



TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3079-25

“LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE PRIMERA INSTANCIA (INTERVENCIÓN EN
CRISIS) Y DE SEGUNDA INSTANCIA (DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA) EN LA
ELABORACIÓN DE LOS PROCESOS DE DUELO EN PADRES CON HIJOS VÍCTIMAS DE
UN HOMICIDIO”

TESIS

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ADRIANA OLIVA FRAGOSO

DIRECTOR DE TESIS:
Mtro. Francisco Javier Robles Ojeda



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.

Jehová es mi pastor; nada me faltará; en lugares de
delicados pastos me hará descansar; junto a aguas de
reposo me pastoreará. Confortará mi alma; me guiará por
sendas de justicia por amor de su nombre.

Aunque ande en valle de sombras de muerte, no temeré mal
alguno porque tú estarás conmigo, tu vara y tu cayado me
infundirán aliento.

Aderezas mesa delante de mí en presencia de mis
angustiaadores; unges mi cabeza con aceite, mi copa está
rebosando.

Ciertamente el bien y la misericordia me seguirán todos los
días de mi vida y en la casa de Jehová moraré por largos
días.

Salmo 23

De los que ya no están

Cuando yo me vaya, déjenme ir... tengo muchas cosas que hacer y ver, no se aten a mí con sus lágrimas, por los hermosos años demos gracias.

Yo les di mi amor, ustedes pensarán en la alegría que me manifestaron, les doy gracias a cada uno de ustedes por el amor que brindaron, quiero pedirles un gran favor, que me perdonen los malos momentos que les hice pasar y sepan que ahora tengo que viajar solo (a).

Si tienen que lamentar, lamenten solo un momento; dejen que la fe de Dios conforte su pena, solo nos separaremos por un tiempo, mantengan los recuerdos en sus corazones.

La vida sigue adelante, no estaré lejos, si me necesitan piensen en mi, entre ustedes estaré aunque no me miren...me pueden tocar, yo estaré cerca.

Sentirán el calor de mi amor en sus corazones y cuando ustedes tengan que viajar por este camino, yo los recibiré con una sonrisa... y con los brazos abiertos diré bienvenidos.

A MIS PADRES:

Agradezco la vida que me dieron, el camino por el que me guiaron con la ayuda de Dios, porque aprendí que al final del camino siempre estará mi familia, que hay que luchar por esos sueños hasta alcanzarlos, el sacrificio valió la pena y llegamos a la meta, porque a pesar de las pruebas de la vida siempre estuvieron a mi lado, que Dios llene de bendiciones cada una de sus vidas por ser los mejores padres.

A MI HERMANA:

Agradezco todo el apoyo que me brindaste, por siempre estar a mi lado, porque siempre estuvimos juntas en todas las pruebas de nuestra vida, siempre seguiremos unidas, que Dios bendiga tu vida, nunca te des por vencida, lucha por tus sueños y aquí estaré para apoyarte siempre, no olvides que te quiero mucho y gracias por ser mi hermana, agradeceré a Dios por eso.

A MI FAMILIA:

Gracias por ser parte de mi vida, por siempre dar su apoyo y comprensión, porque en los momentos más difíciles de nuestras vidas siempre estuvimos juntos, en las buenas y en las malas, nunca dejare de agradecer a Dios por darme una familia tan maravillosa como ustedes.

A FELIPE:

Gracias por ser parte de mi vida, porque compartiste conmigo tantas experiencias, por darme seguridad, por hacerme feliz, por enseñarme a no darme por vencida, nunca dejare

de agradecerte todo el tiempo que pasaste a mi lado, llegamos juntos hasta ahora, que Dios llene de bendiciones cada uno de tus días, te quiero mucho.

A MIS ABUELOS, ISRAEL Y PABLO:

Gracias por ser parte de mi vida, porque me dieron la oportunidad de aprender más de la vida, por hacerme más valiente, por hacerme madurar, porque ustedes se adelantaron pero vivirán siempre en mi corazón, nunca los olvidare, los amare por siempre.

ÍNDICE

Justificación.....	I
--------------------	---

Capítulo 1

Duelo

1. Duelo.....	2
1.1 Definición de duelo.....	3
1.2 Duelo y familia.....	6
1.3 Muerte de un hijo.....	8
1.4 Muerte violenta.....	9
1.5 Muerte por homicidio.....	11
1.6 Homicidio.....	12

Capítulo 2

Etapas en el proceso de duelo

2. Etapas en el proceso de duelo.....	16
2.1 Modelo de Elizabeth Kübler-Ross.....	16
2.2 Modelo de John Bowlby.....	19
2.3 Modelo de Rando.....	21
2.4 Procesos de duelo en la familia.....	24
2.5 Modelo de Vail (1982).....	25

Capítulo 3

Volver a empezar, superando el dolor de la pérdida: apoyo terapéutico en el proceso de duelo

3.	Volver a empezar, superando el dolor de la pérdida: apoyo terapéutico en el proceso de duelo.....	28
3.1	El papel del apoyo de las redes sociales en el proceso de duelo.....	29
3.1.1	Rol del psicólogo de acuerdo al tipo de duelo.....	29
3.2	El papel de la ayuda psicológica en el proceso de duelo.....	30
3.2.1	El caso del crimen violento.....	31
3.2.2	Apoyo al sistema familiar.....	33

Capítulo 4

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia.

4.	Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia.....	35
4.1	Teoría de la crisis.....	35
4.1.1	Tipos de crisis.....	36
4.1.2	Respuestas ante la crisis.....	37
4.1.3	Fases de la crisis.....	38
4.1.4	Fases de la crisis ante una muerte violenta.....	39
4.2	Intervención en crisis.....	40
4.2.1	Definición de intervención en crisis.....	40
4.2.2	Objetivos de la intervención en crisis.....	41
4.2.3	Primeros auxilios psicológicos de Slaikeu.....	42
4.2.4	Proceso de la Intervención en crisis.....	47

Capítulo 5

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo.

Intervención de segunda instancia

5.	Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia.....	50
5.1	Perspectiva del proceso de terapia desde la posmodernidad.....	53
5.2	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada al duelo.....	57
5.2.1	Conceptos básicos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada al duelo.....	60
5.2.2	Características del proceso de Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	63
5.2.3	Intervenciones terapéuticas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicadas al problema del duelo.....	69
5.3	Modelo de Terapia Narrativa aplicada al duelo.....	84
5.3.1	Conceptos básicos de la Terapia Narrativa aplicada al duelo.....	85
5.3.2	Características del proceso de Terapia Narrativa aplicada al duelo.....	86
5.3.3	Intervenciones terapéuticas de la Terapia Narrativa aplicada al problema del duelo.....	88
5.4	Modelo de Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicada al duelo.....	99
5.4.1	Conceptos básicos de la Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicada al duelo.....	101
5.4.2	Características del proceso de Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicada al duelo.....	103
5.4.3	Intervenciones terapéuticas de la Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicadas al problema del duelo.....	104
	Conclusiones.....	109
	Bibliografía.....	116

Justificación

La muerte ha sido un fenómeno estudiado por diversas culturas a lo largo de toda la historia desde diferentes disciplinas y puntos de vista. A pesar de que este fenómeno es inherente a todo ser humano y que pudiera considerarse como algo a lo que todos deberíamos estar habituados, sigue provocando reacciones negativas en el ámbito emocional, conductual y cognitivo en las personas, a lo que se le ha denominado como proceso de duelo. A partir de esto, surge el siguiente cuestionamiento: “entonces ¿por qué es un evento que nos impacta tan profundamente?” (Robles, en prensa).

El siguiente escrito surge precisamente por esta necesidad de conocer mejor el proceso de duelo ya que ésto nos permitirá comprender la manera en como las personas que han tenido que afrontar la muerte de un ser querido han superado este acontecimiento. En este mismo sentido, diversos autores como Elizabeth Kübler-Ross (1995), (en Pereira, 2002), han mencionado la importancia de tomar en cuenta los factores específicos de cada muerte, ya que éstos van a incidir en la intensidad del duelo como son las experiencias previas acerca de las pérdidas, tipo de muerte -como puede ser suicidio, enfermedad, accidente, homicidio, etc.-, factores como el sexo, edad, personalidad, condición socioeconómica, religión, etc. Los aspectos estresantes secundarios que son los factores posteriores a la pérdida en donde se ve el tipo de apoyo recibido.

Entre las muertes inesperadas que causan mayor impacto se encuentran aquellas que han sido resultado de un homicidio, debido a la gran marca que genera este acontecimiento en el que se ve envuelta la familia. Al respecto, la Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz (2007), quienes se especializan en la ayuda de la elaboración de procesos de duelo menciona lo siguiente: “cuando la muerte ocurre en circunstancias inesperadas y repentinas, sin preaviso (como el caso de accidentes,

Justificación

desastres naturales, el suicidio y el homicidio), el dolor es más agudo y traumático y las reacciones son más severas, exageradas y complicadas" (párrafo 2). Estas circunstancias hacen que sea más difícil de superar dicha muerte, de ahí la importancia del tema en cuestión, aunado a esto, el proceso de duelo en el sistema familiar es de suma importancia ya que produce desajustes significativos en dicho sistema, que en muchos casos conlleva a una serie de conflictos emocionales tales como la "carencia de la oportunidad de un último adiós" (Kübler, 2005 p. 103) y sentimientos de culpa, es decir, en otras circunstancias de muerte muchas veces los familiares tienen la oportunidad de hablar con la persona, decir lo que sienten, pedir perdón, despedirse, cosa que no ocurre cuando la muerte es repentina.

Algunos investigadores como Kübler (2005) y la Fundación Piero (2007), señalan la importancia de que los padres tengan ayuda para la elaboración del proceso de duelo después de un acontecimiento tan complicado como lo es afrontar la muerte por un homicidio ya que esto produce una serie de conflictos emocionales, entre los que destacan el miedo, la vulnerabilidad, la ira, la rabia, la vergüenza, la culpa y el remordimiento. Dichos conflictos son difíciles de manejar para la persona debido a la impresión que provoca este acontecimiento, por lo que es importante hacer una intervención para brindar ayuda a la familia y a los padres evitando que éstas caigan en algún otro problema como lo menciona la Fundación ya mencionada anteriormente, en donde: "Este tipo de muerte por ser inesperadas usualmente causan un shock doloroso acompañado por inhabilidad para creer lo que ha sucedido y que alguien cercano ha muerto. Este estado de choque sobrecarga las capacidades de reaccionar" (párrafo 2).

Justificación

La asimilación del acontecimiento suele ser difícil de superar debido a que a la familia no se les concedió el tiempo para una despedida adecuada, en comparación con una muerte en donde la persona ha soportado un largo tiempo de enfermedad la familia tiene la oportunidad de tener un último contacto con la persona. De ahí la importancia de tener una visión más amplia acerca del posible abordaje terapéutico en el proceso de duelo ante este tipo de muerte; particularmente a los padres víctimas del homicidio de sus hijos, ya que, como menciona Kübler-Ross para ellos “es más duro contender (luchar) con la muerte de un hijo que para aquellos que fueron bendecidos con algún tiempo para el ajuste, la preparación y el dolor” , además de que el hecho de no haberse despedido de un hijo causa conflicto en los padres, ya que “no solo se ven privados de esta etapa preparatoria, sin importar lo breve que sea, sino también han carecido de la oportunidad de último adiós” (Kübler-Ross, 2005 p.103).

El tema de proceso de duelo en familias víctimas de un homicidio tiene una importancia actual y ha sido abundantemente abordado en los últimos años debido a la alta presencia que tiene entre las principales causas de mortalidad en México. De acuerdo a la Secretaria de Salud (2007) “en México las agresiones (homicidios), en el caso de los hombres son la séptima causa de mortalidad” (Salud Pública de México, 2007) (ver tabla 1), por lo que no se está exento de encontrarse con un caso de esta magnitud en la que la persona haya sido víctima de este acontecimiento.

Justificación

**TABLA 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES.
MÉXICO, 2003**

No de Orden	Causa	Defunciones	Tasa*	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	27,978	54.0	10.7
2	Diabetes Mellitus	26,730	51.6	10.3
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,478	39.5	7.9
4	Enfermedad Cerebro vascular	12,604	24.3	4.8
5	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	10,286	19.8	3.9
6	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9,986	19.3	3.8
7	Agresiones (homicidios)	8,660	16.7	3.3
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,346	14.2	2.8
9	Accidentes de vehículo de motor (transito)	7,289	14.1	2.8
10	Nefritis y Nefrosis	5,535	10.7	2.1

* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Instituto de Estadística. Geografía e Informática y Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México.

A su vez, esta investigación nace del interés de la autora a partir de una experiencia cercana con este fenómeno, el cual se describe brevemente a continuación.

“Recuerdo que era una noche fría, todos dormíamos, escuche dos disparos y jamás imagine lo que iba a pasar después, el teléfono sonó dos veces, ¿qué pasa?, me pregunte, en seguida me di cuenta de que todo había cambiado; acababan de quitarle la vida a un ser querido; hubo llanto, gritos, todo estaba oscuro, no sabía qué hacer, qué pensar, todo era tan confuso; en ese momento cambió mi vida por completo, nada volvió a ser igual...”

Al paso del tiempo y con la ayuda de un enfoque terapéutico sistémico, se posibilitó la elaboración del proceso de duelo; en este proceso terapéutico se realizaron diversas dinámicas, tales como la realización de una carta de despedida, otra en donde se narró todo lo que se le quería decir a la otra persona, entre otras.

Justificación

Con esto se llevó a una mejor elaboración del proceso de duelo y de ahí surgió el interés de poder ayudar tanto a los psicólogos como a los padres que en base a técnicas elaboren su proceso.

El presente tema de investigación pretende ampliar la visión del psicólogo en los procesos de duelo en muertes súbitas, en donde se busca el aprendizaje de dichos procesos, contribuyendo a su vez con los padres y familias que han vivido un acontecimiento de esta índole, brindándoles ayuda en la aceptación de la pérdida y de un mejor proceso en el que se vean reconfortados desarrollando habilidades para asimilar la pérdida tan dolorosa de su hijo. Esta investigación pretende aportar información retomando herramientas de la propuesta de Intervención en crisis así como de algunos modelos de terapia sistémica, porque frente a la pérdida de un miembro de la familia como son los hijos se entra en una especie de crisis en donde se debe auxiliar a la familia para sobrellevar el suceso traumático y establecer las bases de un nuevo sistema familiar; de ahí la importancia de brindar ayuda para la reorganización de la familia y se facilite la elaboración del proceso de duelo.

1

Duelo

No perdiste a nadie, el que murió, simplemente se nos adelantó, porque para allá vamos todos. Además lo mejor de él, el amor, sigue en tu corazón.

1. DUELO

Denominamos muerte al término de la vida, pero la muerte es más que esto, más que un simple sentimiento religioso, si damos un vistazo a las culturas de los pueblos antiguos encontramos que la muerte “siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será” (Kübler-Ross, 2006 p. 15); antiguamente en las distintas civilizaciones del territorio que luego se convirtió en la Nueva España, “el concepto de muerte tuvo un sentido muy ligado con los dioses y con otra vida” (Louis-Vincent, 1991 p. 34) por ejemplo, la vida de los mayas estaba profundamente impregnada de fuertes sentimientos religiosos, éstos creían en la vida después de la muerte, escogían lugares de “descanso eterno” en las plataformas de los templos.

En México, la muerte ocupaba un lugar especial como una forma distinta de vida, la representación de la muerte aparece a lo largo de “la cultura prehispánica como la eterna lucha entre la noche y el día” (Barragán, 2008), es decir, los aztecas representaban esto a través de dos dioses que eran Tezcatlipoca, dios de las sombras y, Quetzalcoatl, que era el dios de la luz.

Conforme ha avanzado el tiempo, en el México de hoy aparentemente se trata de aceptar de cierta forma un poco más la muerte en donde hay una “festividad de los muertos”, que nace desde los indígenas y ahora se practica por gran parte de la población mexicana, como bien sabemos ésta consiste en que las familias construyen un altar donde colocan los alimentos y bebidas que le gustaban al difunto para hacer agradable su visita y rezar por su alma, “así se convierte en una tradición que es motivo de recogimiento y celebración” (Barragán, 2008); donde se tiene la creencia de que en estos días los difuntos vuelven del mas allá para “visitar a sus parientes aun vivos” (Louis-Vincent, 1991 p. 34).

Pero la razón de este comportamiento, ¿no será un sentimiento de autodefensa?” (Kübler-Ross, 2006 p. 23) en el que no se quiere aceptar del todo esa pérdida ya ocurrida, donde ya no se verá más a esas personas amadas creyendo que regresarán de alguna forma, que podrán disfrutar de las cosas que algún día disfrutaron mientras estaban vivas.

1.1 Definición de duelo

La muerte es un acontecimiento inevitable por el que se tiene que atravesar en cualquier momento; “la muerte es parte de la vida como lo es el nacer” (Sánchez, 2001 p. 11), la muerte es una realidad que habla en muchas ocasiones del proceso de la vida al que se tiene que llegar y que provoca en muchas ocasiones reacciones negativas en el ámbito emocional, conductual y cognitivo del ser humano; todos estos “procesos psicológicos y psicosociales siguen a la pérdida de una persona” (Tizón, 2004) con la que se estaba emocionalmente vinculado y a esto le denominamos duelo.

Al presentarse la pérdida de un ser querido se comienza con esta experimentación de emociones que conforman el duelo, que de acuerdo a la Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz se define de la siguiente manera:

El **Duelo**, del latín dolos (dolor), es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. Cada pérdida significativa, cada desapego de un ser querido provoca una serie de reacciones o sentimientos, que nos hace pasar por un período que llamamos duelo. (Párrafo 15, 2007).

Duelo

El duelo es entonces una aflicción que se experimenta ante la pérdida de alguien o algo muy significativo, en la que el sujeto se ve envuelto en una serie de emociones que en el momento de dicha pérdida no sabe cómo manejar, tales como el miedo, la vulnerabilidad, la ira, la rabia, la vergüenza, la culpa y el remordimiento, entre otros.

Por lo que el dolor por una pérdida de un ser querido es un trabajo arduo y que requiere paciencia propia de quien vive dicha pérdida; lo cual en ocasiones es difícil de elaborar para el sujeto ya que intervienen múltiples factores en la pérdida, como la relación que se llevaba con la persona, la forma de su muerte (si fue imprevista o se prolongó su sufrir), la edad, la circunstancia bajo la que murió como por enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, entre otros.

Para especificar más este punto a continuación se presenta una tabla que muestra algunas variables que intervienen en la elaboración del duelo (tabla 2).

<i>TABLA 2: Factores que afectan el curso de los procesos de duelo</i>

Duelo

	Pueden ser
1.- Características del objeto (el Otro lo otro) perdido.	<ul style="list-style-type: none"> → La pérdida de la madre. → La pérdida (o la enfermedad grave crónica) de un hijo.* → Pérdida de familiares íntimos. → La pérdida de la madre, padre o hermanos en la infancia.*
2.- Características del sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> → Edad y género del sujeto. → Personalidad del sujeto. → Características psicosociales del sujeto. → Vivencias anteriores del sujeto especialmente relevantes de cara a la elaboración de duelo (duelos anteriores, baja autoestima del sujeto en duelo).
3.- Características de relación sujeto-objeto.	<ul style="list-style-type: none"> → Cuando la relación sujeto-objeto era íntima. → Vinculación (apego) sujeto-objeto ansioso o de intensa ambivalencia. → Si el sujeto dependía psicológica o socialmente del muerto. → Conflictos importantes del sujeto-objeto.*
4.- Afectación de los procesos de duelo por las causas o circunstancias de la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> → Pérdidas súbitas o inesperadas.* → Pérdidas anteriores recientes en los últimos nueve meses.* → Desapariciones.* → Pérdidas prematuras (en especial de la madre antes de los 11 años).* → Cuando previamente se ha dado un periodo prolongado de cuidados del sujeto muerto. → Si hay deformaciones o mutilaciones del muerto o el moribundo.* → Formas de recibir las informaciones catastróficas, siniestras, aparatosas.* → Relaciones intensamente pasionales entre el sujeto y el objeto en las semanas anteriores. → Exceso de culpa (persecutoria) ante la pérdida.* → Muerte por suicidio.* → Muerte por homicidio.* → Catástrofes (naturales, bélicas, accidentes)*. → Pérdidas indeclarables o inconfesables.
5.- Otras circunstancias que afectan el curso de los duelos.	<ul style="list-style-type: none"> → Cultura. → Subcultura y etnia. → Religión. → Grado de apoyo social percibido: animales de compañía, etc. → Estrés sociales concurrentes.*

* Posibilidad de facilitar un cuadro de "trastorno de estrés postraumático".

Fuente: Tizón, J. (2004). *Pérdida pena y duelo, vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paídos.

Por otro lado, desde un aspecto clínico, acorde con la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), el motivo de atención clínica es una reacción que se presenta frente a la muerte de una persona querida; "como parte de su reacción de pérdida algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (sentimientos de

tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso)" (DSM-IV), en los cuales el individuo manifiesta de manera fisiológica el dolor que está sintiendo por esa pérdida significativa.

Así mismo, podemos observar que esta situación afecta a distintos ámbitos del desarrollo de la persona tales como el cognitivo, el emocional o el físico, es decir, que las manifestaciones de dolor ante la pérdida implican múltiples factores; entonces todos aquellos que "después de que una persona ha muerto; los que la conocieron y amaron continuarán aun sufriendo.

Aunque la muerte se hubiera previsto largo tiempo antes, cuando llega por fin, se produce un sentimiento de pena" (Hinton, 1967) y es entonces cuando aparece el duelo ante la pérdida de un ser querido.

1.2 Duelo y familia

Las pérdidas significativas que tienen lugar en el contexto de una unidad familiar pueden desequilibrar a este sistema e incluso pueden desestructurar o incluso romper una familia como son las muertes forzadas o bien, violentas (accidente, suicidio, homicidio).

Desde un punto de vista sistémico "la pérdida, o amenaza de pérdida de un miembro es la mayor crisis que tiene que afrontar un sistema" (Bowen, 1976 en Pereira, 2002) ya que posiblemente la persona fallecida tenía ciertos vínculos con otros miembros de la familia que se prestaban para la unión de éstos, jugaba un rol importante dentro de éste, o bien era el proveedor de la familia; ante esta pérdida el sistema cuenta con una serie de herramientas para reorganizarse, sin embargo si no los tiene éste puede desaparecer y dicha reorganización necesita de tiempo y trabajo para la superación de la pérdida.

Duelo

De acuerdo a Pereira (2002), al aparecer la pérdida, la familia pone en marcha una serie de conductas defensivas que tienen como objetivo “el mantenimiento de la familia”, como son:

- a. *Reagrupamiento de la familia nuclear*: en el que la familia procura tiempo de contacto mutuo y disminuye estímulos exteriores como las visitas, en definitiva se “encasilla” en casa.
- b. *Intensificación del contacto con la familia extensa o con personas cercanas afectivamente a la familia (amigos, etc.)*: la familia extensa se acerca a la familia nuclear para brindar apoyo emocional por la pérdida, se presenta una baja de la comunicación con el medio externo, en esta etapa la familia evita el contacto externo con la sociedad reduciendo las actividades sociales.
- c. *Disminución de la comunicación con el medio externo*: aún sigue manteniendo una cierta disminución del intercambio con el mundo externo, reduciendo las actividades sociales como el salir a dar un paseo, fiestas, convivencias familiares, etc.
- d. *Apoyo socio-cultural a la continuidad de la familia*: aquí se da el apoyo externo por parte de la sociedad para cooperar a la continuidad de la familia, las sociedades que disponen de recursos, destinan parte de ellos para favorecer la continuidad del proceso ya que quizás éstos ahora carecen de la fuente principal de recursos económicos.
- e. *Exigencias de Tregua en los conflictos familiares*: los problemas que alguna vez se tuvieron en la familia; en esta etapa, el sistema adopta el momento para reconciliación ya que este fenómeno aumenta los valores por el apoyo mutuo de los integrantes y la solidaridad social, se dejan de lado todas aquellas diferencias que se tenían y se da la unión entre los integrantes del sistema familiar.

