicha idea es el entendimiento de la vida como parte de la muerte. Además, se considera que el presente trabajo partió de un punto diferente para la elaboración de la propuesta, ya que a diferencia de otras (como las mencionadas anteriormente en el trabajo), no se enfocó en la elaboración de una serie de pasos o de la utilización de técnicas que conlleven a una aceptación de la pérdida, por el contrario, se hizo especial énfasis en las emociones que pueden presentarse y a partir de ellas se proponen alternativas de trabajo que podrían utilizarse. ¿Por qué a partir de las emociones? Se consideró que es a partir de ellas que una persona que está en proceso de duelo, describe, percibe y da sentido a su vida y a sus relaciones. No se pretendió en ningún momento hacer caso al proceso de eslabonamiento de Kubler Ross (2006), ni se trató de enmarcar al individuo doloso en una etapa, solo se considero como una persona que pudiera presentar emociones que están en relación a la pérdida de un ser querido y que es a través de ellas como construye y da significado a su vida.

Aunado a lo anterior, el enfoque narrativo mediante sus prácticas terapéuticas propone que la elaboración del duelo no se convierta en una despedida, sino, en un decir de Nuevo ¡Hola!. Esta metáfora en conjunto con las prácticas terapéuticas de White (1993, 1994, 2002.) permiten obtener una descripción narrativa de las emociones y trabajar con la idea integrar a la muerte como parte de la vida y experimentar la presencia del fallecido mediante la reconstrucción del significado de las experiencias que se tuvieron con el, de volver a vivirlo y que esto a su vez permita una percepción distinta la de la separación causada por la muerte. Aunque cabe mencionar, que de lograr lo antes dicho, también se estaría influyendo de manera indirecta en el concepto general de muerte, pues de alguna forma, esta ya no sería entendida como una separación, ruptura, ausencia, etc., sino se convertiría en una parte de la vida, se llega entonces a la idea de la cual parte este trabajo, la muerte como parte de la vida y no como ajena a ella.

La diferencia o el aporte de esta propuesta en relación a otros trabajos semejantes esta en función de que los trabajos mencionados en este trabajo, ofrecen una alternativa

que establece lineamientos muy generales, ya que se mencionan las técnicas con las que se trabajo el proceso de duelo desde la perspectiva teórica, sean estas, terapia familiar o teoría construccionista y, se llega a la propuesta de una serie de pasos para abordar el duelo con resultados que podrían ser positivos. Se considera entonces, que dejan de lado las diferentes manifestaciones que podrían presentarse en el proceso, se mencionan los puntos importantes a los que hay que llegar o sobre los que hay que trabajar, pero no se hace mención de las técnicas o prácticas terapéuticas que pudieran utilizarse para dicho trabajo. Y es principalmente en estos puntos en los que esta propuesta de origen teórico podría ser diferente a las anteriormente citadas.

Con la realización de este trabajo se pretendió estructurar sobre una base de información teórica, relativas al proceso de duelo y el enfoque narrativo, posibles alternativas que desde la teoría podrían arrojar resultados significativos en el trabajo terapéutico, cuando se aborda el proceso de duelo con un paciente. De forma subjetiva, la creación de esta propuesta pretende establecer puntos descriptivos más amplios para aquellos que por primera vez en su labor terapéutica se enfrentan a la tarea de trabajar con el duelo. Si bien, aquí se limita la información y la propuesta solo al enfoque narrativo y al proceso de duelo de Kubler Ross, se establecen las particularidades con las que se podría trabajar, es decir; así como se mencionan las metas a las que hay que llegar en la labor terapéutica, también se sugieren los medios o las prácticas terapéuticas que desde un enfoque narrativo podrían contribuir en el trabajo de duelo.

Es importante destacar que la terapia familiar y las orientaciones posmodernas, son, las únicas alternativas de trabajo en el duelo. Romero (2000) describe de forma precisa el trabajo que desarrollan en torno al tema de la muerte, dos de las instituciones más importantes en México como el Instituto (INMEXTAC) y la Asociación (AMTAC) de tanatología, ambas, son alternativas viables para abordar este tipo de acontecimiento como la muerte. En cada una de estas instancias se manejan posturas diferentes en el trabajo con su objeto de estudio y cada una de ellas ha logrado resultados significativos. De tal forma que la elección de alguna de estas dos alternativas esta sujeta a la formación y conocimiento, pero sobre todo a la preferencia de cada persona que desee estudiar todo lo que acontece entorno al fenómeno de la muerte. Empero, hay que dejar claro que no importa que postura se elija, una de las ideas principales que ambas manejan, es el entendimiento de la muerte como parte de la vida.