- f. *Conductas con frecuencia de debilidad reclamantes de protección*, la pérdida conlleva un intenso dolor y aflicción con abandono de las actividades cotidianas, situaciones de aislamiento que genera una actitud externa de compasión y protección, los plazos de deudas pueden alargarse, los vecinos cooperan de alguna manera con la familia a quien no conviene importunar con asuntos innecesarios.

Toda esta serie de conductas protectoras del sistema familiar tiene como objeto facilitar el proceso de duelo, este proceso se caracteriza por esta serie de conductas protectoras de la integridad del sistema con la finalidad de una reorganización familiar. Cuando la pérdida del ser querido puede ser manejada de buena manera en la que la familia y los padres aceptan la situación y se ha mejorado su calidad de vida, por el acontecimiento que dejó grandes estragos en la vida de las personas, podemos hablar de una resolución del duelo.

1.3 Muerte de un hijo

La muerte de un hijo, sobre todo si es joven o muere en situaciones trágicas -como homicidio, suicidio o accidente- provoca una difícil elaboración del proceso de duelo. Para los padres y para la familia verse envueltos en dicho problema significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de su hijo, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia, esto lleva a muchos padres a experimentar fuertes sentimientos. En este sentido, Kübler-Ross menciona que “padres que pierden un hijo por un asesinato, necesitan encontrar un lugar seguro donde puedan gritar si lo precisan (sin que los repriman o los tranquilicen con sedantes) y que puedan expresar con palabras lo indecible” (2005, p.44), es por esta razón que es necesario que haya ayuda para la elaboración de dicho proceso ya que éste lleva tiempo,

que es muy variable en cada individuo debido a que cada persona vive de distinta manera la pérdida de su hijo.

En el caso de una muerte forzada es más difícil la elaboración del proceso ya que intervienen otros factores dolorosos tales como la culpa, miedo, ira, rabia que dificultan dicha elaboración, ya que “este tipo de muerte por ser inesperada usualmente causa un shock doloroso acompañado por inhabilidad para creer lo que ha sucedido y que alguien cercano ha muerto. Este estado de choque sobrecarga las capacidades de reaccionar” (Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz, 2007). Los padres se sienten abrumados e incapaces de enfrentar la situación e incluso pueden “constituir una rémora que impida la reacción ante un tratamiento” (Hinton, 1967 p. 246), es entonces cuando se necesita brindar ayuda para comenzar la elaboración del proceso.

1.4 Muerte violenta

Se denomina violencia a un abuso de fuerza; una coacción ejercida sobre una persona en contra de la ley, bien la violencia es un factor importante en el desarrollo del ser humano y afecta a todo aquel que le rodea. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define de la siguiente manera:

Es el uso intencionado de la fuerza física o del poder, sea como amenaza o como realidad, contra uno mismo, contra otra persona o contra un grupo o comunidad que tiene como resultado lesiones traumáticas, muerte, daños psicológicos, alteración del desarrollo o privaciones. (www.saludlandia.com)

Por otro lado, aún no hay un factor en particular que explique el frecuente aumento de la violencia. De acuerdo con Maisto y Morris (2001, p. 385), cuando los padres o algún otro modelo son agresivos, los jóvenes y niños aprenden la violencia y actos antisociales, la frecuente exposición a castigos duros estimula la agresión de forma que cuando los padres y compañeros arreglan sus altercados de forma agresiva en lugar de hacerlo

Duelo

con recursos no violentos, el niño aprende a hacer lo mismo. De acuerdo con la OMS (2002) a partir de la violencia aprendida en casa se abre paso la violencia comunitaria que se produce entre individuos sin relación o parentesco y que pueden o no ser conocidos entre ellos, lo cual tiene lugar fuera de la casa, como son la violencia juvenil y en escenarios institucionales como la escuela, lugares de trabajo, cárceles y residencias geriátricas. Otro factor importante en la violencia es "el abuso de drogas y en particular el consumo de alcohol" (Maisto y Morris 2001, p. 385).

La muerte violenta, es aquella que se presenta de forma inesperada y agresiva, como lo son el suicidio, los accidentes y homicidios, ésta se diferencia de otras muertes debido a la violencia de los actos que llevan a la pérdida de la vida y en las que la persona puede prepararse para dicha pérdida e incluso tienen la oportunidad de despedirse de ese ser amado, por ejemplo, una persona en estado terminal por enfermedad. En muertes violentas como los accidentes, suicidios y homicidios no existe la posibilidad de dicha despedida ni de afrontar de cierta forma la muerte de la persona.

Al presentarse la muerte violenta se "incrementan las reacciones de obnubilación, confusión e incredulidad iniciales" (en Tizón, 2004, p. 196) en las que la persona tiende a retraer sentimientos, ilusiones y alucinaciones en las cuales "el deudo sigue viendo (oyendo, sintiendo, notando) al fallecido" (Tizón, 2004, p. 196) lo cual puede complicar la elaboración del proceso de duelo. Por otro lado, dada la connotación legal de este tipo de muerte -por ser inesperada y de forma violenta-, de acuerdo con Corredor (2002) lleva a los dolientes a experimentar ira y se impide que surjan nuevos intereses y por lo tanto la muerte es más complicada de asimilar.

La velocidad con la que ocurren los eventos violentos hacen que se paralice la persona cercana, esto provoca que el proceso sea más lento y hasta que transcurre el tiempo nuevamente es cuando las personas se dan cuenta de la ausencia de aquel que se fue, "este darse cuenta, puede

necesitar de años y hasta que se sucede iniciamos el proceso de muerte y duelo" (Rebolledo, 2003, p. 214).

1.5 Muerte por homicidio

La muerte por homicidio es una de las múltiples formas de fallecimiento violento tales como accidentes, suicidios, desastres naturales y el homicidio, el cual compone un grave problema social que genera miles de víctimas secundarias, "se calcula que cada homicidio victimiza tres o cuatro personas diferentes a la que es asesinada debido a los efectos psicológicos, sociales y legales que produce" (Organización Nacional de Asistencia a Víctimas de E.U., NOVA, 1985, Schmidt y Beard, 1999, citado en Corredor, 2002).

Cuando una persona muere por homicidio, el miedo, la angustia, la desesperación, la impotencia, la vulnerabilidad, la rabia, la culpa, y el dolor se apoderan de la familia, en particular de los padres y amenazan con destruirlos psíquica y emocionalmente; por toda esa violencia de las circunstancias, la que hace que se piense en fuertes venganzas contra el homicida, sentimientos de reparación y culpa exacerbados por pensamientos obsesivos del sufrimiento que pudo haber atravesado la persona que ha muerto en estas circunstancias.

Roccatagliata en su libro "Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo" a partir de su experiencia con la pérdida de un hijo, pretende que otros padres que atraviesan por la misma situación se puedan ayudar para superar dicha pérdida, nos dice que el asesinato de un hijo puede causar un gran impacto a los padres ya que éstos experimentan múltiples sentimientos hacia los homicidas, este impacto se "entremezcla con odio hacia el homicida, preocupación por el juicio y la sanción" (Roccatagliata, 2007 p. 141) aunque los padres saben de antemano que ningún castigo les devolverá a sus hijos.

Asimismo los padres se ven envueltos en una serie de intromisiones que hacen que el proceso de duelo sea más lento y complicado, y también

provoca más dolor tanto en los padres como en la misma familia, tales como “medios de comunicación, la policía, los abogados que buscan evidencias, información, testimonios”, (Roccatagliata, 2007 p. 141) impidiéndoles de esa forma vivir su dolor y su derecho de llorar la pérdida en la intimidad. Las reacciones que se presentan cuando se es víctima de un homicidio son el impedimento que surjan nuevos intereses y que la muerte sea asimilada, esto debido a la ausencia de castigo para con el homicida. (Corredor, 2002).

El homicidio según Isa Fonnegra (citado en Roccatagliata, 2007, p. 141) viola todos los principios fundamentales que nos han enseñado a lo largo de la vida, como el respeto a ésta, la no agresión, y el poder de comunicación para la resolución de problemas que reemplaza la violencia. Frecuentemente los dolientes sienten la necesidad de vengar a su ser querido, para así por lo menos honrar su memoria. La sensación de que el mundo, antes seguro y confiable, es ahora peligroso, genera en las personas terror y angustia de estar también en peligro, con frecuencia las personas se sienten desamparadas y vulnerables por el trauma ocasionado por el delito.

No hay manera alguna para preparar a los familiares para el día en que deban saber súbitamente que uno de sus integrantes ha sido asesinado, éstos sufren la conmoción de la pérdida repentina de su ser querido.

1.6 Homicidio

El homicidio se ha convertido en la actualidad en una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres, durante el transcurso de este siglo. En México es una de las diez primeras causas de defunción (Kumate, 1993, citado en Azaola, 2008).

Duelo

De acuerdo con la Comisión de Seguridad Pública de COPARMEX (Confederación Patronal de la República Mexicana) (2008), México ocupa los primeros lugares mundiales en homicidios, en nuestro país se cometen 13 homicidios por cada 100 mil habitantes, casi el doble que en Estados Unidos.

Pero, ¿qué es lo que entendemos por homicidio?, de acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua, *homicidio* es una "muerte causada a una persona por otra. Por lo común, ejecutada ilegítimamente y con violencia"; desde un punto de vista jurídico doctrinario, el homicidio se conceptúa como "la muerte de un hombre ocasionada por ilícito comportamiento de otro hombre" (Augusto, 1991 p. 3); asimismo se apunta que el homicidio considerado en sentido más restringido, y como delito se define como "la muerte de un hombre cometida injustamente por otro hombre" (Carrara, en López, 1997 p. 57) ; la definición legal que de acuerdo al Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la Republica en Materia del Fuero Federal, tipifica el delito de homicidio de la siguiente manera "*Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro*", en (Augusto, 1991 p. 3)

Es entonces que el homicidio es privar de la vida a otra persona de forma clandestina, esto trae consigo una serie de conflictos con las personas relacionadas con el fallecido principalmente los padres y la familia, debido a la violencia con la que ocurren los actos delictivos, lo que abre paso al trabajo con la víctima de dicho delito.

Por otro lado desde el punto de vista psicológico la persona que llega a cometer un delito de tal grado, es un individuo con algún tipo de trastorno mental, en la mayoría de los casos se trata de personas que han sufrido experiencias traumáticas de abandono, abusos en la niñez, que han creado desviaciones en el pensamiento, bien se han desarrollado en núcleos familiares conflictivos en los que llevan normas opuestas que rigen en la sociedad en que viven, así mismo tiene una participación importante el abuso de drogas y alcohol,

Duelo

(<http://psicologia.laguia2000.com/general/psicologia-criminal>), sin embargo estas personas muchas veces no tienen sentimientos de culpa, ni remordimientos y "pueden pasar desapercibidos" (<http://psicologia.laguia2000.com/general/psicologia-criminal>), comportándose relativamente en forma natural hasta que delinquen.

2

Etapas en el proceso de duelo

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.

2. ETAPAS EN EL PROCESO DE DUELO

A continuación se presentan las etapas de duelo de distintos autores que han trabajado en el mismo, entre ellos Elizabeth Kübler-Ross y John Bowlby.

2.1 Modelo de Elizabeth Kübler-Ross

Elizabeth Kübler-Ross médico psiquiatra dedicó su vida a trabajar con el tema de la muerte, por lo que se ha ganado un merecido lugar como la autoridad más querida, respetada y especializada en este tema. De acuerdo con las etapas descritas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross (1989) el sujeto ante la pérdida de un ser querido atraviesa por: a. negación, b. ira o coraje, c. negociación, d. depresión o tristeza y e. aceptación final. En seguida se describirán cada una de dichas etapas.

- a. *Negación*: En donde la negación es un mecanismo de defensa que permite al sujeto amortiguar el dolor ante la penosa noticia de la muerte de un ser querido, al negar aparentemente que la situación no está pasando. La negación de todos aquellos sentimientos y emociones que conlleva la pérdida son equivalentes a “no sentir” de acuerdo con Sánchez el sujeto “bloquea los sentimientos y niega el dolor que está presente”, (2001 p. 39) éste puede utilizar la detención de pensamientos en los que se prohíbe a sí mismo no pensar en ello, como el momento de la muerte, la causa, el vínculo familiar que llevaba con éste, etc., también puede idealizar al muerto, evitar todas aquellas cosas que le recuerdan a la persona fallecida, y en otros casos puede recurrir al uso de alcohol y drogas.

- b. *Ira o coraje*: En esta etapa el doliente experimenta coraje, rabia, resentimiento, envidia, ante la situación de pérdida; el sujeto siente cierto resentimiento con algún ser supremo, o hacia otras personas que

Etapas en el proceso de duelo

no están atravesando por la misma situación (como es el caso de los padres con sus hijos víctimas de un homicidio, estos pueden sentir rabia hacia aquellas personas que le han quitado la vida a sus hijos), incluso pueden sentir rabia hacia el propio muerto, aparece ese reproche del “por qué me dejaste”; surgen todos los “por qué”, el “por qué a mi hijo, por qué en estos momentos de su vida, por qué de esa manera, etc..” en estos instantes de ira es difícil para los padres el afrontar la vida y para todos los que los rodean ya que la ira se desplaza en todas direcciones, tal vez se sienten molestos por cualquier cosa aún injustamente. Luego pueden responder con dolor y lagrimas. Cabe mencionar que quienes los rodean no deben tomar esta ira de manera personal para no reaccionar con más ira y se empeore de alguna manera la situación del doliente y para quienes conviven con ellos.

- c. *Negociación*: En esta etapa las personas tienen un pensamiento ilusorio de hacer un pacto con un ser supremo, la naturaleza o el destino para llegar a superar la traumática vivencia, donde las personas se comporten de distinta manera. Por ejemplo, si un familiar enfermo está a punto de morir se hace ese pacto “por favor Dios no te lo lleves aun, te prometo que...iré a la iglesia cada domingo”, se hacen oraciones, se llevan flores a la iglesia, etc. En este período los dolientes con personas enfermas o en etapas terminales se crean la utopía de retrasar o evitar la muerte de la persona enferma por medio de un pacto con alguna divinidad realizando ayunos cada tercer día –por mencionar alguno de acuerdo con la religión cristiana-. En el caso de una madre que perdió a su hijo por homicidio, puede hacer un pacto “ayúdame a olvidar ese momento en que vi a mi hijo”, o bien “por favor que tenga su merecido el homicida que le hizo esto a mi hijo”.

Etapas en el proceso de duelo

- d. *Depresión*: En esta etapa, la tristeza y depresión son las reacciones más comunes de las personas en duelo, se caracteriza por la manifestación de emociones de desconsuelo por parte del doliente, en el que tiene la necesidad de llorar y expresar de alguna manera el dolor por el que está pasando ante dicha pérdida ya sea con personas allegadas a ellas o de manera aislada. Algunas veces el doliente se debilita, adelgaza, enferma o aparecen otros síntomas, se puede manifestar el llanto o no, algunas personas no pueden manifestar su tristeza con lagrimas y eso les puede causar malestar, no tiene que haber nada alarmante en el hecho de no poder llorar por la muerte de un ser querido sobre todo en las primeras semanas del fallecimiento de éste; "en estos casos, la persona puede encontrarse bajo un fuerte shock, cosa que ocurre a menudo en las muertes repentinas o inesperadas" (Sánchez, 2001 p.50), sin embargo cuando la tristeza se prolonga y viene acompañada de sentimientos de inutilidad e impotencia personal, pensamientos pesimistas del presente y del futuro, alteración del sueño e incapacidad para concentrarse, podemos estar hablando de una depresión clínicamente significativa en donde se requiere brindar ayuda al doliente.
- e. *Aceptación final*: En esta fase el doliente comienza a experimentar cierta paz y alivio en su vida en donde se reconoce que es imposible reparar la pérdida. La persona es capaz de hablar de la pérdida de su ser querido, puede "hablar" con el fallecido sin el dolor que llegó a sentir en algún momento, cuando se es capaz de pensar en él sin manifestaciones extremas como el llanto inconsolable, alteraciones de sueño u opresión en el pecho; y, finalmente cuando "el superviviente es capaz de invertir sus energías y sus efectos en nuevas relaciones, aceptando los retos que la vida le planteó" (Sánchez, 2001 p. 23) hablamos entonces de una aceptación final.

Etapas en el proceso de duelo

Es importante tomar en cuenta que estas etapas son hasta ahora las más representativas frente al proceso de duelo, sin embargo hay que considerar que intervienen otros factores para dicha elaboración como la cultura, sociedad y época por la que se atraviesa, así mismo en el contexto familiar y las diferencias individuales se manifestarán de distinta manera en la elaboración del proceso de duelo. De esta forma debe tomarse en cuenta que estas etapas no deben concebirse como un cumplimiento específico de estas, ya que no se cumplen en el mismo orden e incluso no todas las personas atraviesan por todas, por ejemplo, algunas personas nunca atravesaron por la etapa del pacto, y desde el principio se dieron cuenta de que la pérdida era inevitable, como lo menciona Kübler-Ross (1989), Robles (en prensa), Tizón (2004).

2.2 Modelo de John Bowlby

John Bowlby nació en 1907, con una formación en psiquiatría y psicoanálisis desarrolló una teoría que se conoció como psicología del desarrollo y escribiendo a propósito del duelo en 1980 propuso cuatro fases que se presentan frente a la pérdida de un ser querido.

- a. *Fase de incredulidad y embotamiento de la sensibilidad*, que puede durar entre algunas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por momentos de pena o cólera intensas. Esta fase consiste en la manifestación de incredulidad; el doliente se siente incapaz de pensar, organizarse, aceptar la pérdida, entender cómo ha pasado, el organizar su vida o su pensamiento; las manifestaciones más comunes ante la pérdida de un ser querido importante o brusca en estos casos son “no puedo creerlo... no es verdad... no puede ser así...”. De acuerdo con Bowlby (en Tizón, 2004 p. 142) a las reacciones iniciales le siguen “las protestas contra el destino y especiales manifestaciones y sentimientos de rebeldía, bien contra la naturaleza o los dioses”, en dado caso de que los dolientes no sean creyentes estos reproches se desplazan a otras personas como amigos o la misma familia, médicos, sistemas sanitarios y

Etapas en el proceso de duelo

en el caso en particular de un homicidio estas protestas van dirigidas a aquellos que quitaron la vida al ser querido. Siguiendo a Bowlby la ira es la realidad de que, para la especie "gran parte de las separaciones son reparables", de ahí que sea tan útil la presencia de protesta y la búsqueda de la persona perdida, esto debe tratarse de "sabios mecanismos evolutivos introyectados desde la primera infancia" lo que da paso a la segunda fase.

- b. *Fase de añoranza y anhelo y búsqueda de la figura perdida*, que suele durar desde meses a años (por la pérdida de un progenitor, un hermano, un conyugue, un hijo, etc.). Estos sentimientos se presentan con gran intensidad en el caso de los desaparecidos, o de las muertes bruscas e inesperadas; se expresa claramente la añoranza, el anhelo y la búsqueda de la persona que se ha perdido, "lo busco continuamente... lo veo en todas partes... me habla por las noches..."; por tanto siguiendo a Bowlby (en Tizón, 2004 p. 144) "la búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud son rasgos de la segunda fase del duelo" y deben entenderse como expresiones de la gran necesidad de encontrar y recuperar a aquella persona que se ha ido.
- c. *Fase de desorganización y desesperanza* y d. *Fase de mayor o menor reorganización*. En donde aparecen las dos fases simultáneamente, si la reorganización y la reorientación "en el mundo interno primero y en el mundo externo después no son lo suficientemente profundas la desorganización y/o desesperanza se instalan en la vida de la persona en duelo y se hacen más y más visibles", es decir, al no aparecer antes la reorganización y la reorientación que es el volver a la vida común que se llevaba antes de la muerte del ser querido, entonces se hace más

Etapas en el proceso de duelo

profunda la desorganización viniendo con ella la desesperanza creándose así un cuadro profundo de depresión.

2.3 Modelo de Rando

Rando (1993) (en Tizón, 2004 p. 160) ha trabajado otras perspectivas a propósito del duelo, ha propuesto su concepción de “las seis R del proceso de duelo” que a continuación se mencionan.

- a. *Negación*: Ante la pérdida de un ser querido aparece la fase de negación, “la “R” o “tarea” fundamental de esta fase o momento es el *reconocimiento*” de dicha pérdida tanto afectivo que es el aceptar que la pérdida nos duele, como cognitivo, es el hecho de reconocer que en realidad se ha perdido a la persona, se ha ido y no lo recuperaremos del todo. Si esta tarea no se cumple del todo vendrán alteraciones como problemas de expresión como duelo “ausente, retraído, congelado, enmascarado, etc.” (Tizón, 2004 p. 160)

- b. *Confrontación*: Es la segunda fase o tarea, la cual supone la reacción ante la pérdida, es decir, implica poder sentir todo ese dolor de la pena. En esta fase aparecen diversos tipos de *revivencias* o *re-experimentaciones*, ese volver a revivir en una y otra ocasión lo bueno y lo malo que ocurrió en la relación y es lo que va llevando a la *renuncia*, la persona doliente se va distanciando de ese vínculo y de lo que significó en su mundo, si estas tareas no se cumplen, el resultado es el tipo de duelos a los que se les denomina como duelos desviados o sesgados, los que son duelos que vienen acompañados por una psicopatología previa grave: “histeria, obsesiva, paranoide” (Tizón, 2004 p. 161).

Etapas en el proceso de duelo

c. *Acomodación*: Esta fase implica otras dos tareas básicas: la *readaptación* al nuevo mundo “olvidando progresivamente el viejo” pasando al nuevo mundo, es decir, pasar de la tristeza a la nueva vida sin esa persona que se ha ido. Recordando nuevamente que si no se desarrollan de manera adecuada estas fases se caerá en un duelo patológico.

De acuerdo con Tizón (2004 p. 160) la tabla 3 nos ilustra con una versión más amplia del modelo de Rando y la elaboración del proceso en donde se pueden observar claramente las seis “R”.

<i>TABLA 3: Modelo del duelo y su elaboración según Rando*</i>	
Fases	Tarea fundamental
I. Negación	<p><u>Reconocimiento de la pérdida a nivel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Cognitivo → Afectivo
II. Confrontación	<p><u>Reacción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Experiencias de pena → Expresiones de dolor → Duelos simbólicos y secundarios <p><u>Reviviscencia de la relación.</u></p> <p><u>Renuncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → A esos vínculos → Al mundo que significan
III. Acomodación	<p><u>Readaptación al nuevo mundo, olvidando el viejo.</u></p> <p><u>Reinvertimiento de los afectos.</u></p>

Modificada de Rando 1991, 1993 *Fuente: Tizón, J. (2004). *Pérdida pena y duelo, vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paídos

Etapas en el proceso de duelo

De acuerdo a lo descrito anteriormente todas las etapas se consideran importantes ya que son procesos por los que se atraviesa cuando se presenta la pérdida de un ser querido, habría que tomar especial atención cuando el sujeto se aferra a una sola etapa o bien no logra resolver del todo dicho proceso, de acuerdo con Tizón (2004 p. 353) “la desesperanza irreversible o los síntomas de “desapego” con respecto a la vida, la relación social o el disfrute deben hacer pensar en la evolución hacia un duelo patológico” en el que se pueden presentar trastornos que afectan al doliente como por ejemplo, ansiedad, somatización, obsesiones, abuso de drogas y alcohol, etc.

Como ya se ha mencionado con anterioridad no todas las etapas se presentan en un orden específico o bien no se cumplen todas y algunas de ellas se presentan simultáneamente como por ejemplo, al presentarse la ira o coraje también se puede sentir la añoranza de estar con esa persona.

Por otra parte en general las tres teorías descritas anteriormente coinciden en algunas de las etapas como la negación en donde se está en shock por nombrarlo de alguna manera que no se quiere aceptar dicha pérdida, de igual forma que todas llegan a un punto en común que es la reorganización, la aceptación o bien la acomodación de la persona después de la pérdida.

De acuerdo con Vail (1982) (en Aparicio, 2005 p. 129) es importante hacerle saber a las personas que acuden por ayuda en consecuencia de alguna pérdida, que estas reacciones son esperables después de dicho acontecimiento y esto les coloca en otra posición en la que les ayuda a entender que es algo por lo que tienen que pasar para poder aprender a vivir con la pérdida.

2.4 Procesos de duelo en la familia

Durante los últimos años diversos autores han comenzado a ocuparse del duelo en familias tales como Moos, Goldberg y Gilbert o Walsh y McGoldrick (1991). Sintetizando estas, Pereira (2002) propuso las siguientes fases:

- a. *Aceptación familiar de la pérdida:* en esta fase se debe permitir la expresión de los sentimientos de la aflicción de cada miembro de la familia, así mismo se abre paso a los rituales particulares de cada doliente como son los funerales, entierro, visitas de otros familiares, etc.
- b. *Reagrupamiento y reorganización familiar:* en esta etapa se reorganiza la familia redistribuyendo la comunicación interna y los roles familiares, se supone aceptar definitivamente la pérdida y renuncia de los miembros de la familia, adoptando nuevamente sus actividades o nuevos roles.
- c. *Reorganización de la relación con el medio externo:* esta etapa sigue después del reagrupamiento y reorganización internos en donde la familia es capaz de adoptar nuevos roles y se establece la comunicación entre los miembros de la familia nuclear y ésta se siente capaz de abrir nuevos canales de comunicación con el exterior rompiendo su aislamiento.
- d. *Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar:* los juegos de alianzas quizá se hayan modificado, buscando los sobrevivientes nuevos apoyos ante la pérdida. Esto no quiere decir que la persona fallecida se ha olvidado por completo, sino que ahora éste ha pasado a ser parte de la historia de la familia y se busca resustituirle emocionalmente de manera adecuada. Se da un significado de apertura aceptado por todos los miembros de la familia.

2.5 Modelo de Vail (1982)

Vail (1982) (en Aparicio, 2005 p. 129), habla sobre algunas reacciones emocionales que se dan tras la pérdida de un ser querido y de lo que se puede esperar que las personas traigan a terapia.

- a. *Dolor*: Es la reacción primordial ante la pérdida, este dolor se apodera muchas veces de los dolientes que atraviesan por esta situación, Vail menciona que pueden haber grandes periodos de agonía antes de alcanzar la paz que se quiere tener después de dicha pérdida, y solo “cuando el dolor finalmente empieza a ceder, la persona tendrá la oportunidad de reconstruir su vida” (Aparicio, 2005 p. 130), tal vez con un mayor aprecio por continuar viviendo, teniendo nuevos proyectos por desarrollar, pero para llegar a eso es necesario atravesar por el dolor que provoca la pérdida de alguien a quien se quiere.

- b. *Reacciones de estrés*: Aquellas personas que han sufrido la pérdida de algún familiar cercano pueden experimentar la disminución de las barreras ante las enfermedades, “una persona en luto es más factible [sic] a contraer gripas y enfermedades que en situaciones normales”(Aparicio, 2005 p 130).

- c. *“Él (ella) está aquí conmigo”*: A menudo muchas personas aseguran haber sentido la presencia de la persona que ha fallecido, e incluso hablan acerca de haber recibido confort de ellas; esto sucede en ocasiones mientras duermen, en los sueños se pueden dar momentos de perdón con el ser que se ha ido, entonces “estas experiencias resultan ser un gran recurso para el sobreviviente” (Aparicio, 2005 p. 130).

Etapas en el proceso de duelo

- d. *Culpa*: Se refiere a que muchos de los dolientes se culpan a sí mismos por no haber previsto la muerte de su allegado y les surgen pensamientos acerca de cómo lo pudieron haber evitado, lo cual refuerza este sentimiento de culpa, muchas veces esta culpa surge por aquellas cosas que no dijeron o hicieron cuando aún vivía la persona.

- e. *Sentimientos negativos hacia el fallecido*: Estos sentimientos pueden surgir a partir de que se sienten enojados por la circunstancia que están atravesando, es decir, pueden surgir pensamientos de "por qué me dejaste", o muchas veces las personas se sienten avergonzadas o culpables cuando se encuentran teniendo estos pensamientos negativos o quejas acerca de la persona que perdieron.

Las etapas anteriores muestran diferencias significativas; en la primera teoría nos habla más acerca de la familia y las relaciones entre ellos, de cómo se reorganizan y cuáles son sus sentimientos en tanto a la vida exterior; en cuanto a la teoría de Vail nos hace ver similitudes con las etapas descritas anteriormente, en el que se describen las reacciones de la familia pero desde un punto más individualizado.

3

Volver a empezar, superando el dolor de la pérdida: apoyo terapéutico en el proceso de duelo

La elaboración del duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia.

3. VOLVER A EMPEZAR, SUPERANDO EL DOLOR DE LA PÉRDIDA: APOYO TERAPÉUTICO EN EL PROCESO DE DUELO.

La elaboración del duelo es un largo proceso al que no se le puede asignar un tiempo determinado para encontrar una estabilidad emocional, sin embargo este tiempo no se puede perpetuar y es importante que se brinde ayuda. Al atravesar por la pérdida de un ser querido por homicidio se experimentan una serie de reacciones tales como la negación, ira o coraje, culpa, temor, desesperanza, negociación, tristeza y aceptación final. Este impacto de confrontar la muerte puede traer consigo una reacción positiva en donde la persona puede reforzar su capacidad de afrontamiento, o bien un efecto negativo, dejando así una lesión emocional permanente, y esto será de suma importancia en la dirección que tomará la vida del doliente que sufrió la pérdida, para llegar a una aceptación de la muerte del ser querido. Es importante que se cuente con ayuda que apoye a la superación de esta experiencia; diversos autores como Kübler-Ross, Bucay y Tizón mencionan que al advertir una experiencia dolorosa las personas echan mano de sus fortalezas y habilidades personales para afrontarla, aunque, la mayor parte de ellas no llegan a comprender la muerte misma (Hinton, 1967 p. 273).

En algunos casos al presentarse la pérdida de un ser querido el doliente necesitará del apoyo de las redes sociales como familia y amigos, en donde la persona necesita desahogar sus emociones y se sentirá tranquila, por ejemplo en el caso de que la persona fallecida haya tenido una muerte natural; por otro lado en el caso de que se haya presentado una muerte violenta, inesperada, la persona experimentará diversas emociones ya mencionadas, entonces necesitará de apoyo profesional, por ejemplo, si éste experimenta trastorno por estrés postraumático.

Al trabajar en un espacio terapéutico, permitirá que la persona en duelo se sienta más tranquila y confortada en momentos difíciles del presente e incluso del futuro, y se facilitará la superación de la pérdida de un ser querido, ya que un profesional tiene conocimiento de técnicas que ayudaran a mejorar la calidad de vida del doliente por lo que es importante brindar ayuda a las personas en duelo siempre que lo soliciten.

3.1 El papel del apoyo de las redes sociales en el proceso de duelo

La mayoría de las veces el apoyo que recibe una persona ante la muerte de un ser querido viene de amigos y familiares, quienes son principalmente los más allegados a la persona en duelo, esto es una manifestación de humanidad para con el doliente, y donde se hace saber que no está solo en este dolor así como hay personas a su alrededor que lo apoyan, (Sánchez, 2001). Este sostén es de suma importancia ya que constituyen un significado de solidaridad y apoyo para los padres en duelo. Las personas bajo esta situación necesitan sentir que quienes los rodean son “individuos que poseen autocontrol y son capaces de protegerlas” (Sullivan, 2000).

3.1.1 Rol del psicólogo de acuerdo al tipo de duelo

Al experimentar la pérdida de un ser querido bajo las circunstancias de homicidio se denotan complicaciones para la aceptación de la muerte, por las condiciones en que murió la persona amada, el doliente puede sentir temor de que suceda de nuevo un ataque con otro miembro de la familia o a él/ella mismo (a), ira contra quien arrebató la vida al fallecido, culpa, etc., por lo tanto esto puede complicar el duelo y la persona necesitará de ayuda profesional más que del apoyo de las redes sociales.

De acuerdo a Tizón si lo que observamos es un duelo normal en el que el doliente atraviesa por el impacto de recibir la noticia de la pérdida, experimenta sentimientos como pena, tristeza, ira, desesperanza y finalmente después de determinado tiempo se da la aceptación de la pérdida y vuelve a las actividades cotidianas se tendrá que adoptar una actitud que es definida como *acompañamiento*, que es la ayuda no profesional a la elaboración de las pérdidas proporcionada por familiares, allegados, voluntarios o grupos de la población, esto implica que hay que esperar hasta que la persona o la familia en esta situación se encuentre en dificultades para brindarle entonces ayuda.

Al presentarse la muerte por homicidio es importante brindar ayuda de primera instancia como lo es una intervención inmediata con la finalidad de reducir el estrés por el que se está atravesando, aquí el terapeuta se centra en el presente, las causas de la crisis no son tan relevantes sino lo que se está viviendo ahora, es brindarle al paciente atención emocional, tranquilizándolo para que no se presenten mayores complicaciones como la autoagresión, por ejemplo.

3.2 El papel de la ayuda psicológica en el proceso de duelo

Si el duelo se prevé complicado (por las circunstancias graves por las que acaece, por las características de la pérdida o por la personalidad del deudo) la labor del acompañamiento es prescriptiva y en la medida de lo viable debe ser realizada lo más pronto posible, brindar *ayuda profesional de atención primaria* tales como psicológica, pedagógica, social o sanitaria; y si es previsible o probable que el duelo evolucione hacia un estado patológico habría que preparar y realizar labores que involucren la atención primaria, secundaria y terciaria de tales complicaciones y desarrollos psicopatológicos, se deberá entonces solicitar la ayuda de servicios de salud mental psicológicamente orientados y en su caso la ayuda psiquiátrica a esas personas, estas decisiones que se deben tomar para la atención a las

personas en duelo tratan, ante todo, de respetar la intimidad, decisión, autonomía y la capacidad que tiene cada persona de elaboración, y sus relaciones con sus núcleos habituales como la familia, vecinos, allegados, microgrupos habituales, etc., se trata de respetar primordialmente la autonomía, tiempo y espacio pero siempre y cuando protegiendo su salud (Tizón, 2004 p. 410).

3.2.1 El caso del crimen violento

En los casos donde una persona es víctima de un crimen violento como lo es el homicidio es importante recibir apoyo terapéutico, ya que por lo general se siente “bombardeada” psicológicamente por la intensa realidad que atraviesa. Muy pocas personas tienen la experiencia de afrontamiento frente a la situación del crimen, de acuerdo con Sullivan y Everstine (2000 p. 217) “casi nadie tiene la capacidad para enfrentar un acontecimiento de tal magnitud sin recibir considerable apoyo de los demás”. Una de las principales funciones que debe cumplir el psicoterapeuta en el tratamiento de la víctima de un crimen violento es “ayudar al individuo a recuperarse de las heridas psicológicas ‘invisibles’ que, si no reciben atención o tratamiento pueden conducir a problemas psicológicos para el resto de la vida” (Sullivan y Everstine, 2000 p. 218). Bajo estas circunstancias en donde se está experimentando una crisis (entendida como un desequilibrio de la persona donde hay confusión emocional) el apoyo debería ser recibido por los individuos más cercanos al suceso, y por ayuda psicológica, en un primer momento enfocado a una intervención en crisis, por ejemplo, terapia breve y en un segundo momento en un proceso de terapia proporcionada por asesores entrenados y terapeutas.

La víctima de un crimen violento puede experimentar estrés postraumático, el cual es un trastorno psicológico que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra daño físico o emocional, generalmente vienen ambos factores combinados, de

esta forma la persona puede tener un gran temor de que pudiera volver a suceder otro crimen con algún integrante más de la familia, por lo que el tratamiento de una víctima de un crimen violento no es un trabajo sencillo, debido a que el individuo puede resistirse a trabajar en la lucha emocional que conduce a la recuperación ya que puede ser muy doloroso el afrontar la situación o bien no quiera recordar nada de lo sucedido. Debido a este acontecimiento como lo menciona Rebraca, (2005, p.146) la víctima del delito experimenta un desequilibrio emocional, atravesando entonces por un estado extremo de confusión provocando que la persona sufra una crisis.

Como lo menciona Sullivan y Everstine (2000 p. 218) después del ataque, muchas víctimas se vuelven hipersensibles a la ira o a una respuesta emocional intensa por parte de quienes las rodean y la mayoría de estas personas se encuentran muy deprimidas para expresar su furia y por ello pueden experimentar temor ante la rabia de otros, y detrás de toda esta violencia está el temor de otro ataque, en consecuencia, las víctimas tienen la necesidad de sentir que quienes las rodean son individuos que poseen autocontrol y son capaces de protegerlas; por tanto parte de la labor del terapeuta es tratar no solo a la víctima del delito sino a las personas significativas en su vida, con el fin de que los demás no digan o hagan cosas que, sin saberlo, entorpezcan la recuperación de la persona.

De ahí la importancia de la intervención en crisis, proceso que brinda de cierta forma ayuda inmediata a la persona, dándole confort en el momento que se experimenta el evento estresante, así mismo no solo la persona en duelo debe trabajar en el proceso sino también el resto de la familia que se ve afectada con dicho evento, por lo que después de una intervención inmediata frente a la crisis es importante pasar a un proceso donde participe el sistema familiar que se está viendo afectado por dicho evento.

3.2.2 Apoyo al sistema familiar

Es de suma importancia trabajar con la familia en una intervención terapéutica con todos los miembros de dicho micro grupo ya que al ocurrir dentro del sistema una muerte por homicidio no son solo los padres los que atraviesan por este sufrimiento sino también el resto de la familia como los hermanos, tíos, primos, etc., la familia se caracteriza por el hecho de que la conducta de cada integrante está relacionado con el comportamiento del resto de los miembros que componen a la familia, por lo que menciona al respecto de esto Sánchez (2001 p. 73) la muerte de un miembro de la familia constituye un cambio muy importante que afecta al grupo familiar en su equilibrio y provoca cambios adaptativos en el resto del grupo; bajo las circunstancias de un homicidio se atraviesa por una crisis, que no solo la experimentan las personas más allegadas a la víctima sino todo el sistema familiar, y todos aquellos con los que se relacionaba.

Frente a dicho acontecimiento se pierde el equilibrio emocional cayendo así en un estado extremo de confusión y causar una crisis, en la que se ven involucrados todos los integrantes del sistema familiar, cada uno de ellos deberá estar atravesando por una crisis en distintas formas por lo que es importante dar la ayuda necesaria para cada miembro, así mismo se puede trabajar en conjunto con todo el sistema familiar para una mejor elaboración del proceso.

Sin embargo es casi siempre imposible predecir quién afrontará el evento satisfactoriamente y quién resultará afectado psicológicamente, sin embargo generalmente es cierto que muchas de las víctimas de la situación estresante pueden emplear sus propios recursos y los ofrecidos por los demás, mientras que una cantidad menor de personas no puede recuperarse adecuadamente y necesita un tratamiento especializado si se le diagnostica un trastorno por estrés postraumático (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994, citada en Wainrib y Bloch, 2001).

4

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia

En medio de este atolladero de angustia encontré la fuerza para luchar y salir adelante. Quizás me di cuenta de que mi esposa no hubiese querido verme así. Algo me hizo arrancar y aferrarme a la vida y al amor.

4. MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LOS PROCESOS DE DUELO. INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA.

La importancia de abordar distintos modelos de intervención psicológica nace de la necesidad de dar una buena atención a la persona que atraviesa por un proceso de duelo, a partir del suceso estresante es indispensable dar ayuda de primera instancia como lo es la Intervención en crisis, la cual consiste en propiciar ayuda inmediata a la persona, (Aguilera, 1997, citado en Rebraca, 2005, p. 150) el proceso de la Intervención en crisis consta de a) una valoración, b) planificación de la intervención terapéutica y c) resolución de la crisis, pasos que se describirán a detalle más adelante.

Nos referimos a intervención de primera instancia ya que en el momento de la crisis las personas se sienten tan abrumadas por el evento que no serían capaces de llevar un trabajo terapéutico en dicho momento, por eso es importante llegar a la resolución de crisis para pasar posteriormente a un trabajo terapéutico más detallado con el tiempo necesario para vivir el duelo de la forma más adecuada posible.

En las secciones siguientes se explicarán los conceptos principales para comprender esta intervención que proporciona el psicólogo ante la inmediata "vivencia" que tiene una persona de haber sufrido una muerte violenta.

4.1 Teoría de la crisis

Muchas personas viven en cierto equilibrio a diario a pesar de atravesar por situaciones de crisis, se logran adaptar nuevamente a su estilo de vida cotidiano, pero, qué consideramos como crisis; Mitchell y Resnik, (1981) definen la crisis de la siguiente manera:

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia

Se considera **crisis** toda interrupción grave en el estado estable o de equilibrio de una persona, familia o grupo. Una crisis es un estado de confusión emocional. También se trata de un acontecimiento emocionalmente importante que actúa como un punto decisivo de mejoría o empeoramiento en la vida de una persona (en Rebraca, 2005, p. 145).

De acuerdo con Lillibridge y Klukken (en Wainrib y Bloch, 2001) una crisis es:

Una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico.

Y de acuerdo con Slaikeu (1990) una crisis es:

Un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Pág. 16)

4.1.1 Tipos de crisis

Existen dos tipos de crisis por la que se atraviesa frente a un factor estresante; éstas son:

- a. *Crisis evolutivas o de desarrollo*, que de acuerdo a Slaikeu (1990 p. 16) son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, son procesos del crecimiento en las que la persona está sujeta a cambios constantes en el desarrollo de su vida, por ejemplo, concepción o esterilidad, embarazo, parto, nacimiento, la infancia, la adolescencia, la jubilación y el envejecimiento.

- b. *Crisis circunstanciales*, son accidentales o inesperadas y su rango más sobresaliente se apoya en un factor externo del ambiente, es un acontecimiento extraordinariamente angustioso, por ejemplo, violación, suicidio, víctimas de crímenes y accidentes, el divorcio o la separación, maltrato a niños, conyugues, personas mayores, aborto, la viudez, desastres naturales y secuestros. Una de las características principales de las crisis es que éstas suelen ocurrir de forma violenta, cuando una persona, familia o grupo no están preparados para enfrentar dicha circunstancia, sin embargo cuando aparece la crisis puede traer consigo conductas que alcanzan a ser peligrosas e inaceptables socialmente, o por el contrario pueden constituir una oportunidad para el desarrollo personal.

4.1.2 Respuestas ante la crisis

En general una persona vive en un estado de equilibrio entre sus pensamientos, deseos, sentimientos y necesidades físicas, salvo que se produzca una grave interrupción o alteración de la integridad, entonces el equilibrio puede verse afectado y es posible que la persona pierda el control de sus sentimientos y pensamientos, experimentando un estado de confusión emocional y cuando esto sucede la persona puede sufrir una crisis.

Cada individuo es distinto, por lo que experimentará de forma distinta los acontecimientos y de la misma forma las crisis, de acuerdo con Rebraca (2005, p. 146) hay dos tipos de respuestas más frecuentes ante la crisis; encontramos primeramente “el choque emocional con mucha ansiedad” en el que se presentan los siguientes síntomas clínicos: hiperactividad, gritos o llanto fuerte, retorcimiento de manos, hablar muy de prisa, respiraciones rápidas, sofoco, náuseas/vómito. En segundo lugar encontramos “respuesta de aturdimiento-inactividad” en el que se presentan los siguientes síntomas clínicos: pérdida de control emocional, inactividad, caminar sin rumbo,

palidez, pulso rápido, presión arterial baja, piel fría y húmeda, sudación, náuseas/vómitos y síncope (desmayo).

4.1.3 Fases de la crisis

Los teóricos distinguen cinco fases en la crisis:

- a. *Precrisis*, denominada como el estado general de equilibrio en el que la persona puede afrontar el estrés cotidiano.
- b. El *impacto*, que es cuando aparece el acontecimiento estresante, por ejemplo, un matrimonio después de un día de actividades cotidianas reciben la noticia de que su hijo acaba de perder la vida siendo víctima de un homicidio.
- c. La fase de *crisis*, cuando la persona toma conciencia de lo ocurrido; en esta etapa los padres pueden experimentar confusión, ansiedad, impotencia, coraje, enojo y sentirse incapaces de enfrentar la situación.
- d. La *resolución*, aparece cuando la persona puede volver a recuperar el control de sus emociones, manejar la situación y trabajar para buscar una solución al nuevo problema por el que se atraviesa con o sin ayuda de un externo, por ejemplo, cuando los padres se centran en buscar la mejor forma de darle el último adiós a su hijo con una sepultura digna.
- e. La *poscrisis*, cuando se pueden reanudar las actividades normales a la vez que viven la situación estresante, por ejemplo, los padres vuelven al trabajo del diario, así como el resto de la familia y a la vez viven la pérdida de su hijo.

4.1.4 Fases de la crisis ante una muerte violenta

De acuerdo con Rebraca (2005 p. 147), la experiencia de una crisis y el paso por sus fases pueden dejar una lesión emocional permanente o hacer que las personas refuercen su capacidad de afrontamiento. Nadie decide conscientemente cómo reaccionará ante una crisis vital, la respuesta de la persona estará determinada por el tipo de personalidad, la experiencia adquirida a lo largo de la vida y su actitud ante el mundo; sin embargo “el resultado de la crisis depende, entre otros factores, de la disponibilidad de ayuda adecuada” (Mitchell y Resnik, 1981, citado en Rebraca, 2005 p. 147), por lo que una buena intervención puede ser significativa para la superación de dicha situación.

De acuerdo con Sheskin y Wallace (1976, citado en Slaikeu, 1990. p. 79) encontraron que la congoja era más grave cuando la muerte no se anticipaba o era inesperada, como lo es el suicidio, accidentes u homicidio; las reacciones emocionales que acompañan a la muerte repentina pasan por diversas fases descritas a continuación (Lindenmann, 1944; Moos, 1976; Parkes, 1970) citados en Slaikeu (1990, p. 79):

- a. “La respuesta al aturdimiento, o la negación de sentimientos y el alejamiento emocional respecto de la realidad de la muerte”, al recibir la noticia la persona experimenta sentimientos de negación, por el gran impacto del acontecimiento.
- b. La huida de la cruda realidad de la muerte, no puede soportarse más, y los sentimientos relacionados con la muerte comienzan a emerger, en esta fase se pueden observar todos aquellos sentimientos de añoranza por la persona que ya no está, también se caracteriza por trastorno emocional y desorganización (depresión, ira por quien ha muerto).

- c. La última fase, se caracteriza por una aceptación gradual de la realidad de la pérdida y la ruptura de los lazos con el fallecido; en la etapa final implica un movimiento hacia la vida funcional sin el ser querido, y el desarrollo de nuevas relaciones para superar la ausencia. El enfoque de la intervención en crisis ayuda a ampliar la visión del paciente para superar la pérdida.

4.2 Intervención en crisis

Conforme a Slaikeu (1990 p. 10) desde sus inicios a finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo, los servicios de las líneas telefónicas de urgencia tenían la labor de entrenar a los trabajadores voluntarios para impedir que quienes llamaran cometieran suicidio; la adecuada translaboración durante el proceso de duelo, se adoptó para prevenir una inadaptación posterior en la vida, por otro lado en el entorno de la salud pública puede tomar tres formas (Bloom, 1977; Caplan, 1964, citado en Slaikeu, 1990 p. 11); la *prevención primaria*, que se encamina a reducir la incidencia de trastornos, la *prevención secundaria* que escudriña reducir los efectos dañinos de las situaciones ocurridas, y la *prevención terciaria* encaminada a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. En este caso, en donde se experimenta el dolor de la muerte por homicidio de un ser querido la intervención en crisis es prevención secundaria ya que es un evento que tiene lugar *después* de que los sucesos estresantes han ocurrido.

4.2.1 Definición de Intervención en crisis

La intervención en crisis de acuerdo con Slaikeu (p. 12) puede entenderse como:

Una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro lado a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administradas después de que los sucesos de crisis y sus consecuencias han ocurrido.