El enfoque narrativo se erige solo como una opción más en el abordaje al tema de la muerte, pues como escribe Acevedo (1994) las propuestas psicológicas en relación con la muerte y el duelo, se han elaborado desde posturas cognitivo conductuales, psicoanalíticas, humanistas, e inclusive desde aquellas que solo consideran el aspecto biológico. Sin olvidar que la religión se destaca como una de las alternativas más utilizadas por la sociedad, aunque de forma objetiva no se le considere como tal.

De esta manera, se llega a un punto importante a finiquitar, pues, al proponer un abordaje con prácticas narrativas en el duelo, a través de las cuales podrían teóricamente obtenerse resultados significativos, con ello, se pone en entre dicho lo supuesto por el proceso eslabonado de cinco etapas de Kubler Ross (2006), pues, se consideraría, que en realidad no es necesario atravesar cada etapa si se trabaja con las emociones desde un enfoque narrativo. Con esto, no se le esta rechazando, descalificando o negando la validez de los planteamientos de Kubler Ross (2006), ya que la posibilidad futura, de que esta propuesta llegase a ser aplicada con resultados satisfactorios, puede funcionar para validar nuevos derroteros en el campo de la psicología de la muerte, en caso contrario, serviría como un indicador para que futuras líneas de investigación buscaran otras alternativas y no se caminará sobre lo ya recorrido. Aunque en cualquiera de los casos, esto adquiriría un carácter positivo para la psicología y específicamente para el enfoque narrativo. Al mismo tiempo, para la tanatología y su base teórica apoyada en Kubler Ross, podría llevarlos en un primer momento a reestructurar sus planteamientos con respecto al duelo, o en segunda instancia, a reafirmar su validez tanto teórica como práctica.

Este trabajo, también abre la posibilidad de buscar otras alternativas. No solo desde la visión psicológica, sino también en la descripción del duelo con otras etapas y manifestaciones emocionales diferentes, tomando en cuenta que ya se han hecho investigaciones y se ha llegado a la estructuración de planteamientos válidos y objetivos. De esta forma, se lograría evitar en cierta medida la divagación en el manejo de la información con respecto al duelo, y a no caer en posibles eclecticismos en el trabajo con técnicas psicológicas con epistemologías diferentes. Ya que, al abordar el tema de la muerte y el duelo la información puede ser mucha, descrita desde una gran variedad de posturas, enfoques e incluso creencias.

Este punto es de vital importancia ya que por desconocimiento, mejor dicho, ignorancia de los profesionales de la salud que trabajan con pacientes en proceso de duelo (sean estos pacientes terminales o sus familiares), pueden recurrir a técnicas de trabajo que están desarrolladas en teorías diferentes, llegando así a un eclecticismo, en el que puede disiparse la finalidad que se busca, no encontrar un método de trabajo y por ende solo se perjudica al paciente. Por ello, el presente trabajo se realizó basado solo en el enfoque narrativo y sus prácticas terapéuticas.

Cuando se realiza una investigación, puede pensarse que uno de los objetivos primordiales, en este caso, es el establecimiento de un enfoque psicológico terapéutico adecuado o eficaz, sin embargo, quien podría responder ¿Cuál es el mejor enfoque terapéutico? Y ¿Cuáles son todas las manifestaciones del duelo? Las respuestas se limitarían a la formación psicológica e información sobre el tema de cada terapeuta, a las características y preferencias de cada persona. En este sentido el presente trabajo solo adquiere un carácter teórico, motivo por el cual estaría en desventaja frente a otras propuestas que ya han sido llevadas a la práctica. Pero esto, de ningún modo margina o minimiza el valor de su contenido teórico, por el contrario, se abren alternativas, como se dijo antes, para el trabajo de esta información, ya sea con la aplicación de la propuesta, y así, validar de forma práctica y objetiva los supuestos que aquí se presentan, o bien para rechazarlos y buscar nuevos caminos, o, en cambio; que se busque una reestructuración en los planteamientos y en el contenido teórico de este proyecto, con la finalidad, de que al ser llevada la propuesta a la práctica, los resultados pudieran ser significativos y no solo se quede en el orden de propuesta, sino como una alternativa clara que puede brindar apoyo y consecuencias positivas en la labor terapéutica con el duelo.

Y aunque no se le pueden atribuir resultados concretos, si vale mencionar, que al menos de forma teórica, y mediante prácticas terapéuticas solo del enfoque narrativo, puede estructurarse una alternativa de intervención en la que se describen las metas y los medios para el abordaje que podría realizarse desde esta postura en el proceso de duelo y con ello, se ve cumplida la finalidad principal de este trabajo.