4.2.2 Objetivos de la Intervención en crisis

La intervención en crisis es una entrada activa en donde se da atención inmediata a la persona en el momento del evento estresante, pero temporal en la situación por la que está atravesando la persona, una familia o un grupo durante un periodo de crisis; amortiguar el evento estresante por medio de una primera ayuda emocional, ambiental inmediata o de emergencia. El enfoque individual se centra en el presente, sin prestar mucha atención al desarrollo del pasado, se insiste en las causas inmediatas del desequilibrio.

Así mismo los objetivos de la intervención en crisis son, reducir el estrés emocional y proteger al paciente frente a tensiones adicionales que se pudieran presentar en el momento, por ejemplo, la madre al saber que su hijo ha muerto a causa de un homicidio comienza a gritar que se siente culpable por haber dejado salir a su hijo y por esa razón lo mataron, al mismo tiempo que se golpea ella misma por el sufrimiento que está experimentando, entonces es importante que en ese momento, se pueda ayudar a tranquilizar a la madre, evitando que se lastime ella misma físicamente y haciéndole saber que ella no es la culpable del suceso. Posteriormente ayudar al paciente a organizar y movilizar los recursos o sistemas de apoyo para cubrir las necesidades específicas y alcanzar una solución concreta que originaron la crisis, por ejemplo llamar a las personas más cercanas para cuidar de la persona en crisis, ayudar a que decida cómo darle una muerte digna a su hijo y escuchar los sentimientos que está experimentando por dicho acontecimiento; en último término, que la persona comprenda la relación entre las experiencias vitales anteriores y el estrés actual, evitar la hospitalización, reducir el riesgo de mala adaptación

crónica y facilitar la dinámica familiar adaptativa, devolver al paciente o la situación de precrisis o a un nivel más alto de funcionamiento, por ejemplo, que la madre encuentre cierta estabilidad emocional y pueda establecer un diálogo con el resto de la familia de una forma más tranquila, sin que caiga en la desesperación y se haga daño físico a sí misma.

4.2.3 Primeros auxilios psicológicos de Slaikeu

Acorde con Slaikeu (1990 p. 114) la intervención de primera instancia en crisis son los primeros auxilios psicológicos, en el que cada uno de los representantes en estos casos se encaran con el reto de dar apoyo a quien atraviesa por una situación en crisis, recordemos que estas intervenciones son cortas y pueden proporcionarlas una amplia gama de asistentes comunitarios y son de suma importancia al principio de la crisis.

El objetivo primordial del asistente es dar pasos concretos hacia el enfrentamiento de la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos y comenzar el proceso de solución del problema, también es importante brindar apoyo, esto significa permitir a las personas hablarnos para extender la cordialidad e interés y así proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira que se experimenta puedan expresarse; los primeros auxilios psicológicos se dirigen a la salvación de vidas y a la prevención del daño físico durante la crisis, por ejemplo deshacerse de armas, arreglar el contacto sostenido de un amigo cercano, conversar con una persona que atraviesa por la misma situación tensionante o, en algunos casos, iniciar la hospitalización de urgencia. Por último el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia, el proporcionar un enlace adecuado es de suma importancia ya que así la persona puede comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

De acuerdo con Slaikeu hay cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, modelo básico de resolución de problema.

a. *Realización del contacto psicológico.*

Algunas personas lo denominan como empatía con los sentimientos de una persona durante la crisis, aquí la tarea principal del asistente es escuchar cómo el cliente visualiza la situación y se comunica, se invita a la persona a hablar de lo ocurrido, escuchar con atención, la reacción ante el suceso y estar atento a las expresiones no verbales del doliente, se puede comentar suavemente al respecto "puedo sentir por la manera en que usted habla cuán perturbado se siente a lo que ha pasado", por ejemplo, se invita a los padres a que expresen su experiencia del acontecimiento de la pérdida de su hijo el día de su muerte, que describan los hechos de ese día, los sentimientos que experimentaron, al mismo tiempo que se presta suma atención a sus expresiones no verbales como el llanto. Algunas veces el contacto físico, no verbal, es más efectivo, por ejemplo tocar o abrazar a una persona muy perturbada, el terapeuta deberá ser sensitivo y prudente para determinar en qué momento debe hacerse esto o bien si la persona está en condiciones de recibir dicho trato. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante la crisis, pero también tiene una mayor importancia ya que al reconocer y legitimar los sentimientos de ira, dolor, temor, etc., se puede reducir la intensidad emocional y la energía puede ser reorientada hacia hacer algo acerca de la situación.

b. *Examen de las dimensiones.*

El segundo componente de los primeros auxilios psicológicos consta de la indagación de la situación en el pasado inmediato, el presente y el futuro inmediato, el pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado en crisis, en particular el incidente que desató la crisis como lo es la muerte de un hijo a causa de un homicidio, accidentes, suicidios, heridas corporales, etc., continuando así con la indagación del presente, éste implica las preguntas de "quién, qué, cómo, dónde, cuándo", esto se completa la mayoría de las veces

simplemente al tener la narración de la persona. Antes de pasar a la indagación del futuro inmediato se pone mucha atención tanto a las fortalezas como en las debilidades durante el periodo de crisis, esto nos dirá cómo trabajar con la persona para superar dicho acontecimiento, el objetivo principal es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona, dentro de dos categorías, en primer lugar son los conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata; y en segundo lugar los conflictos que pueden dejarse para después.

c. Análisis de posibles soluciones.

El tercer componente de los primeros auxilios psicológicos implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que se pueden dejar para después, identificadas de manera previa. Aquí se pide a la persona que hable a cerca de sus fortalezas y debilidades ante problemas previos; solo después de analizar las sugerencias del cliente, el terapeuta se asocia en una lluvia de ideas para generar otras soluciones al problema. También se pueden utilizar terceras personas en el caso de que la persona esté muy perturbada para pensar en sí misma, por ejemplo, se pregunta, ¿qué tipo de soluciones puede intentar alguien más?, piense en alguien que pueda saber qué hacer, ¿Cuáles serían las ideas de esa persona?

d. Ejecución de la acción concreta.

El objetivo es en realidad muy limitado, esto significa la ejecución de lo aprobado a cerca de las soluciones inmediatas encaminadas a tratar con las necesidades inmediatas, el paso de acción puede ser tan simple como un acuerdo para verse al día siguiente, o tan complicado como iniciar la hospitalización de urgencia. Antes de tomar cualquier decisión, el terapeuta deberá pensar acerca de quién ejecutará el plan de solución del problema, hacia qué fin, por cuánto tiempo, con qué riesgos y con qué salvaguardas; por ejemplo, después de unos días, ya que la familia se siente más tranquila puede acudir a una sesión con el

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia

terapeuta para comenzar con una terapia estable, en donde se establecen objetivos a trabajar. Nuestra intención es asegurar, al menos para una de las personas en el proceso, que están presentes las protecciones adecuadas, y que existe una estructura conductiva hacia la retroalimentación y el seguimiento.

e. Seguimiento.

El último componente de los primeros auxilios psicológicos implican el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. El objetivo es, completar el circuito de retroalimentación, o bien el verificar si se lograron o no las metas de los pasos ya descritos anteriormente, en cada caso existe una verificación de si la solución inmediata fue apropiada o no para la necesidad inmediata. Si las necesidades de la persona fueron confrontadas con una de las soluciones acordadas, seguido esto por los pasos de acción concreta, entonces está completo el proceso y termina la responsabilidad del terapeuta; pero si, por otra parte estas condiciones no se han cumplido, entonces el terapeuta regresa al paso dos a la reexaminación de las dimensiones del problema y reexamina la situación en su estado actual; el proceso continúa entonces a través de las posibles soluciones, la acción concreta y el seguimiento.

A continuación se presenta la tabla 4 que describe de manera específica los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

<i>TABLA 4: Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.</i>	
Componentes	Comportamiento del asistente

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia

<p>1. Realizar el contacto psicológico</p> <p>El objetivo es que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apoyado</p>	<p>→ El asistente debe invitar al paciente a hablar, escuchar los hechos y sentimientos, sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos, interés por comunicarse y tocar/abrazar de manera física.</p>
<p>2. Examinación del las dimensiones del problema</p> <p>El objetivo es centrarse en las necesidades inmediatas y posteriores.</p>	<p>→ Se deberá indagar a cerca del pasado inmediato (incidente que precipitó la crisis), el presente (recursos personales internos y externos) y el futuro inmediato (decisiones inminentes para esta noche, fin de semana, los próximos días/semanas).</p>
<p>3. Analizar posibles soluciones</p> <p>Su objetivo es identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores.</p>	<p>→ El asistente preguntará qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora, qué es lo que el paciente puede/podrá hacer ahora, y deberá proponer nuevas alternativas como un nuevo comportamiento del paciente, redefinición del problema, asistencia externa (un tercero) y/o un cambio ambiental.</p>
<p>4. Asistir en la ejecución de acción concreta</p> <p>El objetivo es ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades contiguas.</p>	<p>→ Al momento de la asistencia los rangos de acción van de escuchar de modo activo hasta dar consejos, de esta forma también se puede dar el caso de una movilización activa de recursos hasta el control de la situación.</p>
<p>5. Seguimiento</p> <p>El objetivo es asegurarse de una retroalimentación en el apoyo recibido.</p>	<p>→ El asistente deberá asegurar la identificación de la información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento y establecer un convenio para recontactar.</p>

Fuente: Slaikeu, K. (1990). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno

4.2.4 Proceso de la Intervención en crisis

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia

Por otro lado el proceso de la intervención en crisis de acuerdo con Rebraca (2005 p. 150) consta de cuatro pasos:

- a. La *valoración* del paciente, es importante tomar en cuenta los siguientes factores que serán de suma importancia en el proceso, estos son la gravedad de la crisis, donde se deberá identificar el grado de alteración que está experimentando el paciente, la percepción que tiene acerca del acontecimiento por el que atraviesa, en donde se identifican los síntomas y las emociones que está experimentando, así como la relación de cada uno consigo mismo y con los demás. La interpretación exacta de los datos para formular un diagnóstico, como son ansiedad, temor, afrontamiento ineficaz, afectación de la comunicación, riesgo de lesiones, aflicción disfuncional y afrontamiento familiar discapacitado.
- b. En la *planificación de la intervención terapéutica*, con la información ya obtenida durante el proceso de valoración se deben ampliar la cantidad de métodos de afrontamiento alternativos y deben ser utilizados para que la persona tome la mayor cantidad de decisiones por sí mismo; por otra parte si hay otras personas significativas implicadas también han de considerarse sus reacciones y necesidades.
- c. En la *ejecución de las intervenciones terapéuticas* se ayuda al paciente a explorar los mecanismos de afrontamiento, a recordar o recrear los instrumentos de afrontamiento que resultaron satisfactorios en el pasado o a desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento.
- d. En la *resolución* es esencial hacer una nueva valoración para comprobar que la intervención ha reducido la tensión y ansiedad,

Modelo de intervención en crisis en los procesos de duelo. Intervención de primera instancia

siempre que sea necesario se dará reforzamiento a la persona en donde se subrayan los logros del paciente.

5

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

La muerte de un ser querido es un hecho inevitable en nuestras vidas y el crecimiento que de eso deviene también.

5. TERAPIAS POSMODERNAS SISTÉMICAS EN EL PROCESO DE DUELO. INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA.

La familia cumple funciones de gran importancia en el impulso del ser humano, y cualquier evento que ocurra dentro de este sistema causará efectos en cada uno de los integrantes que la conforman, como lo es la muerte de uno de los integrantes de ésta, por lo que es relevante abordar dicho conflicto en base a lo que ocurre dentro de este grupo, con esto me refiero a que cada miembro tendrá una perspectiva de lo ocurrido y será importante escuchar cada una de las historias que tiene cada uno y trabajar en ello en conjunto.

La familia juega un papel importante en el desarrollo de cada individuo a lo largo de su vida; a partir de la formación de ésta se transmiten tradiciones, costumbres y valores de una generación a otra; acorde con Valdés (2007 p.1) la familia es un micro grupo social que aparece con el hombre y evoluciona de acuerdo con la historia. El termino familia, fue utilizado por primera vez por los romanos, concepto que iba dirigido a los esclavos; *famulus* que quiere decir "esclavo doméstico", posteriormente, *familia* fue definido como el conjunto de esclavos pertenecientes a un mismo hombre, después este término fue utilizado por los romanos para designar un nuevo organismo social, "cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, a los hijos y a cierto número de esclavos, con la patria potestad romana y el derecho de vida y muerte sobre todos ellos" (Valdés, 2007 p. 3). La familia actual comprende un sistema de relaciones de parentesco (no necesariamente implica consanguinidad) que tienen como elemento nuclear común los vínculos afectivos entre los integrantes de cada grupo, que se expresan a través de la alianza entre los miembros con un grado de pasión, intimidad y compromiso.

→ **Funciones de la familia**

Según Rodrigo y Palacios (1998), (citado en Valdés, 2007) nos mencionan con respecto a los hijos, la familia cumple con cuatro funciones esenciales:

- a. Asegurar su supervivencia y sano crecimiento.
- b. Brindarles un clima de afecto y de apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
- c. Facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidades para relacionarse competentemente con su entorno físico y social así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.
- d. Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos y sociales que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos.

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción continua en el que el comportamiento de cada subsistema es determinado por la situación y la conducta de los demás que lo conforman, un ejemplo de éste es la familia. De acuerdo con Valdés, la familia funciona como un sistema abierto que intercambia información con su entorno y que puede ser modificado por éste, el estudio de los sistemas y en particular con la familia nació debido a los fracasos de los modelos psicológicos individuales, hay que entender al individuo y a partir de éste se ve a los demás miembros de este grupo y sus relaciones entre sí. Una familia se hace más competente para manejar las transiciones predecibles e impredecibles.

De acuerdo con Valdés (2007 p. 17) hay diversos sistemas en los que se desarrolla el individuo; comenzaremos con el microsistema el cual comprende todas las relaciones directas que las personas realizan en sus vidas cotidianas, por ejemplo las relaciones con los amigos, escuela, trabajo y por supuesto la familia, la cual es considerada como el microsistema primario para el individuo. Este microsistema puede experimentar conflictos a lo largo de su desarrollo, con las relaciones entre los integrantes, por lo que es importante trabajar en conjunto con éstos. El mesosistema comprende las interacciones entre los diversos microsistemas, por ejemplo, la relación que hay entre la familia y la escuela, familia y amigos, familia y vecinos, etc. El exosistema es aquel que describe las interacciones de la familia con otros sistemas sociales como la comunidad o las instituciones culturales y de asistencia social. Finalmente el último ámbito de influencia es el macrosistema, que incluye las características de un sistema socio-cultural tales como la estructura socioeconómica, creencias religiosas, valores, actitudes rechazadas o valoradas socialmente y circunstancias históricas del lugar y el momento.

Por otro lado el sistema familiar está dividido a su vez en subsistemas que interactúan entre sí en la vida cotidiana, dentro de éstos se encuentran:

- a. *Conyugal*: Está integrado por los miembros de la pareja.
- b. *Parental*: Éste es aquel que comienza a funcionar a partir de la llegada de los hijos y tiene gran importancia en la familia.
- c. *Filial*: Integrado por los hermanos.

5.1 Perspectiva del proceso de terapia desde la posmodernidad

Jean-Francois Lyotard, es el autor del término "posmoderno" en la filosofía, en su libro *La condición posmoderna* dice: "es el estado en que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las reglas de los juegos de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin del siglo XIX" (Lyotard, 1987, citado en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En la época posmoderna podemos decir que es una etapa en la que se busca adoptar nuevas ideas innovando lo que ya se había realizado, en todo Occidente crece el número de familias con dos padres que trabajan, al mismo tiempo aumentan las nuevas formas de familias, como las monoparentales o constituidas, así mismo también aparecen las familias con padres gay o lésbicas, igualmente llegan las nuevas formas de culturas occidentales y comienzan a ser aceptadas y por lo tanto, a transformarse en posibles objetos de terapias (Walsh, 1993, citado en Bertrando y Toffanetti, 2004 p.288)

Acorde con Bertrando y Toffanetti (2004 p.288) el posmodernismo es un desafío a una serie de teorías acerca del conocimiento sobre la sociedad, la cultura, la naturaleza del individuo y primordialmente sobre el conocimiento de la verdad. El posmodernismo es un desafío a la supervivencia de la terapia familiar, así como también para el cambio de las condiciones económicas que rodean y determinan la actividad de la terapia familiar.

Desde una perspectiva posmoderna se concibe a cualquier familia o individuo desde múltiples ángulos, historias y puntos de vista, las personas viven distintas historias a través de diversas relaciones, conversaciones y lenguajes en los que se encuentra (Andersen, 2001, en Robles, 2005) en contraste con un pensamiento estático que se le atribuía a la modernidad a través de ideas como carácter, personalidad o diagnósticos clínicos. De ahí la importancia en este tipo de terapia de tomar en cuenta no solamente lo

que pasa dentro de la familia, sino también el universo de creencias que se presentan en el contexto de los consultantes.

Por otro lado hay variaciones entre las terapias que retoman aspectos del posmodernismo y el construccionismo social, pero a continuación se presentan las siguientes premisas comunes de acuerdo con Robles (2005 p.69)

- a. La crítica hacia la notación de las verdades absolutas universales y de conocimientos objetivos, susceptibles a ser descubiertos.
- b. Crítica a una verdad externa del sujeto, la cual puede ser descubierta a través de una observación científica y objetiva.
- c. Considera que el conocimiento y las realidades sociales son construidas a través de contextos sociales y lingüísticos; la realidad por lo consiguiente está constituida por un multiverso de perspectivas, es decir, no se puede hablar de una realidad única sino de diferentes realidades.
- d. El lenguaje es el vehículo a través del cual, las personas conocen y atribuyen significados a su mundo a las personas, eventos, y experiencias en su vida. Ni los problemas, ni las soluciones existen dentro de una persona o una familia; toma significado dentro de un contexto dialógico y social.
- e. La meta de la terapia es crear un contexto a través del diálogo y la interacción se promueva una transformación y coevolución a los significados que han traído a las personas a consulta.

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

- f. Esta transformación –los resultados y soluciones—son inertes y surgen en el dialogo.
- g. La transformación es dinámica, se dará en la conversación entre el cliente y los participantes y por consiguiente no puede determinarse por adelantado.
- h. Las personas tienen identidades múltiples y sus identidades se forman y transforman en la interacción social.
- i. Tiene una visión no – patológica acerca de los clientes, conciben a la persona con habilidades, recursos y potencialidades que surgirán a partir del dialogo terapéutico.
- j. Aprecian, respetan y utilizan la realidad del cliente y la singularidad que esta historia presenta.
- k. Asumen una postura colaborativa con los clientes, tanto en la estructura, como en el proceso de terapia y las intervenciones a realizar en terapia.
- l. Evitan usar etiquetas y clasificaciones de individuos, por sus conductas, o apegarse a un concepto “normalidad”.
- m. Asumen una actitud “pública” o “transparente” con respecto a la información y prejuicios en el proceso de terapia.

Las ideas de la posmodernidad comenzaron a influir en el ámbito de la terapia a finales del siglo XX, y los principales modelos terapéuticos que asumen el pensamiento posmoderno son los enfoques orientados hacia las soluciones (De Shazer, 1999; Bertolino, 1999), los modelos narrativos (White,

2002; White y Epston, 1993), los basados en procesos reflexivos (Andersen, 1994) y los enfoques conversacionales colaborativos (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1988).

Acorde con Boscolo y Bertrando (1996), los modelos de terapia posmoderna seguirían el siguiente proceso: primero el cliente lleva al terapeuta su propia historia quien es el encargado de re-escribirla (el autor es el terapeuta), segundo, el terapeuta construye un contexto dentro del cual los clientes escriben nuevos relatos de acuerdo a sus propias opiniones personales (el autor es el cliente) y tercero el cliente y el terapeuta deconstruyen y reconstruyen las historias del cliente (los coautores son el cliente y el terapeuta) (en Robles, 2005).

Las implicaciones de la posmodernidad han venido cobrando fuerza en las últimas décadas, todo debido a la forma en cómo se perciben a los individuos (terapeutas y clientes), sus relaciones y las situaciones que los reúnen en terapia. De la misma forma en cómo se constituyen los individuos a partir de una red social, también se constituyen los problemas y las situaciones que los llevan a su disolución, por lo que es necesario promover que a través de una conversación dentro de la terapia o en espacios de aprendizaje la generación de nuevas y diversas perspectivas y significados de las situaciones.

De esta forma es de suma importancia tomar en cuenta la relación con los clientes y un ambiente que propicie la confianza entre los participantes de un espacio de terapia o aprendizaje, esto con la finalidad de alcanzar resultados satisfactorios, independientemente de las técnicas y enfoques utilizados. Finalmente cabe mencionar que basarse en la posmodernidad o realizar una integración de su postura con otros modelos, podría ser una buena alternativa dentro de la terapia, que nos permite percibirnos distintos a nosotros mismos y a todo el proceso en sí.

Las ideas de la posmodernidad empezaron a influir al ámbito de la terapia y el más sobresaliente punto es que la terapia ya no está enfocada en la naturaleza e historia de los problemas sino que conduce al cliente a un futuro que no les contemple. Es entonces cuando surge el interés en la terapia centrada en soluciones, actualización de la terapia estratégica, la terapia narrativa, predominante en la primera mitad de la década, seguido así de la terapia en donde se hace a los clientes participes de todo el trabajo terapéutico que es el *reflecting team*, que de una simple técnica evoluciona a una completa visión de la terapia, la última es la aceptación total del punto de vista del cliente, minimizando la intervención terapéutica y haciendo que el cliente participe más en su propio tratamiento adoptando el terapeuta una postura de “no saber”; se da entonces una verdadera proliferación de terapias que, aun habiendo surgido de la tradición sistémica o estratégica, se denominan de formas distintas: posmodernas, narrativas, conversacionales o constructivas.

A continuación se van a comentar tres de los principales modelos de terapias posmodernas (terapia breve centrada en soluciones, terapia narrativa y equipos de reflexión) haciendo énfasis en la manera en que se pueden aplicar a familias que estén pasando por el proceso de duelo, de esta forma se ilustran las intervenciones de cada modelo y algunos otros aspectos con casos clínicos que fueron ex profeso para el presente trabajo.

5.2 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada al duelo

Inicialmente la terapia breve centrada en soluciones fue desarrollada por Steve de Shazer e Insoo Berg y sus colegas a comienzos de la década de los ochenta. Shazer inicialmente fue seguidor del modelo de terapia breve de MRI, centrado en problemas, el cual modifica para abrir paso a un modelo de terapia breve con la modalidad de centrarse en las soluciones eficaces realizadas por los clientes; se ha ido apartando paulatinamente de la definición detallada del síntoma y las soluciones generadas con el objetivo

de superarlo. En este enfoque el terapeuta adopta una postura distinta a otros, de acuerdo con Trepper (2006), la terapia tiende a ser más igualitaria y democrática que autoritaria, en este enfoque el terapeuta en lugar de interpretar "toca el hombro de la familia" con esto se hace referencia a que en terapia se le hace saber al paciente que es comprensible la situación por la que está atravesando, por ejemplo, "comprendo por la situación en la que se encuentran, ahora trabajaremos para mejorar esta situación (el terapeuta puede dar un apretón de mano o bien toca el hombro).

Sánchez y Gutiérrez (2000) mencionan que la terapia enfocada a soluciones postula que el cambio en los pacientes podría presentarse en no más de diez sesiones, todos los terapeutas que practican en este enfoque creen en la capacidad con la que cuentan sus pacientes para superar el problema así como la necesidad de solucionar éste. El terapeuta buscará las posibilidades y no las limitaciones de los pacientes ya que cuando éste da el primer paso o un pequeño cambio positivo se sentirá más seguro para seguir avanzando y alcanzar otras metas.

Por ejemplo, en el caso de duelo por homicidio, el paciente puede asistir a terapia para tomar el control de su vida nuevamente, ya que debido al impacto que se vive bajo esta circunstancia se puede perder la capacidad de concentrarse en las actividades cotidianas por el recuerdo de la pérdida; es entonces cuando el terapeuta se centrará en las habilidades con las que cuenta el paciente y no en sus limitaciones para retomar dichas actividades.

Terapeuta: Buenas tardes, ¿cómo se siente hoy?

Alejandra: Hoy me siento muy triste por lo que me ha pasado, esta situación es muy complicada para mí, siento que ya he perdido toda la fuerza para seguir adelante.

Terapeuta: Comprendo la situación en la que se encuentra, y por lo tanto hoy trabajaremos en recordar todo aquello positivo de usted misma, todo aquello que le funciona para salir adelante. Le daré una hoja y usted escribirá todas las cualidades que la describan...

Terapeuta: Bien, ahora, quieres compartir las cualidades que anotaste.

Alejandra: ¡Desde luego!, pues soy una persona amable, responsable, sonriente, alegre, dedicada a mis actividades, inteligente, respetuosa, tolerante, paciente, tengo buena memoria, tengo un amplio vocabulario.

Terapeuta: Muy bien Alejandra, ahora quiero que me digas qué cosas de las que acabas de mencionar podemos utilizar para mejorar la situación por la que estas pasando.

Alejandra: Bueno considero que nos puede ayudar la paciencia.

Terapeuta: ¿Cómo vas a utilizarla?

Alejandra: Creo que esta situación será difícil de superar y por lo tanto llevará tiempo superarla, entonces creo que deberé ser paciente para llevar este proceso a su tiempo y trabajar en el, con mucha fuerza.

Terapeuta: ¡Muy bien!, observo que aparte de todas esas cualidades que me acabas de mencionar yo podría agregar que eres una persona muy valiente que está enfrentando esta muerte de la mejor forma, ahora te pediré que me traigas para la próxima sesión, cómo puedes utilizar cada una de estas cualidades que mencionas en el proceso por el que estas atravesando.

Debido a la estructura de este enfoque centrado en las soluciones, puede ser utilizado en la intervención de primera instancia -intervención en

crisis-, recordando que una crisis es toda interrupción grave en el estado estable de equilibrio, por lo que después de este evento las personas necesitan intervención inmediata para estabilizar, apoyar sus reacciones y para frenar la irrupción del evento en sus vidas. La entrada de la terapia breve centrada en soluciones se da a partir de que el paciente se encuentra estable y puede hablar acerca de lo ocurrido, de acuerdo con los primeros auxilios psicológicos ya mencionados, acorde con Slaikeu (1990), después de que se realizó el análisis de posibles soluciones y se dio la ejecución de acción concreta, en donde se establece lo planeado, se abre paso al seguimiento y es entonces cuando se establece la formalidad de la terapia, instaurando metas a alcanzar.

5.2.1 Conceptos básicos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada al duelo

a. *El cliente participa de forma positiva e inevitable en la terapia.* Todas las personas cuentan con habilidades que pueden utilizarse para realizar cambios y solo basta con que el terapeuta ejecute su tarea de ayudar para acceder a estas capacidades y lograr que sean utilizadas, la actitud general es positiva y optimista. De acuerdo con Trepper (2006), lo que otros modelos consideran como “resistencias”, por lo general se consideran mecanismos protectores naturales de las personas, por lo que en este enfoque no es útil, “solo se trata de distintos modos de cooperación” (Aparicio, 2005 p. 53), y de esta forma se rechaza por completo este término, se trata entonces de alcanzar el cambio y solucionar la queja del cliente.

b. *El cambio es inevitable y constante.* Consideramos al universo un universo cambiante, por lo que también las situaciones y contextos donde se desarrolla la persona cambian constantemente, en la terapia

breve centrada en soluciones es de suma importancia cuándo ocurrirá el cambio en vez de centrarse en si se producirá el cambio.

- c. *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.* Es importante poner atención en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo, de acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) es importante el trabajo con familias; buscar un pequeño cambio en un área crucial puede cambiar todo el sistema; el cambio es contagioso.
- d. *El terapeuta centra su atención en lo que provoca el cambio.* ¿Qué tiene que suceder para que las cosas continúen con estos cambios?, de acuerdo con Trepper (2006) los terapeutas de la terapia centrada en soluciones alientan a que el cliente haga más de lo que funciona con el fin de seguir generando cambios, en vez de centrarse en las causas y estructura de la queja.
- e. *No es indispensable saber la función del problema para resolverlo.* Los terapeutas centrados en la solución no conciben la creencia de que en los individuos, relaciones o familias los "problemas" cumplen cierta función, de acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), el problema no proporciona pistas acerca de cómo las personas pueden cambiar, por lo general los clientes solo necesitan entender el problema antes de resolverlo, es decir, en este caso solo se va a preguntar cuál es el problema del cliente, para de ahí partir a conocer las excepciones y encauzar al cliente hacia las soluciones.
- f. *Los clientes establecen sus propios objetivos.* En este enfoque los objetivos "claros, concretos y específicos" (Trepper, 2006 p. 288) son un elemento importante en el proceso de terapia, estos objetivos serán

establecidos por los clientes, de acuerdo con Robles (2005), la labor del terapeuta es poner en términos claros y realistas, dichos objetivos de manera que pueden ser alcanzados en terapia.

- g. *Hay distintas percepciones a cerca de las situaciones.* De acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), existen distintos puntos de vista en relación a una situación por lo que éstos pueden ser útiles o no para la solución del problema, es entonces cuando el terapeuta debe recoger aquellos que ayudarán a que se propicie el cambio en los clientes y ayudaran en el proceso terapéutico.
- h. *Orientación centrada en el presente y futuro.* Durante el proceso de terapia se busca que el cliente visualice un escenario del futuro en donde el problema haya sido solucionado, en donde se pueda ver cómo quisiera que sea su vida; en el presente se identifican las cosas que están funcionando y así usarlas en un futuro; el pasado también es revisado para ubicar eventos que hayan resultado de beneficio para la solución de algún problema.
- i. *Los clientes cuentan con recursos y habilidades.* De acuerdo con Robles (2005), se parte de la idea de que las personas poseen habilidades para enfrentar las problemáticas que se les presentan por lo que es de suma importancia prestar especial atención a eso que ha dado resultado en la resolución de dichos problemas y de esta forma pueden ser reutilizados en un futuro frente a una nueva problemática.

Lo ya mencionado nos hace alusión a la importancia de tomar especial atención a todos aquellos cambios que se lleguen a presentar en la terapia, los clientes asisten a su espacio buscando un objetivo que se establece en

dicho espacio, particularmente en el tema del duelo, la pérdida es inevitable y es entonces cuando se deberá ubicar a la persona en el presente y hacer que visualice el futuro, este trabajo será complicado pero poniendo especial atención a los cambios que se presenten por mínimos que sean se avanzará de forma significativa para lograr la resolución del duelo, utilizando de esta forma todas aquellas habilidades con las que cuenta el cliente, trabajando en conjunto para alcanzar los objetivos que se establecieron.

5.2.2 Características del proceso de Terapia Breve Centrada en Soluciones

De acuerdo con O'Hanlon y Weiner- Davis (1993), dividen las etapas de la primera sesión de la siguiente forma:

- a. *Unión o entrada.* Se inicia la terapia estableciendo una conversación con el paciente acerca de otro tema que no sea el que lo llevo a sesión, con la finalidad de establecer un ambiente de confianza y el paciente perciba que hay interés genuino hacia su persona, acorde con O'Hanlon y Weiner- Davis (1993), se emplean inicialmente las palabras que usa el cliente como forma de unirse a ellos y establecer un *rapport*. Por ejemplo, hablar de la persona, qué cosas le gustan, que se describa a si mismo, qué hace en su tiempo libre, etc., también se establecerá el contexto del trabajo que se llevará a cabo como, la duración, periodicidad, uso de equipo de grabación en su caso, etc.

- b. *Breve descripción del problema.* En la terapia centrada en las soluciones se pregunta al cliente el motivo por el cual está en sesión, esto se realiza con la finalidad de comenzar a buscar los recursos y soluciones con las que cuenta la persona, incluso no es necesario que se den detalles del problema, de acuerdo con De Jong y Berg (2002) la primer pregunta que se le hace al paciente es "¿qué podemos hacer por usted?", "¿cómo podemos serle útil?", no se incurre en detalles del

problema, se escucha con atención si los clientes desean hablar del problema, pero en la primera oportunidad se retoma la conversación a las excepciones.

c. *Análisis de las excepciones del problema.* Se parte de la idea de que la terapia centrada en soluciones busca aquellos momentos en los que no se presenta el problema que asecha al cliente, con respecto a esto, Trepper comenta, se considera que la excepción es “un momento en que podría ocurrir un problema, pero no ocurre” (2006 p. 287), una excepción ocurre en lugar del problema, por lo general sin que sea algo intencional por parte de la familia o tal vez hasta sin comprenderla. La utilidad de la búsqueda de las excepciones es que se pueden hallar más de éstas para aplicarlas y generar un cambio significativo en el cliente o familia.

d. *Definir objetivos.* En esta etapa el cliente y el terapeuta establecerán de manera conjunta los objetivos de la terapia, una vez normalizado el problema que describe el cliente se abre paso a tratar de lograr primero pequeños objetivos; estas metas deben ser posibles de alcanzar, por ello deberán ser expresados de forma clara y afirmativa, especificando los primeros pasos para llegar al objetivo final. Con respecto a esto Trepper comenta que es más importante aún que se estimule a los clientes a que “formulen sus objetivos como una *solución*, más que como la ausencia del problema” (2006). La utilidad del establecimiento de objetivos es que una vez que se llega a cumplir con uno, se sigue con otro y así sucesivamente hasta que se alcancen todas las metas del cliente.

e. *Pausa.* Después de transcurridos 40 ó 45 minutos de la sesión, el terapeuta marca el final de la primera parte de ésta, preguntando al cliente “¿hay algo más que cree que yo debiera saber, antes de

tomarme unos minutos para reflexionar?, ¿algo más que se le ocurra y que sería importante que yo sepa?" (de Shazer, 1999, citado en Robles, 2005 p. 75). Inmediatamente a esto, el terapeuta se retira, ya sea para reunirse con el equipo detrás del espejo, o de forma individual, para elaborar el mensaje que le va a expresar al cliente, además de la prescripción de la intervención.

- f. *Elogios hacia el cliente.* Se parte de la idea de que, acorde con O'Hanlon y Weiner- Davis (1993), se debe aprovechar cualquier oportunidad para localizar y resaltar aspectos positivos del cliente, también se observa la reacción que tiene éste ante dichos comentarios, así mismo se valora lo que los clientes ya están haciendo bien y el reconocer cuán difícil es por lo que están atravesando, estimula al cliente a cambiar, a la vez que transmite el mensaje de que el terapeuta entiende y hay interés por el paciente. Los elogios en las sesiones con la familia pueden ayudar mucho; con respecto a esto Trepper (2006) menciona que pedirles a los miembros de la familia que elogien al resto de los integrantes puede ser una importante intervención para suavizar algo de la negatividad que puede estar dentro de la familia, así como puede abrir canales de comunicación.
- g. *Prescripción de intervenciones terapéuticas.* Se busca que las intervenciones continúen aún fuera del espacio terapéutico, es este caso se puede pedir al cliente que trabaje también en su casa, escuela, trabajo, se busca que los clientes hagan más de lo que ya ha funcionado anteriormente, al respecto Trepper comenta que también se motiva a la persona a que intente cambios que ha mencionado y que les gustaría probar (2006).

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

A continuación se presenta un caso en el que se reflejan las características ya mencionadas.

Terapeuta: Buenas tardes, mi nombre es Rodrigo, me da mucho gusto que estés aquí, ¿te costó mucho trabajo llegar?

Anastasia: Buenas tardes, no, no me costó trabajo llegar es muy fácil el camino.

Terapeuta: Muy bien Anastasia, entra, toma asiento.

Anastasia: Sí, gracias.

Terapeuta: Bueno, como ya lo mencione mi nombre es Rodrigo y voy a ser tu terapeuta, tendremos una sesión por semana que tendrá una duración de 50 min., aproximadamente, trabajaremos en conjunto y estoy aquí para ayudarte en todo lo que pueda, ahora iniciaremos con la sesión y te pediré que me hables de ti misma, ¿quién es Anastasia, que hace Anastasia, a qué se dedica, qué le gusta?

Anastasia: Muy bien, pues, soy Anastasia, tengo 30 años, estoy casada, me dedico al hogar, me gusta el color rosa, me gusta la música pop, rock, bueno de todo un poco, hago ejercicio, me gustan las películas, me agrada mucho tener ordenada y limpia mi casa, llevo ocho años de casada, tengo un hijo pequeño de 5 años y otro de 8 años, que acaba de morir... (se presenta un llanto prolongado, y solo hay silencio), perdón es que eso es lo peor que me ha pasado en mi vida y quisiera que no hubiese pasado nunca, quisiera morir yo también, desaparecer... por eso estoy aquí, quiero que me ayude a superar la muerte de mi pequeño...

Terapeuta: ¿Me puedes hablar acerca de la muerte de tu pequeño?

Anastasia: Desde luego. Una tarde llegamos de la escuela, yo me disponía a servir los alimentos, mande a mi hijo a la tienda a que comprará algo de beber mientras yo continuaba, entonces salió, paso el tiempo y yo seguía

preparando la comida, después se me hizo muy extraño que él no volviera entonces cuando me dirigía hacia la puerta alguien entro y me dijo que me diera prisa, que habían asaltado la tienda y mi hijo estaba ahí, muerto, corrí hacia el negocio y vi a mi hijo tirado, vidrios rotos, y mucha gente alrededor, solo me quede de pie, no dije nada, escuchaba voces, no podía hablar, después de unos minutos que para mi fueron eternos, me agache y abrace a mi hijo y grite con todas mis fuerzas y le decía que despertara que no se fuera, alguien me levanto, y después me explicaron que unas personas se acercaron a robar la tienda y en sus amenazas soltaron dos disparos que desafortunadamente le tocaron a mi pequeño, el murió rápidamente, no recuerdo nada más, solo recuerdo que me llevaron a casa y ahí estuve mucho tiempo, me siento muy culpable de haberlo dejado salir, jamás lo debí de haber mandado a esa tienda, debí haber ido yo, jamás me perdonaré eso... todo esto paso hace un mes y desde ese momento no puedo dormir, no como bien, lloro todo el tiempo y creo que necesito ayuda.

Terapeuta: ¿Hay algún momento en el que no aparece el llanto, come bien o se siente tranquila?

Anastasia: Pues... si cuando veo a mi otro bebé jugar me hace sentir feliz, porque él me recuerda que tengo que luchar por él, que me necesita...

Terapeuta: Muy bien, trabajaremos con eso, puedo ver que usted es muy valiente al buscar ayuda para su situación, así mismo veo que su pequeño es su fuente de motivación. Ahora quisiera que me dijera cuál es el objetivo que quiere alcanzar con este espacio.

Anastasia: Quiero superar la muerte de mi hijo, quiero deshacerme de esta culpa que me persigue, quiero recobrar la fuerza para seguir adelante y guiar y cuidar bien a mi bebé que aún está conmigo.

Terapeuta: Muy bien, ¿hay algo más que quiera decir antes de tomar unos minutos para reflexionar, o bien algo más que deba saber?

Anastasia: No, está bien.

Terapeuta: Bueno, creo que usted es muy valiente al enfrentar la muerte de su hijo, además de que es muy comprensible esta situación y también es de gran admiración el hecho de acercarse a pedir ayuda para superar la muerte de su hijo, los objetivos que usted quiere alcanzar los alcanzaremos y será un trabajo duro pero no imposible, ahora, la siguiente sesión, usted se despedirá de su pequeño y esto estará a su elección, es decir, ¿le gustaría escribir una carta para su pequeño o bien solo quiere hablarlo?

Anastasia: Me gustaría escribirle una carta.

Terapeuta: Muy bien, entonces le pediré que la próxima sesión traiga esa carta.

Anastasia: De acuerdo.

Terapeuta: Bien, nos vemos la siguiente sesión, hasta luego.

Anastasia: Bien, hasta luego.

Como acabamos de observar, el caso ya mencionado nos ilustra perfectamente el proceso que se lleva en la primera sesión, para comenzar con el trabajo terapéutico.

La segunda sesión y las subsiguientes sesiones buscan los siguientes objetivos:

- ★ Construir el intervalo transcurrido entre las sesiones como periodos en los que se ha logrado alguna mejora.

- ★ Verificar si el paciente considera que lo que el terapeuta y él mismo hicieron en la sesión previa resultó provechoso...
- ★ Ayudar al paciente a determinar qué está sucediendo que la/lo conduce a algún logro...
- ★ Establecer si los logros obtenidos hicieron que las cosas marchen suficientemente bien, de modo tal de determinar si es o no necesario continuar la terapia (de Sahzer, 1999, citado en Robles, 2005 p. 76).

5.2.3 Intervenciones terapéuticas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicadas al problema del duelo

A continuación se muestran las distintas intervenciones terapéuticas de la terapia centrada en soluciones en donde se verán también reflejados ejemplos de casos de personas en duelo por muerte violenta, así mismo se apreciará la importancia de cada una de ellas.

a. Conversación centrada en las soluciones.

El papel del terapeuta es situar al paciente en el pasado y el presente, cuando éste no presentaba el problema, haciendo una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000 p. 201); de acuerdo con Trepper (2006) los terapeutas con frecuencia preguntan “¿Qué cambios han notado que han ocurrido o que han empezado a ocurrir desde que llamaron para pedir la cita para esta sesión?” (Trepper, 2006 p. 288) esta pregunta por lo general se hace en la primera sesión y tiene tres posibles respuestas:

- ★ Primero, es probable que contesten que no ha pasado nada, si es el caso, el terapeuta solo continua y comienza la sesión preguntando algo del estilo de: “¿cómo les puedo ser útil hoy?” o “¿qué tendría que pasar hoy para que esta sesión fuera realmente útil?” (Trepper, 2006 p. 288).
- ★ La segunda respuesta es probable que sea “las cosas han empezado a cambiar o a mejorar”, en este caso el terapeuta comienza a realizar

preguntas acerca de los cambios que han ocurrido, pidiendo los detalles y le permite al terapeuta preguntar "si estos cambios continuaran en esta dirección, ¿sería esto lo que a ustedes les gustaría?", ofreciendo así el principio de un objetivo concreto, positivo orientado al cambio.

- * La tercera respuesta es que las cosas están más o menos igual, el terapeuta deberá entonces preguntar algo como "¿esto es inusual, que las cosas no hayan empeorado?" o "¿cómo se las han arreglado todos ustedes para impedir que las cosas empeoren?" (Trepper, 2006 p. 288). De esta forma las preguntas pueden dar lugar a la información con respecto de soluciones previas y excepciones, encaminando a los pacientes hacia una modalidad de "conversación-solución".

Por ejemplo en el siguiente caso de duelo, se muestra el proceso que ha llevado una persona que perdió a su hijo de forma violenta, antes y durante el proceso terapéutico.

Terapeuta: Buenas tardes, como esta, puede hablarme un poco acerca de usted y qué es lo que la trajo al espacio terapéutico.

Margarita: Buenas tardes, estoy bien, muchas gracias, bueno pues soy Margarita tengo 22 años, me gusta la música, leer, hablar por teléfono, ver televisión, ir al cine, salir a museos, con mis amigos, mi color favorito es el rosa, negro y plateado, estoy estudiando la universidad, estudio psicología, voy en quinto semestre, tengo una hermana más chica que yo. Y lo que me trajo a terapia es que hace un mes mataron a mi hermano, era una noche de miércoles, él salio a la calle con sus amigos y entonces hubo una pelea él solo miraba y desgraciadamente hubo disparos y el fue herido, desde ese momento mi vida cambio por completo, lo extraño mucho, él siempre me cuidó, y ahora no habrá nadie quién lo haga, ahora tendré que cuidarme sola, mis papás decidieron asistir a terapia, hace dos semanas nos dijeron a mi hermana y a mí y bueno aquí estoy, hoy me toco venir a mí.

Terapeuta: ¿Qué ha pasado en estas dos últimas semanas en tu vida?

Margarita: Bueno hable con mis amigos acerca de asistir a terapia y todos me apoyan, ellos me hicieron ver que me ayudaría mucho recibir ayuda, ya que desde que paso el accidente no me concentro en nada, duermo mucho y lloro demasiado, he hablado con mis papás acerca de las sesiones que tomaremos juntos y hemos hablado de cómo no sentimos todos en relación a compartir la terapia, cada uno ha mencionado lo que siente y piensa.

Terapeuta: ¿Y, qué ha dicho cada uno y cómo notaste que se sintieron cuando hablaron?

Margarita: Bueno, mi papá, en un inicio pensó que no era buena idea esto, mi mamá dijo que si ya que nos serviría para unirnos más y juntos superar la pérdida de mi hermano, mi hermana dijo sentirse muy emocionada porque esto sería una nueva experiencia y conviviríamos más, a mí también me pareció muy buena idea puesto que de esta forma sanaríamos todos este dolor tan grande, después de que estuvimos dando nuestros puntos de vista mi papá termino convenciéndose de esto y dijo también sentirse emocionado, creo que después de haber hablado de cómo nos sentíamos todos, se amplió la comunicación y desde entonces hablamos más acerca de cualquier cosa, y eso me agrada.

b. *Tareas de formula o prescripciones de solución.*

Estas intervenciones están diseñadas para encaminar a los clientes hacia las soluciones, se motiva a los pacientes a que formulen sus objetivos como una solución, más que como la ausencia del problema.

Terapeuta: Buenos días, cómo han estado durante esta semana.

Alejandro: Muy bien hemos pensado en el objetivo que queremos alcanzar en este espacio.

Elizabeth: Si, a lo largo de esta semana hemos pensado a donde queremos llegar en la terapia.

Terapeuta: Muy bien, entonces quieren compartir conmigo ese objetivo que se alcanzará.

Elizabeth: Si, bueno, lo que queremos es olvidar la muerte de nuestro hijo.

Terapeuta: Bien, creo que es un objetivo muy amplio, además observo que el querer olvidar no los llevará a una resolución del duelo ya que solo negaran el evento sin tomar en cuenta otros factores tales como sentimientos que ustedes están experimentando como la ira o bien la tristeza de la pérdida, el temor de que pueda suceder de nuevo, si quisiera que ordenaran en este momento todo aquello que están sintiendo por este evento y lo anoten en una hoja en orden de importancia de acuerdo a su sentir.

Alejandro: Bueno la verdad yo siento mucho odio por esos hombres que mataron a mi hijo, aunque sé que aunque ellos también murieran o les dieran un castigo nunca volverá mi hijo.

Elizabeth: Si yo estoy de acuerdo contigo.

Terapeuta: entonces podemos anotar eso, pueden anotar, sentimiento de odio hacia los homicidas, y qué es lo que quieren hacer con ese odio que sienten.

Elizabeth: Bueno yo no quisiera sentir eso pienso que Dios dará su merecido a cada persona y hará justicia pero a veces si se apodera de mi ese sentimiento, entonces quisiera ya no sentirlo. Por otro lado también siento mucho miedo de que volviera a pasar con otro miembro de la familia, ahora siento que cualquier persona nos hará daño nuevamente y también quisiera ya no sentir ese miedo.

Terapeuta: Muy bien, pues anótalo también. Ahora estamos observando que sus objetivos son más centrados, ya están ubicando lo que ustedes realmente quieren, podremos iniciar ahora mencionando lo que quieren por ejemplo, "trabajar en ya no sentir miedo de que vuelva a ocurrir lo mismo con otro miembro de la familia".

Alejandro: Si también podríamos decir que queremos liberarnos de esta culpa que sentimos por haber dejado salir a nuestro hijo, y pienso que si hubiese salido con él no lo hubieran matado, Elizabeth y yo hemos hablado de ese sentimiento que tenemos los dos al estar arrepentidos de haber dejado a nuestro hijo solo.

Terapeuta: Bien, ustedes mismos ahora han ordenado sus objetivos y entonces iremos uno a la vez, ¿quieren iniciar con lo que mencionaron primero acerca de sentir odio por los homicidas?

Elizabeth: No, pues yo en realidad me gustaría comenzar por la culpa que no me deja en paz.

Terapeuta: ¿Estás de acuerdo con esto Alejandro?

Alejandro: Si, estoy totalmente de acuerdo con eso, ya que yo siento lo mismo que ella.