En realidad empatar las posturas tanto del enfoque narrativo como del proceso de duelo de Kubler Ross (2006), pudiera ser uno de los resultados más significativos, pues, si se considera el duelo desde una postura narrativa, lo que se encuentra en cada etapa, son historias que dan vida, enmarcan y definen emociones, sentimientos, pensamientos y conductas a través de las cuales se vive el duelo. Son historias que adquieren un significado imperante con el cual se escribe la vida a partir de la pérdida del ser querido, se generan historias y relatos, y es a partir de estos que se pueden crear nuevos significados, más acorde con lo que los pacientes quieren para sí mismos, historias y significados que diría White (2002): nos ayudan a re-escribirla vida a partir de la muerte.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, M. (1994) Intervención psicológica en la elaboración de duelo. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología UNAM.
- Appignanesi, R. Et. al. (2002) Posmodernismo para principiantes. Buenos Aires: Era Naciente.
- Arriaga, C. (2005) Actitudes del médico residente de pediatría hacia al muerte. Tesis de Posgrado en Medicina. Facultad de Medicina UNAM.
- Barco, S. (2003) Duelo, la importancia de un apoyo psicológico a los enfermos terminales y a sus familias. (propuesta de intervención) Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Beyebach, M. & Rodriguez, A. (1994) Prácticas de externalización: La enseñanza de habilidades para externalizar problemas. (Manuscrito no publicado de las X jornadas familiares de terapia familiar). Universidad Pontificia de Salamanca, Vitoria.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2000) Terapia sistémica individual. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. (1998) La evolución del modelo sistémico. De la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden. En Elkaim, M. (Comp.) La terapia familiar en transformación. España: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1987) Terapia familiar sistémica de Milán. (diálogos sobre teoría y práctica). Buenos Aires: Amorrortu.
- Botella, L. & Herrero, O. (Sin Año) El duelo desde una perspectiva constructivista narrativa: De la ausencia de significado al significado de la ausencia. De la Facultat de Psicologia i Ciències de l' Educació Blanquerna, de la Universitat Ramon Llull
- Bowen, M. (1991) Terapia familiar en la práctica clínica. España: Biblioteca de Psicología.
- Buendía, M. (2001) Duelo: Factores que lo obstaculizan y lo facilitan. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología UNAM
- Cadena de los Santos, J. (2003) Actitud hacia la vida en relación con su actitud hacia la muerte. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cereijido, M. & Blanck-Cereijido, F. (2003) Como morimos. Gaceta Informativa del Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. No. 2 Vol. 1 Año 1, junio.
- Cerezo R. (2001) La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Chanes, Z. (2002) Propuesta de intervención en profesionales de la salud que están a cargo de pacientes terminales. Tesina de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Cordero, N. & Ramírez, E. (2003) La creación de nuevas historias en un caso clínico desde el constructivismo social. Reporte de Servicio de Lic. en Psicología. FES Zaragoza. UNAM.
- Ochoa de Alda, I. (1995) Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- Delgado, P. (1998) Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte en pacientes terminales. Tesis Teórica de Lic. en Psicología. FES Iztacala. UNAM.

- Duran, O. (1991) Terapia familiar y apoyo psicológico a la familia en caso de muerte. Tesis de lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Eguiluz, L. (1991) El Cambio Epistemológico y la investigación en la terapia familiar sistémica. Tesis de Maestría en Terapia Familiar. Universidad de las Americas.
- Elizalde, G. (2002) Tanatología: Una alternativa de humanización de la labor terapéutica del psicólogo egresado de Iztacala. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Epston, D., White M., Murray, K. (1996) Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: La revisión de su vida y un comentario. En Gergen, J. K., & McNamee, S. (comps.) La terapia como construcción social. México: Paidos.
- Espinosa, S. (2000) La cercanía de la muerte en la etapa de la vejez. Conflictos y reflexiones. Revista de Psicología; Num.1, Vol. 3 Mayo. FES Iztacala UNAM
- Frankl, V. (1987) El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder
- Fucks, S. (2000) Diseños dialógicos en contextos psicosociales complejos.
- García R. (2000) El conocimiento en construcción. España: Gedisa.
- Gergen, J., & McNamee, S. (1996) La terapia como construcción social. México: Paidos.
- Godínez L. & Gutiérrez, C. (2003) Construyendo una nueva historia de vida. Los significados en la relación madre e hijo adolescente que pertenecen a una familia uniparental. Tesis de Lic. en Psicología. FES Zaragoza UNAM.
- González, O. (2003) La muerte: Un arte de principio a fin. Tesis de Lic. en Comunicación. FES Aragón UNAM.
- Gottlieb, D. T. & Gottlieb, C. D. (1996). The narrative / collaborative process in the couples therapy [La narrativa / proceso colaborativo en la terapia de pareja: Una perspectiva posmoderna]. *Journal of Psychology*, 37, 19, 3. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest
- Guerra, R. (2003) El anciano frente a la muerte: Propuesta de intervención psicológica basada en la terapia racional emotiva. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Gutiérrez, A. (1993) Terapia familiar y apoyo psicológico para la muerte. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Ramón, H. (2003) Transición del modernismo al posmodernismo en la psicoterapia del duelo. El constructivismo en la psicoterapia posmoderna del duelo. Tesina de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Hoffman, L. (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Gergen, K. McNamee, S. (comps.) La terapia como construcción social. México: Paidos
- Hoffman, L. (2001) Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: FCE
- Ibarra, M. (1997) Muerte y construcción de la realidad familiar. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Keeney, B. (1994) Estética del Cambio. México: Paidos.