Como se describe en el ejemplo anterior el terapeuta ayudó a la pareja a ubicar más sus objetivos haciendo éstos más centrados, así mismo se les dio un orden de importancia de acuerdo a la percepción de la pareja y de esta forma se trabajaran cada una de sus metas hasta llegar a la resolución del duelo.

* *Tarea de formula de la primera sesión.* De acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis, menciona que con esta tarea los clientes van a casa con

sus "gafas de-buscar-cosas-positivas" y para sorpresa suya, suelen descubrir muchas cosas que desean que continúen, es importante decir que no se les manda a que cambien nada y tampoco se les dice cómo resolver el problema, cuando los clientes vuelven la segunda sesión se les pregunta: "Bien, ¿qué está sucediendo que os gustaría que siguiera sucediendo?" (1993, p. 149), esto nos indica que el terapeuta está seguro de que suceden cosas positivas y de que han sido advertidas. Por ejemplo, en el caso del duelo, el cliente después de la primera sesión pone especial atención en todas aquellas cosas que le hacen sentir mejor y que desea que sigan ocurriendo, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Terapeuta: Buena tarde, bienvenidos a su espacio terapéutico una vez más, bueno esta sesión me gustaría que iniciáramos retomando la tarea de la sesión pasada la cual era observar ¿qué es lo que está sucediendo que les gustaría que continuara?, ¿quién quisiera comenzar?

Patricia: Bueno, pues yo me di cuenta que a lo largo de esta semana al conversar con otros miembros de mi familia acerca de las cosas que nos gustan hacer, me sentí muy bien.

Terapeuta: Cuéntanos, ¿qué son esas cosas que les gusta hacer a tu familia?

Patricia: A mi hermana le gusta mucho ver televisión, y también ver muchas películas, me di cuenta de que ha visto muchas y me recomendó algunas, también le agrada salir con sus amigas. A mi papá le agrada mucho salir a caminar en especial, al centro de la ciudad, dijo que le gustaba mucho recorrer las calles y encontrar cosas nuevas, a mamá le gusta mucho comprar ropa, también le agrada mucho estar en casa con nosotros y ver televisión con mi hermana y conmigo.

Terapeuta: Bien, ahora dime a ti qué es lo que te gusta hacer.

Patricia: Bueno a mí me gusta mucho escuchar música, ver televisión y soy amante de las series, también me agrada mucho estar con mi mamá y mi hermana viendo tele porque nos reímos de las cosas bobas que en ocasiones aparecen como algunos comerciales, o bien hacemos críticas sobre noticias.

Terapeuta: Dime, cómo te sentiste después de haber conversado con tu familia.

Patricia: Pues me di cuenta de muchas cosas nuevas que no conocía de ellos y me sentí muy tranquila, feliz por compartir tiempo con ellos.

Terapeuta: Bien, ahora dime Paty, de todo esto que acabas de mencionar dime qué es lo que te gustaría que siguiera pasando.

Patricia: Me gustaría seguir platicando con ellos de otras cosas como lo que hicieron en el día, también me gustaría seguir compartiendo tiempo con mi hermana y mi mamá.

Terapeuta: Paty, dime qué harías tú para que esto continuara pasando.

Patricia: Pues seguiría acercándome a ellos proponiendo temas para hablar durante la comida, por ejemplo.

Como podemos ver en el caso anterior, la paciente manifiesta todo aquello que observo en su familia y cómo se sintió con respecto a esto, de esta forma se motiva para continuar haciendo más de lo que funciona.

Esta tarea provoca que se tome atención a los aspectos positivos de la vida del cliente y así se desencadenen cambios para la solución.

★ *Tarea de la sorpresa.* En esta tarea se le dice al paciente: *haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (conyugue, en terapia de pareja). No les digas qué es. Padres, vuestra tarea consiste en adivinar*

qué es lo que ella está haciendo. No comparéis vuestras notas; haremos eso en la próxima sesión. En esta tarea de acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), los clientes fijan su atención en nuevas conductas, generalmente esta tarea tiene cierto carácter lúdico, hace cambiar el contexto de sus dificultades, resolver los problemas puede ser divertido, en la sesión siguiente en vez de iniciar preguntado a la persona A qué fue lo que hizo para sorprender a los demás miembros de la familia, se pregunta a B "¿qué cosas has notado que ha hecho A durante esta semana?" y viceversa.

Terapeuta: Me gustaría saber qué has notado que ha hecho Rodrigo esta semana que ha sido distinto de otros días.

Fernanda: Note que Rodrigo habló conmigo acerca de los momentos alegres que pasábamos con nuestro hijo, también note que coloco en la sala fotografías de la familia, donde estábamos todos juntos en algún evento o paseo.

Terapeuta: Excelente, ahora puedes decirme, cómo te sentiste con estos cambios que notaste.

Fernanda: Pues me sentí muy bien, porque ya estamos hablando más acerca de la muerte de mi bebé, siento que ya no estamos evadiendo tanto el tema de la muerte, también estamos hablando sobre todas las cosas buenas que vivimos con mi hijo, lejos de solo hablar sobre su muerte y cómo ocurrió.

Terapeuta: Bien, ahora me gustaría que escucháramos a Rodrigo qué cosas notó que tú hiciste de distintas.

Rodrigo: Yo noté que ella se acercó mucho a mi cuando comenzamos a hablar de nuestro hijo, recordé viejos tiempos cuando éramos novios y reíamos mucho, hablábamos y eso me gustó mucho porque estábamos

perdiendo la comunicación entre nosotros a causa de este evento por lo que ahora nos estamos acercando más.

Fernanda: Si, yo también sentí lo mismo.

Terapeuta: Muy bien, ahora quiero que me digan, les fue muy complicado notar lo que el otro hacía de distinto.

Fernanda: Pues, yo me sentía intrigada por saber qué es lo que haría él de diferente y eso también me motivo a acercarme, me agradó mucho todo lo que paso en esta semana,

Rodrigo: Si, yo note su acercamiento y también me agradó porque tenía tanto tiempo que no hablábamos ni compartíamos nada juntos, a mi no me costó mucho notar lo que hizo de verdad me agrado mucho lo que ocurrió en esta semana, me sentí mejor, ahora no solo pienso en la muerte de nuestro hijo, ahora estoy motivado a consolar mucho a Fer.

Terapeuta: Bien, me gustaría que repitieran esta tarea una vez más en esta semana y veremos cómo se sienten.

Esta intervención nos ayuda a impulsar al cambio, ya que al darse cuenta los clientes de que sus acciones funcionan con respecto a la otra persona, se toma un camino en el que solucionar el problema puede ser divertido, así como ayuda a poner objetivos más claros y posibles de alcanzar en menos tiempo.

★ *Tarea genérica.* Una vez que los clientes establecen sus objetivos, es importante usar su propio lenguaje para realizar una intervención que cree la expectativa de cambio, se le pide al paciente que observen qué es lo que hacen para que sus objetivos establecidos se cumplan, por ejemplo, si un cliente quiere “sentir menos tristeza por la muerte de mi

hijo", se le sugiere "qué es lo que quiere que siga pasando para no sentirse de esa forma", se puede sugerir incluso que los clientes hagan anotaciones acerca de sus observaciones, una ventaja importante de esta tarea es que los clientes que no han establecido objetivos concretos, vuelven a la sesión con la definición más clara de éstos.

- ★ *Haz algo diferente.* Esta tarea se utiliza cuando hay quejas por parte del paciente en relación con las conductas de otra persona, haciendo mención de que ya ha intentado "todo" para cambiar dichas conductas, sin embargo realiza las mismas conductas siempre, como utilizar castigos, entonces se le pide al cliente que cuando se presente la conducta indeseable haga algo distinto a lo que hace habitualmente, por mas descabellado o extraño que sea, por ejemplo, en el siguiente caso un paciente nos describe brevemente su caso; "Anteriormente yo me desesperaba por no poder consolar a mi esposa cuando llora por la pérdida de nuestra hija, y lo que hice en esta semana fue dejar que ella llorara todo lo que quisiera hasta que se calmara sin que yo me desesperara y en el momento en que cesaba el llanto hablamos acerca de nuestros sentimientos con respecto de la muerte de nuestro hijo".

c. Tareas de proyección al futuro.

Estas tareas buscan proyectar la visión de la situación que está viviendo el cliente, se trata de que el cliente visualice cómo sería su vida sin el problema, buscando identificar las acciones específicas que estará realizando para estar mejor. Por ejemplo, en el caso del duelo por muerte violenta, la madre menciona que siente gran tristeza cuando recuerda a su hijo, esto ayudará a la paciente a que se visualice en el futuro recordando a su hijo con cariño, resaltando de esta forma los recuerdos que tiene de el/ella.

- ★ *Pregunta del milagro.* Estas preguntas parecen activar el proceso para resolver los problemas que aquejan a las personas dándoles así una visión más clara de sus objetivos; con respecto a esto Trepper menciona que estas preguntas son una forma de abordar el objetivo que se plantea el cliente, de tal forma que se “transmite respeto por la inmensidad del problema y al mismo tiempo, lleva al cliente a que encuentre objetivos más pequeños y más manejables” (2006 p. 289), la forma de aplicar esta intervención es variable, pero una opción es de la siguiente forma:

Supongamos que una noche, mientras estás dormido, se da un milagro y tus problemas están resueltos, ¿cómo te darías cuenta?, ¿cuál sería la diferencia? (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En el caso del duelo, el paciente puede responder “que nunca hubiese pasado esto” o “que no hubiera muerto”, y la participación del terapeuta es hacer ver al cliente que eso no es posible por lo que deberá ayudar a centrar al cliente en la realidad, una vez realizado esto el paciente puede reestablecer su objetivo, y ahora puede pensar de distinta manera como en el siguiente caso:

Terapeuta: Dígame, supongamos que un día mientras usted duerme se da un milagro y sus problemas están resueltos, ¿cómo se daría cuenta de que ocurrió dicho milagro?

Maricela: Me daría cuenta porque ya no me duele la pérdida de mi hija,

Terapeuta: ¿Cómo se daría cuenta de que ya no está ese dolor?

Maricela: Porque al hablar de mi hija ya no siento la tristeza que sentía al recordarla.

Terapeuta: ¿Cómo se sentiría en la mañana del milagro y qué cosas distintas haría?

Maricela: Feliz, saldría al parque a una fiesta, conviviría con mis amigos, con el resto de mi familia.

Terapeuta: ¿Quién se daría cuenta de tu cambio ocasionado por el milagro?

Maricela: La gente que me rodea

Terapeuta: ¿Quién es esa gente que te rodea?

Maricela: Mi familia, mis amigos.

Terapeuta: ¿Por qué se darían cuenta?

Maricela: Por mi cambio de actitud, ellos me dirían que antes me veían muy triste y ahora me ven cambiada.

Terapeuta: Como es ese cambio

Maricela: Ahora sonrío, ya no estoy triste, ni agobiada, ahora hago todos mis deberes, salgo, convivo, duermo bien, como bien.

Terapeuta: ¿Quién se sorprendería más por este cambio?

Maricela: Mi familia, ya que es con la que más tiempo comparto.

Terapeuta: ¿Qué integrante de tu familia es el que notaría más este cambio?

Maricela: Mi marido.

Terapeuta: ¿Por qué?

Maricela: Porque ahora salimos más a los lugares que durante mi proceso de duelo no solíamos hacerlo, como salir al cine, o a recorrer el parque.

Terapeuta: Y ¿qué es lo que te gustaría que continuara pasando para que siguieran cambiando las cosas en tu familia?

Maricela: Bueno me gustaría que mi esposo y yo siguiéramos con esta comunicación, ya que ahora ya hablamos de otras cosas, de cómo nos fue en el trabajo, a dónde nos gustaría salir, y de hecho hemos hecho algunos planes a futuro.

Terapeuta: ¿Cuáles son esos planes que han hecho?

Maricela: Bueno nos gustaría viajar, visitar la playa.

Esto es muy importante y nos lleva a adquirir mayores beneficios en terapia ya que el cliente puede llegar a cumplir su objetivo y superar de esta forma el duelo, también lo que observamos es que el cliente ya no está situado solo en lo que ocurrió sino que ahora se ubica en el futuro, con proyectos de superación.

★ *Preguntas de escala.* Se establece una escala donde 0 indica el momento en que el problema se presenta con mayor gravedad y 10 indica el momento en que el problema se resuelve o ya no le incomoda al paciente (de Shazer, 1999, citado en Robles 2005 p. 77), por ejemplo, una familia en duelo por muerte violenta puede poner en escala el nivel de tristeza que sentían antes de asistir a terapia, el terapeuta indica como en el siguiente ejemplo:

Terapeuta: Quiero que ahora pongan el problema en una escala en donde 0 es el mayor sentimiento de tristeza que sentían al recordar a Rodrigo antes de asistir a terapia y 10 es el menor sentimiento de tristeza y me dirán en qué número de la escala se sienten ahora.

Patricia: Yo antes me sentía en el cero, sentía mucha tristeza lloraba todo el tiempo, no dormía bien, no hablaba con nadie pero con todo este tiempo de trabajar en la resolución de duelo me siento en el número 7.

Terapeuta: Bien ese es un avance muy significativo, ahora dime qué hiciste para ir avanzando en la escala.

Patricia: Pues aquí me siento muy bien, me agrada que me escuchen y me ayudó mucho el hecho de ver las herramientas con las que cuento para enfrentar la vida como por ejemplo, me di cuenta de que soy optimista y valiente.

Terapeuta: Ahora dime cómo has utilizado esas herramientas que acabas de mencionar para avanzar en tu proceso.

Patricia: Bueno primero me di cuenta de que por algo pasan las cosas en la vida, no importa cuán dolorosas sean hay que enfrentarlas y que mejor que riendo o recordando los bellos momentos o el solo hecho de regalar o recibir una sonrisa es lo mejor, además de que yo sentía mucho dolor, pues la vida sigue y no me podía detener aunque muchas veces quise que la vida se detuviera en ese momento, no quería continuar porque dolía mucho, pero no fue así, es entonces cuando en un inicio hacia las cosas por hacerlas pero luego le volví a tomar sentido a la vida, mis amigas que no sabían de la muerte de mi hermano me decían que pareciera que no paso nada ya que ellas me veían siempre sonriendo, fue difícil para mí pero ahora me siento definitivamente mejor.

Terapeuta: Es realmente sorprendente todo lo que dices y también es muy importante el avance que has tenido hasta ahora, dime qué es lo que tiene que pasar para que tu avances y llegues hasta el número diez de la escala.

Patricia: Bueno yo creo que nunca voy a olvidar lo que ocurrió pero también creo que el tiempo lo cura todo además de que la compañía de mi familia lo es todo, saber que aún tengo a otras personas a las que amo me fortalece y me inspira para seguir adelante, solo recordaré a mi hermano con mucho cariño en sus mejores momentos y pues la verdad no podré evitar sentir tristeza al recordar cómo se fue y cuánto lo extraño pero, lo que espero que siga pasando es seguir con mi familia, convivir con ellos, compartir nuevas experiencias, seguir unidos.

Terapeuta: Y tú qué harás al respecto para que esto ocurra.

Patricia: Bueno lo que haré es siempre estar al pendiente de mi familia, no alejarme, hablar más con ellos, convivir, tratar de no perder la comunicación con ellos.

De esta forma también se puede reconocer todo el trabajo que ha realizado el cliente y él mismo se puede dar cuenta cuánto ha avanzado en su duelo.

La bola de cristal. Se le pide al cliente que visualice su futuro sin el problema, ¿cómo se ve en algún tiempo sin el problema que lo tarjo a terapia?, ¿cómo se relaciona con los demás?, ¿qué actividades realiza ahora?, como en una bola de cristal, de acuerdo con Shazer (en Robles, 2005), se le pide al cliente que narre una experiencia pasada que crea que ya ha olvidado lo más detallado posible, esto es con la finalidad de que comience a visualizar situaciones en su mente, posteriormente se le pide que deje ese recuerdo y se centre en el presente para que ahora se abra paso a la visualización del futuro. Por ejemplo, en el duelo por homicidio, los padres se pueden visualizar muy alegres, sin esos sentimientos de tristeza, relacionándose con el resto de la familia, amigos, vecinos, etc., de vuelta al trabajo o actividades que realizaban antes de la muerte de su hijo; permitiendo de esta forma visualizar el futuro al que quieren llegar los padres o la familia y motivando así a trabajar en ello para alcanzarlo.

5.3 Modelo de Terapia Narrativa aplicada al duelo

Los principales representantes de este modelo son Michael White y David Epston. Inicialmente White estaba interesado en darle un enfoque a su trabajo terapéutico desde la cibernética; al relacionarse con Epton llegaron a la idea de que tenían un estilo similar de trabajo, en el cual otras metáforas o ideas respecto a la terapia y que estaban relacionadas con el constructivismo social, el posmodernismo y la metáfora de poder y

conocimiento propuestas por Michael Foucault (White y Epston, 1993, citado en Aparicio, 2005 p. 64)

Acorde con Aparicio (2005 p. 65) en este enfoque se atribuye que los problemas se perciben o crean por el significado que los miembros le dan a los hechos, y este significado es lo que determina las conductas de los integrantes de la familia. De esta forma la terapia narrativa se centra en que las personas son expertas en sus propias vidas y que pueden ver sus habilidades, competencias, creencias, valores, capacidades y recursos que los pueden ayudar a reducir la influencia de los problemas en sus vidas cotidianas.

La palabra "narrativa" hace referencia al énfasis que se pone en la historia de las vidas de las personas, así como las diferencias que pueden surgir a partir de la construcción de formas particulares de relatar y volver a crear dichas historias. Esta terapia es una forma de trabajo que se interesa en la historia, el contexto circundante que está afectando la vida de las personas y la ética o política de la terapia.

5.3.1 Conceptos básicos de la Terapia Narrativa aplicada al duelo

→ Metáfora narrativa

Esta metáfora la retoman White y Epston en su trabajo terapéutico, ellos conciben que las experiencias de las personas son vividas como relatos y que a través de éstos van a interpretar sus actos y por lo tanto les otorgarán un significado, este relato va a estar constituido a partir de un contexto específico, a través de políticas de poder, económicas, creencias culturales de la comunidad en donde se desarrolla el individuo. La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo comunitario, la cual centra a la persona como expertos en su vida. El

concepto central de este modelo es concebido de acuerdo con Epston, White, y Murray de la siguiente manera:

Se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. Entramos en las historias, otros nos hacen entrar en ciertas historias; y vivimos nuestra vida a través de esas historias (citado en Robles, 2005 p. 79)

Cabe mencionar que las interpretaciones que una persona le da a los relatos están determinados por el entorno en el que se desenvuelve, por lo que cada relato puede ser interpretado de múltiples formas a través de diversas perspectivas, es entonces cuando el terapeuta en el modelo narrativo sea un co-constructor de nuevos relatos o interpretaciones de los relatos de las personas.

5.3.2 Características del proceso de Terapia Narrativa aplicada al duelo

Las conversaciones narrativas son interactivas y siempre en colaboración con el paciente, el terapeuta busca entender qué es de significado para el cliente, por lo que la estructura de la terapia narrativa, de acuerdo a Nicholson (1995) se puede dividir en tres momentos:

a. *Comprensión y deconstrucción de la historia dominante.*

Los pacientes llegan a terapia con frecuencia con una historia acerca de los problemas, la cual se caracteriza por dominar sus vidas, estas historias son concebidas como dispersas, ya que las personas las han construido desterrando diversos elementos de su vida. A partir de esta historia saturada

del problema se va a construir un contexto terapéutico donde emerjan estos eventos que han sido relegados.

En esta terapia se busca que el cliente relate de qué manera el problema está afectando sus vidas, por ejemplo, en el caso del duelo por muerte violenta los padres narran su problema, la madre cuenta con todo detalle lo que sucedió el día de la muerte de su hijo, cómo recibió la noticia, qué sintió en ese momento a la llegada del lugar de los hechos, etc., mencionando también la gran tristeza que experimenta desde ese momento, entonces se puede preguntar ¿de qué modo está afectando el problema su vida?, a lo que ella puede contestar, “pues, me siento realmente triste y casi todos los días prefiero quedarme en la cama dormida gran parte del día y eso provoca que desatienda a otros miembros de la familia como a mi esposo, mis otros hijos, mis nietos...”; también se puede indagar acerca de la relación del problema, por ejemplo, ¿cómo está interfiriendo en su relación con ustedes como padres?, a lo que pueden responder “pues yo estoy dormida casi todo el tiempo y él también, entonces ya no hablamos mucho, se está perdiendo la comunicación porque tampoco hablamos acerca de cómo nos sentimos cada uno”.

b. Co- construcción de una historia alternativa preferida.

Durante el transcurso de la narración se van identificando acontecimientos que son vistos como únicos y aislados del problema, son estos eventos los que van a ayudar al terapeuta y al cliente a construir una nueva historia que ayudará a darle un nuevo sentido a los hechos de la vida del paciente. El terapeuta contribuye con preguntas que reflejen las acciones que han ayudado a mejorar la situación que lo llevó a terapia, por ejemplo:

Terapeuta: ¿Cómo ha influido usted sobre el problema para que éste cambie?

Marcela: Pues me he permitido llorarle a mi hijo, en un inicio la gente que me visitaba, se acercaba a mí para saber cómo me encontraba y al hablar de

mi hijo yo lloraba mucho, entonces me decían “ya no llores te va hacer daño y no dejarás descansar a tu hijo”, pero yo no creo eso yo sentía mucho dolor y pues decidí ignorar esos comentarios entonces me permití llorar todo lo que me fue posible, y de esa forma fue cesando mi dolor al hablar de mi hijo, está claro que nunca voy a dejar de sentir este dolor pero ahora es menos, creo que me di permiso para sentir y no reprimir lo que me aqueja y de esta forma yo he influido en el problema.

Terapeuta: Bien, después de haberte permitido llorarle a tu hijo y sentirte más tranquila, ahora que te visitan las personas que mencionaste y te notan cambiada ¿qué comentarios te hacen?

Marcela: Bueno una de esas personas es mi amiga, ella me decía anteriormente que se preocupaba por verme de esa forma y por esa razón me decía que ya no llorara, y ahora que me nota tranquila dice que hasta me veo cambiada, que volvió el brillo a mis ojos, ahora hablo de otras cosas, y de hecho pasamos más tiempo juntas y hacemos lo que solíamos hacer anteriormente, como salir juntas, ir de compras.

Terapeuta: Y ahora que te sientes y te vez distinta qué personas a parte de tu amiga han notado este cambio.

Marcela: Pues mi esposo ya que ahora paso más tiempo con él, cosa que no hacíamos ya que yo me pasaba la mayor parte del tiempo dormida, llorando y pues el también hacia lo mismo, otras personas son mis padres, ellos se sentían muy preocupados por mi estado y ahora hasta ellos están mejor ya que no están tan preocupados como antes.

Como se refleja en este caso la paciente a partir de sus acciones de afrontar su dolor se creó una nueva historia que no está saturada del problema en el que también intervienen otras personas que ayudan en gran medida al progreso del problema.

c. Conclusión de la terapia.

Es considerado que el proceso de terapia puede ser concluido una vez que el cliente puede resignificar aspectos de su vida que eran vividos como problemáticos, por medio de una nueva argumentación de acciones. De acuerdo con Epston y White (1994) en (Sánchez y Gutiérrez, 2000) usar la escritura para enriquecer la terapia tanto durante como al concluirla como son "las cartas, invitaciones, predicciones, declaraciones, los resúmenes de sesiones, el diario, certificados, agradecimientos y otros".

5.3.3 Intervenciones terapéuticas de la Terapia Narrativa aplicadas al problema del duelo

→ *Mapear los efectos del problema.*

Tanto en las historias dominantes como en las alternas se debe indagar acerca de los efectos que han tenido las situaciones narradas en las principales áreas de vida de la persona. Qué es lo que llevó a los clientes a terapia, como en el caso del duelo por muerte violenta, los padres ya no ponen atención a los hijos más pequeños o bien ya no hay comunicación entre ellos, es entonces cuando se dan cuenta de que lejos de evolucionar para la resolución se están haciendo más daño o bien se percatan de que se sienten peor que antes y esas situaciones los llevan a buscar ayuda.

→ *Externalización del problema.*

De acuerdo con Morgan (2000) se denomina externalización al proceso de separar el problema de la persona y para facilitar este proceso es importante imaginar al problema como una cosa ajena a la persona, por medio de este procedimiento se posibilita a las personas a que hablen del problema y las conductas que presentan sin que se lo atribuyan a ellos mismos, disminuyendo de esta forma la crítica hacia sí mismos y la recibida por otros como los sentimientos de culpa y censura, de esta forma al hablar acerca del problema en las vidas de las personas se debe separar al problema de éste; una premisa importante en la terapia narrativa es "el problema no es la persona, el problema es el problema" (Robles, 2005), es muy común que el

problema es cosificado y se vuelve parte de la persona, por ejemplo, una madre es descrita como deprimida, con esto el problema se ha vuelto ella -la mujer deprimida- a través de la conversación externalizadora el problema se separa de la persona, por ejemplo, la depresión se ha apoderado de la mujer.

La utilidad de esta intervención es importante porque ayuda a la autoestima de las personas, es decir, ayuda a que no se sientan ellos el problema. De acuerdo con Robles (2005) algunas formas para la externalización del problema son las siguientes:

- ★ Conversar con las personas usando un lenguaje externalizador, es decir, otorgar un adjetivo al problema, por ejemplo, en vez de decir "yo soy una mujer deprimida" decir "cuando aparece *la depresión*".
- ★ A lo largo de la conversación, el cliente menciona una serie de problemas que aquejan su vida y forman parte importante de la historia del paciente, es entonces cuando se pregunta al paciente, ¿cómo llamaría usted al problema que se presenta en su vida?, el lenguaje y el nombre para el problema va a nacer de la persona, o bien acorde con Robles (2005) el terapeuta puede sugerir algún nombre para el problema a vencer, es decir, se le puede decir al paciente en duelo por una muerte violenta, "parece, por lo que has dicho que el problema a vencer es la culpa ¿te parece adecuado que le llamemos así?, ¿se te ocurre una forma mejor de nombrarlo?" (Robles, 2005).

Posteriormente si el cliente está de acuerdo con lo sugerido se le puede asignar un sobrenombre al problema como la señora culpa, Poly la tristeza, etc., o bien se puede seguir hablando con el lenguaje de externalización ya mencionado (la culpa, la tristeza, el enojo, etc.). Las principales ventajas de la externalización del problema, de acuerdo con Morgan (2000) es que al separar el problema de la persona se abre un espacio para que el cliente tome acción para la solución del problema, la cooperación aumenta cuando el problema está fuera de su

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

identidad, es decir, cuando el problema se ve fuera de sí las personas ya no se ven como ellos el problema, combate la sensación de fracaso.

Es importante mencionar que los terapeutas narrativos dicen que se debe evitar el uso de la externalización de situaciones que causan daño a otros como la violencia, acoso sexual, violación, homicidio, etc.

Terapeuta: Hoy asignaremos un adjetivo al problema que lo asecha, por lo que le voy a pedir que busque un nombre para dicho problema, el objetivo de esto es que separemos al problema de usted.

Isabel: Bueno mi problema es que siento mucha tristeza por el homicidio de mi hijo, cada que pienso en lo que paso me dan unas ganas inmensas de llorar y llorar y al ocurrir eso pues no me permite ya hacer nada, me siento débil y solo quiero dormir es una gran tristeza por lo que le voy a llamar "la tristeza invasora".

Terapeuta: Muy bien pues ahora se va a dirigir a la "tristeza invasora" como una cosa externa a usted por lo que ahora dirá, "cuando aparece la tristeza invasora..." muchas veces el problema por el que se atraviesa se llega a apoderar de nosotros y como usted lo menciona no nos deja hacer nada o bien puede llegar a ser un estigma que no nos deja vivir, y con eso se busca que se separe de nosotros y de verlo como algo ajeno a nosotros, algo que solo está de visita y pronto se irá.

→ *Deconstrucción de la historia dominante.*

Se realiza a través de establecer una conversación con el cliente acerca de las diversas circunstancias de su vida que lo han llevado a interpretar de determinada manera una serie de acciones. La deconstrucción es un proceso por el cual se indaga acerca de la forma cómo se fueron construyendo creencias en su vida, así como los significados que le ha

otorgado a esto, las actitudes, prácticas de poder, políticas, económicas, etc., y que influyen en la historia de la persona.

Con respecto a esto Morgan (2000) menciona que, desde el punto de vista de la terapia narrativa los problemas sobrevienen cuando están respaldadas por creencias y principios particulares; entonces a través del proceso de deconstrucción se conversará acerca de las personas y el contexto que influyeron para que se adquiriera esta creencia, cuestionando así este relato. De esta forma por medio de la deconstrucción los relatos dejan de ser "leyes estáticas" que siempre han estado ahí y deben tomarse como una verdad absoluta incuestionable, por el contrario ahora se verán como una construcción externa que puede ser interpretada desde otras perspectivas White (1994, citado en Robles, 2005). Las ventajas que se adquieren con esta intervención es que se puede hacer ver al cliente que no es él/ella los del problema, no son ellos el problema, sino que fue naciendo a lo largo de su desarrollo como personas y que de esta forma se fueron formando en sus vidas.

A continuación se presenta un caso en el que se observa cómo nacieron ciertas ideas y comportamientos, y cómo influyen en la vida de una persona.

Terapeuta: Buen día, ¿cómo se siente hoy?

Enrique: Pues... bien.

Terapeuta: Me puede describir cómo es estar bien desde su perspectiva.

Enrique: Pues...bien, (hay un largo silencio, y Enrique agacha la cabeza y solloza, levanta la cabeza, mira la terapeuta y se dirige hacia el terapeuta), - perdón...-

Terapeuta: No te preocupes, pero ahora dime, ¿por qué me pides perdón?

Enrique: Por ponerme de esta forma, no debería ponerme así.

Terapeuta: ¿De qué forma?

Enrique: Pues, de esta forma, llorar, no debería de estar llorando.

Terapeuta: Y ¿por qué no?

Enrique: Pues porque los hombres no deben de llorar.

Terapeuta: Bueno no creo que tenga algo de malo el llorar, la situación por la que estas atravesando es muy complicada y tienes todo el derecho de ponerte de esta forma pues es a tu hijo a quien has perdido y bajo circunstancias extremas. Dime de dónde nació esta idea.

Enrique: Mi padre siempre me lo decía, "solo las mujeres lloran por sus hijos".

Terapeuta: Bien, esa es solo una idea que tu padre tenía, tú tienes todo el derecho de sentirte mal por lo que ocurrió a tu hijo, tienes derecho a expresar tu llanto, este es tu espacio y puedes sentirte como quieras.

Enrique: Si, a veces quisiera deshacerme de esta idea porque siento mucho dolor por la pérdida de mi bebé, a mí también me duele tanto como a mi esposa, quisiera llorar tanto como me fuera posible.

Terapeuta: Y, ¿crees, que de esta forma te sentirías mejor?

Enrique: Claro que si, también quisiera liberarme de este peso que llevo de tener que comportarme de cierta forma solo porque lo dicen.

Terapeuta: Creo que lo que quieres es muy bueno ya que te puedes deshacer del "deber ser", podemos hacerlo cuando tú quieras, este es tu espacio.

Como se observa en el caso anterior, el paciente tenía una idea que lo estaba asechando creada por su padre y que no le permitía elaborar su proceso, así mismo esto puede crear nuevos conflictos.

→ Preguntas sobre logros aislados.

Estas preguntas invitan a los pacientes a que se den cuenta de la existencia de eventos que son contradictorios a la historia saturada del problema, pueden aparecer como logros en la historia de la persona o bien en la interacción de los miembros presentes durante la sesión. Estos eventos alternos van a dar una resignificación a las personas mismas y a sus relaciones con los que le rodean.

Con respecto a esto White (2002) menciona que los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse a través de una revisión histórica de la influencia de las personas, pidiendo de esta forma que el cliente recuerde "hechos" que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones; facilitando de esta forma la creación de nuevos significados, por ejemplo en el siguiente caso donde una madre perdió a su hijo a causa de un homicidio y ella menciona que no puede aceptar esta muerte trágica.

Terapeuta: Bueno, ahora hábleme de cómo se siente hoy.

Marycarmen: Bueno pues hoy me siento muy bien, pase todo el fin de semana con el resto de mi familia, en la casa de mi tía se hizo una fiesta por motivo de su cumpleaños, estuvimos toda la tarde en su casa, salimos al patio y comenzamos a platicar de las ocurrencias de cada uno de nosotros, nos reímos gran parte de la tarde, después al final del día comenzamos a bailar y seguíamos riendo.

Terapeuta: Observo, que te agrada estar con toda tu familia.

Marycarmen: Si, eso es algo que me hace sentir muy feliz, ver a todos sonreír, compartir momentos juntos, estar unidos, eso me hace darme cuenta de que todos nos sentimos igual por la muerte de nuestro ser querido pero al momento de estar juntos recordando buenos tiempos es entonces que siento una especie de confort por parte de ellos hacia mí y de mí para con ellos.

Terapeuta: Ahora háblame de lo que has hecho para vencer al problema y llegar hasta este estado de felicidad con tu familia y también dime por favor quiénes han participado en este proceso al que has llegado.

Marycarmen: Bueno, pues nunca he dejado de sonreír, siempre que salía sonreía y bueno nunca hablaba con nadie de lo que ocurrió, lloraba a solas en casa o dormí mucho, después de unos días de que ocurrió la muerte, tuve mucho miedo, y pues no podía aceptar que mi hijo ya no estaba en casa conmigo, y lo que hice fue colocar fotos de él en casa para darme cuenta de que ahora solo queda su recuerdo, mejor observo sus fotos y recuerdo todos aquellos momentos felices que pase a su lado, y comencé a sonreír cada que lo recordaba, además de que, bueno, yo quiero ayudar a mi familia, ellos me necesitan y no quiero que me vean destrozada.

Terapeuta: Muy bien, pues yo observo cosas muy valiosas en ti, lo que puedo ver es, tu gran optimismo, esa sonrisa que nunca se ha borrado de tu rostro, que a pesar de que llevas una pena en tu corazón para los demás has estado bien, siempre dispuesta a brindar tu ayuda, además de esa fuerza tan inmensa para seguir adelante y darle a tus seres queridos consuelo y contagiar tu fuerza. Ahora, ¿te das cuenta de esas cualidades con las que cuentas para seguir adelante?, sería muy bueno que continuaras de esta forma, pero también es importante que te permitas a ti misma expresar esos sentimientos que tú tienes a causa de lo ocurrido, de esta forma tu familia también te consolará y será una ayuda mutua, te darás cuenta de que ellos también te quieren ayudar.

→ *Uso de cartas.*

En la terapia narrativa se puede utilizar la escritura de cartas como un medio para conversar con los clientes más allá del espacio terapéutico, con respecto a esto Sánchez y Gutiérrez, mencionan que las cartas terapéuticas pondrían contribuir a construir una nueva narrativa (2000), utilizando el lenguaje del cliente, contenido heurística David Epston en sus cartas

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

promueve con la redacción “que motiva al lector a usar su imaginación y a participar en el texto”, (en Sánchez y Gutiérrez, 2000) también se enfatiza en que se pueden agregar preguntas o reflexiones por parte del terapeuta para hacer que el cliente piense a cerca de ello.

A continuación se presenta un ejemplo de la entrega de una carta a una paciente en proceso de elaboración del duelo.

Estimada Mylei:

Después de estas sesiones podemos ver que a pesar de todas las dificultades que has vivido **las has enfrentado con mucha fortaleza y madurez, que tu orgullo y coraje te hicieron ver las cosas de manera diferente**, y descubriendo que no estás sola en este largo proceso.

Tu condición de ser humano **sensible, emotivo y sobre todo altruista te da ese punto de permanecer a un mundo que a pesar de las diferencias nos recuerda la belleza y la creatividad** así como la fuerza que se despliega de un momento doloroso.

Pudimos recordar que a veces un paciente puede hablar de lo que somos nosotros, **por ejemplo tu sonrisa y tus formas chuscas de ver las cosas**. Nos gusta la forma que tienes de ser con las demás personas y sobre todo que **siempre tienes un abrazo para cada persona, así como tu apoyo sin juzgar junto con tu gran fortaleza**.

El tener la carga de toda tu familia en tus hombros, y recordarnos que todos y cada uno de nosotros al escucharte nos enseñas, muestras y recuerdas nuestras vivencias haciéndonos pensar y reflexionar que **todos tenemos problemas**, pero lo importante es que no hay que dejarnos caer a pesar de lo difícil y oscuro que sea, que nos identificamos a ciertas cosas, como no decir tan fácil las cosas por temor a ser juzgada, compartiendo todo el problema buscando un lugar en donde decirlo, y nos da gusto que se esté abriendo a compartir, que puedes decir como lo viviste y como se siente, porque me ayudaste a quitarme el miedo a decir las cosas.

También queremos hacer reconocimiento de todos los recursos con los que cuentas entre ellos, la tenacidad, tu sentido de humor, la sensibilidad con la que te caracterizas, tu capacidad para

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

reflexionar sobre ti misma y los demás, la valentía que tienes, tu determinación y la voluntad de salir adelante frente a la adversidad.

Grupo de Reflexión

Como se observó en la carta anterior, el equipo reflexivo hace notar las cualidades con las que cuenta la paciente, como la fortaleza y madurez, en sesiones anteriores la paciente menciona que ella a partir del seceso tuvo que continuar con su vida, ella menciona que no tuvo mucho tiempo para llorar la pérdida, ella se integro a sus actividades cotidianas días después de la muerte de su familiar por lo que no podía hablar con nadie debido a la intensidad de este hecho, ella menciona que al integrarse con sus compañeros siempre estaba sonriendo, conforme pasaron los días ella analizó la situación en que murió su ser querido, y le encontró todas las cosas positivas y eso es muy importante para ayudar a la resolución del duelo.

→ *Celebración, entrega de reconocimientos y certificados por parte de personas significativas para las personas.*

En la terapia narrativa se hace el uso de *contradocumentos* (certificados, reconocimientos, diplomas, etc.); denominados así por White y Epston, los contradocumentos buscan que la información contenida llegue a toda la familia y que se reconozca su esfuerzo por superar la problemática que lo llevo a terapia, se deberá hacer saber a los cliente en qué consistirá la dinámica, quiénes estarán implicados, etc.

A continuación se presentan ejemplos de los contradocumentos que pueden ser utilizados.

Certificado de huida del sufrimiento

Otorgo este certificado a:

AURORA

En reconocimiento por su éxito a la hora de volverse la espalda al sufrimiento y alejarse de él.

Ha privado al sufrimiento de su compañía, sabiendo perfectamente que el sufrimiento ama la compañía, y que de hecho se nutre de ella.

Este certificado servirá para recordar a Aurora y a los demás que él es el tipo de persona a la que le gusta más la felicidad que la tristeza.

Concedido el.....de.....

.....

.....

Aurora White

→ *Comunicación a personas significativas para dar a conocer las novedades que ha descubierto la persona en terapia.*

Desde la visión de la terapia narrativa es muy importante la participación de otras personas allegadas al cliente, como amigos, familiares, otros colegas, etc., es importante tomar bien en cuenta quiénes asistirán a dicho evento, éstos pueden participar en las reflexiones que se hagan con respecto al logro del paciente o bien solo pueden ser escuchas de lo que sucede en el espacio terapéutico.

→ *Re-member.*

Terapias posmodernas sistémicas en el proceso de duelo. Intervención de segunda instancia

Esta parte de la terapia sugiere que el cliente debe elegir qué personas son las indicadas para formar parte de la historia que se ha formado en el espacio terapéutico, por una parte realiza una reminiscencia de personas significativas del pasado, presente e incluso el futuro, (remember/recordar) esto ayuda a que el consultante elija las personas que deben estar dentro de la historia pero también elige quiénes no deberían entrar en ésta (remember/volver a hacer miembro de). Por ejemplo, se le puede pedir al paciente que realice un "club" de las personas que considera que deberían conformarlo, haciéndole saber que todas esas personas van a ayudar en lo que el cliente necesite, el cliente puede elegir entre sus maestros del pasado, amigos, familiares, pareja, etc., éstas personas pertenecen a la historia alternativa y no de la saturada del problema.

"Las personas que integrarían mi club serían mis papás, mi hermana Charlotte, mis mejores amigas Brenda, Marycarmen, Marcela, mis sobrinas Sharon e Ivonne, mis primos Claudia, Sagui, Areli, Saulo, mi bebé Samir, mis tíos Rafa, Beto, mis tías, Lupe, Juana, Lulú, mi maestra Caro de la primaria, mi maestro de la universidad Javier, mis amigos que han estado a mi lado en mi vida, mi hermano Pablo, Israel y mis abuelitos que ya no están aquí pero yo sé que todos ellos me cuidan en donde quiera que estén".

→ *Realizar una asesoría al asesor.*

El paciente será entrevistado por el terapeuta con el fin de saber cuáles fueron los conocimientos adquiridos y ayudaron a construir una nueva historia con acontecimientos extraordinarios dejando atrás la historia saturada del problema. Se recomienda que estas preguntas se realicen al final del proceso terapéutico.

Terapeuta: Ahora, me gustaría que me dijera qué cosas debería hacer yo para ayudar a otros pacientes que estén pasando por lo que tu pasaste.

Virginia: No olvide ayudar a otras personas haciéndoles ver cuáles son las habilidades con las que cuenta, ellos pueden enfrentar el problema con éstas, también sería importante compartir esta experiencia con otras personas que hayan vivido la misma situación, dar mucho apoyo emocional, hacer saber al cliente que no está solo en este camino de dolor, recordando a todas aquellas personas que integran el “club”, ellas son importantes en la vida de cada uno de nosotros por lo que es importante recordarlas y tener la certeza de que podemos contar con ellas, todo eso es muy importante para continuar nuestra vida y muy reconfortante para sanar este dolor.

Como observamos, el paciente mencionó todas aquellas técnicas que le ayudaron a superar su pérdida y que de la misma manera le podrían ayudar a otra persona para la resolución de su duelo.

5.4 Modelo de Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicada al duelo

Los antecedentes de este modelo, se encuentran en la escuela de Milán, su forma de trabajo hace referencia a la necesidad de mantener al equipo de trabajo detrás de un espejo unidireccional o cualquier otra separación entre el cliente y terapeuta del resto del equipo de reflexión, las principales tareas del equipo de reflexión eran aportar posibles respuestas con respecto del problema, estructurar intervenciones y la asignación de tareas. Por otro lado acorde con Andersen la Terapia de Impacto Múltiple formó parte del cambio en la década de 1960 en el campo de la psicoterapia, cambio que se caracteriza por pasar de una visión lineal e individual de comportamiento a una visión relacional en la que se incluía al sistema familiar.

En las aportaciones de Gregory Bateson y en las ideas de Humberto Maturana acerca de la relación terapeuta-paciente, en donde éste último indica que es el paciente quien forma su realidad, formando una actitud ante ésta y el mundo, entonces cuando hay alguien más que puede aportar

otros puntos de vista ante esta realidad, la persona puede tomar nuevas ideas para mejorar su calidad de vida. Muturana menciona que cuando dos o más personas comparten sus propios puntos de vista, cada uno recibe del otro distintas versiones del mundo de esta forma cada una de estas diferencias permitirán a cada miembro ampliar sus perspectivas del mundo, enriqueciéndolas. Por otro lado Gregory y Bateson (en Sánchez y Gutiérrez. 2000) enfatiza que compartir distintos puntos de vista del mundo influye en la percepción que se tenía de uno mismo anteriormente.

El principal representante de este modelo de terapia es Tom Andersen, el trabajo de dicho autor con los equipos de reflexión surgió aproximadamente en el año de 1984. Este trabajo abría la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificarán su comprensión con respecto a los procesos terapéuticos.

Andersen nos describe cómo surgieron los equipos de reflexión:

Me encontraba supervisando una terapia con dos en la cámara de Gesell; el terapeuta estaba sumergido en el pesimismo de la familia había salido a que le diéramos supervisión en tres ocasiones; se le sugirió una posición más optimista ante el problema de la familia, pero caía nuevamente en el pesimismo. Ambos cuartos estaban condicionados con luces y micrófonos así que pregunte si la familia quería escuchar nuestros comentarios sobre ellos, a lo cual respondieron afirmativamente; procedimos entonces a apagar las luces del salón de terapia y prendimos las de la cámara de Gesell. Así, la familia y el terapeuta nos vieron y escucharon nuestros comentarios a través

de los micrófonos, recibiendo una retroalimentación más positiva de sus problemas. Posteriormente comentamos nuestra innovación, la que fue aceptada muy bien por la familia, por el terapeuta y por todos nuestros colegas de la clínica. Así es como se iniciaron los grupos de reflexión. (Sánchez y Gutiérrez, 2000 p, 244)

Con respecto al equipo reflexivo, Andersen menciona lo siguiente acerca de éste término; en francés la palabra *reflexión* tiene el mismo sentido que la noruega "*refleksjon*", lo que significa, "algo es escuchado, se toma y se piensa antes de dar una respuesta" (Licea, J. 2002 p. 7)

5.4.1 Conceptos básicos de la Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicada al duelo

- a. *Conversación reflexiva y abierta.* La conversación que se da en el espacio terapéutico se caracteriza por ser abierto debido a que todo lo que dice el cliente dentro de éste es escuchado por el resto de los miembros del equipo y viceversa, así mismo es reflexivo porque existe una variación de hablar de un tema de diálogo externo y luego sentarse a escuchar hablar del mismo tema, al hacer este proceso de escuchar a los demás y de hablar y escucharse a sí mismos se generan diálogos internos que hacen que la persona reflexione acerca de nuevas alternativas para su vida.
- b. *Las reflexiones hacen la diferencia en la vida de las personas.* En los equipos de reflexión se suscita a la expresión de distintas reflexiones que generan distintos puntos de vista acerca de las situaciones tocadas en el espacio terapéutico, esto también se promueve entre el terapeuta y el cliente por medio de preguntas o comentarios que promuevan descripciones múltiples, por ejemplo, al hablar de comparaciones ¿Cómo se siente ahora en comparación de hace unos meses?, también se puede comparar en relaciones, ¿quiénes participaron en este cambio y quiénes no? Andersen menciona, si dos o más personas tienen significados distintos y pueden escucharse mutuamente creando de esta forma

significados nuevos y útiles; pero si dos o más personas tienen significados distintos pueden encontrar complicado escucharse y hasta pueden interrumpirse y corregirse. Por otro lado cuando se presentan ciertas diferencias entre los participantes Andersen menciona que tal vez se debería alentar a asistir a terapia "solo a quienes están en condiciones de escuchar y verse entre sí sin interrumpirse, y permitir que quienes no están listos se incorporen más adelante" (en Beltrán, 2004 p. 207).

c. *Construccionismo social*. A partir de la idea de que los significados son contruidos a partir de la sociedad por medio del lenguaje, los sistemas humanos son comprendidos como sistemas generadores de lenguaje y significado, asimismo el grupo reflexivo es comprendido como un sistema lingüístico, en el cual el cliente y el terapeuta crean significados de manera conjunta, de esta forma las reflexiones son expuestas sin pretender imponer los puntos de vista del autor o bien sin verlos como una verdad absoluta respetando las ideas del cliente, el lenguaje utilizado debe evitar la algarabía científica o diagnósticos, por el contrario debe buscar la generación de una nueva perspectiva para la solución del problema que lo aqueja.

d. *Configuración de los equipos de reflexión*. Al inicio de la terapia Sánchez y Gutiérrez (2000) mencionan que el terapeuta comentará a los clientes la forma de trabajo que incluirá al grupo de expertos situados en otro espacio, quienes estarán observando el desarrollo de la terapia, la familia podrá ver a este grupo y en determinado tiempo se expresarán las reflexiones que hayan surgido durante la escucha, asimismo, la forma tradicional que conforma a los equipos de reflexión de acuerdo con Andersen es en donde el terapeuta-cliente en el inicio asumen la posición de hablantes, después se dedican a escuchar las ideas del equipo y finalmente se conversa acerca de las ideas mencionadas, otra forma de

formar equipos de reflexión es la de invitar a otras personas no profesionales de la psicología a formar parte del equipo, se pueden invitar a otras personas que hayan atravesado por la misma situación que el cliente en cuestión, de esta forma se puede abrir paso a la formación de nuevos significados y dar solución al problema.