- Kubler Ross, E. (1996) La muerte un amanecer. España: Luciérnaga.
- Kubler Ross, E. (2006) Sobre la muerte y los moribundos. México: Debolsillo.
- Lax, D. (1997) Narrativa, construccionismo social y budismo. En Packman (comp.) Construcciones de la Experiencia Humana. España: Gedisa.
- Lax, D.(1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En Gergen, J., McNamee, S. (comps.) La Terapia Como Construcción Social. México: Paidós.
- López, F. (2004) La muerte una reflexión acerca de la vida. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Martinez, G. (1997) Apoyo a los familiares de enfermos terminales. La reconceptualización del duelo. Tesis Empírica de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Mills, E. D., & Sprenkle, D. H. (1995). Family therapy in the postmodern era [Terapia familiar en la era posmoderna]. *Journal of Psychology*, 368, 44, 4. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- Morales G. (2002) Construccionismo y psicoterapia. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala UNAM.
- Neimeyer, A. R. (2005). The construction of chance: Personal reflections on the therapeutic process [La construcción del cambio: Reflexión personal acerca del proceso terapéutico]. *Journal of Psychology*, 77, 10, 1/2. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- Neimeyer, A. R. (2002). The relational co-construction of selves: A posmodern perspectiva [co-construcción de la relación consigo mismo: Una perspectiva posmoderna ]. *Journal of Psychology*, 51, 32, 1. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- Neimeyer, A. R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process reconstruction [Buscando el significado del significado: Terapia de duelo y la reconstrucción del proceso]. *Journal of Psychology*, 541, 24, 6. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- Neimeyer, A. R. (1998). Social constructionism in the counselling context [El Construccionismo social en el contexto de la consejería]. *Journal of Psychology*, 135, 11,2. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- O'Connor, N. (2003) Déjalos Ir con amor. México: Trillas.
- Pakman, M (1997) La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica. El constructivismo y el construccionismo como una metodología para la acción. En Pakman (comp.) Construcciones de la experiencia humana. México: Paidós.
- Pakman, M. (1997) Construcciones de la experiencia humana. México: Paidós.
- Pakman, M. (1991) Comentario introductorio. En Foerster, H. (1991) Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.
- Porter, L. (2006). Narrative Therapy: An introduction for counsellors [Terapia narrativa: Una introducción para consejeros]. *Journal of Psychology*, 294, 12, 2. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.

- Ramón, H. (2003) Transición del modernismo al posmodernismo en la psicoterapia del duelo el constructivismo en la psicoterapia posmoderna del duelo. Tesis de Lic. en Psicología. FES Iztacala. UNAM.
- Romero, C. (2000) Opción para la psicología ante el problema de la muerte: una tanatoterapia. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM.
- Rosenblatt, P. C. (1997). Grief as a family process: A development approach to clinical practice [El duelo como un proceso familiar: Un enfoque desarrollado para la práctica clínica]. *Journal of Psychology*, 88, 21, 1. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) Terapia familiar: modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Sarabía, G. (2001) Las reacciones psicológicas ante la enfermedad – muerte en pacientes terminales. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sociedad Española de Tanatología (2000) ¿Qué es la tanatología? [Manuscrito] en <http://tanatologia.org/set/index.html>
- Strong, T. (2004). Innovations in posmodern practice: Continuing the posmodern therapy dialogue: A introduction [Innovaciones en la práctica posmoderna de la terapia del dialogo: Una introducción]. *Journal of Psychology*, 1, 23, 1. Recuperado el 1 de junio del 2007, de la base de datos ProQuest.
- Teresita, T. (2003) Editorial: Gaceta informativa del instituto mexicano de tanatología, A. C. No. 2 Vol. 1 Año 1, junio.
- Thomas, L. (1991) La muerte: Una lectura cultural. México: Paidós
- Tolstoi, L. (2003) La muerte de Ivan Ilich. México: Tomo.
- Velasco, A. (2004) Parejas en conflicto. Conflictos de pareja: manual psicodinámico constructivista para su tratamiento. México: E. T. M.
- White, M. (2002) El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. España: Gedisa
- White, M. (1994) Guías para una Terapia Familiar Sistémica. España: Gedisa.
- White, M., Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. México: Paidós.