5.4.2 Características del proceso de Terapia basada en Equipos de Reflexión aplicada al duelo

Los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente, de tal forma que el cliente siempre puede escuchar. Andersen menciona algunos lineamientos como guía al trabajo con equipos de reflexión:

- a. Las reflexiones deberán ser acerca de lo hablado en sesión terapéutica y no deben basarse en otros contextos no mencionados. También con respecto a esto Andersen recomienda asegurarse de que lo que se oye dentro la sesión es lo que el cliente quiso decir, señala que aquí no hay nada "detrás o debajo de las palabras" (Beltrán, 2004 p. 211).
- b. Es importante que los clientes centren su atención en lo que ellos creen que les servirá en su vida sin que se pretenda que adopten todos los comentarios como una imposición, el cliente tiene la última palabra acerca de lo que debemos hablar y de qué modo, así como el tomar o dejar los comentarios que le servirán para la solución del problema.
- c. Evitar transmitir en las reflexiones connotaciones negativas.
- d. Mantener una mirada entre los integrantes del equipo reflexivo, evitando mirar a los integrantes que se encuentran en posición de

escucha, permitiendo de esta forma la libertad de escuchar y de tomar en cuenta las reflexiones o no hacerlo.

- e. Uso de lenguaje tentativo. Se hacen preguntas que ubiquen a la persona a futuro, por ejemplo, ¿qué tendría que suceder si...?

5.4.3 Intervenciones terapéuticas de la Terapia basada en los Equipos de Reflexión aplicadas al problema del duelo

En la entrevista inicial con el cliente o clientes que asisten a terapia se les menciona el modo de trabajo que se llevará a cabo con los integrantes del equipo de reflexión, se les da a saber las ventajas que tiene este modo de trabajo, si es conveniente para ellos y si lo creen adecuado para el caso que presentan. Después de la entrevista inicial Andersen identifica tres primeros momentos de trabajo terapéutico con equipos de trabajo.

- a. Conversación entre un terapeuta y el cliente, mientras que el equipo de terapia mantiene una posición de escucha.*

En esta parte el terapeuta y el cliente se encuentran en un momento asilado, estableciendo una conversación solo entre los dos mientras que el resto del equipo se encuentra en la posición de escucha sin interrumpir con preguntas o comentarios, manteniéndose en silencio permitiendo que fluyan las ideas de forma interna, incluso pueden tomar nota de lo que surgió para después comentarlo, por otra parte solo se hará alguna interrupción cuando alguna parte de la conversación no se escuche, pero se deberá hacer lo menos posible, durante la primera sesión es importante comprender las ideas o concepciones que tiene el cliente acerca de la terapia, los motivos por los

que solicito dicho espacio y cómo cree que se puede aprovechar el tiempo de terapia.

Terapeuta: ¿Cómo le gustaría a usted utilizar esta reunión?

Laura Inés: Mi problema es que hace cinco meses mataron a mi hijo y pues aún no sabemos nada acerca de quién fue el homicida, tengo mucho miedo de que pudiera volver a suceder, me gustaría poder superar el trauma que me causó esto, poder volver a mi vida cotidiana ya que ahora solo duermo mucho, lloro todo el tiempo, no me alimento bien y siento que estoy descuidando al resto de mi familia ya que ahora ya no hablamos como lo hacíamos antes, me gustaría usar este tiempo para poder superar la muerte de mi hijo. De esta forma si escucho las opiniones de los integrantes del equipo me podrán dar más ideas de cómo superar esta situación y bueno yo pienso que dos cabezas piensan mejor que una y con toda la lluvia de ideas que se puedan dar ayudarán a superar mi problema.

b. El terapeuta y el cliente que conversan asumen pasa a la posición de escucha, mientras que el equipo de terapia ofrece sus reflexiones acerca de lo conversado en la primera etapa de la sesión.

En este momento de la terapia el equipo reflexivo comienza en orden a expresar sus opiniones acerca de lo que escuchó en la parte anterior, dichas reflexiones deberán ser de lo que se habló en ese momento, también es importante tomar en cuenta de donde surgieron las ideas de los integrantes del equipo y también ellos mismos se pueden preguntar e incluso expresar como hicieron ellos en su momento para salir del problema.

Jennifer: Era de noche, me acababa de dormir y escuche dos disparos en la parte trasera de mi casa entonces sonó el teléfono, solo escuche a mi papá hablando y dijo "si ya vamos para allá" después volvió a sonar el teléfono pero esta vez contestó mi mamá y muy asustada solo contestó "si está bien", en ese momento mi hermana y yo nos levantamos y nos cambiamos, mi hermana hablo por teléfono con uno de mis primos y él le dijo lo que había ocurrido entonces después de un momento salimos al patio ya que estaban tocando el timbre de casa, eran mis primos y solo entraron y nos quedamos mirando los cuatro y comenzamos a llorar, después llegaron mis papá y mi mamá nos dijo "bueno hijas esto ya pasó" y continuamos llorando, en ese momento yo llore mucho con mi hermana y estaba muy enojada, pero muy muy enojada, quería estar sola, pasaron los días y me sentía como desubicada no sabía que pensar, ni qué hacer después tuve que volver a la escuela y eso no me agradó mucho porque me sentía muy mal y después tendría exámenes, pero sin embargo tenía que cumplir con esas labores, solo mis mejores amigas supieron lo que había pasado, seguí con mi vida normal y ahora estoy aquí con ustedes porque creo que estoy mal ya que me siento muy triste, tengo miedo de lo que pueda suceder ahora, si alguien nos hará daño ahora a nosotros o si algún día lo voy a superar, no lo sé, me siento muy mal.

Terapeuta: Te agradezco por haber confiado en nosotros para narrarnos la situación por la que atravesaste ese día, ahora me gustaría que pasáramos a escuchar al equipo de reflexión. Ahora pasaremos a observar cada una de las reflexiones del equipo.

Andrea: Pienso que Jennifer tiene razón de temer de esa forma pues al vivir una situación como esta se puede llegar a sentir el temor de sufrir un ataque ya sea a otro miembro o bien a uno mismo, también creo que esta situación de perder a alguien muy amado bajo estas circunstancias es una experiencia fuerte y que se necesita ser muy fuerte para resistir el dolor que

causa el hecho, en lo personal creo que yo sufriría mucho y también pediría ayuda.

Rodrigo: Me gustaría saber, ¿qué pasaría si Jennifer pudiera hablar de ese enojo tan grande que sintió en el momento de la muerte de su ser querido?, también me gustaría saber ¿qué pasaría si hubiera tenido más tiempo para llorar o bien que no se hubiera integrado tan rápido a sus actividades?

Vanesa: Bueno, yo tengo curiosidad de saber si ella y su familia han hablado de lo ocurrido ese día, también si han expresado cómo se siente cada uno de ellos en relación a esto.

Emmanuel: Yo creo que ayudaría mucho el que hablara con su propia familia de lo que ocurrió y de esta forma Jennifer se podrá dar cuenta de lo que su familia siente y bueno creo que la carga sería menos porque al compartir esto tal vez se identificarían y esto nos ayudaría para enfrentar la muerte en equipo y no solo ella.

c. Se vuelve a asumir el rol de la primera etapa y se le pide al cliente que reflexione acerca de los comentarios que ofreció el equipo de terapia.

Esta parte de la terapia inicia cuando los integrantes del equipo de reflexión terminan de expresar sus ideas y vuelven a la posición inicial, es decir, el equipo reflexivo adopta la posición de escucha, los clientes y terapeuta asumen la pose de hablantes, en este momento se comenta con los clientes lo que llamo más sus atención durante la mención de las ideas del equipo y se conversa sobre ello, también el terapeuta expresa de esta forma sus comentarios, si es conveniente hablar acerca de alguna idea expresada se hace y si no es así se da por finalizada la sesión.

Terapeuta: Dime Jenny, qué es lo que te llamo la atención, en relación a lo que acaban de mencionar los integrantes del equipo reflexivo.

Jennifer: Pues agradezco principalmente su comprensión por la magnitud de mi problema, honestamente yo me siento devastada y quisiera que jamás hubiese pasado esto en mi vida y menos con ese ser a quien amo tanto, bueno lo que más me llamó la atención fue el hecho de que desde ese momento no he hablado con nadie de mi familia acerca de lo que paso y bueno si me gustaría saber cómo vivieron ellos esa situación y cómo se sintieron.



Conclusiones

La reflexión sobre nuestras vidas es vital. Empieza por hacer lo necesario y luego lo que es imposible y de pronto te encontrarás haciendo lo imposible.

Conclusiones

A lo largo de esta investigación se ha observado gran diversidad para brindar ayuda a las personas en duelo y especialmente a los que perdieron a un hijo bajo las circunstancias violentas como homicidio, accidentes y suicidio; el homicidio es una de las primeras diez causas de muerte en nuestro país, cada homicidio victimiza a más de una persona, esto a causa de las circunstancias con las que se presenta dicho evento como lo es la agresividad de la muerte, la búsqueda de evidencia por parte de las autoridades, la edad que tenía el sujeto, la forma en que se recibe la información, cultura, entre otras, así mismo éstos factores influirán en el rumbo que tomará el proceso de duelo.

La muerte es un acontecimiento inevitable por el que se tiene que atravesar, es parte del ciclo de la vida, pero es un evento que sigue provocando reacciones negativas en el ámbito emocional, conductual y cognitivo que conforman el duelo, de esta forma el termino **duelo** proviene del latín *dolos*, que significa dolor, entonces el duelo es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien e incluso de algo; al presentarse esta pérdida causa gran impacto a cada uno de los miembros de una familia, especialmente a los padres ya que éstos atraviesan por fuertes sentimientos hacia los que le quitaron la vida a su hijo, este impacto se mezcla con odio, preocupación por la sanción, el juicio, etc., aunque ellos de antemano saben que ahora ya nada les devolverá a su hijo, no hay forma alguna de preparar a cada persona para el día en que deban de saber súbitamente que uno de los miembros de la familia ha sido asesinado, éstos sufren la conmoción de la pérdida repentina de su ser querido. El homicidio se ha convertido en una forma de muerte violenta, de acuerdo con el diccionario de la Real

Conclusiones

Academia de la Lengua **homicidio**, es una muerte causada a una persona por otra; por lo común ejecutada ilegítimamente y con violencia.

Cuando comienza la respuesta emotiva a la pérdida de un ser querido vienen una serie de etapas por las que se atraviesa, éstas de acuerdo con varios autores tales como Elizabeth Kübler-Ross, John Bowlby, Rando y Vail, describen cada una de estas fases, comenzando con la negación o incredulidad, en donde el sujeto no acepta la muerte del ser querido, se experimenta también ira, el dolor que causa la pérdida provoca gran enojo y el deudo puede preguntarse ¿por qué a mí?, ¿por qué me dejaste?, puede aparecer ira contra la persona muerta, contra los homicidas, contra la vida o bien contra una divinidad; también se atraviesa por la negociación, añoranza o anhelo, en donde las personas tienen un pensamiento ilusorio de hacer un pacto con un ser supremo con la finalidad de salvar o recuperar a quien ya no está, la depresión, desorganización y desesperanza, se presenta también, en donde se caracteriza por la manifestación de emociones de desconsuelo por parte del doliente, finalmente y el objetivo del proceso de duelo es llegar a la aceptación final o bien acomodación, esta etapa se describe por la experimentación de cierta paz y alivio en su vida, se reconoce que la pérdida es imposible de reparar.

Es muy importante mencionar que estas etapas ya mencionadas, no se atraviesan en orden, ni tampoco todos los individuos experimentan todas estas fases, por ejemplo, una persona nunca atravesó por la etapa de la ira, y durante todo su proceso se sintió muy deprimido, todo dependerá como ya se mencionó de los múltiples factores con los que viene la muerte, y la personalidad del doliente ya que también es importante la cantidad de duelos experimentados a lo largo de la vida, el tiempo en que ocurrieron éstos y como ya se mencionó la forma de la muerte.

Conclusiones

Al presentarse una pérdida de esta índole, me refiero a la muerte por homicidio es más intenso el dolor que se experimenta esto debido a la agresividad de los hechos, la muerte se presenta de forma inesperada el doliente no tienen la oportunidad de un último adiós y eso es muchas veces un detonante negativo para la elaboración del duelo por ser inesperada, por lo que es importante que las personas que se encuentran en proceso de duelo reciban ayuda externa, en primera instancia esta ayuda viene de las redes sociales, la familia extensa, amigos y vecinos, siendo esta una manifestación de solidaridad para con los dolientes, posteriormente conforme pasan los días las personas comienzan a manifestar aquellos sentimientos que los aquejan como la pena, tristeza, ira, desesperanza, por lo que es muy importante brindar ayuda profesional, muy pocas personas tienen la fortaleza de afrontamiento frente al crimen violento, una de las principales funciones con las que debe cumplir el psicoterapeuta es ayudar al individuo a recuperarse de las heridas psicológicas ya mencionadas, la víctima del crimen violento puede experimentar trastorno por estrés postraumático, es decir, las personas pueden estar susceptibles a cualquier tipo de eventos fuertes, por ejemplo, ruidos que sean parecidos a un disparo, el teléfono sonando en la madrugada o cualquier otro evento que les pueda recordar el día del siniestro, por otro lado el apoyo por parte del terapeuta puede resultar un tanto complicado ya que el paciente puede estar resistente a trabajar en la lucha emocional que conduce a la recuperación ya que puede ser muy doloroso el afrontar la situación o bien no quiere recordar nada de lo sucedido.

Las personas en duelo por una muerte violenta como lo es el homicidio atraviesan por una crisis, evento que causa gran desequilibrio, es un estado de confusión emocional, es un punto decisivo de mejoría o empeoramiento

Conclusiones

en la vida de la persona, hay dos tipos de crisis que se pueden experimentar a lo largo de la vida, una de ellas es la crisis evolutiva o de desarrollo, es decir, son etapas de la vida como por ejemplo, el crecimiento, adolescencia, concepción o esterilidad, parto, nacimiento, envejecimiento.

El siguiente tipo de crisis es de circunstancias, en donde se presenta determinado evento y descontrola la estabilidad de la persona como por ejemplo, desastres naturales, violación, suicidio, víctimas de crímenes y accidentes, divorcio, maltrato a niños, conyugues, personas mayores, aborto, homicidio; siendo así una de las características principales de estas crisis es que se presentan de manera violenta e inesperada, cuando una persona, familia o grupo no están preparados para enfrentar dicha circunstancia ésta puede traer consigo conductas que alcanzan a ser peligrosas e inaceptables socialmente, o por el contrario pueden constituir una oportunidad para el desarrollo personal.

De esta forma podemos observar que el homicidio es una crisis circunstancial. Por otro lado las fases que se experimentan bajo una crisis es primeramente la precrisis, denominada así como el estado general de equilibrio en el que la persona puede afrontar el estrés cotidiano; el impacto aquí se presenta el acontecimiento estresante, la fase de crisis donde la persona toma conciencia de lo ocurrido, la resolución aparece cuando la persona puede recuperar el control de sus emociones, manejar la situación y trabajar para buscar una solución al nuevo problema por el que se atraviesa, finalmente se llega a la fase de poscrisis, esto es cuando se pueden reanudar las actividades normales a la vez que viven la situación estresante.

De esta forma se han propuesto distintas opciones de tratamiento psicológico para superar los duelos por muertes violentas, es importante mencionar que estas técnicas desde distintos enfoques terapéuticos son de suma importancia para el rumbo que tomará la vida de la persona, estas

Conclusiones

técnicas se aplican en distintos momentos de la terapia, por ejemplo, en la terapia breve centrada en soluciones es de cierta forma precipitado querer resolver un duelo en pocas sesiones por lo que es muy importante tomar parte de esta terapia para aplicarla con el paciente, es muy importante esta parte en donde se le pide al paciente centrarse en las soluciones más que en el problema, ya que este es el que no está permitiendo que la persona continúe con su vida, con esto no se descarta que ciertas intervenciones pueden ser de mucha ayuda para la superación de éste, de esta forma también en la terapia narrativa es de mucha ayuda que el paciente hable de aquella historia que lo acongoja, muchas veces en este tipo de muertes el impacto es muy grande que las personas necesitan expresar todo lo que sienten y lo que vieron en ese momento del impacto, ya que esto es muy increíble que quisieran desahogarse, a lo largo de la terapia conseguirán visualizar todo aquello que les rodea y les ayuda a avanzar en el proceso de duelo, esto a partir de la historia alternativa, en donde se incluyen las personas que están en su entorno y son significativas, así mismo abrimos paso a los equipos de reflexión que están conformados por varios terapeutas que dan puntos de vista significativos al paciente encaminándolos a posibles alternativas para la mejora del paciente, éstos dan su opinión acerca de la situación o bien hacen preguntas con el fin de darle más opciones de solución al paciente, también de esta forma el paciente se siente reconfortado por tener tantas personas a su alrededor para brindar apoyo.

Es preciso hacer una despedida significativa con la persona que ya no está, esto puede ayudar al paciente a apaciguar su dolor, me refiero a esto debido a que bajo la circunstancia de los hechos, por su nivel de agresividad y por ser inesperada, las personas no tienen tiempo de una despedida significativa, y pueden quedar con muchos sentimientos encontrados como culpa, enojo, miedo, vulnerabilidad, etc., o incluso querían decir muchas cosas que por alguna razón nunca pudieron decir en vida, considero que una muy buena opción para sanar un poco esta situación es haciendo esta

Conclusiones

despedida que ya mencione por medio de una carta por ejemplo, pedir al paciente que escriba todo aquello que quiere decirle a esa persona que ya no está, es de suma importancia permitir que el paciente tome su tiempo para relatar y desahogar su sentir por esa persona que se fue, otra forma muy importante y significativa de llevar un proceso de duelo es separar al problema de la persona ya que éste se estigmatiza al dejar que el problema se apodere de él, de esta forma viendo al problema separado de la persona y desde el exterior se podrá trabajar de otra manera, por ejemplo, atacar a la tristeza y no tanto a la persona triste, finalmente es muy importante reconocer el esfuerzo de la persona por trabajar en la superación del duelo bajo estas circunstancias tan agresivas, este proceso lleva mucho tiempo y esfuerzo, por lo que es muy importante que se le reconozca al paciente todo lo que hizo para superar su duelo, esto se puede hacer por medio de diplomas, cartas escritas por los terapeutas participantes, o bien solo el terapeuta, esto puede ser utilizado a lo largo de la terapia o bien al final de ésta y así el paciente se sentirá más motivado a salir adelante y no se quedará estancado, sino que avanzará en su tratamiento para la superación.

Finalmente el duelo por homicidio y en particular cuando es la pérdida de un hijo es considerado uno de los más complicados para la superación, esto debido a la agresividad y velocidad con la que ocurren los hechos, de esta forma es muy importante brindar ayuda a la familia a partir del primer momento del contacto con la familia y con los padres de la víctima, es un trabajo en el que se requiere de valentía y esfuerzo por ser superado, así mismo es de reconocerse a las personas que lo viven y lo afrontan con valor, no es fácil vivir una situación de esta magnitud por lo que se les reconoce tanto a los pacientes como a los terapeutas por enfrentar esta situación en equipo y con mucho trabajo.

Bibliografía

- Aparicio, M. (2005). *Reporte de experiencia profesional de la Residencia en terapia familiar sistémica*. México: UNAM
- Asociación Psiquiátrica Americana, (2001) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Augusto Osorio y Nieto, C. (1991). *El homicidio (estudio jurídico, médico legal y criminalístico)*. 3º edición. México: Porrúa.
- Azaola, E. (2008). *Género y violencia. Muerte por homicidio en la Ciudad de México*. Recuperado el 13 de noviembre del 2008, de <http://www.cejamericas.org/doc/documentos/gen-violencia.pdf>
- Barragán, L. (2008). *Muerte a la Mexicana*. Recuperado el 29 de agosto del 2008 de: http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/Mex_Muerte_a_la_mexicana
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz. (Comp). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. (pp. 197-221). México: Pax.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. España: Paidós Terapia Familiar.
- Bianchi, C. (2007). *Sobre la asistencia terapéutica en el proceso del duelo*. Recuperado el 28 de agosto de 2007 de: http://www.campodepsicologia.com/sobre_la_asistencia_terap%C3%A9utica_.htm
- Bucay, J. (2002). *El camino de las Lágrimas*. México: Océano.
- Bucay, J. (2006). *Hojas de ruta*. Buenos Aires: Océano.
- Comisión de Seguridad Pública de COPARMEX. (2008). *La violencia: principal problema de México en la inseguridad*. Recuperado el 16 de agosto del 2008, de <http://www.coparmex.org.mx/contenidos/publicaciones/Entorno/2001/mayo01/coparmex.htm>
- Corredor, A. (2002). *Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal*. *Revista Colombiana de Psicología*, No. 11,23-55.
- De Jong. P. y Berg. I. (2002). *Interviewing for solutions*. Washington. E.E.U.U: Brooks/Cole.
- El duelo en los grupos de autoayuda*. (2007). Recuperado el 7 de diciembre del 2007, de http://www.renacerbuenosaires.org.ar/el_duelo.htm

Bibliografía

- Hinton, M. (1967). *Experiencias sobre el morir*. España: Ariel quincenal.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Una luz que se apaga*. México: Pax México.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. México: Debolsillo.
- Licea, J., Paquentin, I. y Selecoff, H. (2002). *Voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- López, E. (1997). *Delitos en particular*. Título primero. México: Porrúa.
- Louis- Vincent, T. (1991). *La muerte una reflexión cultural*. México: Paidós.
- Maisto, A. y Morris. C. (2001). *Introducción a la Psicología*. México: Prentice Hall.
- Martínez, R. (2007). *El trauma en el duelo*. Recuperado el 28 de agosto de 2007 de: <http://www.duelo.org/index.html>
- Morgan, A. (2000). *¿Qué es la terapia narrativa? Una introducción*. Recuperado el 2 de mayo del 2009 de: <http://www.dulwichcentre.com.au/QUE%20ES%20LA%20TERAPIA%20NARRATIVA%5B1%5D.pdf>
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Pereira, R. (2002). *Hacia un modelo familiar de duelo*. En Mosaico; 23,9-15.
- Psicología y homicidio*. (2008). Recuperado el 13 de noviembre del 2008, de: <http://psicologia.laguia2000.com/general/psicologia-criminal>
- Rebolledo, M. (2003). *Aprender a morir, fundamentos de tanatología medica*. México: Distribuidora y editora Mexicana S.A de C.V.
- Rebraca, L. (2005). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos*. (6º ed) Madrid: Mc Graw Hill.
- Robles, F. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional de la Maestría en Psicología Sistémica de la UNAM*. México: UNAM
- Robles, F. (en prensa). *Superar las pérdidas tempranas en las familias*. En F. Robles. *La nueva familia*. México: Pax.
- Roccatagliata, S. (2007). *Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo*. México: Debolsillo.

Bibliografía

- Sánchez, E. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. Madrid: Sal Terrae.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Slaikeu, K. (1990). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Sobrellevando el duelo tratamiento, pérdida, pena y duelo*. (2007). Recuperado el 7 de diciembre del 2007, de <http://www.sicolog.com/?a=618>
- Suárez, M. (2004). *El enfoque narrativo en la terapia*. En L. Eguiluz. (Comp). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. (pp. 139-159). México: Pax.
- Sullivan, D. Everstine, L. (2000). *Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Pax México.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida pena y duelo, vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paídos.
- Trepper, S. (2006). *Terapia breve de pareja*. En A. Roizblatt. *Terapia familiar y de pareja*. (pp.285-295). Santiago: Mediterráneo.
- Váldez, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. México: Manual Moderno.
- Violencia y Salud*. (2008). Recuperado el 29 de agosto del 2008, de www.saludlandia.com
- Wainrib, B. y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma, teoría y práctica*. España: Desáee De Brouwer.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paídos.